



**E.S.E HOSPITAL
SANTA MARGARITA**
La Cumbre - Valle
NIT 800.160.400-0

MANUAL DE BIOSEGURIDAD PARA AREAS HOSPITALARIAS MANEJO INTEGRAL

Código: GRH-SST-man-001

Versión: 1

Actualización: 17/04/2025

Página 1 de 67

60-48.04

MANUAL DE BIOSEGURIDAD PARA AREAS HOSPITALARIAS MANEJO INTEGRAL.



E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA
La Cumbre - Valle

NORMAS BÁSICAS PARA EL EQUIPO DE SALUD.



modelo integrado
de planeación
y gestión

Carrera 7ª No. 5 – 24
La Cumbre - Valle del Cauca
Teléfono: +57 312 286 7934
contactenos@hospitalsantamargarita.gov.co
<https://hospitalsantamargarita.gov.co/>



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.net

60-48.04

CONTENIDO

Introducción

1. Bioseguridad
2. Normas de Bioseguridad
3. Lavado de manos
4. Precauciones y cuidados de los dispensadores o contenedores de jabón
5. Normas específicas de Bioseguridad para áreas de alto y mediano riesgo
6. Limpieza, Desinfección, Esterilización
7. Aislamiento Hospitalario
8. Manejo de Residuos Hospitalarios
9. Accidente Laboral

INTRODUCCION.

Las infecciones intrahospitalarias, así como la exposición al riesgo biológico, constituyen un problema de salud pública de gran impacto no solo desde el punto de vista de la evolución del paciente y el bienestar del trabajador de la salud, sino desde el punto de vista social y económico.

El control de estos factores constituye un desafío para las instituciones de salud y en general para todo el personal involucrado en su atención. Son situaciones en las cuales se conjugan diversos factores de riesgo, en su mayoría susceptibles de prevención y control, es necesario tener presente que el riesgo de enfermar, e incluso de morir, por una infección tanto para el usuario como para el trabajador, está estrechamente vinculado a la calidad de la atención en la institución, comprometiendo la calidad de vida de los pacientes, los trabajadores de la salud y la comunidad en general.

Para un control eficiente y eficaz de un programa de control de infecciones intrahospitalarias, se hace necesario no sólo el compromiso de los trabajadores de la salud, sino de la definición de políticas institucionales claras y el cumplimiento de las normas básicas de Bioseguridad tanto del personal asistencial como del usuario, visitantes y en general de la comunidad hospitalaria.

La calidad en la Prestación del servicio tiene cuatro dimensiones:

La calidad técnica, la seguridad, la del costo racional y la dimensión de servicio o calidad humana, esta última es la que el usuario percibe inmediatamente tanto en el servicio recibido como en la forma que se lo prestaron, y la compara con sus expectativas. La calidad en la prestación del Servicio involucra los procesos y la estructura de la IPS.

Una institución Prestadora de Servicios de Salud, puede tener calidad técnico científica a la disposición de sus usuarios aún a bajos costos, pero éstos solo percibirán esta calidad si los momentos de verdad y los contactos físicos con la institución satisfacen sus expectativas.

Dentro del marco de la atención hospitalaria, la vigilancia epidemiológica incide en los procesos técnicos administrativos de las IPS y en el mejoramiento continuo de la calidad de la atención, ya que posibilita la generación de bases de información y conocimiento necesarios para un control de gestión integral, con la participación de todo el equipo. La infección intrahospitalaria (IIH) constituye un problema de gran importancia clínica y epidemiológica ya que se asocia con el incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad, costo social de años de vida potencialmente perdidos por muerte prematura o vividos con mala calidad por secuelas o discapacidades, aumento de los días de hospitalización y costos financieros.

El manual de Bioseguridad pretende contribuir a la prevención, control y vigilancia de las infecciones adquiridas en ambientes asistenciales y proteger a los trabajadores de la salud y a los usuarios; constituyéndose en un instrumento de apoyo para el funcionamiento de los servicios que presta el Hospital.

60-48.04

El establecer límites y estándares de conducta del personal de salud, propicia el logro de los objetivos, funciones y metas que tiene el Hospital y, favorecen de manera racional la aplicación y el cumplimiento de la normatividad en la operación de los servicios a su cargo para la prevención y control de las IIH y del contacto con riesgo biológico para los trabajadores de la salud; para lo cual se elaboró el presente manual de Bioseguridad.

MARCO LEGAL EN COLOMBIA

La ley 09 de 1979, consideró la salud como un bien de interés público y estableció normas de vigilancia y control epidemiológico para el diagnóstico, pronóstico, prevención y control de las enfermedades transmisibles, así como para la divulgación de la información epidemiológica. Posteriormente en 1984, el decreto reglamentario 1562 establece en el capítulo III: ‘.. todo hospital ubicado en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, conformará su respectivo comité de infecciones intrahospitalarias (artículo 23) y además fija la obligatoriedad de la información y la notificación epidemiológica (artículos 27 y 34).

Marco legal en Colombia relacionado con la vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias:

Ley 9 de 1979

Decreto 1562 de junio de 1984

Decreto 1757 de agosto de 1994, reglamentario de la ley 100 de 1993

Ley 10 de 1990

Decreto 1295 de junio de 1994

Decreto 2676 de diciembre de 2000

Ley 715 de 2001

Decreto 917 de 2001

Resolución 1164 de septiembre de 2002

Decreto 2309 de octubre de 2002

Resolución 1439 de noviembre del 2002

Resolución 486 de Marzo de 2003

Ley 872 del 30 de diciembre de 2003

Circular 0015 04 de abril de 2003

1. BIOSEGURIDAD

1.1. Definición de Bioseguridad

La bioseguridad se define como el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de seguridad ambiental, ocupacional e individual que garantizan el control del Riesgo Biológico. Las actividades de bioseguridad están encaminadas a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud y los usuarios de adquirir infecciones en el medio asistencial.

60-48.04

1.2. Clasificación de áreas de Riesgo

El diagnóstico de bioseguridad en las IPS se inicia con la identificación de las áreas y procedimientos de riesgo, para lo cual se utiliza la clasificación establecida por la OSHA (Occupational Safety and Health Administration) de Estados Unidos.

CATEGORIA I (DE ALTO RIESGO)

Áreas donde se realizan procedimientos que implican exposiciones esperadas a sangre, líquidos corporales o tejidos:

- Urgencias
- Cirugía
- Hemodiálisis
- Odontología
- Laboratorio Clínico
- Banco de Sangre
- Patología
- Sala de Partos
- Ginecología
- Obstetricia
- Urología
- U.C.I
- Unidad de Recién Nacidos
- Lavandería
- Salas de Hospitalización
- Terapia Respiratoria
- Toma de muestras sanguíneas
- Toma de Citología

CATEGORIA II (RIESGO INTERMEDIO)

Áreas donde se realizan procedimientos que no implican exposiciones rutinarias pero que pueden implicar exposición no planificada a sangre, líquidos corporales o tejidos:

- Mantenimiento de Equipos Médicos
- Rayos X
- Depósito final de desechos
- Consulta externa
- Terapia física
- Terapia ocupacional

CATEGORIA III (RIESGO BAJO)

Procedimientos que no implican exposiciones a sangre, líquidos corporales o tejidos.

- Áreas administrativas y oficinas del hospital

60-48.04

1.3. Clasificación de Spaulding para Equipos e Instrumental

En 1.968 Earl Spaulding estableció los primeros criterios para clasificar los elementos que van a estar en contacto con el paciente y determinar si deberían ser sometidos a limpieza, desinfección o esterilización, de acuerdo con el riesgo de infección en:

CRITICOS

Penetran en los tejidos y cavidades estériles y en el sistema vascular. Requieren esterilización:

- Instrumental quirúrgico y Odontológico
- Prótesis
- Catéteres
- Equipos de Pequeña Cirugía
- Aparatos de Endoscopia que penetren en cavidad estéril

SEMICRITICOS

Entran en contacto con tejidos mucosos o con piel no intacta. Requieren Desinfección de Alto Nivel:

- Equipos de Terapia respiratoria
- Gastoscopios, Broncoscopios.
- Termómetros* (En pacientes hospitalizado, asignar un termómetro por paciente)

NO CRITICOS

Entran en contacto con la piel Intacta, pero no membranas Mucosas. Requieren Limpieza y desinfección de bajo nivel:

- Fonendoscopios
- Tensiómetros
- Utensilios Paciente: Vasos, Riñoneras, platos etc.
- Barandas de camas, mesas auxiliares de habitaciones hospitalarias
- Ropa de cama
- Muletas
- Desfibriladores

2.1. Materiales potencialmente infectantes

- De alto Riesgo:

Sangre, fluidos visiblemente contaminados con sangre, exudados o drenajes de heridas.

- **Otros:** Semen, Secreciones vaginales, fluido pleural, líquido cefalorraquídeo, líquido amniótico, saliva en procedimientos odontológicos, líquido sinovial, líquido peritoneal, líquido pericárdico, leche materna, tejidos y órganos.

60-48.04

Las heces, orina, secreción nasal, esputo, vómito y saliva, no se consideran líquidos potencialmente infectantes, excepto si están visiblemente contaminados con sangre.

2.2. Normas Generales de Bioseguridad

- Maneje todo paciente como potencialmente infectado con VIH u otro tipo de infección transmitida por sangre.
- No coma, beba, fume ni manipule lentes de contacto en el sitio de trabajo.
- No aplique maquillaje en su sitio de trabajo.
- No utilice joyas (anillos, pulseras, relojes) para la realización de procedimientos.
- Lleve las uñas cortas, limpias y saludables (máximo 6 mm más allá de las puntas de los dedos). No utilice uñas artificiales.
- Las uñas deben llevarse preferiblemente sin esmalte. En caso de usarlo, debe ser de color claro y mantenerse en buenas condiciones, dado que el esmalte descascarado o usado por más de cuatro días tiende a contener un mayor número de bacterias.
- Utilice adecuadamente el uniforme.
- Lleve el cabello recogido para la realización de procedimientos.
- Limpie los derrames de sangre o fluidos corporales rápidamente, siguiendo el procedimiento establecido para tal fin. (Ver Procedimiento de Lavado de Áreas en caso de Derrame de Fluidos).
- Maneje adecuadamente la ropa contaminada (Ver Normas Específicas para Áreas de Alto y Mediano Riesgo).
- Limpie, desinfecte o esterilice el equipo contaminado entre usos y antes de enviarlo para revisión o reparación. (Ver procedimientos: Lavado de Superficie de equipos y mueble, y Lavado de Instrumental).
- Reporte inmediatamente cualquier accidente con sangre o fluidos corporales y tome las medidas necesarias: preventivas o correctivas.
- (Ver conducta en caso de accidente biológico).
- Dependiendo del caso, siga las medidas de aislamiento establecidas.
- (Ver capítulo Aislamiento Hospitalario).
- Mantenga el lugar de trabajo en óptimas condiciones de limpieza y absoluto orden.

60-48.04

- No guarde alimentos en neveras, ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicas.
- Evite deambular con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo.
- Mantenga sus elementos de protección personal en óptimas condiciones de aseo, en un lugar seguro y de fácil acceso.
- Restrinja el ingreso de personal no autorizado y sin elementos de protección a las áreas de alto riesgo biológico.

2.3. Precauciones Estándar

Las precauciones **estándar** resultan de la aplicación conjunta de las «Precauciones Universales» y las “Medidas de aislamiento Hospitalario”.

Las Precauciones Universales parten del siguiente principio: **“Todos los trabajadores de la salud deben tratar a todos los pacientes y sus fluidos corporales como si estuvieran contaminados y tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra transmisión”**.

Estas precauciones están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos por fuentes de infección hospitalaria tanto conocida como no reconocida.

Las precauciones **estándar** son:

1. Lavado de las manos:

Es la forma más eficaz de prevenir la infección cruzada entre pacientes, personal hospitalario y visitantes. Existe Lavado de Manos Rutinario, Lavado de Manos Antiséptico, Fricción Antiséptica de Manos y Lavado Quirúrgico de manos.

2. Uso de los guantes:

Es importante recalcar que los guantes **nunca** son un sustituto del lavado de manos (con agua y jabón o con alcohol glicerinado en los casos en que éste sea recomendado). Los guantes se utilizan como barrera y prevención de la contaminación macroscópica.

Se deben usar guantes para todo procedimiento que implique contacto con:

- Sangre y otros fluidos corporales, considerados de precaución universal.
- Superficies o elementos contaminados.
- Piel no intacta, membranas, mucosas o superficies contaminadas con sangre.
- Muestras de laboratorio, tubos con sangre, tejidos o piezas corporales para análisis.
- Procedimientos quirúrgicos, punciones venosas, desinfección y limpieza, y otros procedimientos que así lo requieran.

Tenga en cuenta las siguientes precauciones para el uso de guantes:

60-48.04

- Los guantes usados deben desecharse en caneca roja.
- Nunca reutilice los guantes.
- Cambie inmediatamente los guantes en caso de ruptura o punción y deséchelos.
- No use los mismos guantes para realizar actividades en más de un paciente.
- No lave guantes para usarlos entre un paciente y otro.
- Cambie de guantes si en un mismo paciente se está moviendo de un área contaminada a un área limpia.
- No realice labores asistenciales y administrativas con los mismos guantes.

3. Uso de mascarilla, protector ocular y careta:

Con esta medida se previene la exposición de las membranas mucosas de boca, nariz y ojos, a líquidos potencialmente infectados. Se indica en:

- Procedimientos en donde se manipulen sangre o líquidos corporales.
- Cuando exista la posibilidad de salpicaduras o expulsión de líquidos contaminados con sangre.

Tenga en cuenta las siguientes precauciones:

- Si el uso de mascarilla, tapabocas o careta está indicado, éstos se deben colocar antes de comenzar el procedimiento.
- Siempre debe lavarse las manos después de colocarse o manipular la mascarilla, el tapabocas o careta.
- El tapabocas debe ser cambiado en caso de ser alcanzado por salpicadura o cuando se humedezca.
- Las mascarillas se deben quitar cuidadosamente y desechar después de usarlas, sosteniéndolas solamente por las tiras. No se deben dejar colgadas del cuello o guardadas en un bolsillo para usarlas más tarde.
Después de su uso, la porción del filtro de la mascarilla quirúrgica contiene bacterias provenientes de las vías nasofaríngeas. Tocar esta porción de la mascarilla puede transferir bacterias a las manos.
- Limpie y desinfecte (desinfección de bajo nivel) las gafas y caretas diariamente o siempre que se ensucien.

4. Uso de bata protectora o delantal

Está indicado en:

- Todo procedimiento donde haya exposición a líquidos de precaución universal, por ejemplo: drenaje de abscesos, atención de heridas, atención de partos, punción de cavidades entre otros.
- Exámenes o procedimientos que impliquen contacto con sangre, membranas mucosas y piel no intacta.
- Realización de procedimientos como:

60-48.04

- Cuidados Respiratorios: Intubación o extubación de pacientes, aspiración de secreciones, Reanimación Cardiopulmonar.
- Cuando se va a realizar lavado de instrumental o equipos contaminados o limpieza de derrames de fluidos o sangre.
- Estos deberán cambiarse de inmediato cuando haya contaminación visible con fluidos corporales durante el procedimiento y una vez concluida la intervención.

5. Uso de Ambú:

Deberá estar disponible en todos los equipos de resucitación para disminuir el contacto directo con fluidos del paciente durante la práctica de reanimación cardiopulmonar.

6. Los trabajadores de la salud con heridas abiertas en la piel o drenando, no deben estar en contacto directo con el paciente ni en el área de preparación de comidas.

7. Esterilice o desinfecte equipos reutilizables antes de su uso entre diferentes pacientes. No comparta equipos entre compañeros de habitación.

8. Coloque la ropa contaminada con gran cantidad de sangre en una bolsa roja, ciérrela y siga el procedimiento.

9. Manejo cuidadoso de elementos corto-punzantes:

Durante la manipulación, limpieza y desecho de elementos corto-punzantes (agujas, bisturís u otros), el personal de salud deberá tomar rigurosas precauciones, para prevenir accidentes laborales.

