



Guía general para el manejo de Residuos Peligrosos Biológico-Infeccioso (RPBI), en el laboratorio de análisis clínicos de la Facultad de Medicina.

Código G-FMED-LAC-02

Revisión: 00

Fecha de emisión: 24 de Octubre 2008

Página: 1 de 20

CONTROL DE CAMBIOS Y MEJORAS

NIVEL DE REVISIÓN	SECCIÓN Y/O PÁGINA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN Y MEJORA	FECHA DE MODIFICACIÓN
01			
02			
03			
04			
05			

Elaboró

M. en C. María F. Cárdenas Marrufo
Jefa del Laboratorio de Análisis Clínicos

Revisó

Dr. José Pasos Peniche
Secretario Académico

Aprobó

M. en C. Gloria Herrera Correa
Directora

1. INTRODUCCION

La generación de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPB-I) es parte insoluble de las actividades que realiza un laboratorio de análisis clínico. El establecimiento y la puesta en práctica de las disposiciones normativas para el manejo de los RPB-I, se han dado sin que se tenga un claro entendimiento de los riesgos de transmisión de enfermedades asociados con las formas de manejo inadecuadas de los mismos. Un manejo inadecuado de los residuos también genera una variedad de impactos potenciales sobre el medio ambiente o el equilibrio biológico. Es por esto que, el establecimiento de esquemas de manejo seguros que garanticen un mayor nivel de protección a la salud humana y ambiental, son justificadas para prevenir potenciales riesgos de infección.

La presente guía se basa en Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002 Protección Ambiental-Salud Ambiental-Residuos peligrosos biológico-Infecioso- Clasificación y Especificaciones de Manejo.

1.1. OBJETIVO

Proporcionar elementos básicos eficientes para guiar a quienes laboran en el Laboratorio de Análisis Clínicos, y a quienes por diferentes razones se ven involucrados en el manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI), con la finalidad de disminuir los factores de riesgo biológico en las instalaciones, con altos niveles de seguridad y protección del medio ambiente.

1.2. ALCANCE

Esta guía aplica para todo el personal del Laboratorio de análisis clínicos y a estudiantes de las ciencias de la salud que acuden por el procedimiento enseñanza-aprendizaje derivado de las actividades del laboratorio, como una forma de prevenir o reducir el riesgo de infección por agentes contenidos en este tipo de residuos, y tiene alcance desde que se generan hasta que se dispone finalmente de ellos, a fin de lograr su manejo seguro e integral.

1.3 RESPONSABILIDADES

- Aplica a la alta dirección de la Facultad de Medicina, verificar el cumplimiento de este procedimiento.
- Aplica al encargado de RPBI de la Facultad de Medicina, vigilar el cumplimiento del procedimiento.
- Aplica al Jefe del Laboratorio de Análisis Clínicos de la Facultad, informar el cumplimiento de este procedimiento.
- Aplica a los responsables de cada área, realizar las actividades de este procedimiento.

Definiciones

Residuo: Cualquier material generado en los procesos de extracción, beneficio, transformación, producción, Consumo, utilización, control o tratamiento, cuya calidad no permita usarlo nuevamente en el proceso que lo generó.

Residuos Peligrosos: Todos aquellos residuos que por sus características corrosivas, reactivas, explosivas, tóxicas, Inflamables, y biológico infecciosas representan un peligro para el equilibrio ecológico o el ambiente.

Biológico Infecciosos:

Son aquellos materiales generados durante los servicios de atención médica que contengan agentes biológico-infecciosos según son definidos por la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.

Agente biológico infeccioso:

Cualquier microorganismo capaz de producir enfermedades cuando está presente en concentraciones suficientes (inóculo), en el ambiente propicio (supervivencia), en un hospedero susceptible y en presencia de una vía de entrada.

Almacén temporal: Instalación de servicio que tiene por objeto resguardar temporalmente y bajo ciertas condiciones los residuos peligrosos biológico-infecciosos para su recolección y transporte a instalaciones autorizadas para su tratamiento y/o disposición final.

