



Resolución Directoral

Lima, 18 de Octubre de 2023



VISTO:

El expediente N° 18401-23, y;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprueba el documento denominado "normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud";

Que, la norma técnica aprobada mediante R.M. N° 217-2004/MINSA: Manejo de Residuos Hospitalarios, se constituye en un instrumento de gestión muy valioso para los administradores y profesionales en general de los hospitales y, responde a un mandato imperativo de la necesidad diaria de minimizar y controlar los riesgos que se derivan del manejo de estos residuos para proteger a la población hospitalaria;

Que, el manejo de los residuos sólidos hospitalarios, es un sistema de seguridad sanitaria que se inicia en el punto de generación, para continuar su manejo en las diferentes Unidades Orgánicas del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", hasta asegurar que llegue a su destino final fuera del establecimiento, para su tratamiento o disposición adecuada. El manejo sanitario y ambiental de los residuos sólidos en el país, es una tendencia cada vez más creciente que se verifica en la conciencia ambiental de la Comunidad, los Gobiernos Locales y las diversas Instituciones que tienen responsabilidad directa, como es el caso del Ministerio de Salud que tiene un rol importante en el esquema institucional definido en la Ley N° 27314. Ley General de Residuos Sólidos;

Que, mediante Nota Informativa N°208-DPTO.A y C.QX-HONADOMANI.SB.2023, la Jefa del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, pone de manifiesto de la Dirección General que, está remitiendo a su Despacho el Protocolo para Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, el cual cuenta con aprobación favorable por la Oficina de Gestión de la Calidad, para su oficialización vía Resolución Directoral, se adjunta Memorando N° 353-2023-OGC-HONADOMANI-SB, emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad;

Que, con Memorando N°353-2023-OGC-HONADOMANI-SB, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad en atención al Memorando N° 101-Dpto.A.Y.C.QX-S.B.2023, manifiesta a la Jefa del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico que, respecto a la "Evaluación y Validación del Protocolo para Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios" del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, se ha procedido a la revisión del documento en mención, pudiendo verificar que no se encuentran observaciones pendientes de solución, la Oficina de Gestión de la Calidad da opinión favorable a la propuesta presentada y se sugiere opinión de la Oficina de Epidemiología;



Que, el Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico con Proveído N°678-2023-OEPE-HONADOMANI-SB, anexando la Nota Informativa N°172-2023-UPO-OEPE-HONADOMANI-SB, se dirige a la Dirección General, respecto al Protocolo para manejo de residuos sólidos hospitalarios propuesto por la Jefa del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, recomienda recabar la opinión especializada de la Oficina de Epidemiología y Saneamiento Ambiental;

Que, mediante Nota Informativa N°185-2023-USA-OESA-HONADOMANI.SB, la Oficina de Epidemiología y Saneamiento Ambiental formula observaciones de forma al Protocolo para manejo de residuos sólidos hospitalarios propuesto;

Que, la Jefa del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico con Nota Informativa N°231-DPTO.A y C.Q.X-HONADOMANI.SB.2023, en atención al expediente N° 18401-23 informa a la Directora Adjunta haber subsanado las observaciones formuladas por la Coordinadora del Equipo de Salud Ambiental de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, procediendo a su Despacho el Protocolo para Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, corregido, para su oficialización vía Resolución Directoral;

Que, mediante Nota Informativa N°151-2023-DA-HONADOMANI-SB, la Directora Adjunta en atención al Memorando N° 353-OGC-2023-HONADOMANI-SB, comunica a la Dirección General que, se ha evaluado el documento de Protocolo para el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios, procediendo a dar opinión favorable al requerimiento propuesto por la Jefa del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico;

Que, con Memorando N°609-2023-DG-HONADOMANI-SB, la Directora General en atención al expediente N° 18401-23 y requerimiento efectuado sobre aprobación del "Protocolo para el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios" Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", solicita a la jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica se proyecte el correspondiente acto resolutivo;

Con la visación de la Dirección Adjunta, de la Jefa del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las facultades y atribuciones conferidas a la Directora General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 862-2023-SA, y del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el "Protocolo para manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", compuesto de dieciocho (18) folios.

Artículo Segundo.- Disponer que el Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, implemente la difusión y aplicación interna del Protocolo aprobado en el Artículo Primero; por los fundamentos expuestos en su parte considerativa de la Presente Resolución.

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación del acto resolutivo, en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe.