Recomendaciones para el desecho adecuado de las agujas o elementos corto-punzantes:

- La responsabilidad en el manejo adecuado de los corto-punzantes es de quien los utiliza y segrega. No se puede asignar al personal de Limpieza y Desinfección la tarea de recoger corto-punzantes del piso, mesones o cualquier otra superficie.
- Desechar las agujas e instrumentos cortantes una vez utilizados, en recipientes de paredes duras (conocidos como Guardianes), los cuales deben estar situados lo más cerca posible al área de trabajo, para su posterior desecho.
- Si no hay un recolector cerca, use un contenedor rígido (como una riñonera), para contener y trasladar el elemento corto-punzante hacia un contenedor.
- No desechar corto-punzantes en bolsas de basura, cajas o contenedores que no sean resistentes a punciones.
- Evitar tapar, doblar o quebrar agujas, láminas de bisturí y otros elementos corto-punzantes, una vez utilizados.

60-48.04

- La aguja **NO** debe ser tocada con las manos para retirarla de la jeringa. De igual forma no debe ser re-enchufada para su desecho porque la mayoría de los accidentes ocurren durante esta maniobra.

3. LAVADO DE MANOS.

3.1. LAVADO SOCIAL DE MANOS

Es el lavado de manos con jabón líquido no antiséptico, para remover suciedad y microorganismos de la piel. Se indica en los siguientes casos:

- Cuando las manos estén visiblemente sucias con material orgánico
- Cuando las manos estén contaminadas con sangre u otros fluidos corporales, bien sea con jabón común y agua o jabón antimicrobiano y agua.
- Como parte de la Higiene Personal. Antes de comer y después de usar el baño.
- Antes y después de estar en contacto directo con pacientes.
- Después de tener contacto con piel intacta del paciente (tomar el pulso, tomar la presión, levantar paciente, limpiar paciente, etc).
- En los intervalos de atención entre paciente y paciente. Ej. consulta externa.
- Después de retirarse guantes.

Una vez terminado el lavado de las manos es de vital importancia secarlas preferiblemente con toalla desechable.

3.2. LAVADO DE MANOS POR REMOCION QUIMICA DE MICROORGANISMOS.

Es el lavado de manos con jabón antiséptico, logrando destruir o inhibir el crecimiento de microorganismos. Se indica en el lavado de manos rutinario para procedimientos invasivos y lavado quirúrgico de las manos.

a. LAVADO RUTINARIO PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS.

Se indica en las siguientes situaciones:

- Al realizar procedimientos que penetren la piel o que tengan contacto con mucosas.
- En procedimientos que entren en contacto con las secreciones y líquidos de precaución universal.
- En procedimientos odontológicos y de laboratorio clínico.
- Antes y después de manipular heridas.
- En procedimientos con pacientes inmunocomprometidos.

b. TECNICA PARA EL LAVADO DE MANOS RUTINARIO

1. Retirar todos los objetos que se tenga en las manos: anillos, relojes y pulseras.

60-48.04

2. Humedecer las manos y aplicar 3 c.c. de jabón antiséptico; frotando vigorosamente dedo por dedo, haciendo énfasis en los espacios interdigitales.
3. Frotar palmas y dorso de las manos, cinco (5) cm por encima de la muñeca.
4. Enjuague las manos con abundante agua para que el barrido sea efectivo.
5. Finalice secando con toalla desechable.

c. LAVADO DE MANOS QUIRURGICO.

Es el procedimiento por el cual se eliminan microorganismos de las manos y los antebrazos empleando un método de lavado mecánico y antisepsia química antes de participar en un procedimiento quirúrgico.

Objetivos:

- Disminuir el riesgo de contaminación de la herida quirúrgica.
- Eliminar los microorganismos transitorios de uñas, manos y antebrazos.
- Reducir a un mínimo la flora residente de la piel.
- Inhibir el crecimiento de rebote rápido de microorganismos.

Indicaciones:

- Antes de cualquier procedimiento quirúrgico.
- Antes del tratamiento de heridas por quemaduras severas.
- Antes de inserción de dispositivos invasivos como catéteres cardíacos, cables marcapasos, catéteres de Swan Ganz y líneas arteriales.

TECNICA PARA EL LAVADO DE MANOS QUIRURGICO

1. Retire todos los objetos que se tenga en las manos: anillos, relojes y pulseras.
2. Adopte una posición cómoda frente al lavamanos, humedecer las manos y brazos.
3. Aplique 3 cc de jabón antiséptico y realice un rápido lavado de las manos para eliminar partículas, materia orgánica y grasa normal de la piel. Mantenga las manos más altas que los codos.
4. Limpie las uñas con palillo desechable, manteniendo las puntas de los dedos juntas.
5. Nuevamente aplique 3cc de jabón antiséptico y frote energicamente, palma con palma (15 veces)
6. Frote el dorso de cada mano con la palma contralateral (15 veces)

60-48.04

7. Envuelva y frote cada dedo con la mano contralateral, recordando que el dedo presenta cuatro caras. Debe frotarse cada uno iniciando por el pulgar durante 15 veces.
8. Frote espacios interdigitales con los dedos de la mano contralateral.
9. Frote el antebrazo 10 veces en forma circular, teniendo en cuenta los cuatro planos y dividiendo el antebrazo en tres tercios; iniciando por el tercio distal y continuando con los otros dos tercios hasta el codo. El lavado debe extenderse 6 cms por encima del codo.
10. Enjuague manteniendo las manos más altas que los codos, asegurándose que el agua que se desliza fuera de los codos.
11. Seque las manos con una compresa estéril, evitando tocar la ropa.

d. FRICCION ANTISEPTICA DE LAS MANOS

“El Alcohol Glicerinado está disponible en los servicios de Urgencias, Hospitalización, Consulta Externa y Programas de Promoción y Prevención, para ser utilizado por parte del equipo de Salud, previo a la realización de procedimientos clínicos a los usuarios.

Es la aplicación de alcohol glicerinado sobre toda la superficie de las manos para reducir el número de microorganismos presentes.

Las manos deben lavarse siempre que se encuentren visiblemente sucias.

No se debe aplicar alcohol glicerinado sobre las manos sucias.

Objetivo:

Inactivar o matar microorganismos y reducir el conteo total bacteriano de la piel de las manos siempre que éstas no estén visiblemente sucias; para prevenir infecciones intrahospitalarias.

Indicaciones:

Exactamente las mismas indicaciones que para el Lavado rutinario y antiséptico de manos, **excepto:**

- Cuando las manos estén visiblemente sucias.
- Antes de comer y después de usar el baño.
- Después del cuidado de pacientes o superficies.
- Cuando se sospeche exposición a bacillus (ántrax).
- Considerar después de cuidar pacientes con diarrea nosocomial.
- Cuando se tenga un brote de infecciones por Clostridium difficile.

TECNICA PARA LA FRICCION ANTISEPTICA DE MANOS

- El volumen de alcohol a utilizar debe ser de 3 a 5 cc
- Frote las dos manos cubriendo las superficies anterior, posterior y dedos.

60-48.04

- Las manos se deben dejar secar completamente AL AIRE antes de tocar cualquier superficie (de lo contrario hay riesgo de quemado al tocar por ejemplo una superficie metálica).
- Se debe realizar lavado de manos rutinario antiséptico después de 5 usos de alcohol glicerinado posteriores a contactos con pacientes y objetos inanimados.

4. PRECAUCIONES Y CUIDADOS DE LOS DISPENSADORES DE JABÓN

- Los dispensadores de jabón deben lavarse y desinfectarse antes de surtirlos nuevamente.
- El lavado de los dispensadores debe realizarse con agua y jabón, y luego desinfectarlos con hipoclorito de sodio a 200 ppm.
- El lavado y desinfección de dispensadores de jabón debe realizarse como mínimo cada ocho días. Deben secarse bien antes de llenar nuevamente.
- Si pasados 8 días el jabón no se ha acabado, vacíe el dispensador, deseche el jabón; lave y desinfecte el dispensador y vacíe jabón nuevo, máximo 1/3 de su capacidad.

5. NORMAS ESPECÍFICAS DE BIOSEGURIDAD PARA ÁREAS DE ALTO Y MEDIANO RIESGO

5.1. Urgencias

El riesgo de contacto con sangre y fluidos corporales se incrementa en esta área, por lo cual, el personal debe mantenerse en alerta y preparado con los elementos de protección fácilmente disponibles, que le permitan cumplir las normas de bioseguridad en forma permanente.

- **Siga rigurosamente las precauciones estándar.**
- Utilice el equipo de protección personal: gorro, tapabocas o mascarilla, protector ocular, guantes, y delantal impermeable, siempre que esté indicado.
- Los equipos de ventilación como ambú, cánulas, tubos endotraqueales y en general, el material, debe estar disponible y en adecuadas condiciones de limpieza y desinfección.
- La ropa contaminada se deposita en bolsa de plástico roja, marcada y bien cerrada para ser enviada a la lavandería.

5.2. Salas de Partos

- **Siga rigurosamente las Precauciones Estándar.**

60-48.04

- En casos de urgencias que obliguen al profesional a salir de Salas, éste debe utilizar una bata blanca sobre el uniforme, la cual deberá quitarse al regresar al área.
- Utilice permanentemente el equipo de protección personal: gorro, tapabocas o mascarilla, protector ocular, guantes y delantal impermeable cuando haga parte del equipo quirúrgico que está atendiendo el paciente.
- El médico que atiende el parto, debe utilizar guantes estériles y bata o delantal quirúrgico impermeable a líquidos. Si el guante es perforado debe ser cambiado inmediatamente.
- Cambie oportunamente los recipientes de drenaje o aspiración de secreciones, sangre y orina.
- Clasifique la ropa médica y quirúrgica utilizada en los diferentes procedimientos teniendo en cuenta que puede ser contaminada o sucia.
- Disponga la ropa contaminada con sangre, secreciones u otros fluidos provenientes de pacientes, en una bolsa roja.
- Coloque el material anatómico-patológico como las placentas en bolsas plásticas de color rojo debidamente identificadas y ubíquelas en la nevera, para su posterior eliminación.
- Efectúe limpieza y desinfección del área empleando la técnica correcta y las diluciones adecuadas de los desinfectantes.
(Ver Procedimiento Limpieza y Desinfección de áreas).
- El desecho de los residuos líquidos de sangre y fluidos corporales debe realizarse así:
 - Medir el Volumen del líquido en ml.
 - Depositar el fluido en el vertedero teniendo la precaución de no producir salpicaduras.
 - Agregar el mismo volumen de solución de hipoclorito de sodio en concentración de 5000 ppm.
 - Bajar la tapa del vertedero y vaciarlo.
 - Lavar, desinfectar y esterilizar el instrumental y los elementos utilizados en la atención del parto de acuerdo con el procedimiento de lavado de instrumental y el de Desinfección de Alto Nivel o Esterilización según sea el caso.

5.3. Hospitalización (Habitación del paciente)

- **Siga rigurosamente las Precauciones Estándar.**
- Al tomar las muestras de sangre emplee la técnica correcta y evite la presencia de derrames en las paredes externas del tubo.

60-48.04

- Envíe al laboratorio los tubos sellados y debidamente rotulados disponiéndolos en gradillas y éstas a su vez en un recipiente irrompible para evitar accidentes al personal encargado del transporte de dichas muestras.
- Evacue en las unidades sanitarias el contenido de los sistemas de drenaje como cistofló, colostomías y drenes al vacío, con la precaución de no producir salpicaduras. Agregue solución de hipoclorito a 5.000 ppm, baje la tapa del vertedero y deseche. Posteriormente deposite estos recipientes en una bolsa plástica de color rojo que los identifique como material biológico de alto riesgo.
- Dote el carro de medicamentos con un guardián para el desecho de material corto-punzante.

5.4. Laboratorio Clínico

- **Siga rigurosamente las Precauciones Estándar.**
- Las puertas del laboratorio deben estar cerradas y el acceso al mismo estar restringido mientras se lleven a cabo trabajos con materiales biológicos.
- La puerta debe tener señalización que diga: «Prohibido pasar – Riesgo biológico».
- El laboratorio debe mantenerse limpio y ordenado.
- Use bata o uniforme dentro del laboratorio. Esta ropa protectora se debe quitar antes de abandonar el área de trabajo. No abandonar el laboratorio o caminar fuera del lugar de trabajo con los elementos de protección puestos.
- Antes de iniciar la tarea diaria asegúrese que la piel de sus manos no presente cortes, raspones y otras lesiones, en caso que así sea, cubrir la herida de manera conveniente antes de colocarse los guantes.
- No toque los ojos, nariz o piel con las manos enguantadas.
- Siga las precauciones de manejo de material corto punzante.
- Todo procedimiento debe ser realizado de tal manera que no se produzcan salpicaduras, gotas o aerosoles.
- Evite el contacto directo con elementos de laboratorio como puertas, neveras, teléfono etc. cuando se esté manipulando suero, sangre u otro material biológico.

60-48.04

- Bajo ninguna circunstancia se pipeteará sustancia alguna con la boca, para ello se usarán pipetas automáticas, micro-pipetas con puntas desechables, peras succionadoras o goteros de caucho.
- Las pipetas mecánicas deben lavarse y esterilizarse entre procedimiento y procedimiento.
- En caso de ingestión accidental de material peligroso, traslade inmediatamente a la persona a un servicio de urgencias, después de quitarle la ropa de protección. Informe al médico el agente ingerido y siga sus recomendaciones.
- Las superficies del área de trabajo deberán ser descontaminadas inmediatamente en caso de presentarse derrame de sangre o fluidos corporales y cuando se termine la tarea diaria. Esta labor debe ser realizada por personal del laboratorio capacitado en manejo de contaminación biológica.
- Todos los líquidos o sólidos contaminados se deben descontaminar (Ver procedimiento desecho de material) antes de desecharlos o de volver a utilizarlos; los materiales contaminados que se vayan a esterilizar en autoclave o incinerar fuera del laboratorio deben introducirse en recipientes resistentes e impermeables y cerrarse antes de sacarlos del laboratorio.
- Las cubetas de los equipos, filtros y accesorios se deben limpiar diariamente. (El autoclave se debe lavar y desinfectar diariamente, neveras descongelar y lavar una vez al mes).
- Lavar, desinfectar y esterilizar el material de trabajo según el procedimiento establecido para tal fin.
- En caso de enviar muestras fuera del laboratorio clínico, se debe empacar el tubo en otro recipiente que sea resistente, de tal manera que en caso de quebrarse el tubo, la persona que transporta la muestra no tenga riesgo de contaminarse.
- La limpieza del laboratorio debe ser realizada por personal entrenado y debe ser supervisada por el personal del laboratorio. En caso de cualquier tipo de accidente (ruptura de material, derrame de alguna sustancia, etc), se debe notificar inmediatamente a la Bacterióloga responsable y seguir sus indicaciones para recoger vidrios y contener el derrame.
- El personal de L&D (Limpieza y Desinfección) no puede verter ninguna sustancia ni botar ningún elemento sin previa autorización o instrucción del personal calificado del laboratorio.
- Los recipientes rotos deben recubrirse inmediatamente con un trapo empapado en hipoclorito de sodio a 5.000 ppm. Al cabo de 10 minutos como mínimo, se recogen los trozos rotos y el trapo, usando un recogedor de polvo y posteriormente se limpia el

60-48.04

suelo con un desinfectante. El material roto y el trapo deben colocarse en un basurero destinado a material contaminado.

5.4.1. Uso de aparatos y otros elementos

1. Congeladoras:

Cada vez que se deba guardar o retirar material alguno, el operador debe tener puestos los guantes. Todo el material almacenado debe estar rotulado, limpio por fuera y cerrado adecuadamente (no con tapón de algodón o gasa).

2. Centrífuga

- Al centrifugar se deben balancear los tubos por peso y no por volumen, esto evita salpicaduras y riesgos de exposición al romperse los tubos.
- Evite detener la centrífuga manualmente. Espere que se detenga completamente.
- Evite destaparla antes de que cese de girar.
- Emplee tubos con tapa hermética (tapa rosca o de goma).
- Al terminar el trabajo limpiar y desinfectar el equipo por dentro y por fuera.

3. Baño serológico

- Tenga en cuenta la ficha técnica del fabricante.
- Debe ser lavado y desinfectado una vez por semana (ver proceso Lavado y desinfección de áreas y equipos) y se le debe cambiar el agua cada 48 horas. El agua utilizada para llenar nuevamente el baño debe tener un germicida químico (Azul de metileno).