Manejo: Conjunto de operaciones que incluyen la identificación, separación, envasado, almacenamiento, acopio, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológicos infecciosos.

Separación: Segregación de las sustancias, materiales y residuos peligrosos de iguales características cuando presentan un riesgo.

2. CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS.

Uno de los principales elementos a considerar para lograr un buen control de los residuos biológico-infecciosos es su clasificación, para efectos de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002 se consideran residuos peligrosos biológico-infecciosos los siguientes:

1. La sangre y sus componentes.

En este grupo queda incluida la sangre; objetos que escurran sangre o que estén saturados con ella, aún cuando la sangre ya se haya coagulado o secado; suero, plasma, paquete globular y otros componentes de la sangre y sus contenedores, utilizados o destinados a ser usados en los análisis de laboratorio; así como las bolsas de transfusión intravenosa. **Estos deberán ser colocados en recipientes herméticos para líquidos color rojo marcados con el símbolo universal de riesgo biológico y la leyenda Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos.**

2. Los cultivos y cepas de agentes biológico-infecciosos.

Aquí quedan incluidos los cultivos generados en los procedimientos de diagnóstico, así como los generados en la producción y control de agentes biológico-infecciosos. Utensilios desechables usados para contener, transferir, inocular y mezclar cultivos de agentes biológico-infeccioso. **Estos deberán ser colocados en bolsas de plástico para sólidos y recipientes herméticos para líquidos color rojo.**

3. Los patológicos.

Se consideran en este grupo, las muestras biológicas para análisis químico, microbiológico, citológico e histológico, excluyendo orina y excremento. En el supuesto de muestras de orina o excremento que a criterio del responsable de área considere su poder infectante, la muestra será también desechada como biológico infeccioso. **Estos residuos deberán ser colocados en bolsas de plástico para sólidos y recipientes herméticos para líquidos color amarillo.**

4. Los residuos no anatómicos. Entre estos son considerados:

- a) Los recipientes desechables que contengan sangre líquida
- b) Los materiales de curación, empapados, saturados, o goteando sangre o cualquiera de los siguientes fluidos corporales: líquido sinovial, líquido pericárdico, líquido pleural, líquido Céfaló-Raquideo o líquido peritoneal.
- c) Los materiales desechables que contengan esputo, secreciones pulmonares y cualquier material usado para contener éstos, de pacientes con sospecha o diagnóstico de tuberculosis o de otra enfermedad infecciosa según sea determinado por la SSA mediante memorándum interno o el Boletín Epidemiológico.
- d) Los materiales desechables que estén empapados, saturados o goteando sangre, o secreciones de pacientes con sospecha o diagnóstico de fiebres hemorrágicas, así como otras enfermedades infecciosas emergentes según sea determinado por la SSA mediante memorándum interno o el Boletín Epidemiológico.

Para este grupo deberán ser utilizados bolsas de plástico para sólidos; recipientes herméticos para líquidos color rojo.

5. Los objetos punzocortantes.

Se consideran en este grupo los que han estado en contacto con humanos o animales o sus muestras biológicas durante el diagnóstico y tratamiento, únicamente: tubos capilares, navajas, lancetas, agujas de jeringas desechables, agujas hipodérmicas, de sutura, de acupuntura y para tatuaje, bisturís y estiletos de catéter, excepto todo material de vidrio roto utilizado en el laboratorio, el cual deberá desinfectar o esterilizar antes de ser dispuesto como residuo municipal.

Por esto deberán ser utilizados para los punzocortantes recipientes rígidos de polipropileno de color rojo.

3. CLASIFICACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS GENERADORES DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSO.

Para efectos de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, los establecimientos generadores se clasifican como se establece en la tabla 1.