Regístrese y Comuníquese,

RDMLR/ RDMLR /JLCV/ERL/JCV
C.c

- DA
- OGC
- DA y CQX
- OAJ
- OEI
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
"SAN BARTOLOME"
.....
Mc. Rocío De Las Mercedes León Rodríguez
DIRECTORA GENERAL
CMP. 31303 RNE. 14142



Hospital Nacional Docente Madre Niño
"San Bartolomé"

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS

**DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO
QUIRURGICO**

AÑO 2023

**PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO**



INDICE

INTRODUCCION.....	3
II. FINALIDAD	4
III. OBJETIVOS	4
3.1 OBJETIVO GENERAL	4
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
IV. AMBITO DE APLICACIÓN	4
V. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR	5
VI. CONSIDERACIONES GENERALES	5
6.1 ASPECTOS CONCEPTUALES	5
6.2 CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS	7
6.2.1 CLASE A: RESIDUOS BIOCONTAMINADOS	7
6.2.2 CLASE B: RESIDUOS ESPECIALES.....	7
6.2.3 CLASE C: RESIDUOS COMUNES	7
VII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	7
7.1 DISPOSICIONES ESPECIFICAS PARA EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO	8
7.2 NIVELES DE RESPONSABILIDAD	8
7.2.1 ORGANIZACIÓN.....	8
7.2.2 FUNCIONAL.....	8
VIII. PROCEDIMIENTOS	9
8.1 PROCEDIMIENTO: SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO	9
8.2 PROCEDIMIENTO: SERVICIO DE RECUPERACION	11
8.3 PROCEDIMIENTO: SERVICIO DE CENTRAL DE ESTERILIZACION	13
ANEXO	16
BIBLIOGRAFIA	19



PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO

INTRODUCCION

El Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé es una institución que brinda atención altamente especializada a la salud sexual y reproductiva de la mujer y atención integral al feto, neonato, lactante, niño y adolescente; brinda servicio de tercer nivel de atención, ostenta la categoría III-E.

El Hospital se encuentra ubicado en la Av. Alfonso Ugarte N° 825 del Distrito de Lima Cercado, en la Provincia de Lima.

Actualmente se cuenta con 220 camas, se brinda atención las 24 horas del día en los Servicios de Emergencia, Farmacia, Laboratorio, Rayos X, Sala de Operaciones, Central de Esterilización, Hospitalización y Admisión. Los Consultorios Externos atienden en el turno mañana y tarde de lunes a sábado.

La infraestructura cedida por el INEN, no guardaba correspondencia arquitectónica con los objetivos funcionales de un Hospital Materno Infantil como es el HONADOMANI "San Bartolomé"; ello ha conllevado que desde entonces se realicen innumerables acciones de adecuación y mejoramiento de ambientes, procurando un funcionamiento lo más adecuado posible en estos 35 años que el HONADOMANI "San Bartolomé" ocupa estas instalaciones.

La infraestructura actual del HONADOMANI "San Bartolomé" consta de:

- Un edificio principal ubicado en Av. Alfonso Ugarte N° 825 del distrito de Lima Cercado, Provincia y Departamento de Lima, con área total de terreno es 4,501.48 m² y presenta un área construida de 12,661.75m². Los linderos del edificio principal son:
 - Por el frente con la Av. Alfonso Ugarte cuadra 8, con una cota de 61.50 metros lineales.
 - Por el lado derecho con el Jr. Chota, con una cota de 94.79 metros lineales.
 - Por el lado izquierdo con el Pasaje Peñaloza con dos cotas de 66.15 metros lineales.
 - Por el fondo con el Pasaje Peñaloza con dos cuotas de 15.20 y 8.25 metros lineales y con propiedad de terceros con dos cuotas de 36.73 y 4.08 metros lineales.
- Este edificio tiene 3 bloques: El bloque principal y originalmente construido tiene 5 niveles y sótano. Los otros 2 bloques existentes, cuentan con 3 niveles y sótano. El terreno anexo del Hospital (en una manzana diferente) ubicado en el Jr. Chota s/n, con un área total de terreno es 1,448.90 m² y presenta un área construida de 957.24m². Los linderos de este local son:
 - Por el frente con el Jr. Chota, con una cota de 43.60 metros lineales.
 - Por el lado derecho con propiedad de terceros, con una cota de 33,42 metros lineales.
 - Por el lado izquierdo con la Av. Alfonso Ugarte cuadra 8, con una cota de 32.80 metros lineales.