4. Otros aparatos (microscopios, lectores de ELISA, etc.)

Una vez utilizados deben descontaminarse las perillas y superficies con solución de hipoclorito a 500 ppm.

5.4.2. Manejo y eliminación del material contaminado y desechos en el laboratorio:

- Todo el equipo reutilizable (por ej. puntas de micro-pipetas, tubos para recolección de especímenes, etc.) debe ser ubicado en un recipiente de plástico de paredes duras resistentes a perforaciones. Se recomienda el uso de bidones y botellas de plástico o cualquier recipiente similar acondicionado para tal fin. El recipiente contendrá una solución de Hipoclorito de sodio en concentración de 5.000 ppm. y debe estar ubicado en el mismo lugar de trabajo. El material se debe dejar sumergido en esta preparación durante 10 minutos, pasados los cuales se deben seguir los procesos de limpieza y desinfección, garantizando que el personal utilice adecuadamente los Elementos de Protección Personal.

60-48.04

- Todo elemento descartable (ej. agujas, jeringas, etc.) deben ser colocado en un guardián hermético.
- El desecho de los fluidos orgánicos puede efectuarse por las cañerías habituales una vez que éstos hayan sido convenientemente descontaminados.

5.5. Odontología

El personal de Odontología debe conocer y aplicar **RIGUROSAMENTE** todas las Precauciones Estándar.

- Recuerde que la sangre de cualquier paciente puede ser portadora de HIV, Hepatitis B, C, y otros; por tanto, **cualquier paciente será tratado como de alto riesgo por el personal de odontología.**
- Utilice permanentemente mascarilla, careta (visor), bata y guantes en todos los procedimientos que supongan la posibilidad de sangrado con o sin salpicadura.
- Cambie los guantes entre paciente y paciente. Use guantes limpios.
- Lávese las manos al iniciar turno, entre paciente y paciente y al terminar el turno (Ver procedimiento Lavado de Manos Antiséptico).
- Maneje con estricta precaución el material corto-punzante desechable (agujas, hojas de bisturí, cuchillas), deséchelo en el recolector guardián.
- No enfunde las agujas desechables en su protector una vez las haya utilizado. **RECUERDE QUE EL MAYOR NUMERO DE ACCIDENTES POR RIESGO BIOLÓGICO OCURRE POR REENFUNDAR AGUJAS UTILIZADAS.** Ocasionalmente, si usted requiere hacerlo, lo más recomendado es utilizar la técnica de una sola mano. Las agujas se pueden re-enfundar de forma segura colocando la tapa en un sostén especial, utilizando pinzas para agarrar la tapa o simplemente dejando la tapa sobre la bandeja de instrumental y guiando la aguja entre la tapa hasta que la aguja quede totalmente tapada (técnica de una sola mano).
- Las agujas desechables no deben ser removidas manualmente antes de ser desechadas.
- Las servilletas donde se coloca el instrumental deben cambiarse entre paciente y paciente.
- Por cada unidad odontológica debe haber un recolector guardián, de manera que debe ser directamente el odontólogo quien deseche la aguja.

60-48.04

- En cuanto a las superficies de contacto clínico (ejemplo: lámparas de luz, sillas, interruptores de las lámparas, etc), deben ser desinfectadas entre paciente y paciente. Si se utiliza vinilo protector se debe cambiar entre paciente y paciente, entonces la desinfección se hará al finalizar el día. Al terminar la atención de cada paciente, antes de retirarse los guantes, el odontólogo retirará cuidadosamente la película protectora y la desechará, inspecciona si la superficie se encuentra limpia, se retira los guantes y coloca una nueva película protectora.
- El material y los equipos de trabajo deben descontaminarse, desinfectarse y esterilizarse después de cada procedimiento.
- Elementos Críticos: Fórceps, escalpelos, cinces de hueso y todo instrumental que penetre tejido blando o hueso.
Elementos Semicríticos: Espejos, condensadores de amalgama, jeringas de agua, aire y todo aquel instrumento que no penetre hueso, pero entra en contacto con tejidos orales. **Los instrumentos críticos deben esterilizarse después de cada uso.**
- Las piezas de mano de alta o baja velocidad deben ser esterilizadas en autoclave o en calor seco.
- La inmersión de los elementos de odontología en soluciones desinfectantes en lugar de la esterilización **no es recomendable** por varias razones:
 - La esterilización por medio de soluciones químicas no puede ser monitoreada biológicamente.
 - Los instrumentos que han sido esterilizados por medio de soluciones químicas deben ser manipulados de forma aséptica, enjuagados y lavados con agua estéril y luego deben ser secados con toallas estériles, procedimientos que usualmente no se llevan a cabo en un consultorio odontológico.
 - Los instrumentos que han sido esterilizados por un germicida químico líquido no pueden ser envueltos, por lo tanto deben ser utilizados inmediatamente.
- El uso de diques de goma, eyectores de alta velocidad con dispositivos desechables y una adecuada posición del paciente disminuye el riesgo de contaminación en los distintos procedimientos. Maneje el resto de elementos y equipos de trabajo odontológico según indicaciones que aparecen en las normas generales de bioseguridad.
- Los instrumentos descartables de uso único como, las tazas y cepillos de profilaxis, puntas evacuadoras de aire de alta velocidad, eyectores de saliva y puntas plásticas protectoras de jeringa triple, deben usarse para un solo paciente y desecharse adecuadamente.

60-48.04

- Las mangueras de los eyectores y de las piezas de mano usadas con aire, deben ser aireadas 5 segundos al inicio del día laboral entre cada paciente, en la escupidera.
- El proceso de toma y revelado de radiografías, se manipulará con guantes por el contacto del sobre con los tejidos y fluidos del paciente, no así la placa revelada, lavada y una vez seca.
- Disponga en forma adecuada los desechos y descontamine las superficies de trabajo, tal como se indica en los procedimientos descritos en este manual. (ver capítulo 8 «Manejo de residuos Hospitalarios»).

5.6. Lavandería

- Siga rigurosamente las Precauciones Estándar.
- Manipule con precaución la ropa para evitar heridas que puedan producirse por la presencia de hojas de bisturí y otros elementos corto-punzantes, dejados de manera **irresponsable** por trabajadores de la salud. Notifique inmediatamente a su Supervisor si esto sucede.
- Recoja la ropa en el lugar donde fue utilizada; no seleccione o lave ropa en las áreas de atención de pacientes.
- Manipule lo menos posible la ropa contaminada tanto de pacientes como de personal médico. No agite la ropa, de esta manera se evita la dispersión de microorganismos en el ambiente.
- La ropa contaminada debe disponerse en bolsas de color rojo, teniendo en cuenta la precaución de doblar las partes sucias hacia adentro y utilizando guantes para su manipulación.
- Maneje en forma separada la ropa sucia y la contaminada. Se considera **ropa sucia** toda la proveniente de atención de pacientes, que no contenga sangre o cualquier fluido corporal ni material orgánico.
- **La ropa contaminada** es aquella que contiene sangre, líquidos corporales, secreciones o materia orgánica producto de la atención al paciente.
- La clasificación de la ropa debe realizarse en recipientes dispuestos en las áreas de atención de pacientes.
- Mantenga en óptimas condiciones de aseo los carros de transporte de ropa limpia, ropa sucia y ropa contaminada así como el área destinada a la lavandería.

60-48.04

- Para el traslado de la ropa limpia a los servicios, ésta debe ser protegida con cobertores, trasladada en carros limpios y en lo posible cerrados para reducir el riesgo de contaminación microbiana.
- Las sábanas deben ser cambiadas inmediatamente si se contaminan con sangre u otro fluido corporal, y diariamente. Las frazadas o cobijas deben lavarse entre un paciente y otro.
- El almacenamiento de ropa limpia en los servicios debe ser en muebles limpios cerrados que se encuentran en el área limpia de la unidad.

5.7. NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA EL PERSONAL AUXILIAR DE LIMPIEZA Y DESINFECCION:

- Maneje todas las áreas asistenciales como potencialmente infectadas y **siga rigurosamente las Precauciones Estándar consideradas en la parte inicial de este manual.**
- Utilice elementos de protección como gafas, guantes y delantales.
- En sala de Partos, es obligatorio además, el uso de gorro quirúrgico, polainas y mascarilla. Los guantes deben ser de caucho grueso y resistente, fácilmente adaptables y deben mantenerse en óptimas condiciones de higiene.
- Aplique las técnicas de asepsia al realizar las diferentes actividades teniendo en cuenta que en su orden son: limpieza y desinfección. Al efectuar la limpieza recuerde que se debe hacer de lo más limpio a lo más contaminado.
- Lávese las manos después de realizar cada tarea.
- Comunique a su jefe inmediato la presencia de material corto-punzante en lugares inadecuados: pisos, bolsas de desechos, mesas, lavamanos y baño, etc. El jefe notificará al Gerente de la Institución para realizar la respectiva investigación.
- **Por el peligro al que son expuestos los trabajadores de la salud, se considerará FALTA GRAVE el NO cumplimiento de las normas de bioseguridad y la mala segregación de los desechos.**
- Antes de escurrir los trapeadores revise con cuidado con el fin de detectar la presencia de material corto-punzante.
- Utilice el uniforme solo para las labores de limpieza y desinfección, para salir a la calle cámbiese totalmente.
- Antes de efectuar la limpieza a las superficies de trabajo, sobre todo si se trata de áreas como laboratorio o sala de Partos, solicite autorización al personal responsable.

60-48.04

- Recoja los vidrios rotos utilizando recogedor y escoba; deposítelos en recipientes resistentes debidamente marcados y ubíquelos en el sitio de disposición final.
- Solicite indicaciones especiales al personal médico y de enfermería encargado, antes de ingresar a una habitación en cuya puerta figure una señal de acceso restringido.
- Utilice “motosos” para el procedimiento de limpieza de pisos en áreas de atención a pacientes. No use escobas.
- Limpie inmediatamente cualquier tipo de derrame (agua o cualquier otro líquido).
- Los elementos que se utilizan para la limpieza y desinfección deben ser exclusivos de cada área y estar debidamente rotulados.

6. LIMPIEZA, DESINFECCIÓN, Y ESTERILIZACIÓN

6.1. Limpieza

Es la remoción de toda materia extraña (Suciedad, materia orgánica, etc.) de los objetos o las superficies; usualmente es realizada con agua y detergente enzimático para los equipos, instrumental o elementos; el detergente común se usa para superficies como pisos, paredes, etc. Ésta siempre debe preceder a los procesos de desinfección. **Este es el paso más importante dentro de los procesos de desinfección y esterilización.**

En los aspectos relacionados con la limpieza hospitalaria deben resaltarse los siguientes principios:

1. Siempre la limpieza debe ir antes de la desinfección y nunca tratar de reemplazarla.
2. No se deben realizar aspersiones.
3. No se debe levantar polvo al limpiar.

Detergentes:

Agentes químicos utilizados para la eliminación de suciedad insoluble en agua. Deben eliminar la suciedad orgánica e inorgánica, no producir daño en los equipos, no dejar residuos (facilidad de enjuague) y no ser tóxicos para el personal que los manipula.

Detergentes Enzimáticos:

Son detergentes que contienen enzimas proteolíticas que disuelven la materia orgánica; tienen en su mayoría PH neutro, disminuyendo la posibilidad de corrosión y picado. Se utilizan para pre-remojo del instrumental, evitando la manipulación del instrumental

60-48.04

contaminado por parte del operario, ofreciéndole de esta forma mayor seguridad. Es ideal para ubicar el instrumental inmediatamente termina el acto quirúrgico.

6.2. Desinfección:

La desinfección es un proceso que elimina todos los microorganismos de los objetos o superficies con excepción de las esporas bacterianas.

Esta se realiza utilizando un agente desinfectante.

Hay tres niveles de desinfección de acuerdo al nivel de acción:

- **Desinfección de Alto Nivel:** Destruye todas las formas de vida de microorganismos excepto gran cantidad de esporas. Se utiliza en **desinfección de elementos semicríticos**.
- **Desinfección de Nivel Intermedio:** Inactiva virus, bacterias en estado vegetativo, hongos, mycobacterium tuberculosis y no necesariamente esporas. Se utiliza para desinfección de elementos como termómetros, tanques de hidroterapia. También es usado para la desinfección de superficies de áreas de alto, mediano y bajo riesgo dependiendo de la concentración de la solución.
- **Desinfección de Bajo Nivel:** destruye la mayoría de las bacterias, hongos algunos virus pero no microorganismos resistentes como el bacilo tuberculoso y las formas esporuladas de los microorganismos. Se utiliza para desinfección de elementos **no críticos** como áreas, muebles y enseres del paciente.

6.2.1. Desinfectante:

Es un agente que tiene capacidad de destruir o eliminar microorganismos causales de enfermedades. De acuerdo al espectro de actividad, se clasifican en niveles alto, intermedio y bajo.

Cuadro 1. Desinfectantes de uso común

Alcohol Etilico 70 – 90%.Usos:

- Desinfección de equipos de superficies pequeñas (ej: monitores, estetoscopios, etc).
- Desinfección de termómetros oral y rectal.
- Desinfección Bomba de infusión.
- Superficie de desfibrilador y equipo E.C.G.
- Desinfección de tapas de medicamentos.
- Área de preparación de medicamentos.

Yodóforos 30-50 ppm. Usos:

60-48.04

- Generalmente utilizado como antiséptico. No se recomienda como desinfectante de áreas o superficies.
- Lavado de manos y asepsia de piel.

Glutaraldehído 2%.

Germicida Concentración Nivel de acción Alto. Usos:

- Desinfección de Laringoscopio
- Desinfección equipo de terapia respiratoria.
- Transductores para ecografía.

Recomendaciones de uso:

- Los equipos a desinfectar deben estar completamente limpios y secos.
- La presencia de materia orgánica interfiere con la efectividad de los desinfectantes.
- La presencia de agua en los equipos diluye el desinfectante y baja su concentración mínima efectiva.
- El recipiente a utilizar no debe ser metálico, tener tapa y rotularlo con la fecha en que se dispensa el producto y la fecha de vencimiento. El producto no debe utilizarse por ningún motivo después de los 14 o 28 días de preparado o si al hacer la medición, la concentración está por debajo del mínimo (ver instrucciones del fabricante).
- El tiempo de uso para ambos productos es 14 o 28 días a partir de la fecha en la cual se dispensó en la bandeja.
- Debe garantizarse un excelente enjuague. Los estudios recomiendan enjuagar por lo menos durante tres minutos con agua: agua potable si es un elemento semicrítico; agua estéril, si es un elemento crítico y el equipo va a ser utilizado en un paciente inmunocomprometido.
- El tiempo requerido para desinfección de alto nivel con GLUTARALDEHIDO al 2% es de 20 minutos.
- Recuerde siempre activar el producto con la sal que trae antes de utilizarlo
- El sitio donde se utiliza debe ser ventilado

Hipoclorito de Sodio.

El cloro es un desinfectante universal, activo contra todos los microorganismos. En general se utiliza en forma de hipoclorito sódico, excelente desinfectante, bactericida y virucida. Es

60-48.04

inestable y disminuye su eficiencia en presencia de luz, calor y largo tiempo de preparación, por lo tanto, la presentación comercial indicada son envases oscuros.

Es ideal para remojar el material usado antes de ser lavado, e inactivar secreciones corporales por ejemplo, eliminación de heces y orina en el laboratorio. Es altamente corrosivo por lo tanto no debe usarse por más de treinta minutos, ni repetidamente en material de acero inoxidable.

Es un químico económico, asequible, de gran aplicabilidad y se consigue comercialmente en forma líquida a una concentración entre el 3,5% y el 6%.

Recomendaciones de uso:

- Manipular con protección: guantes y tapabocas.
- Se hace preparación por cada turno.
- El tiempo de duración de las soluciones cloradas varía según las condiciones ambientales, de almacenamiento y empaque del producto y requieren de recipientes opacos para su almacenamiento.
- Se inactiva por la luz y el calor, por materia orgánica y luego de seis horas de preparado.
- No mezclar con detergentes pues esto inhibe su acción y produce vapores irritantes para el tracto respiratorio.
- Desecharlo inmediatamente después de usarlo.
- Respetar estrictamente la concentración recomendada según la necesidad.