TABLA 1

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
<p>Unidades hospitalarias de 1 a 5 camas e instituciones de investigación con excepción de los señalados en el Nivel III.</p> <p>Laboratorios clínicos y bancos de sangre que realicen análisis de 1 a 50 muestras al día.</p> <p>Unidades hospitalarias psiquiátricas.</p> <p>Centros de toma de muestras para análisis clínicos.</p>	<p>Unidades hospitalarias de 6 hasta 60 camas;</p> <p>Laboratorios clínicos y bancos de sangre que realicen análisis de 51 a 200 muestras al día;</p> <p>Bioterios que se dediquen a la investigación con agentes biológico-infecciosos, o</p> <p>Establecimientos que generen de 25 a 100 kilogramos al mes de RPBI.</p>	<p>Unidades hospitalarias de más de 60 camas;</p> <p>Centros de producción e investigación experimental en enfermedades infecciosas;</p> <p>Laboratorios clínicos y bancos de sangre que realicen análisis a más de 200 muestras al día, o</p> <p>Establecimientos que generen más de 100 kilogramos al mes de RPBI.</p>



UADY
UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

Guía general para el manejo de Residuos Peligrosos
Biológico-Infeccioso (RPBI), en el laboratorio de análisis
clínicos de la Facultad de Medicina.

Código G-FMED-LAC-02

Revisión: 00

**Fecha de emisión: 24 de
Octubre 2008**

Página: 7 de 20

4. IDENTIFICACIÓN Y ENVASADO

En las áreas de generación de los establecimientos generadores, se deberán separar y envasar todos los residuos peligrosos biológico-infecciosos, de acuerdo con sus características físicas y biológicas infecciosas, conforme a la tabla 2 de la Norma Oficial Mexicana. Durante el envasado, los residuos peligrosos biológico-infecciosos no deberán mezclarse con ningún otro tipo de residuos municipales.



TIPO DE RESIDUOS 	ESTADO FISICO	ENVASADO	COLOR	
4.1 Sangre	Líquidos	Recipientes herméticos	Rojo	
4.2 Cultivos y cepas de agentes infecciosos 	Sólidos	Bolsas de polietileno	Rojo 	
4.3 Patológicos 	Sólidos	Bolsas de polietileno		Amarillo 
	Líquidos	Recipientes herméticos		Amarillo
4.4 Residuos no anatómicos  	Sólidos	Bolsas de polietileno		Rojo 
	Líquidos	Recipientes herméticos		Rojo 
4.5 Objetos punzocortantes 	Sólidos	Recipientes rígidos polipropileno		Rojo



5. PRUEBAS QUE SE REALIZAN EN LAS DIFERENTES ÁREAS DEL LABORATORIO DONDE SE GENERAN RPBI.

- a) **Química Clínica:** Es el área donde se realizan los estudios de Química Sanguínea, Pruebas de Funcionamiento Hepático, Perfil de Lípidos, Transaminasas, Fosfatasa Alcalina.
- b) **Pruebas Especiales:** Se realizan pruebas tales como: Antígeno Prostático Específico, Perfil tiroideo, Insulina.
- c) **Hematología:** Es el área donde se realizan los estudios de Citometría Hemática, Plaquetas, Reticulocitos, Grupo Sanguíneo, Sedimentación Celular, Células de Lupus Eritematoso.
- d) **Microbiología:** Es el área destinada a realizar los estudios de cultivo en general (exudado faríngeo, urocultivo, coprocultivo).
- e) **Parasitología:** Es donde se realiza la búsqueda de parásitos en heces, mediante las pruebas o estudios de Moco Fecal, Copro-parasitoscópico único y seriado.
- f) **Uroanálisis:** Lugar donde se realiza Examen General de Orina, Prueba de embarazo.
- g) **Serología:** Antiestreptolisinas, VDRL, Reacciones Febriles, Látex de Factor Reumatoide, Proteína C Reactiva, VIH, Prueba de embarazo en sangre y orina.
- h) **Coagulación:** Tiempo de protrombina (TP) y Tiempo de tromboplastina parcial (TTP).

6. PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN Y SEGREGACIÓN DE RPBI QUE SE GENERAN EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS (LAC).

En este procedimiento se identifican los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos dentro del Laboratorio de Análisis Clínicos, por su tipo y cantidad, así como los requerimientos de insumos (bolsas y recipientes) por cada área generadora. Además se indica la manera de separar los residuos peligrosos biológico – infecciosos de los que no lo son, generados en las diferentes áreas del laboratorio, de acuerdo a sus características físicas y biológico- infecciosas.

Los desechos biológico-infecciosos que se pueden generar en las diferentes áreas son los siguientes:

- a) **Área de toma de muestras:** se pueden generar:
 - Desechos punzo cortantes tales como: agujas, lancetas y portaobjetos que se depositarán en el contenedor **recipientes rígidos de polipropileno de color rojo.**
 - Los dispositivos desechables que se utilizan para la atención del paciente como: el cuerpo de las jeringas, espejos vaginales; los guantes, gasas, torundas de algodón, aplicadores, papel filtro que estén contaminados con sangre. **Todos estos deberán ser depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**
 - Las tapas de las agujas, el empaque de la jeringa, el empaque de las bandidas adhesivas, las torundas de algodón con alcohol y guantes no contaminados con sangre. **Deberán ser depositados en bolsas de plástico color negro (basura municipal).**

- b) **Área Química Clínica:** Se pueden generar:
 - Los tubos que contengan suero. **Deberán ser bien cerrados y depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**
 - Las puntas de micropipetas para separar suero. **Deberán ser depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**
 - Los tubos que contienen los sueros controles y los calibradores, si se ha agotado su contenido o están vencidos. **Deberán ser depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**
 - Los guantes y papel contaminado con suero o sangre. **Deberán ser depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**



- El papel, las torundas de algodón con alcohol y guantes no contaminados con sangre o suero. **Deberán ser depositados en bolsas de plástico color negro (basura municipal).**
 - Los cartuchos para realizar VIH cualitativo y hemoglobina glucosilada Hb1ac. **Deberán ser depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**
 - Los consumibles del equipo automatizado para realizar las determinaciones de química clínica como son: cubetas de muestra, la bolsa contenedora de cubetas de reacción. **Deberán ser depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**
 - Los deshechos líquidos del equipo automatizado para realizar las determinaciones de química clínica. **Deberán ser vertidos en recipientes herméticos, este contenedor deberá ser identificado y marcado con el símbolo universal de riesgo biológico y la leyenda Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos.**
- c) **Pruebas Especiales:** Se generan:
- Los tubos que contengan suero. **Deberán ser bien cerrados y depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**
 - Los guantes y papel contaminado con suero. **Deberán ser depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**
 - Los tubos que contienen los sueros controles y los calibradores, si se ha agotado su contenido o están vencidos. **Deberán ser depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**
 - El papel, las torundas de algodón con alcohol y guantes no contaminados con suero. **Deberán ser depositados en bolsas de plástico color negro (basura municipal).**
 - Los tubos que contienen los sueros controles y los calibradores, si se ha agotado su contenido o están vencidos. **Deberán ser depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**
 - Los consumibles del equipo automatizado para realizar la determinación de pruebas especiales como son: cubetas de muestra, la bolsa contenedora de cubetas de reacción. **Deberán ser depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**
 - Los deshechos líquidos del equipo automatizado para realizar la determinación de pruebas especiales. **Deberán ser vertidos en recipientes herméticos, este contenedor deberá ser identificado y marcado con el símbolo universal de riesgo biológico y la leyenda Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos.**



d) **Hematología:** Se generan:

- Los tubos de plástico que contengan sangre con anticoagulante. **Deberán estar bien cerrados y depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**
- Los tubos de cristal que contengan sangre con anticoagulante. **Deberán estar bien cerrados, agrupados y encintados con cinta canela y depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**
- Los guantes y papel contaminado con sangre. **Deberán ser depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**
- El papel, las torundas de algodón con alcohol y guantes no contaminados con sangre o suero. **Deberán ser depositados en bolsas de plástico color negro (basura municipal).**
- Los portaobjetos de los frotis sanguíneos. **Deberán ser depositados en recipientes rígidos de polipropileno de color rojo.**
- Los tubos que contienen la sangre control y los calibradores, si se ha agotado su contenido o están vencidos. **Deberán ser depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**
- Los desechos líquidos del equipo automatizado para realizar la citometría hemática. **Deberán permanecer en el contenedor donde el equipo deposita sus desechos líquidos, este contenedor deberá ser identificado y marcado con el símbolo universal de riesgo biológico y la leyenda Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos.**

e) **Microbiología:** se generan:

- Los abatelenguas, hisopos y los guantes utilizados para hacer toma de muestras. **Deberán ser depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**
- Los utensilios desechables usados para contener, transferir, inocular y mezclar cultivos de agentes biológico-infeccioso. **Deberán ser depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**
- Las cajas de petri con cultivos generados en los procedimientos de diagnóstico. **Deberán ser depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**
- Los portaobjetos que contienen muestra para observación directa. **Deberán ser depositados en recipientes rígidos de polipropileno de color rojo.**
- Las muestras de orina y excremento para análisis microbiológico. Deberá realizarse una desinfección química con hipoclorito de sodio al 2 %. El recipiente que los contenga deberá estar bien cerrado para **ser depositados en bolsas de plástico color negro (basura municipal).**



- En el supuesto de muestras de orina o excremento que a criterio del responsable de área considere su poder biológico infectante, la muestra será también desechada como biológico infeccioso. El recipiente que los contenga deberá estar bien cerrado para **ser depositados en bolsas de plástico para sólidos color amarillo.**

- f) **Parasitología:** se generan:
 - Los aplicadores y los guantes utilizados para maniobrar las muestras. **Deberán ser depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**
 - Los portaobjetos y cubreobjetos utilizados para la observación de la muestra. **Deberán ser depositados en recipientes rígidos de polipropileno de color rojo.**
 - La muestra de excremento y su recipiente que lo contiene. Deberá realizarse una desinfección química con hipoclorito de sodio al 2 %. El recipiente deberá estar bien cerrado para **ser depositados en bolsas de plástico color negro (basura municipal).**
 - En el supuesto de muestras de excremento, que a criterio del responsable de área considere su poder biológico-infectante, la muestra y su recipiente que lo contiene será también desechada como biológico infeccioso. El recipiente deberá estar bien cerrado para **ser depositados en bolsas de plástico para sólidos color amarillo.**

- g) **Uroanálisis:** se generan:
 - Las tiras reactivas del EGO, los cartuchos para determinar fracción β -HGC cualitativa y los guantes utilizados para maniobrar las muestras. **Deberán ser depositados en bolsas de plástico para sólidos color rojo.**
 - Los portaobjetos y cubreobjetos utilizados para la observación de la muestra. **Deberán ser depositados en recipientes rígidos de polipropileno de color rojo.**
 - La muestra de orina y su recipiente que lo contiene. Deberá realizarse una desinfección química con hipoclorito de sodio al 2 %. El recipiente deberá estar bien cerrado para **ser depositados en bolsas de plástico color negro (basura municipal).**
 - En el supuesto de muestras de orina, que a criterio del responsable de área considere su poder biológico- infectante, la muestra y su recipiente que lo contiene será también desechada como biológico infeccioso. El recipiente deberá estar bien cerrado para **ser depositados en bolsas de plástico para sólidos color amarillo.**

7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE LOS RPBI GENERADOS EN LAC

Este procedimiento es con el fin de prevenir la exposición de personas ajenas al manejo de los Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos, dentro el Laboratorio de Análisis Clínicos, así como a los pacientes que acuden a él.