La cantidad de cloro requerido para un alto nivel de desinfección depende de la cantidad de material orgánico presente. Se ha definido las siguientes concentraciones de acuerdo al nivel de desinfección que se necesite:

- *Desinfección de material limpio, es decir, sin resto de sangre o líquidos corporales, se requieren diluciones de hipoclorito entre 0.05% y 0.1% o sea entre 500 y 1.000 ppm (partes por millón).*
- *Desinfección de material contaminado con sangre, pus, o líquidos corporales se recomiendan concentraciones hasta 0.5% (5.000 ppm). A esta concentración el producto es muy corrosivo, por ello debe vigilarse el tiempo de inmersión de los objetos y evitar usarlo para la ropa.*
- *Desinfección de Superficies.*
Áreas Críticas: 0,5% (5000 ppm)
Áreas no críticas: 0,025% (250 ppm)

Desinfección de ropa contaminada y de quirófano: 0,1% (1000 ppm). La ropa no contaminada no necesita tratamiento con hipoclorito de sodio.

- Desinfección de áreas críticas y de superficies de trabajo en servicios hospitalarios.

60-48.04

- Laboratorio Clínico para manejo de material de vidrio.
- Manejo de derrames de sangre y fluidos corporales.
- En la cocina para el lavado de frutas y verduras.
- En la lavandería.

COMO PREPARAR LA DILUCION DIARIA DE HIPOCLORITO DE SODIO.

Ejemplo: Hipoclorito comercial al 5% y deseamos preparar al 0.5% (5000 ppm). Es necesario preparar 1 litro = 1000 cc de hipoclorito al 0.5%.

FORMULA:

$$V = \frac{Cd \times Vd}{Cc}$$

Vd : Volumen deseado.

Cd : Concentración deseada.

Cc : Concentración conocida.

$$V = \frac{0.5\% \times 1.000 \text{ c.c.}}{5\%} = 100 \text{ c.c.}$$

Se debe agregar 100 c.c. de hipoclorito de sodio al 5% a 900 c.c. de agua para tener 1000 c.c. de una dilución al 0.5%.

1. Se debe medir con la probeta plástica los 100 c.c. de hipoclorito.
2. Agregar el hipoclorito al recipiente en el cual se va a preparar (Balde).
3. Añadir agua hasta completar el volumen de solución a preparar, en este caso 1 litro.
4. El recipiente usado debe tener una capacidad superior a la que se va a preparar.

Diluciones Hipoclorito de Sodio 5%

(Revise en la Etiqueta que el Hipoclorito que está usando sea al 5%)

Lavado Rutinario de mesas, lámparas, lavamanos, camillas, camas, mesas de noche, riñoneras, y patos. Usar hipoclorito a 200 ppm (Partes por millón):

60-48.04

1 litro de volumen= 4cc hipoclorito+996 cc agua
5 litros de volumen=20 cc hipoclorito+4980 cc agua
10 litros de volumen= 40 cc hipoclorito+9960 cc agua

Lavado Rutinario de áreas. Usar hipoclorito a 500 ppm:

1 litro de volumen= 10cc hipoclorito+990 cc agua
5 litros de volumen=50 cc hipoclorito+4950 cc agua
10 litros de volumen= 100 cc hipoclorito+9900 cc agua

Lavado terminal de áreas. Elementos utilizados en laboratorio como el material de vidrio, derrames en cualquier área y lavado de ropa contaminada: Usar hipoclorito a 1000 ppm:

1 litro de volumen= 20cc hipoclorito+980 cc agua
5 litros de volumen=100 cc hipoclorito+4900 cc agua
10 litros de volumen= 200 cc hipoclorito+9800 cc agua

6.2.2. DESINFECCIÓN DE AREAS

- **La principal responsabilidad del personal auxiliar de Limpieza y Desinfección es mantener las áreas absolutamente limpias. Esté vigilante y siempre garantice la limpieza de todas las áreas hospitalarias.**
- Los traperos, paños de aseo y baldes, deben estar siempre limpios y secos antes del inicio del procedimiento.
- Realice el avance de la zona de menos tránsito o contaminación a la más contaminada, los pisos se deben trapear en ZIG ZAG.
- Los elementos utilizados deberán lavarse con una solución de hipoclorito de sodio a 500 ppm por 10 minutos una vez finalizado el procedimiento y dejarlos secar en un sitio ventilado, no dejarlos sumergidos en la solución desinfectante.
- La solución utilizada para la limpieza de superficies en habitaciones hospitalarias, se debe cambiar cada hora o cuando esté visiblemente sucia (esto sucede cuando la solución preparada se encuentra en un balde en el que se sumerge el trapo o traperos).
- Las superficies que estén macroscópicamente contaminadas o salpicadas con sangre o fluidos deben ser limpiadas inmediatamente o tan pronto como sea posible. El equipo contaminado debe ser descontaminado o marcado y manejado como contaminado para que aquellos que lo manejen tomen las precauciones necesarias.

6.2.2.1. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN RUTINARIA DE AREAS (Si no hay derrame de sangre o fluidos corporales)

60-48.04

Debe realizarse diariamente o con la periodicidad necesaria en zonas de alto, mediano y bajo riesgo, si el área está visiblemente sucia.

Utilizar:

- Detergente común
- Hipoclorito de sodio a 500 ppm
- Elementos de limpieza
- Equipo de Protección Personal (EPP)

6.2.2.2. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN TERMINAL DE AREAS

Es la limpieza y desinfección completa y minuciosa que debe realizarse en las áreas asistenciales con una frecuencia semanal, en caso de brote infeccioso y cuando el usuario es dado de alta.

Utilizar:

- Detergente común
- Hipoclorito de sodio a 1000 ppm
- Elementos de limpieza
- Equipo de Protección Personal (EPP)

**6.2.2.3. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE AREAS EN CASO DE DERRAME DE
SANGRE O FLUIDOS CORPORALES**

Es la limpieza y desinfección que se debe realizar cada vez que se presente un derrame de sangre o líquidos corporales, en cualquier área.

Utilizar:

- Elementos de aseo y limpieza, compresa o papel secante.
- Equipo de Protección Personal (EPP).
- Hipoclorito de sodio en concentración de 5.000 ppm
- Detergente común.

**6.2.2.4. DESINFECCION DE EQUIPOS CONTAMINADOS CON VHB, VHC, VIH O
TUBERCULOSIS**

Según el Centro para el control de las enfermedades infecciosas de Atlanta (CDC), los equipos médicos semicríticos que han entrado en contacto con pacientes con VHB, VHC, VIH o con secreciones respiratorias contaminadas con Mycobacteria Tuberculosis, deben recibir desinfección de alto nivel. Hay suficiente evidencia demostrando la efectividad de los desinfectantes de alto nivel para eliminar estos microorganismos.

Debe tenerse en cuenta que todos los pacientes son considerados como potencialmente Infectados con patógenos transmisibles por sangre. También es cierto que una infección por mycobacteria puede no parecer clínicamente aparente en muchos pacientes.

60-48.04

6.3. ESTERILIZACION

La esterilización es el proceso por el cual se destruyen todos los microorganismos incluyendo el 100 % de las esporas.

6.3.1. CENTRAL DE ESTERILIZACION:

La Central de Esterilización es un área independiente y delimitada, donde se realizan los siguientes procesos:

- Recepción de material.
- Lavado.
- Secado.
- Inspección.
- Empaque.
- Esterilización.
- Almacenamiento materiales estériles.
- Almacenamiento materiales no estériles.

6.3.1.1. Recepción de material

- Llevar el material a esterilización lo antes posible después de haber sido utilizado. La materia orgánica seca es mucho más difícil de remover.
- El traslado debe hacerse en contenedores cerrados para evitar la filtración de líquidos y contacto con fluidos corporales.
- Vaciar cualquier reservorio líquido en el lugar indicado antes del traslado.
- Proteger los filos y puntas de los instrumentos dentro del contenedor Quirúrgico del equipo.
- Entregar y recibir con hoja de conteo de instrumental.
- No colocar elementos pesados sobre elementos livianos.

6.3.1.2 Lavado de materiales

- Todo el material que ha tenido contacto con fluidos corporales debe ser inmediatamente descontaminado con agua y detergente.
- Clasificar el material a ser descontaminado, por sus características y por las instrucciones del fabricante.
- El material debe ser sumergido, sin manipularlo, en la solución con detergente.

60-48.04

- Transcurrido el tiempo de remojo, se debe desarmar y cepillar el elemento (si se requiere), luego enjuagarlo y volverlo a armar.
- Sumergir los elementos en solución de hipoclorito, en concentración adecuada según el tipo de material durante 10 minutos, posteriormente enjuagarlos y secarlos.
- Todas las personas de la Central de Esterilización deben ser conscientes de la importancia de conservar la integridad del instrumental no sólo clasificándolo para su limpieza, sino manipulándolo con cuidado, como en el caso del instrumental metálico que se desalinean, pica o mella sus bordes al tratarlo sin atención. Al no poderse lavar adecuadamente, el instrumental picado y oxidado constituye un riesgo de infección para el paciente.
- El personal que hace el lavado, debe utilizar el equipo de protección personal, tal como el gorro, tapabocas o mascarilla, protectores oculares, guantes, bracerías y delantal de plástico.

Recomendaciones para prevenir daño del instrumental:

- Comience con la limpieza inmediatamente después de utilizar el instrumento. Nunca deje secar la sangre sobre éste.
- No utilice marcadores de impacto o grabador para marcar instrumentos.
- La marca no debe ir sobre la caja articular, debilita el instrumento. Ubíquela en los brazos del instrumento.
- Asegúrese de que los instrumentos estén totalmente secos para prevenir manchas.

6.3.1.3. Secado de materiales

Secar completamente con aire comprimido o en su defecto con un paño absorbente. (No compresas)

6.3.1.4. Inspección

Dentro de las etapas del proceso de esterilización la inspección asegura que los instrumentos lleguen en buen estado a manos de la persona que los requiera.

La inspección la lleva a cabo la persona que lava, seca y empaqueta los materiales para ser esterilizados.

Se revisa:

La funcionalidad:

- Filo (capacidad de corte).
- Prensión.

Maleabilidad:

- De las articulaciones.

60-48.04

- Desajuste.

Integridad:

- Si hay fisuras.
- Deterioro del recubrimiento, oxidación, picados, mellados

La limpieza:

- Dientes de las pinzas, los lúmenes, las cajas articulares o bisagras.

6.3.1.5. Lubricación

- Se realiza con lubricantes insolubles, cada vez que se considere necesario, de acuerdo a la rotación del instrumental y mínimo una vez al mes.
- La lubricación deja una capa sobre los instrumentos que los protege de los agentes químicos depositados sobre ellos, provenientes, tanto de los detergentes, como de los residuos minerales del agua.
- La lubricación afloja aquellas articulaciones de los instrumentos que se han endurecido, deteriorando su adecuado funcionamiento.

6.3.1.6. Empaque

- Antes de empacar, revisar que no haya restos de material orgánico; si los hay, se debe devolver el elemento a descontaminación y lavado. La materia orgánica interfiere con el proceso de esterilización y constituye un riesgo para el personal. Si la materia orgánica se somete al proceso de esterilización, se adhiere al instrumento produciendo corrosión, además de interferir con el proceso. EL ELEMENTO SE CONSIDERA NO ESTERIL.
- Los empaques constituyen una barrera protectora para el material estéril. Deben ser de condición tal que mantengan el contenido estéril, mientras no sean abiertos.
- Dentro de las bandejas no se deben colocar instrumentos empacados en bolsas individuales ya que se dificulta el proceso de esterilización.

Sellado del Empaque:

En el sellado del empaque debemos tener en cuenta:

- Dejar la pestaña necesaria para una adecuada manipulación del paquete (2.5 cms).
- Las envolvedoras de género o dril no deben ser planchadas, ni reutilizadas; antes del proceso deben ser previamente lavadas; de lo contrario pueden producir un sobrecalentamiento del vapor e interferir con el proceso de esterilización. Deben estar en buen estado.

Identificación del paquete:

60-48.04

Cada empaque debe llevar anotado:

- Fecha de procesamiento y vencimiento de la esterilización
- Servicio al que pertenece
- Contenido, si éste no es visible y firma de quien lo empaca.
- Marcar la cinta indicadora, utilizando marcadores indelebiles.
- No debe empacarse una bolsa grande con muchos paquetes pequeños adentro y una sola etiqueta externa con la información, ya que una vez abierto el paquete grande, todos los paquetes pequeños quedarán sin fecha.

6.3.1.7. ESTERILIZACION POR CALOR HUMEDO:

Este es el método más sencillo, económico y práctico para esterilizar. El calor húmedo se produce en autoclaves, que funcionan a presión conseguida con vapor. El vapor por sí mismo es un agente germicida dado que produce hidratación, coagulación e hidrólisis de las albúminas y proteínas de las bacterias.

La autoclave permite la esterilización de material reutilizable y material potencialmente contaminado que vaya a ser eliminado. La temperatura para esterilizar con calor húmedo oscila entre 121°C a 132°C. La presión del vapor dentro de la cámara de esterilización debe ser de 15 libras por pulgada cuadrada.

El tiempo de esterilización de acuerdo al material es:

- Líquidos : 15 minutos (poco usual)
- Materiales de caucho : 20 minutos a 124°C
- Instrumental y los paquetes de ropa: 30 minutos a 132°C - 134°C.

La esterilización por calor húmedo no debe utilizarse en sustancias grasas, material termoestable, instrumental con piezas termo sensibles y sustancias que no sean hidrosolubles.

El tiempo de garantía de esterilidad estimado depende de la envoltura:

- Papel : 7 días.
- Tela : 15 días.

Factores que influyen en el proceso:

Al organizar los instrumentos dentro de las bandejas, tenga en cuenta:

- Abrir las pinzas o ajustarlas en el último diente.
- No agrupar instrumentos con caucho de guante.

60-48.04

- No colocar protectores de punta completamente ajustados.
- No apilar los instrumentos, no sobrecargar las bandejas con instrumentos.
- Coloque solamente la cantidad que permita el adecuado contacto con el agente esterilizante.
- Desarme los instrumentos con partes tales como cánulas, guías, para permitir el adecuado contacto de cada parte con el agente esterilizante.
- Retire el aire de los elementos que lo contengan.
- Las bandejas deben tener perforaciones.
- No olvide colocar el indicador químico adecuado según el método que se utilizará para la esterilización.

Tamaño de la carga:

- La carga debe tener un tamaño que permita que el método de esterilización la abarque completamente.
- El tamaño de un paquete debe ser previamente validado.
- Los equipos deben ser empacados de acuerdo a las instrucciones del fabricante. No debe sobrecargarse un paquete con otro, sino facilitar que la carga quede lo suficientemente holgada para que el vapor, circule sin dificultad. Lo ideal es cargar la cámara en el 70% de su capacidad.
- En caso de utilizar vapor, las temperaturas y tiempos se programan de acuerdo al equipo y material. En una misma carga deben ir juntos los materiales que puedan ser expuestos a temperaturas y a tiempos similares de proceso.

No son aceptados como medios de esterilización:

- Los sistemas de filtración de aire, los hornos microondas, ollas a presión, gabinetes de luz ultravioleta, hervidoras de agua y lavadoras de instrumental de cualquier tipo (Manual de Buenas Prácticas de Esterilización Hospitalaria. Ministerio de la Protección Social. 2004.)

Manejo de los diferentes sistemas de Esterilización.

Se deben seguir las instrucciones del fabricante y solicitar el entrenamiento anual del personal involucrado en el proceso.

Recomendaciones generales de seguridad:

60-48.04

- Los guantes son un implemento indispensable para el personal de salud ya que les permite evitar lesiones y efectuar maniobras con mayor rango de seguridad y sirven como protección contra las fricciones y quemaduras.
- Los guantes que ofrecen mayores ventajas son los de carnaza con doble protección en la palma de la mano, pues tienen bastante resistencia en este tipo de trabajo.

6.3.1.8. Almacenamiento de materiales

Los materiales estériles se deben almacenar de acuerdo a las siguientes normas:

- Almacenar de manera que se utilicen primero los materiales más próximos a expirar.
- Proteger con bolsa plástica los elementos que se utilizarán menos, aclarando que la cubierta externa no está estéril.
- Los productos esterilizados no se deben almacenar en áreas sujetas a grandes fluctuaciones de humedad, presión y/o temperatura.

El lugar de almacenamiento de elementos estériles debe:

- Estar protegido, libre de polvo e insectos.
- Tener superficies lisas y lavables.
- Ser de fácil acceso y tener circulación restringida.
- Permitir la visibilidad de los materiales.
- Tener estantes cerrados para elementos que no roten con frecuencia.
- Proteger con bolsa plástica los elementos que se utilizan menos.
- La única aseveración respecto al mantenimiento de la esterilidad que es posible fundamentar científicamente en la actualidad, es que el artículo
- permanecerá estéril mientras el empaque reúna características que impidan
- el ingreso de microorganismos, es decir, mientras no haya sido alterado o roto.

Almacenamiento de material no estéril:

Dentro de la central de esterilización debe existir un sitio para el almacenamiento del material que llega limpio para ser empacado y sometido al proceso de Esterilización. Este bodegaje debe hacerse en un lugar libre de humedad y polvo, alejado de sitios donde se estén procesando otros materiales que puedan arrojar residuos extraños. En lo posible, debemos dejarlos en sus empaques originales (cajas, bolsas, etc.), hasta que sea el momento de procesarlos.

60-48.04

6.3.1.9. Entrega de materiales.

Una manipulación inadecuada del elemento esterilizado en el momento de la entrega, puede romper la integridad del paquete contaminándolo.

Los artículos esterilizados deben ser repartidos a los servicios clínicos de preferencia en carros cerrados, especialmente destinados para ese fin.

En el servicio clínico deben ser almacenados siguiendo las mismas normas que en la Central de Esterilización.

6.3.1.10. Certificación rutinaria de los procesos de esterilización

Los indicadores físicos, químicos y biológicos monitorizan la calidad de los procesos de esterilización.

Monitores físicos

Son elementos incorporados al esterilizador, tales como termómetros, manómetros de presión, sensores de carga, válvulas y otros. Estos elementos permiten visualizar si el equipo ha alcanzado los parámetros exigidos para el proceso. Un ejemplo sofisticado de esto, son los equipos con microprocesador, que entregan una impresión con las características del proceso en todas sus etapas.

Verifique siempre que todos los monitores estén funcionando adecuadamente.

En caso contrario, notifique inmediatamente al servicio de mantenimiento.

Indicadores químicos

Son productos comerciales que utilizan sustancias químicas que cambian de color ante variables físicas y químicas del proceso.

Estos indicadores no prueban que los contenidos se encuentren estériles, pero son útiles para diferenciar paquetes y artículos que han sido expuestos a un proceso, de aquellos que no han sido sometidos a esterilización.

Los indicadores químicos son diferentes para cada proceso: calor seco, vapor húmedo, plasma, óxido de etileno y formaldehído.

El test de pre-vacío de Bowie Dick, está diseñado para detectar residuos de aire en la cámara esterilizadora de las autoclaves **que funcionan con bomba de vacío** (no recomendado para autoclaves que funcionan por gravedad). Las bolsas de aire impedirían el contacto del vapor con los elementos de la carga y, por lo tanto, interfieren con el adecuado proceso de esterilización. El test debe realizarse diariamente con la cámara vacía y siguiendo estrictamente los pasos requeridos.

Indicadores biológicos

60-48.04

Es el mejor medio a nuestro alcance para determinar la eficiencia de un proceso de esterilización.

Están diseñados para confirmar la presencia o ausencia de microorganismos viables, después del proceso de esterilización. Consiste en esporas de un microorganismo de prueba, que posee la mayor resistencia comprobada frente al método de esterilización utilizado.

Se utilizan esporas de Bacilos Stearothermophilus para el autoclave a vapor, plasma de peróxido de hidrogeno y formaldehído y esporas de Bacilos Subtilis para esterilización por calor seco y Óxido de Etileno.

Recomendaciones para el uso de un indicador biológico:

- Deben seguirse las recomendaciones del fabricante, según el sistema de esterilización, en cuanto a la forma de utilizar y a la frecuencia de uso de indicadores biológicos, ya sea diario o por carga.
- Se debe usar el indicador cada vez que se repare la autoclave.
- Se debe llevar el reporte de resultados de los indicadores biológicos en un fólder de registro esterilización.
- En el Hospital Santa Margarita se establece la frecuencia de uso de indicadores de la siguiente manera:
 1. Indicador químico: en cada paquete.
 2. Indicador biológico: uno diario.

Conducta para la Certificación de los Procesos de Esterilización.

Objetivo

Validar la calidad del proceso de esterilización.

Indicadores Biológicos:

Auxiliar de Enfermería:

- Retira la carga del esterilizador.
- Prende la incubadora y calibra la temperatura entre 55 y 60 grados.
- Rompe la ampolla que contiene el indicador.
- Coloca el indicador en la incubadora.
- Pasadas 24 horas lee el resultado definitivo, el cual confirma la presencia o ausencia de microorganismos viables después del proceso de esterilización. **El resultado es**

60-48.04

negativo, si el indicador biológico mantiene su color violeta, el resultado es positivo, si el indicador cambia de color violeta a amarillo.

- Registra el resultado en el cuaderno correspondiente de registro para indicadores biológicos.
- Si el resultado es positivo debe recogerse los materiales esterilizados en esa carga y notificar inmediatamente a mantenimiento para la revisión del equipo.
- Si el resultado es negativo, registra en el libro que la carga está certificada y aprobada y procede a almacenar los materiales estériles.
- Desecha el indicador en un guardián.

Técnico de Mantenimiento

- Realiza las correcciones necesarias al esterilizador.

Auxiliar Responsable Central de Esterilización:

Monta un nuevo ciclo de esterilización sin carga con un nuevo indicador biológico y se realiza el proceso descrito para la incubación del indicador. Si este resultado es negativo, se valida la carga y se continúa utilizando el esterilizador; si es positivo, nuevamente se suspende el funcionamiento del equipo hasta su reparación y posterior confirmación de su estado por la incubación de un nuevo indicador y que la carga sea validada y certificada.

En los turnos de la noche la instrumentadora de cada turno es la responsable de desarrollar este proceso.

7. AISLAMIENTO HOSPITALARIO

Es la práctica de recomendaciones aceptadas internacionalmente que buscan disminuir el riesgo de infección para el paciente, el personal de la salud y los visitantes, mediante la interrupción de la cadena de transmisión.

El aislamiento hospitalario se utiliza como una medida para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas y pretende:

- Interrumpir la cadena de transmisión.
- Disminuir la incidencia de infección nosocomial.
- Prevenir y controlar brotes.
- Racionalizar el uso de recursos.
- Mantener una alta calidad de atención.

7.1. Elementos básicos de transmisión

La transmisión de la infección dentro de un hospital requiere cuatro elementos básicos:

60-48.04

1. Una fuente de infección que puede ser:

- **Endógena:** Cuando el microorganismo infectante proviene de la flora del paciente.
- **Exógena:** cuando el germen infectante se encuentra en materiales y equipos, en otras personas colonizadas o infectadas, o en el medio ambiente.

2. Un microorganismo infectante:

Es cualquier germen capaz de producir en el huésped infección o enfermedad, esta capacidad está dada por la concentración microbiana, la resistencia microbiana, el tamaño del inóculo y el ciclo en que se encuentre.

3. Una vía de transmisión efectiva:

Es el mecanismo mediante el cual el germen ingresa al huésped susceptible (aquel que no ha desarrollado inmunidad activa o pasiva frente a un germen). La transmisión puede ser por contacto, gotas, aerosoles, por un vehículo común o por vectores.

a. Transmisión por contacto:

- **Contacto directo:** cuando entran en contacto dos superficies corporales y existe transferencia de microorganismos entre un huésped susceptible y otro colonizado o infectado. Por ejemplo, a través de las manos, baño a pacientes, curaciones, cambio de posición a los pacientes, etc.
- **Contacto indirecto:** Cuando la transferencia ocurre por medio de objetos inanimados como agujas o instrumental, tendidos de cama, ropa, guantes no cambiados entre paciente y paciente.

b. Transmisión por gotas:

Ocurre cuando las gotas infectadas de más de 5 micras, son lanzadas a corta distancia y no permanecen suspendidas en el aire. Pueden ser generadas cuando el paciente tose, estornuda, habla o durante procedimientos como aspiración de secreciones o broncoscopia.

c. Transmisión por aerosol:

Ocurre por diseminación e inhalación de partículas gotas menores de 5 micras, que contienen microorganismos que pueden suspenderse en el aire y transportarse a largas distancias por corrientes de aire; permanecen suspendidas en el aire por largos periodos de tiempo.

d. Transmisión por medio de un vehículo:

Cuando el microorganismo se transmite a través del agua, aire, los alimentos o medicamentos. Por ejemplo, en los alimentos se puede transmitir la salmonelosis, en

60-48.04

el agua la legionelosis, a través de los medicamentos cuando se administra un producto contaminado.

e. Transmisión por medio de un vector:

Cuando es ocasionada por insectos, roedores, etc. Raramente asociada a infecciones nosocomiales. En caso de tener un paciente con diagnóstico Confirmado o presuntivo de fiebre amarilla o malaria se debe poner toldillo durante los primeros cinco días de la enfermedad.

4. Un huésped susceptible:

La resistencia del huésped varía según las condiciones inmunológicas, nutricionales, sociales, edad, violación mecánica de las barreras del huésped, tratamientos inmunosupresores, etc. Para que el proceso infeccioso se presente deben darse las siguientes fases:

- Encuentro del agente-fuente con el huésped.
- Entrada del agente.
- Diseminación del microorganismo.
- Multiplicación celular.
- Daño Celular.
- Enfermedad con signos y síntomas.
- Eliminación del germen.

7.2. Precauciones Estándar Generales

Estas precauciones se deben utilizar en todos los pacientes.

- **La Habitación del paciente debe ser individual e incluir lavamanos**, toallas de papel, sanitario y sitio para guardar la ropa. En caso de no ser posible, utilizar habitaciones múltiples, compartidas por pacientes infectados por el mismo germen, ubicados a una distancia no menor a un metro entre ellos. Siempre mantener cerrada la puerta de la habitación.
- **Lavado de manos:** debe realizarse al principio de turno, antes y después de todo procedimiento, al estar en contacto con sangre o líquidos corporales o con elementos contaminados.
- **Uso de guantes:** actúan como barrera protectora de la piel ante el contacto de la piel con sangre o líquidos corporales. El uso de guantes no reemplaza el lavado de las manos.
- **Uso de Mascarillas.**
- **Uso de Gafas o Caretas:** son necesarias en procedimientos quirúrgicos y en el manejo de los procedimientos que ofrezcan riesgo de salpicadura con

60-48.04

- sangre u otros líquidos corporales en ojos, piel y mucosas.
- **Manipular la ropa contaminada del paciente con guantes**, depositarla en la bolsa apropiada y enviar a lavandería.
- **Los Elementos de Protección Personal se deben quitar y descartar** antes de salir del área de interacción con el paciente (Habitación).
- Desinfectar la habitación de acuerdo con el procedimiento establecido. Las superficies de trabajo contaminadas deben ser limpiadas con un desinfectante aprobado. Las superficies que estén macroscópicamente contaminadas o salpicadas con sangre o fluidos deben ser limpiadas inmediatamente o tan pronto como sea posible.
- Las superficies deben ser limpiadas al final del día. El equipo contaminado debe ser descontaminado o marcado y manejado como contaminado para que aquellos que lo manejen tomen las precauciones necesarias.
- Los objetos como libros, revistas y juguetes del paciente deben ser desinfectados o destruidos en caso de contaminación.
- **Historia del paciente:** debe evitarse a toda costa que la historia del paciente u otros documentos entren en contacto con sangre o fluidos.
- Limitar el traslado del paciente infectado, en caso de hacerlo tomar las medidas de aislamiento necesarias.
- Asegurar que el paciente y/o su familia entiendan, respalden y usen las medidas de aislamiento.

7.3. Tipos de Aislamiento

7.3.1. Aislamiento de Contacto

7.3.1.1. Objetivo:

Evitar la transmisión de gérmenes patógenos por contacto directo de paciente a personal hospitalario y por contacto indirecto de paciente a paciente a través del personal de salud.

7.3.1.2. Indicaciones:

-Infección o colonización con *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA).

-Infección o colonización por bacilos gram-negativos multi-resistentes: definidos como bacilos gram negativos con resistencia a dos o más familias de antibióticos (aminoglicósidos, cefalosporinas, quinolonas, carbapenémicos).

60-48.04

-Infecciones por Virus Sincitial Respiratorio, Parainfluenza, o Enterovirus en lactantes y niños. Debe aislarse presuntivamente a lactantes y niños con síndromes respiratorios sugestivos de bronquiolitis o croup.

-Pacientes con gastroenteritis causada por o ante alta sospecha de ser causada por Clostridium difficile, Escherichia coli, Rotavirus, o Shigella o Hepatitis A, cuando el paciente sea incontinente o requiera pañal. Inicie aislamiento de contacto cuando el paciente presente diarrea y sea incontinente o necesite pañal.

-Querato conjuntivitis por Adenovirus confirmada.

-Fiebres hemorrágicas virales (Ebola, Lassa, Marburg), sospecha es suficiente.

-Rubéola congénita.

-Ciertas infecciones cutáneas y de anexos:

-Difteria cutánea.

-Varicela.

-Herpes simple diseminado o herpes neonatal.

-Herpes zoster.

-Abscesos, celulitis abiertas y úlceras de presión que no puedan ser cubiertas completamente y contenidas con apósitos.

-Viruela y viruela del mico.

-Escabiosis (sarna).

-Pediculosis (piojos).

7.3.1.3. Descripción:

-Debe utilizarse cuarto privado.

-Es necesario colocar la señal informativa del caso ("AISLAMIENTO DE CONTACTO") en la parte externa de la puerta del paciente inmediatamente que el paciente llegue al cuarto o tan pronto que se sepa que tiene una indicación de aislamiento.

-Debe realizarse lavado de manos y utilizar EPP (elementos de protección personal) siguiendo las precauciones estándar.

-Además de lo dictado por las precauciones estándar, se debe utilizar guantes si se anticipa contacto con el paciente o el ambiente en el cuarto del paciente. Cambie de guantes una vez éstos hayan sido contaminados con secreciones o excretas que puedan contener cantidades significativas del microorganismo (secreciones de heridas o úlceras, materia fecal). Remuévase los guantes antes de abandonar el cuarto del paciente y lávese las manos. Evite tocar superficies del cuarto del paciente una vez se haya removido los guantes (excepto para el lavado de manos).

60-48.04

-Además de lo dictado por las precauciones estándar, utilice una bata apropiada (impermeable) cuando entre al cuarto del paciente si anticipa contacto con el paciente, el ambiente (superficies) u objetos en el cuarto del paciente.

Si el paciente con las indicaciones descritas es incontinente, tiene diarrea o heridas no contenidas, emplee una bata para ingresar al cuarto. Retírese la bata antes de salir del cuarto. Después de retirada la bata, evite contacto de su cuerpo o ropa con objetos o superficies del cuarto.

-En las unidades de cuidado intensivo, la bata y los guantes deben colocarse antes de entrar al cuarto del paciente y deben retirarse antes de salir del cuarto del paciente.

-Como precaución especial de lavado de manos, se recomienda no tocar ninguna superficie del cuarto del paciente. Para eso se recomienda lavarse las manos dentro de la habitación del paciente, cerrar la llave con una toalla de papel, y abrir la puerta del cuarto del paciente para salir con una toalla de papel.

-Debe limitarse el movimiento del paciente únicamente a sitios esenciales. Si el paciente sale del cuarto para ser trasladado, asegure que las precauciones se mantengan para minimizar el riesgo de contaminar otros pacientes, superficies ambientales u objetos (utilizar ropas, batas, sábanas, etc., que eviten el contacto directo del paciente con cualquier superficie diferente).

-Si familiares del paciente van a tener contacto con elementos fuera del cuarto del paciente, mientras permanezcan en el cuarto deben usar bata y guantes si van a intervenir en acciones como baño del paciente. Los familiares deben cumplir con el requisito estricto de lavado de manos antes de salir del cuarto del paciente (enseñe a los familiares el lavado rutinario de manos).