- La recolección en las distintas áreas del laboratorio será realizada por el personal de intendencia asignado a este laboratorio
- El personal asignado debe haber recibido capacitación en el manejo de RPBI y conocer esta guía.
- El personal asignado debe conocer la **señalización de la ruta de recolección de RPBI en el LAC**, ver **ANEXO 1**.
- Se debe contar con carritos manuales, exclusivamente para recolección y depósito en el área de almacenamiento
- Para recolectar el material, cada responsable de área deberá verificar que éste se encuentre en los recipientes adecuados según lo descrito en las actividades 2, 4 y 6 de esta guía.
- La recolección se realizará cuando el responsable de área le indique al intendente que ha concluido su labor y que puede recolectar los RPBI. El horario de recolección no debe coincidir con el horario de visitas o de atención a pacientes.
- El intendente al acudir a las diferentes áreas generadoras de RPBI y recolectar los recipientes (contenedores herméticos) y las bolsas de los RPBI, debe:
 - Utilizar equipo de protección personal (EPP) como guantes de látex tipo quirúrgico y sobre ellos guantes de carnauba o impermeable, uniforme, mandil, zapatos cerrados o botas, cubre-boca; para la recolección así como en caso de alguna contingencia.
 - Llevar papel absorbente para accidentes, así como bolsas de repuesto, rojas y amarillas, como auxilio en caso de ruptura de alguna de ellas en maniobras de recolección
 - No debe rebasar el 80% de la capacidad de las bolsas y contenedores, cerrándose antes de ser transportadas al sitio de almacenamiento temporal y no podrán ser abiertas o vaciadas.
 - En ningún caso se efectuará el transvase de los residuos y el arrastre de las bolsas.



- Los recipientes para los residuos peligrosos punzocortantes y líquidos se llenarán hasta el 80% (ochenta por ciento) de su capacidad, asegurándose los dispositivos de cierre y no deberán ser abiertos o vaciados.
- Sustituir las bolsas y recipientes por unos limpios al momento de retirar los recipientes y bolsas contaminadas.

Al concluir la recolección el intendente debe reportar al supervisor de RPBI de LAC, si durante el proceso de recolección de residuos RPBI se presenta o no derrame de desecho:

- Si se reporta que no hay derrame, el supervisor de RPBI de LAC documentara esta información en la **bitácora de RPBI de LAC. Ver ANEXO 2**
- Si se presenta derrame notificar verbalmente al supervisor de RPBI de LAC y este debe vigilar que se lleve acabo el **Plan de Contingencias para Casos de Derrames. Ver ANEXO 3.** Y al concluir debe documentarlo en Bitácora de RPBI de LAC.

Al concluir la recolección el intendente debe reportar al supervisor de RPBI de LAC, si durante el proceso de recolección de residuos RPBI se presenta o no heridas con objetos punzo cortantes:

- Si se reporta que no se presenta heridas con objetos punzo cortantes, el supervisor de RPBI de LAC documentara esta información en la bitácora diaria de RPBI de LAC. Ver ANEXO 2
- Si se presenta heridas con punzo cortantes notificar verbalmente al supervisor de RPBI de LAC y este debe vigilar que se lleve acabo el **Plan de Contingencias para Casos de heridas con objetos punzo cortantes ver ANEXO 4.**

Una vez registrado si hubo derrames o heridas, se procederá a documentar en la bitácora diaria de registro de RPBI lo siguiente:

- Se procederá a pesar u obtener el peso aproximado de cada uno de los contenedores rígidos o bolsas que se desechen a diario, se deberá registrar el peso aproximado y documentarlo en la bitácora de RPBI. **ANEXO 2**
- Una vez que los recipientes (contenedores herméticos) y las bolsas de los RPBI, se encuentren carrito manual exclusivo para recolección y transporte, se procede a la siguiente actividad.

8. PROCEDIMIENTO PARA EL ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE LOS RPB-I GENERADOS EN LAC

Con este procedimiento se pretende disminuir el riesgo de exposición a los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos para individuos no involucrados en su manejo dentro del Laboratorio de Análisis Clínicos y de las áreas abiertas al público.