7.3.1.4. Control ambiental:

-Debe realizarse limpieza diaria del cuarto del paciente. Esta labor debe ser realizada por el personal auxiliar de Limpieza y Desinfección y usando guantes y bata (Ver procedimiento «Lavado Rutinario de Áreas»). Una vez el paciente ha sido dado de alta, la limpieza del cuarto del paciente debe hacerse con un desinfectante apropiado. El personal auxiliar de Limpieza y Desinfección que realice este tipo de labores debe utilizar bata y guantes (Ver procedimiento Lavado Terminal de Áreas.).

-Utilice, en la medida de lo posible, equipo para examen y toma de signos vitales que sea solo para uso del paciente (no para compartir con otros pacientes de la clínica). Si esto no es posible, el equipo debe desinfectarse antes de ser utilizado en otro paciente.

-La historia clínica del paciente no debe entrar al cuarto del paciente.

Cuando la historia requiera ser transportada con el paciente, ésta debe ser colocada en una bolsa plástica, o envuelta en sábanas limpias.

7.3.1.5. Criterios para suspender aislamiento de contacto:

60-48.04

La suspensión de aislamientos de contacto debe ser avalada por el **Comité de Vigilancia Epidemiológica**.

MRSA: el aislamiento debe mantenerse hasta que el paciente sea dado de alta o hasta que se documente eliminación de la colonización (tres cultivos seriados negativos para MRSA de ambas fosas nasales, axila, y heridas si las hay, tomados con por lo menos 24 horas de diferencia).

No se debe considerar hacer cultivos para discontinuar este aislamiento antes de 72 horas posteriores a haber terminado tratamiento para MRSA en los casos de infección (los antibióticos pueden inhibir el crecimiento bacteriano, sin que necesariamente signifique que la colonización se ha resuelto). Contacte al grupo de vigilancia epidemiológica para asistencia a este respecto.

Bacilos gram-negativos multiresistentes: el aislamiento debe mantenerse hasta que el paciente sea dado de alta o hasta que se documente eliminación de la colonización (dos cultivos seriados negativos para el bacilo gram-negativo tomados del sitio original de donde se aisló y de heridas si las hay, y de secreciones respiratorias si las hay). Contacte al grupo de vigilancia epidemiológica para asistencia a este respecto.

Adenovirus: hasta resolución de la enfermedad.

Virus Sincitial Respiratorio: hasta resolución de la enfermedad.

Heridas, abscesos, celulitis y úlceras: hasta que el drenaje pueda contenerse por apósitos o hasta que dejen de drenar.

Difteria cutánea: hasta que se resuelva la enfermedad.

Herpes simple neonatal o diseminado, varicela y herpes zoster: hasta que todas las lesiones estén en fase de costra.

Viruela y viruela del mico: hasta la resolución de la enfermedad.

Diarreas causadas por C. Difficile, Hepatitis A, E. coli, Rotavirus, o Shigella: hasta resolución de la diarrea.

Fiebres hemorrágicas virales (Ebola, Lassa, Marburg): hasta la resolución de la enfermedad.

Rubéola congénita: por la duración de la enfermedad.

Escabiosis y Pediculosis: 24 horas después de haber administrado tratamiento apropiado.

7.3.1.6. Requerimientos administrativos y responsables:

60-48.04

-Es responsabilidad del Personal de Enfermería enseñar a los visitantes el lavado rutinario de manos.

-La empresa proveerá los elementos necesarios para aplicar el aislamiento de contacto de manera inmediata y consistente. Esto implica que la **Farmacia** debe tener disponibilidad inmediata de batas impermeables y cajas de guantes. Una vez requerido el aislamiento, estos EPP deben ser entregados de manera inmediata al personal de enfermería del área donde se encuentra el paciente.

El hospital debe garantizar el suministro de los elementos requeridos para llevar a cabo el aislamiento.

En un día es predecible que por cada paciente que está en aislamiento de contacto se utilicen tres batas (auxiliar, enfermera jefa, y otra para cada persona extra que ingresa al cuarto), asumiendo que las batas pueden ser reutilizadas por personal hospitalario y visitante. Si se utilizan batas reusables, éstas deben ser lavadas diariamente.

- Debe proveerse a hospitalización los avisos informativos de “AISLAMIENTO DE CONTACTO” para que sean colocados en las puertas de las habitaciones de pacientes que requieran éste tipo de aislamiento. Estas señales serán de uso exclusivo del Comité de Vigilancia Epidemiológica, órgano que debe velar porque las señales se utilicen adecuadamente y sean devueltas para ser guardadas y entregadas cada vez que se necesiten.

-Es responsabilidad de la **enfermera jefe** informar al Comité de Vigilancia Epidemiológica de la hospitalización de un paciente que requiera aislamiento de contacto.

-La enfermera jefe debe pedir a Farmacia, los elementos de EPP necesarios para el aislamiento.

-La enfermera jefe debe vigilar el cumplimiento de éstas recomendaciones por Médicos, auxiliares de enfermería, técnicos, camilleros, visitantes, etc., con el apoyo del Comité de Vigilancia Epidemiológica. Cuando haya incumplimiento de estas recomendaciones la enfermera jefe deberá informar del incidente al Comité de Vigilancia Epidemiológica.

-Es responsabilidad del **Comité de Vigilancia Epidemiológica** confirmar la indicación de aislamiento y proveer a los servicios las señales informativas pertinentes para ser colocadas en la puerta de la habitación del paciente aislado. Además el comité asistirá a la enfermera jefe en la vigilancia del cumplimiento de las recomendaciones y realizará observaciones independientes de cumplimiento. Así mismo, el comité está a cargo de aprobar la suspensión del aislamiento.

-Es responsabilidad del **médico tratante** avisar a la enfermera jefe y escribir la orden médica de aislamiento cuando esté indicado.

-Es responsabilidad del **personal hospitalario** cumplir con estas recomendaciones.

60-48.04

-Es responsabilidad del **laboratorio clínico** informar a la enfermera jefe, y al comité de vigilancia epidemiológica la sospecha o aislamiento de uno de los patógenos que requieran aislamiento de contacto.

El aviso informativo para el aislamiento de contacto es el siguiente:

AISLAMIENTO DE CONTACTO

VISITANTES: NOTIFICARSE A LA ENFERMERA ANTES DE ENTRAR

LAVADO DE MANOS

USO DE GUANTES Y BATA

7.3.2 Aislamiento de Contacto Especial:

7.3.2.1. Objetivo:

Evitar la transmisión de *Enterococo* sp. resistente a vancomicina. Este microorganismo requiere medidas extremas de aislamiento de contacto ya que se ha demostrado su capacidad para contaminar significativamente superficies ambientales en el cuarto del paciente, así como objetos inanimados que al ser tocados pueden transmitir el organismo al personal hospitalario o visitante.

7.3.2.2. Indicaciones:

-Infección o colonización (cultivos positivos) para *Enterococo fecalis*, *Enterococo faecium* u otros *Enterococos* sp. resistentes a vancomicina. (VRE).

-SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Grave), sospecha es suficiente.

7.3.2.3. Descripción:

-Debe utilizarse cuarto privado.

-Es necesario colocar la señal informativa del caso ("AISLAMIENTO DE CONTACTO ESPECIAL") en la parte externa de la puerta de la habitación inmediatamente que el paciente llegue o tan pronto que se sepa que tiene colonización o infección por VRE.

-Debe realizarse lavado de manos y utilizar EPP siguiendo las precauciones estándar.

-Debe utilizarse siempre guantes y batas impermeables **ANTES** de ingresar al cuarto del paciente, independientemente de si se prevé o no contacto con el paciente o con superficies u objetos de la habitación. Es por eso que debe restringirse la entrada de personal hospitalario al máximo.

-Como precaución especial de lavado de manos, se recomienda no tocar ninguna superficie de la habitación del paciente con las manos limpias.

60-48.04

Para eso se recomienda lavarse las manos dentro de la habitación del paciente, y cerrar la llave con una toalla de papel, y además abrir la puerta de la habitación del paciente al salir empleando una toalla de papel.

-Debe asignarse fonendoscopio y tensiómetro para uso exclusivo con el paciente aislado, y de ser necesario desinfectarlos de acuerdo al procedimiento establecido.

-Debe limitarse el movimiento del paciente únicamente a sitios esenciales. Si el paciente sale del cuarto para ser trasladado, asegure que las precauciones se mantengan para minimizar el riesgo de contaminar otros pacientes, superficies ambientales u objetos (utilizar ropas, batas, sábanas, etc., que eviten el contacto directo del paciente con cualquier superficie diferente).

-Visitas: para visitantes que permanezcan con el paciente menos de 12 horas al día, se aplican las mismas recomendaciones que para el personal hospitalario, es decir, que deben lavarse las manos, colocarse guantes, y bata impermeable antes de entrar al cuarto, y deben lavarse las manos antes del salir del cuarto. Para visitantes que permanezcan con el paciente por más de 12 horas al día, deben utilizar bata y guantes únicamente si van a participar en actividades que involucren contacto directo con el paciente (asistir para ir al baño, asistir en alimentación, etc.). Debe recalcarse al personal visitante la importancia del lavado de manos, de evitar el contacto con superficies por fuera de la habitación del paciente, y de evitar el contacto directo o indirecto con otros pacientes de la clínica.

-La historia clínica del paciente no debe entrarse a la habitación del paciente. Cuando la historia requiera ser transportada con el paciente, ésta debe ser colocada en una bolsa plástica, o envuelta en sábanas limpias.

-La persona encargada de traer la comida al paciente debe entregar la bandeja a la auxiliar a cargo del paciente, quien siempre que ingrese a la habitación debe cumplir con las recomendaciones aquí descritas.

La bandeja debe ser recogida con guantes, y debe ser colocada de manera separada o aislada (por tela o plástico) para ser transportada a donde será lavada, momento en el cual no es necesario tomar precauciones adicionales.

7.3.2.4. Criterios para suspender aislamiento de contacto especial:

-La suspensión de aislamientos de contacto especial debe ser avalada por el Comité de Vigilancia Epidemiológica.

-El paciente con VRE debe permanecer en aislamiento de contacto especial hasta ser dado de alto o hasta que se documente erradicación de la colonización.

-Para documentar erradicación de la colonización por VRE se requiere de tres cultivos seriados negativos para VRE tomados por lo menos con 24 horas de diferencia y de las siguientes áreas: cultivo peri-rectal o de materia fecal, y cultivo de cualquier herida si la hay.

60-48.04

-Si un paciente tiene el antecedente de haber tenido colonización por VRE y es readmitido sin que se haya documentado erradicación de la colonización, ese paciente debe ser colocado en aislamiento de contacto especial, sin importar la razón de la admisión.

-Para decisiones acerca de suspensión de aislamiento en pacientes con posible SARS (Síndrome Respiratorio Agudo y Grave) consulte al comité de vigilancia epidemiológica.

7.2. Requerimientos administrativos y responsables:

Las responsabilidades son similares a las descritas en “AISLAMIENTO DE CONTACTO”. Sin embargo, se requieren ajustes especiales especialmente para asegurar la disponibilidad de los elementos necesarios.

-El **personal hospitalario** tiene la responsabilidad de extremar las medidas de limpieza, y todo equipo que salga de la habitación debe ser desinfectado antes de ser utilizado en otro paciente.

El aviso informativo para el aislamiento de contacto especial es el siguiente:

AISLAMIENTO DE CONTACTO ESPECIAL

VISITANTES: NOTIFICARSE A LA ENFERMERA ANTES DE ENTRAR

LAVADO DE MANOS

GUANTES- BATA (Siempre que entre a la habitación)

7.3.3. AISLAMIENTO DE GOTAS

7.3.3.1. Objetivo

Evitar la transmisión de microorganismos a través de gotas respiratorias de más de 5 micras. Estas gotas no permanecen suspendidas en el aire y generalmente no se dispersan más de tres pies de distancia de la fuente. Cuando una persona está lo suficientemente cerca y por un tiempo suficientemente prolongado, se pueden transmitir infecciones cuando las gotas alcanzan mucosas (conjuntiva, mucosa nasal, mucosa oral). Por eso el personal hospitalario puede infectarse, y actuar como diseminador de la enfermedad.

7.3.3.2. Indicaciones

-Sospecha o confirmación de enfermedad invasiva (especialmente meningitis) por Neisseria meningitidis.

-Deben aislarse pacientes que se presenten brote cutáneo de tipo petequeal o equimótico que no tengan una explicación, ante la posibilidad de N. meningitidis.

-Difteria faríngea.

60-48.04

-Plaga neumónica (Neumonía por *Yersinia pestis*).

-Neumonía, escarlatina, y faringitis por *Streptococcus pyogenes* (Betahemolítico del grupo A) en lactantes y niños.

-Pertusis (Tosferina). Pacientes con tos paroxística o severa y persistente deben considerarse para aislamiento de gotas cuando se sospecha o se haya documentado actividad de tosferina en la comunidad.

-Epiglotitis, meningitis, o neumonía por *Haemophilus influenzae*.

-Influenza (virus de la gripe).

-Parotiditis (Paperas).

-Adenovirus.

-Encefalitis equina venezolana.

-Rubéola. Deben aislarse pacientes que requieran hospitalización que tengan un brote maculo-papular con síntomas respiratorios y fiebre sin explicación establecida ante la posibilidad de rubéola.

-SARS (Síndrome Respiratorio Agudo y Grave)

-Parvovirus B19.

7.3.3.3. Descripción

-Debe utilizarse habitación individual.

-Es necesario colocar la señal informativa del caso ("AISLAMIENTO DE GOTAS") en la parte externa de la puerta del paciente inmediatamente que el paciente llegue a la habitación o tan pronto que se sepa que el paciente tiene una indicación.

-Debe realizarse lavado de manos y utilizar EPP (Elementos de Protección Personal) siguiendo las precauciones estándar.

-Además de las precauciones estándar, debe utilizarse un tapabocas / máscara quirúrgica desechable cuando se vaya a estar a menos de 3 pies del paciente (1 metro). Bote la máscara antes de abandonar la habitación del paciente. Si es posible, utilice máscara con protector de ojos o utilice adicionalmente gafas protectoras.

-Transporte: minimice el transporte del paciente a actividades esenciales.
Si es necesario transportar al paciente, debe colocársele una máscara quirúrgica.

60-48.04

-Visitas: los visitantes deben utilizar máscaras quirúrgicas si van a estar a menos de tres pies de distancia del paciente (aprox. 1 metro).

7.3.3.4. Control ambiental

-Limpieza rutinaria de la habitación del paciente. No es necesario limpiar diariamente paredes, cortinas, persianas, etc., a no ser que estén visiblemente sucios. Los equipos dentro de la habitación deben ser desinfectados.

-Los auxiliares de Limpieza y Desinfección deben utilizar máscara quirúrgica si estarán a menos de 3 pies (1metro) de distancia del paciente. Al realizar limpieza terminal una vez el paciente ha sido dado de alta, no es necesario que el personal auxiliar de Limpieza y Desinfección utilice máscara.

-Los equipos y objetos deben ser desinfectados antes de ser utilizados en otro paciente.

7.3.3.5. Criterios para suspender aislamiento de gotas.

-La suspensión de aislamiento de gotas debe ser aprobada por el Comité de Vigilancia Epidemiológica.

-Neisseria meningitidis y Haemophilus influenzae y faringitis/neumonía por Streptococcus pyogenes (Beta-hemolítico del grupo A) después de 24 horas de iniciar antibióticos apropiados.

-Plaga neumónica (neumonía por Yersinia pestis): 72 horas después de iniciados antibióticos apropiados.

-Pertusis (Tosferina): 5 días después de iniciados antibióticos apropiados.

-Influenza (virus de la gripe): hasta que se resuelva la enfermedad.

-Difteria faríngea: hasta que el cultivo sea negativo en ausencia de antibióticos.

-Parotiditis (paperas): 9 días después de iniciada la inflamación de las parótidas.

-Adenovirus: hasta resolución de la enfermedad.

-Encefalitis equina venezolana: hasta resolución de la enfermedad.

-Rubéola: 7 días después del inicio del brote cutáneo.

-Parvovirus B19: hasta que el paciente sea dado de alta en infección crónica en paciente inmunocomprometido, o después de 7 días en pacientes con crisis aplásica o de línea roja.

60-48.04

7.3.3.6. Requerimientos administrativos y responsables

-Es responsabilidad de la empresa proveer el equipo necesario para que las recomendaciones sean aplicables (tapabocas, señales informativas).