Una vez que se han cumplido todos los requisitos anteriores, se procederá a trasladar dichos residuos al sitio destinado exclusivamente para el almacenamiento temporal de los RPB-I generados en la Facultad de Medicina.

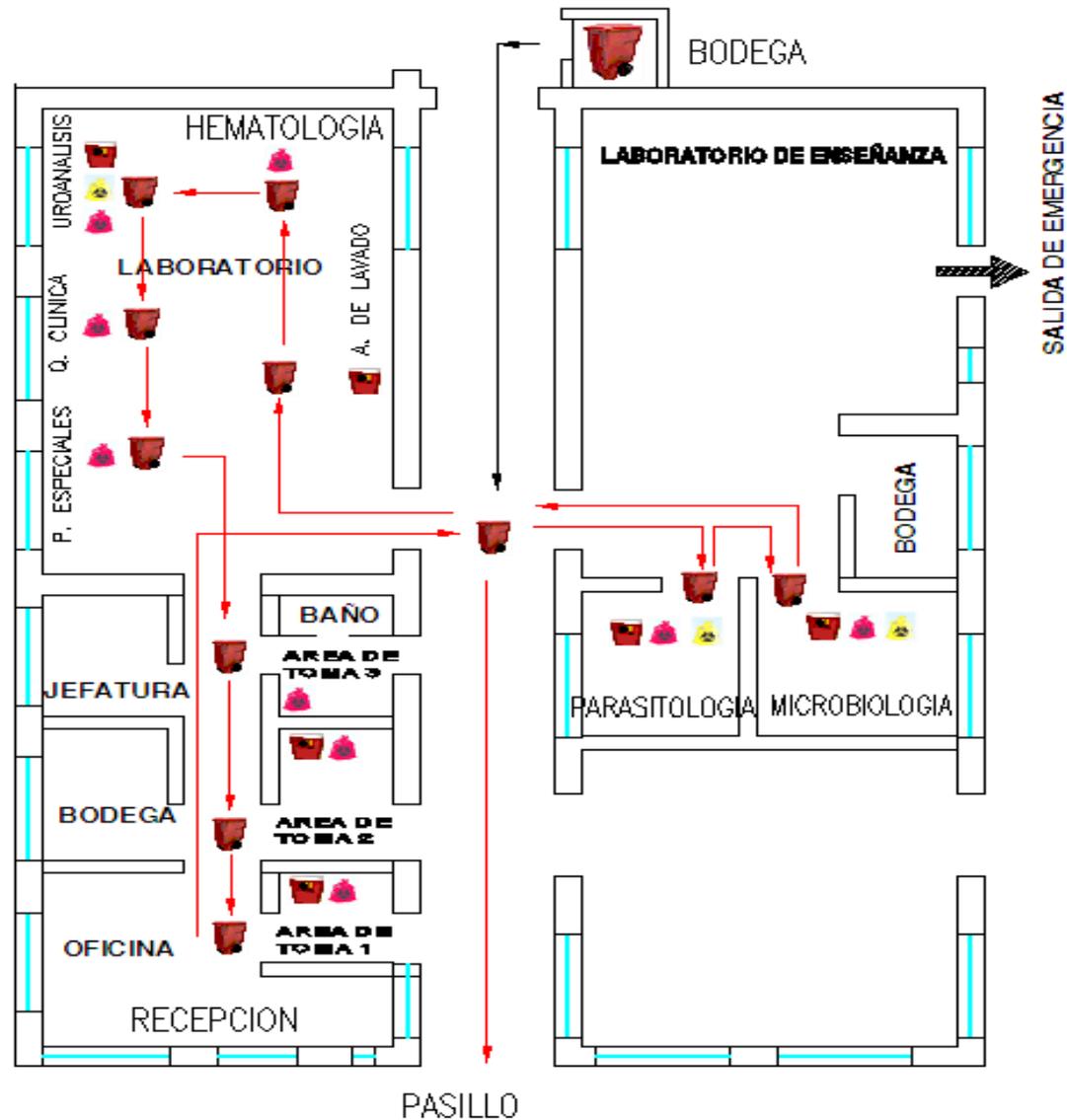
- El intendente de LAC deberá conocer la **señalización de la ruta de transporte de RPBI** de LAC al almacén temporal de RPBI de la Facultad de Medicina. **Ver ANEXO 5**
- El intendente de LAC deberá utilizar equipo de protección personal (EPP) como guantes de látex tipo quirúrgico y sobre ellos guantes de carnaza o impermeable, uniforme, mandil, botas, cubre-boca, lentes de protección, durante el transporte para prevenir algún accidente o cualquier riesgo de exposición a dichos residuos (contingencia).
- El transporte lo realiza el intendente en el carrito manual exclusivo para recolección que ya contiene los RPBI, trasladándolo por la **señalización de la ruta de transporte de RPBI** de LAC al almacén temporal de RPBI de la Facultad de Medicina. **Ver ANEXO 5**
- Una vez que hayan sido retirados los contenedores de RPBI del carrito recolector manual, este deberá ser retornado al lugar de donde se originó (Bodega), no sin antes haber pasado por un proceso de lavado y desinfección a través de mecanismos de inactivación químicos, como lo es en el caso de agregar una solución de agua con cloro.
- El intendente deberá notificar al químico supervisor de RPBI de LAC si el transporte y almacenamiento ocurrió sin contratiempos o no, para que dicha información sea documentada en la bitácora diaria de registro de generación de residuos peligrosos de LAC.