Por eso debe mantenerse una reserva de máscaras quirúrgicas en la Farmacia para ser dispensadas a los servicios de hospitalización y urgencias.

-Es responsabilidad de la **Enfermera Jefe** informar a la Farmacia, la existencia de uno o más pacientes en aislamiento de gotas para que suministre los tapabocas.

-Es responsabilidad de la **Enfermera Jefe** confirmar al inicio del turno la disponibilidad de tapabocas cuando haya un paciente en aislamiento de gotas, y si es necesario, solicitar tapabocas a la Farmacia. Además, debe vigilar el cumplimiento de estas recomendaciones por personal hospitalario y visitante e informar al Comité de Vigilancia Epidemiológica cuando estas recomendaciones no se cumplan.

-Es responsabilidad de la **Farmacia** proveer de tapabocas a los servicios hospitalarios de manera inmediata y consistente.

-Es responsabilidad del **Comité de Vigilancia Epidemiológica** la aprobación del aislamiento y la aprobación de la suspensión del aislamiento.

-Es responsabilidad del **Comité de Vigilancia Epidemiológica** proveer a los servicios de hospitalización y urgencias con las señales informativas que deben ser colocadas en la parte externa de la puerta de la habitación del paciente.

-Es responsabilidad de **médicos, auxiliares, camilleros, técnicos, y demás personal hospitalario**, cumplir con estas recomendaciones.

-Es responsabilidad del **médico tratante** ordenar el aislamiento según esté indicado e informar a la enfermera jefe para poner en marcha lo aquí estipulado.

-Es responsabilidad del **laboratorio clínico** informar a la enfermera jefe, y al comité de Vigilancia Epidemiológica de la sospecha o confirmación de uno de los patógenos que requieran aislamiento de gotas (ver indicaciones).

El aviso de aislamiento de gotas debe incluir:

AISLAMIENTO DE GOTAS

VISITANTES: NOTIFICARSE A LA ENFERMERA ANTES DE ENTRAR

MASCARILLA (Cuando va a estar a menos de 1 metro del paciente)

LAVADO DE MANOS

7.3.4. Aislamiento Respiratorio

60-48.04

7.3.4.1. Objetivo

Evitar la transmisión de microorganismos a través de gotas respiratorias de menos de 5 micras. Estas gotas permanecen suspendidas en el aire y se pueden dispersar a más de tres pies de distancia de la fuente. Por este motivo, el personal hospitalario puede infectarse, y actuar como diseminador de la enfermedad.

7.3.4.2. Indicaciones

-Varicela.

-Herpes zoster diseminado (dos o más dermatomas).

-Sarampión (no se requiere confirmación, solo la sospecha).

-Viruela y viruela del mico (sospecha es suficiente).

-Tuberculosis pulmonar o laríngea (sospecha es suficiente). Sospeche tuberculosis pulmonar en pacientes que tengan neumonía y presenten un infiltrado en lóbulo superior o que tengan síntomas respiratorios de más de dos semanas de duración. Además, sospeche tuberculosis en todo paciente VIH-positivo con neumonía o tos productiva, sin importar la localización o la severidad de los infiltrados.

-Fiebres hemorrágicas virales (sospecha es suficiente).

-SARS (Síndrome Respiratorio Agudo y Grave) sospecha es suficiente.

7.3.4.3. Descripción

-Debe utilizarse habitación individual.

-Deben seguirse los lineamientos de las “PRECAUCIONES ESTÁNDAR”.

-Es necesario colocar la señal informativa del caso (“AISLAMIENTO RESPIRATORIO”) en la parte externa de la habitación del paciente inmediatamente que se hospitalice o tan pronto se sepa que el paciente tiene una indicación.

-Personal hospitalario y visitas deben utilizar máscaras con filtro de alta eficiencia (máscaras N95). Esto aplica siempre para tuberculosis, SARS y fiebres hemorrágicas virales, viruela, herpes zoster y sarampión. De no ser posible el uso de máscaras N95, entonces debe restringirse el ingreso a la habitación a personal esencial.

-El uso de máscaras / tapabocas quirúrgicos cuando no hay disponibles máscaras N95 es OPCIONAL.

-Transporte: debe limitarse el movimiento de paciente a áreas esenciales.

60-48.04

Si el transporte del paciente es necesario, colóquele una máscara / tapabocas quirúrgico bien ajustado.

7.3.4.4. Control ambiental

-Idealmente la habitación debe tener ventilación de presión negativa (presión de habitación menor que presión en pasillos y otras áreas del hospital), y el sistema de ventilación debe permitir 6-12 recambios aéreos por hora.

El aire extraído del cuarto debe salir por áreas estratégicas acordadas con ingeniería para evitar contacto con la gente y para evitar su recirculación dentro del hospital, o como alternativa, el aire debe ser filtrado con filtros de alta eficiencia antes de que salga o pueda recircular. De no ser posible esto, el paciente debe portar a todo momento la máscara quirúrgica, y el cuarto debe ser ventilado manteniendo las ventanas abiertas el mayor tiempo posible e idealmente debe colocarse un ventilador en el cuarto del paciente que ayude a fluir el aire de la puerta del paciente hacia la ventana abierta.

-La puerta de la habitación del paciente debe permanecer cerrada.

-La limpieza de la habitación del paciente debe ser rutinaria. No es necesario limpiar diariamente paredes, cortinas, persianas, etc., a no ser que estén visiblemente sucios. Los equipos dentro de la habitación deben ser limpiados y desinfectados, de acuerdo a procedimiento establecido.

-El personal auxiliar de Limpieza y Desinfección debe utilizar máscaras N95 en presencia del paciente.

7.3.4.5. Criterios para suspender aislamiento respiratorio

-La suspensión del aislamiento respiratorio debe ser avalada por el Comité de Vigilancia Epidemiológica.

-Tuberculosis: el paciente debe haber sido tratado por lo menos dos semanas con medicamentos apropiados y debe estar presentando mejoría clínica indudable.

7.3.4.6. Requerimientos administrativos y responsables

-Es responsabilidad de la empresa proveer los elementos necesarios para que las recomendaciones sean aplicables (máscaras N95, señales informativas, ventiladores).

Cada servicio del hospital debe tener 3 máscaras N95 disponibles (una para auxiliar, otra para la enfermera jefe y otra para el médico tratante), para poder iniciar procedimientos tan pronto como se determine la necesidad.

-Inmediatamente la **enfermera jefe** debe informar a la Farmacia para que se dispensen máscaras N95 adicionales. En general se requiere 10 máscaras N95 en un día, las cuales pueden ser reutilizadas por la misma persona, pero son de uso personal.

60-48.04

Como la eficiencia de las máscaras disminuye con su utilización, éstas deben ser desechadas y reemplazadas después de un período aproximado de 4-5 días. Lo anterior lleva a considerar con anticipación el número de máscaras que se necesitarán por semana.

-Es responsabilidad de la **enfermera jefe** confirmar al inicio del turno la disponibilidad de máscaras N95 cuando haya un paciente en aislamiento respiratorio, y si es necesario solicitar más máscaras a la Farmacia.

-Es responsabilidad de la **enfermera jefe** vigilar el cumplimiento de estas recomendaciones por personal hospitalario y visitante e informar al comité de vigilancia epidemiológica cuando estas recomendaciones se incumplan.

-Es responsabilidad de la **Farmacia** proveer de máscaras N95 a los servicios del hospital.

-Es responsabilidad del **Comité de Vigilancia Epidemiológica** la aprobación del aislamiento y la aprobación de la suspensión del aislamiento.

El comité debe racionalizar y autorizar el uso de las máscaras en los servicios. Además debe proveer las señales informativas que deben ser colocadas en la parte externa de la puerta de la habitación del paciente.

-Es responsabilidad de **médicos, auxiliares, camilleros, técnicos, personal auxiliar de Limpieza y Desinfección y demás personal hospitalario**, cumplir con estas recomendaciones.

-Es responsabilidad del **médico tratante** ordenar el aislamiento según esté indicado e informar a la enfermera jefe para poner en marcha lo aquí estipulado.

-Es responsabilidad del **laboratorio clínico** informar a la enfermera jefe y al comité de vigilancia epidemiológica la sospecha o aislamiento del bacilo tuberculoso.

El aviso de aislamiento respiratorio debe incluir:

AISLAMIENTO RESPIRATORIO

VISITANTES: NOTIFICARSE A LA ENFERMERA ANTES DE ENTRAR

LAVADO DE MANOS

USO DE MASCARA N95 (Siempre que entre a la habitación)

MANTENGA SIEMPRE LA PUERTA CERRADA

7.3.5. AISLAMIENTO POR VECTORES

La principal consideración en el aislamiento por vectores es que el paciente permanezca dentro del toldillo y que la institución de salud mantenga buenos programas de manejo de plagas.

60-48.04

PRECAUCIONES

Lavado de manos y uso de toldillo

INDICACIONES

- Dengue (hasta 5 días después de iniciados los síntomas).
- Fiebre amarilla (hasta 5 días después de iniciados los síntomas).
- Malaria (hasta tener gota gruesa negativa).

8. RESIDUOS HOSPITALARIOS

Los residuos hospitalarios son las sustancias, materiales o subproductos sólidos, líquidos o gaseosos, generados por una tarea productiva resultante de la actividad ejercida por la institución de salud.

8.1 Objetivo

El objetivo principal de un manejo adecuado de los desechos, es reducir tanto como sea posible los riesgos que para la salud de la población hospitalaria, la comunidad y el medio ambiente, se derivan del inadecuado manejo de los diferentes tipos de desechos que genera las instituciones de salud, en especial de aquellos desechos que por su carácter infeccioso o sus propiedades químicas o físicas presentan un alto grado de peligrosidad.

Los residuos provenientes de los centros de atención médica se clasifican en:

8.2. Clasificación de los residuos hospitalarios

8.2.1. Residuos con Riesgo Biológico

Se caracterizan por albergar microorganismos patógenos o sustancias tóxicas, las cuales inciden en el proceso salud-enfermedad al entrar en contacto con ellos, tanto en las personas, animales y medio ambiente. Según el **riesgo biológico** los desechos son de tres clases: Infectantes, No Infectantes y tóxicos.

8.2.1.1. Residuos Infectantes

Son aquellos que sirven como fuente de infección para vectores activos o pasivos, los cuales transportan agentes infecciosos ocasionando enfermedad a sujetos susceptibles en el momento de entrar en contacto con ellos.

Estos desechos van en bolsa roja según signo internacional de riesgo biológico y su destino final es la inactivación del germen por métodos físico-químicos y/o incineración. Los desechos infectantes de acuerdo a sus características físicas se clasifican en desechos sólidos y líquidos.

- **Desechos Sólidos :**

60-48.04

- Debido a su características, composición y origen, la gran cantidad de desechos sólidos que generan las instituciones de salud requieren de manejos específicos para evitar propagación de infecciones, proliferación de insectos y roedores, malos olores y contaminación ambiental. Esto conlleva a incrementar precauciones durante su clasificación, recolección, circulación y almacenamiento interno, evitando al máximo su manipulación.
- Algunos de los desechos sólidos contaminados con sangre, semen o secreciones vaginales tales como gasas, algodón, elementos corto-punzantes, jeringas, residuos anatómo-patológicos y en general materiales absorbentes contaminados, deben considerarse como Contaminados. Este material debe colocarse en bolsas de color rojo impermeables, impregnado en cloro a una dilución 1:10.
La empresa de recolección de éstos desechos hospitalarios debe incinerarlos o inactivarlos por medios físicos (esterilización) antes de su disposición final.

- ***Desechos líquidos:***

Los desechos líquidos con presencia de contaminantes biológicos como sangre entera, excreciones y secreciones (orina, líquido amniótico y secreciones respiratorias) se deben inactivar agregando desinfectante (hipoclorito de sodio a 5000 ppm) a la secreción antes de tirarla en el sumidero o lavabo.

8.2.1.2 Residuos No Infectantes

Son los residuos o desechos que no tienen capacidad de causar enfermedad, y se clasifican según su destino final. Como por ejemplo, papelería, material de construcción, elementos usados en el mantenimiento del hospital, etc.

8.3. Residuos Tóxicos.

Son aquellos desechos que por sus propiedades fisicoquímicas, pueden producir daños en la salud de las personas, animales o en el medio ambiente; por ejemplo, elementos radioactivos, sustancias químicas, pilas, etc.

8.4. Residuos según su Destino Final.

Según su destino final se clasifican en reciclables y no reciclables.

8.4.1. Residuos Reciclables

Son los residuos generalmente no biodegradables y reutilizables provenientes de áreas sin ningún riesgo tóxico o biológico. Debido a sus propiedades se pueden volver a utilizar como materia prima para otros elementos; ya que no son contaminantes biológicos. Estos deben ser separados en su sitio de origen, recolectados, almacenados y clasificados mientras se

60-48.04

llega a un volumen suficiente para su venta.; su destino final es la venta a terceros. Entre estos tenemos el papel, el plástico, el vidrio, las placas de rayos X, los metales, chatarra, etc.

8.4.2. Residuos No Reciclables

Son los desechos que pueden o no ser biodegradables, provienen de áreas de atención a pacientes infectados o sometidos a algún tipo de tratamiento como por ejemplo: áreas de aislamiento, laboratorios, salas de emergencia, sala de partos, y comprende:

- Desechos ordinarios o basuras.
- Residuos de alimentos.
- Piezas anatómo-patológicas.
- Materiales hospitalarios desechables: tales como agujas, jeringas, tubos, sondas, catéteres.
- Material de laboratorio y equipos que por su composición y uso representan un riesgo biológico y/o tóxico.

Su destino final es la incineración, alcantarillado o relleno sanitario.

8.5. Manejo de los Residuos Hospitalarios

Es importante indicar que el manejo de los desechos no depende únicamente de quien tiene la tarea de la disposición final, sino que la responsabilidad se inicia desde quien lo genera. Púes se trata de “manejar” todos los aspectos del ciclo de vida del residuo.

Para lograr un eficiente manejo de los residuos hospitalarios es necesario dictar normas generales que incluyen:

8.5.1 Generación

Para evaluar la generación de los residuos hospitalarios, debe tenerse en cuenta los servicios que presta el hospital y el grado de complejidad de la atención que presta, el tipo de tecnología utilizada, la dimensión de la institución, el número de personal que labora, la cantidad de pacientes atendidos y el uso creciente de material desechable.

El volumen de residuos está en relación al número de camas hospitalarias.

8.5.1.2 Identificación, Tipificación y Separación En La Fuente.

Identificación:

El Hospital tiene identificados los desechos con riesgo biológico, tóxico, reciclables y basura común. Esta identificación es importante porque promueve la seguridad de las personas que manipulan la basura.

60-48.04

Tipificación:

- **De Zonas de Aislamiento.** Son aquellos residuos generados en las áreas de pacientes hospitalizados aislados para proteger del posible contagio a otras personas.
- **De laboratorio Clínico.** Es un área de gran riesgo dentro del hospital en el cual se generan desechos con un alto contenido de organismos patógenos, incluye muestras de sangre, fluidos corporales y residuos biológicos.
- **De salas de urgencias y salas de partos.** Estos residuos están constituidos por tejidos, órganos, partes del cuerpo y fluidos corporales que se remueven o generan durante los procedimientos médicos o atención del parto y deben manejarse como residuos infecciosos.
- **De Servicios Hospitalarios.** Las agujas, jeringas, hojas de bisturí, gasas, apósitos, toallas higiénicas, equipos de venoclisis, guantes, que fueron utilizados en la atención al paciente, deben ser considerados como infecciosos.

Separación de la fuente:

Los desechos tipificados como infecciosos, deben separarse en el mismo lugar donde se produce el desecho, con el fin de empacar aparte el desecho infeccioso y no manejarlo conjuntamente con el resto de desechos del Hospital.

Los desechos de riesgo biológico, deben permanecer el mínimo tiempo posible en los sitios de origen o producción.

8.5.2 Adopción Código de Colores

Para hacer una eficiente disposición de los desechos hospitalarios es necesario adoptar una codificación de colores de acuerdo al tipo y grado de peligrosidad del residuo que se esté manejando.

El Hospital adoptó el siguiente código de colores:

1. Color Rojo:

Desechos anatomo-patológicos y residuos que implican contaminación biológica.

2. Color Verde:

Desechos ordinarios de áreas administrativas o áreas que no impliquen contaminación biológica. Desechos comunes, no reciclables.

3. Color Gris: Desecho de material reciclable.

8.6. Almacenamiento Temporal

60-48.04

El almacenamiento temporal es el sitio donde se colocan transitoriamente los residuos hospitalarios que no representan peligro de infección. Estos sitios de almacenamiento deben desocuparse con frecuencia, es imprescindible el control de vectores y roedores.

Características de las Canecas

- Color acorde a la clasificación.
- Impermeables, material plástico.
- Livianas: facilitan transporte y manejo.
- Herméticas: con tapa.
- Tamaño adecuado
- Manejo con Pedal.
- Superficies lisas.
- Marcadas con el área.
- Tener el símbolo universal de basura contaminada y peligro biológico.

Características de las bolsas.

Las bolsas deben ser de material plástico o de polipropileno con un calibre de 2mm, y capacidad máxima de 20 kilogramos, resistentes a temperaturas superiores de autoclave (132 °C).

8.6. *Recolección y Transporte Interno.*

Los residuos con características de contaminación patógena deben evacuarse inmediatamente en canecas o carros transportadores solo para este uso. Se debe seguir la ruta de recolección evitando pasar por áreas asépticas. La evacuación de desechos se realiza teniendo en cuenta: su naturaleza, capacidad de alterar el proceso salud enfermedad de los individuos y de contaminar el medio ambiente. El personal encargado de esta labor debe tener el entrenamiento adecuado, y contar con el equipo de protección personal (EPP), guantes, botas, overol, mascarilla y gafas.

• ***Recolección manual.***

La recolección manual se practica sobre todos los desechos reciclables no contaminados. Los desechos ordinarios se recogen con las técnicas habituales de barrido con trapeo húmedo y se recolectan en bolsas de color verde.

• ***Recolección con carros transportadores.***

Para transportar las bolsas que contengan los desechos, desde los sitios de producción hasta el lugar de almacenamiento, se deben utilizar carros livianos y recipientes que tengan superficies internas lisas y de fácil lavado, provistas de tapa.

8.7. *Almacenamiento Final.*

60-48.04

Este es el sitio de almacenamiento donde son depositados los residuos para ser entregados a la empresa de recolección.

Se cuenta con sitios de almacenamiento separado para los residuos biológicos o patógenos, área para los residuos ordinarios y área para los materiales reciclables. El área donde se almacenan los desechos hasta su disposición final debe presentar las siguientes características:

- Ubicación independiente y aislada del área hospitalaria.
- El lugar debe estar identificado como desechos biomédicos infecciosos.
- Debe estar reservado a este uso.
- Ubicarse en un lugar fresco con iluminación y ventilación naturales adecuadas.
- Tener capacidad suficiente para los residuos hospitalarios, más imprevistos.
- Para garantizar su organización, limpieza y seguridad debe estar cerrado, limitar el acceso de personas y evitar la entrada de animales.
- Tener señalización de prevención e identificación.: Solo personal autorizado e indicaciones para casos de emergencia.
- Ubicación en lugar de fácil acceso y evacuación.
- Pisos duros y lavables, con dotación de agua y sistema de drenaje.
- Paredes y cielorrasos de materiales incombustibles, impermeables y de fácil limpieza.
- Aseo, limpieza, desinfección y fumigación periódica y extraordinaria cuando la situación lo requiera.
- Tener equipos de prevención y extinción de incendios.
- Permitir fácil acceso a los carros recolectores y que no obstaculicen el tránsito.

9. ACCIDENTE LABORAL

Los trabajadores de la salud están expuestos a accidentes laborales aun cuando se ciñan a la aplicación de las normas universales y específicas de bioseguridad.

Se define como accidente laboral con riesgo biológico (posible contacto con el VIH, VHB, VHC y otros patógenos), el que se presenta cuando un trabajador de la salud sufre un trauma corto-punzante con aguja, bisturí, vidrio, o tiene exposición de sus mucosas o de su piel no intacta con líquidos orgánicos de precaución universal.

9.1. CLASIFICACION DE LA EXPOSICION.

9.1.1. Exposición Clase I:

Exposición de membranas mucosas, piel no intacta o lesiones percutáneas a sangre o líquidos corporales potencialmente contaminados, a los cuales se les aplica precauciones universales. El riesgo de infectarse con VIH o VHB después de una exposición clase I, está bien definido, por lo cual se debe proporcionar seguimiento médico estricto, medidas necesarias y evaluaciones serológicas.

60-48.04

9.1.2. Exposición Clase II.

Exposición de membranas mucosas y piel no intacta a líquidos los cuales no se les aplica precauciones universales o NO están visiblemente contaminados con sangre.

9.1.3. Exposición Clase III.

Exposición de piel intacta a sangre o líquidos corporales a los cuales se les aplica precauciones universales. El riesgo de adquirir infección por VIH Y VHB, después de una exposición clase II - III es menos probable, por lo cual el manejo no justifica el procedimiento descrito en la exposición clase I, a menos que el Comité de bioseguridad así lo considere.

9.2. PASOS A SEGUIR DESPUES DEL ACCIDENTE.

9.2.1. LAVADO DEL AREA EXPUESTA:

- **Exposición Percutánea:**

Lave inmediatamente el área expuesta con agua y jabón germicida; si la herida está sangrando, apriétela o estimule el sangrado, siempre que el área corporal lo tolere. Aplique solución desinfectante después de concluido el lavado.

- **Exposición en Mucosas:**

Lave profusamente el área con agua o solución salina.

- **Exposición en Piel No Intacta:**

Lave el área profusamente con solución salina y aplique solución antiséptica.

- **Exposición en Piel Intacta:**

Lave simplemente el área con agua y jabón profusamente.

9.2.2. EVALUACION DEL ACCIDENTE:

a. Reportar accidente:

Todos los trabajadores de la salud deben conocer la importancia de informar inmediatamente una exposición ocupacional y tener garantías de la confidencialidad y el respeto con el cual será tratado. Por lo tanto, se debe dar aviso al jefe Inmediato o a Recursos Humanos para la notificación. El reporte se debe hacer dentro de las primeras 24 - 72 horas de presentado el accidente, para así lograr identificar posterior a las pruebas serológicas, si fue una seroconversión por el accidente o previa al mismo.

60-48.04

Una vez documentado el accidente se debe diligenciar personalmente el formato establecido para ello. El área de salud ocupacional debe registrar todos los accidentes laborales que se presenten en la institución. Para ello, es preciso dejar consignado en la historia clínica del trabajador:

- Registro de la Exposición
- Fecha de exposición
- Tipo de actividad que el funcionario realizaba: atención de urgencia, veno-punción, trauma cortante al escurrir un trapeador, etc.
- Área expuesta y la magnitud de la exposición: Piel sana o con solución de continuidad, conjuntivas, mucosa oral, etc; si la punción fue superficial o profunda, si hubo inyección de líquido, salida de sangre, etc.

b. Evaluación de la exposición:

La exposición debe ser evaluada para determinar la necesidad de seguimiento, detalle de la fuente de exposición, si se conocía su positividad para el VIH o VHB, si se conoce exactamente al paciente y es localizable, si se sabe el origen de la muestra, etc.

Se obtendrá autorización de la persona fuente de exposición y del trabajador expuesto para la realización de las pruebas serológicas necesarias. Brindando asesoría pre-test y post-test. De acuerdo a los resultados serológicos se manejará la exposición, previa clasificación.

9.2.2.1. MANEJO DE LA EXPOSICIÓN CLASE I:

Una vez clasificada la exposición en Clase I, se realiza el siguiente manejo de acuerdo a los resultados:

9.2.2.1.1. VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

a. FUENTE DE EXPOSICION: VIH Positivo.

TRABAJADOR EXPUESTO: VIH Negativo. Se debe brindar al trabajador expuesto:

- Consejería.
- Controles Serológicos y médicos (6, 12 semanas, 6 meses y 1 año).
- Incrementar Precauciones de bioseguridad en sus labores diarias.
- No donar sangre, ni tejidos u órganos.
- No compartir artículos personales potencialmente contaminantes (rasuradoras, cepillos de dientes y otros).
- No compartir agujas.
- Sexo seguro (uso del condón, no sexo oral, anal, no contacto con fluidos corporales).
- Evitar embarazos.
- Reforzar conductas de bioseguridad en su labor diaria.

60-48.04

- Terapia antirretroviral: AZT 200 mg vía oral c/4 horas x 72 horas y luego 100 mg c/4 horas x 25 días.
 - Asesoría a pareja.

b. FUENTE DE EXPOSICION: VIH Negativo.

TRABAJADOR EXPUESTO: VIH Negativo. Se debe brindar al trabajador expuesto:

- Consejería.
- Control Serológico 6, 12 semanas y 6 meses post-exposición.

9.2.2.1.2. VIRUS DE LA HEPATITIS B. (VHB)

a. FUENTE DE EXPOSICION: VHB Positivo Acs (+)

TRABAJADOR EXPUESTO: VHB Negativo Acs (-). Se debe brindar al trabajador Expuesto:

- Aplicar Gamaglobulina Hiperinmune (24-48 horas post-exposición)
- Aplicar primera dosis de la vacuna contra hepatitis B y la segunda y tercera dosis a los 30 y 90 días de la primera dosis.

b. FUENTE DE EXPOSICION: VHB Negativo

TRABAJADOR EXPUESTO: No está vacunado.

- Administrar esquema completo de vacunación contra hepatitis.

c. FUENTE DE EXPOSICION: Se rehúsa a tomar las pruebas o no se logra identificar la fuente

TRABAJADOR EXPUESTO: Antecedentes de Hepatitis o antecedentes de vacunación. Acs (-) o menores de 10 U.I.

- Aplicar serie completa de vacunas.
- No necesita inmunoglobulina.

TRABAJADOR EXPUESTO: Acs anti core contra la hepatitis B (+)

- No aplicar vacunación, ni aplicar inmunoglobulina.

TRABAJADOR EXPUESTO: Acs de superficie (+)

- No aplicar vacuna.
- Evaluar antígeno E
- Aconsejar normas de bioprotección.

9.2.2.2. MANEJO DE LA EXPOSICIÓN CLASE II Y III :

60-48.04

El riesgo de adquirir infección por VIH - VHB, después de una exposición clase II - III es menos probable, por lo cual el manejo no justifica el procedimiento descrito en las exposiciones Clase I, a menos que el Comité de Bioseguridad así lo considere:

- Lavado exhaustivo del área expuesta (Solución Yodada, Clorhexidina o Peróxido de Oxígeno).
- Reforzar normas de bioseguridad.
- Inmunoprevención. El personal de salud en general debe tener el siguiente grupo de inmunizaciones: Hepatitis B, Meningococo B y C, Triple Viral, Difteria.
La inmunoprevención se debe dar en todos los trabajadores de la salud, especialmente aquellos que laboran en áreas de alto y mediano riesgo.

9.2.3. EDUCACION Y ASESORIA:

El profesional de la oficina de salud ocupacional debe instruir al trabajador expuesto sobre el riesgo que tiene de adquirir la infección de acuerdo a los estudios realizados. Igualmente, se debe aconsejar para que consulte si presenta alguna enfermedad febril aguda con linfadenopatías en las 12 semanas después del accidente. Se debe continuar brindando soporte emocional constante, por el temor que surge ante la incertidumbre de padecer o no la enfermedad.

Para prevenir posibles transmisiones del trabajador expuesto a otras personas, mientras se confirma su estado negativo, se les recomienda:

- No donar sangre, ni hemoderivados, ni tejidos u órganos.
- No compartir artículos personales (rasuradoras, cepillos de dientes y otros).
No compartir agujas si está recibiendo algún medicamento que requiera aguja hipodérmica para su administración.
- Tener sexo seguro (uso del condón, no sexo oral y anal, no contacto con fluidos corporales).
- Evitar embarazos.
- Reforzar conductas de bioseguridad en su labor diaria.

ACTIVIDADES DE EXPOSICION EN LOS TRABAJADORES DE SALUD

ACTIVIDAD	SITUACION DE EXPOSICION
Primeros Auxilios	Contacto con sangre u otros fluidos corporales. Mordeduras y lesiones por uñas de los pacientes.
Reanimación cardio pulmonar	Contacto con vómito y otras secreciones corporales o laceraciones de la boca.
Manipulación de ropa u objetos contaminados	Contacto con sangre o fluidos corporales, derrames accidentales,

60-48.04

	salpicaduras, aerosoles, gotas.
Manejo de equipos	Contacto con equipos que contengan líquidos o fluidos corporales.
Atención de partos u otros procedimientos ginecobstétricos	Contacto accidental por expulsión de fluidos corporales provenientes de las pacientes.
Manejo de pacientes. Trabajo con sangre o fluidos corporales contaminados.	Contacto con sangre y otros fluidos corporales, salpicaduras, derrames y aerosoles.
Manejo de jeringas, agujas y material corto-punzante.	Contacto e inoculación accidental con secreciones por pinchazos y cortaduras.
Uso de bisturíes y otras piezas manuales.	Chuzones o cortaduras con equipos. Contacto con equipo contaminado.
Manipulación de pacientes con heridas, lesiones, abrasiones de piel, heridas quirúrgicas.	Contacto con sangre, fluidos y tejidos corporales.
Manejo de frascos, ampollas y otros recipientes que contengan sangre o fluidos corporales.	Recipientes quebrados pueden generar contacto con sangre u otros fluidos corporales.
Trabajo con máquinas de diálisis y equipos que contengan sangre o fluidos corporales.	Contacto accidental con material potencialmente infectado por salpicaduras, derrames y manejo de equipos manuales en procedimientos de rutina.
Recolección de sangre y otros fluidos corporales.	Accidentes con agujas, aerosoles, salpicaduras o derrames de sangre o fluidos contaminados.

“El riesgo laboral del trabajador de la salud es mínimo si se conocen y respetan las normas de bioseguridad existente.”

BIBLIOGRAFIA.

- C.D.C. Recomendaciones para la transmisión del VIH en centros de atención sanitaria. MMWR. 36. 1987.
- C.D.C. Guidelines for prevention of transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B, virus to Health- care and Public- Safety workers. MMWR.38. 1989.
- C.D.C. Universal Precautions For Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B Virus, an other blood borne pathogens in health- Care settings. MMWR, 37.1988.

60-48.04

- Opsina S, Estrada .Normas de Bioseguridad en SIDA en : memorias primer simposio colombiano de intervención y atención integral a pacientes con SIDA.Medellín, 1.992.
- O.M.S. Directrices para la asistencia de enfermería a las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana. Serie O.M.S. Sobre SIDA. 1.988.
- I.S.S. Guía de manejo sanitario de residuos sólidos hospitalarios, Santafé de Bogotá, 1.995.
- Minsalud, República de Chile,Normas de areas críticas. Control de infecciones intrahospitalarias.1.990.
- Steven. I. Mast, Jonathan D. Woolwine and Julie Louise G. Eficacia de los guantes en la reducción de volúmen de sangre en heridas simuladas con pinchazo de aguja.
- Minsalud, República de Chile. Normas de Procedimientos Invasivos para la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias. Manual de procedimientos. 1.989.
- Ulrich Kaiser, Esterilización y Bioseguridad métodos y controles. 1.991.
- O.M.S. Directrices sobre el SIDA y los primeros auxilios en el lugar de trabajo.1.990.
- C.D.C. Sterilization, desinfection, and antisepsis in the hospital Martin. S-Favero and Walter. W. Band. 1.991.
- Gustavo Malagón Londoño, Libardo hernandez, Infecciones Hospitalarias. 1.995.
- José Félix Patiño, Fernando Guzmán, Salas de Cirugía Hospitalarias. Manual de Procedimientos. 1.995. Fundación Santafé de Bogotá.
- Guía para la atención domiciliaria. CONASIDA.



60-48.04

CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Líder de SST	Líder de Calidad	Gerente

REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES				
VERSIÓN	FECHA	PÁGINAS	SOLICITANTE	OBSERVACIONES
1	17/04/2025	67	Líder de SST	Creación del documento por: Lina Rodríguez – Líder de SST Revisado por: Duván Felipe Ochoa Toro – Líder de Calidad Aprobado por: Aicardo Solís - Gerente