9. PROCEDIMIENTO DE DISPOSICIÓN EXTERNA DE LOS RPB-I GENERADOS EN LA FACULTAD DE MEDICINA.

Una vez que se LAC haya cumplido con todos los requisitos anteriormente mencionados, la disposición externa de los RPBI generados en la Facultad, deberán seguir con las instrucciones estipuladas en el **procedimiento para el manejo de los RPBI de la Facultad de Medicina**.

ANEXOS

ANEXO 1 Señalización de la ruta de recolección de RPBI en LAC.



ANEXO 3

Plan de Contingencias para Casos de Derrames.

- Notifique verbalmente al el supervisor de RPBI de LAC sobre el evento y aísele el área.
- Utilice el equipo de protección personal que se requiera.
- Desinfecte el área con hipoclorito de sodio del 4-7% y deje reposar al menos 20 minutos.
- Utilice escobetillas, recogedor para recoger **RPBI** derramados, nunca utilice las manos sin protección, y deposítelos en las bolsas o recipientes rígidos según proceda.
- Coloque papel u otro producto absorbente, retírelo y deposítelo en bolsa roja.
- Lave con agua y detergente la superficie manchada.
- En ningún caso se efectuará el transvase de los residuos y el arrastre de las bolsas.
- Desinfecte nuevamente el área con hipoclorito de sodio del 4-7% y deje reposar al menos 20 minutos.
- Retírese los guantes contaminados y deséchelos en bolsa roja.
- Lávese perfectamente y a conciencia las manos con agua y jabón
- Al final notifique todo lo acontecido al el supervisor de RPBI de LAC para que elabore bitácora de registro de incidencias.

ANEXO 4.

Plan de Contingencias para Casos de heridas con objetos punzo cortantes

- Exprima la herida hasta que sangre.
- Lave la herida con abundante agua y jabón, y desinfectarla con yodo (Isodine) u otro antiséptico disponible de ser posible.



- Notifique la contingencia para examinar la herida, determinar la gravedad de la misma y su registro.
- Acuda de inmediato al área de Urgencias de algún hospital si la herida es de gravedad.

ANEXO 5 Señalización de la ruta de transporte de RPBI de LAC al almacén temporal de de RPBI de la Facultad de Medicina.