La complejidad y magnitud de atenciones que se realizan en el Hospital "San Bartolomé" conlleva a generar residuos comunes y hospitalarios peligrosos los cuales deben ser gestionados adecuadamente y en forma integral como lo dispone la Norma Técnica de Salud "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación, NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA.

**PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO**



FINALIDAD

Aunque el Manejo de los Residuos Sólidos de los Establecimientos de Salud en el Perú, han experimentado un significativo avance y cuenta con un marco legal importante, como es la NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA, aprobada por Resolución Ministerial N° 1295-2018/MINSA. La gestión del HONADOMANI "San Bartolomé" a fin de cumplir con lo dispuesto en la norma técnica acotada ha visto por conveniente elaborar un Protocolo de Manejo de Residuos Sólidos en los Servicios Asistenciales de nuestra institución, con la finalidad de que:

- Facilite la toma de decisiones y disminuya la variabilidad en la práctica del manejo de los residuos sólidos generados en cada servicio.
- Coadyuve a mejorar la calidad de los servicios prestados.
- Constituya una fuente de información en el manejo de los residuos sólidos.
- Facilite la inducción y atención al personal de nueva incorporación.
- Actualizar el documento de gestión para ser aplicado por el personal.

III. OBJETIVO

3.1. OBJETIVO GENERAL.

Normalizar la práctica del manejo de los residuos sólidos hospitalarios en el Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico y sus Servicios del HONADOMANI "San Bartolomé", en el marco de las normas técnicas vigentes.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Establecer en el marco de la Norma Técnica N° 144-MINSA/2018/DIGESA, las prácticas más correctas y seguras para el manejo adecuado de los residuos sólidos generados en el Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico por el personal involucrado.
- Disminuir y controlar el daño potencial que puede generar el inadecuado manejo de los residuos sólidos en el Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.
- Lograr la participación responsable de todo el personal del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico en la adecuada segregación de los residuos que se generan.
- Capacitar al personal del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico en el manejo responsable de los residuos sólidos.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente protocolo es de aplicación obligatoria para todo el personal que labora en los Servicios y Áreas que integran el Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" y que a continuación se detallan:

1. Servicio de Centro Quirúrgico.
2. Servicio de Recuperación.
3. Servicio de Central de Esterilización.

**PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO**

V. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR.

Protocolo para el manejo de los Residuos Sólidos Hospitalarios en el Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del HONADOMANI "San Bartolomé".

VI. CONSIDERACIONES GENERALES

6.1 ASPECTOS CONCEPTUALES:

- i. **ACONDICIONAMIENTO.** - Consiste en la preparación de los Servicios o Áreas de los Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación, con materiales: Recipientes (tachos, recipientes rígidos entre otros) e insumos (bolsas) necesarios y adecuados para la recepción o el depósito de las diversas clases de residuos que generen las diferentes Áreas. Para realizar el acondicionamiento se considera la información del diagnóstico basal o inicial de residuos sólidos.
- ii. **ALMACENAMIENTO PRIMARIO.** - Es el almacenamiento temporal de residuos sólidos realizado en forma inmediata en el ambiente de generación; para efectos de este Protocolo, son los depósitos, contenedores o recipientes situados en las áreas o servicios de los Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.
- iii. **APROVECHAR.** - Volver a obtener un beneficio del bien, artículo, elemento o parte del mismo que constituye residuo sólido. Se reconoce como técnica de aprovechamiento, el reciclaje, la recuperación o reutilización.
- iv. **CONTENEDOR.** - Recipiente fijo o móvil de capacidad variable; en el que los residuos se depositan para su almacenamiento o transporte.
- v. **GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS.** - Toda actividad técnica administrativa de planificación, coordinación, concertación, diseño, aplicación y evaluación de políticas, estrategias, planes y programas de acción de manejo apropiado de los residuos sólidos.
- vi. **MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS.** - Toda actividad técnica operativa de residuos sólidos que involucre manipuleo, acondicionamiento, segregación, transporte, almacenamiento, transferencia, tratamiento, disposición final o cualquier otro procedimiento técnico operativo utilizado desde la generación hasta la disposición final de los mismos.
- vii. **MINIMIZACION.** - Acción de reducir al mínimo posible la generación de los residuos sólidos a través de cualquier estrategia preventiva, procedimiento, método o técnica utilizada en la actividad generadora.
- viii. **PROTOCOLO.** - Documento que contiene un conjunto de procedimientos específicos en forma ordenada, establecidos para la realización de alguna actividad.
- ix. **REAPROVECHAR.** - Volver a obtener un beneficio del bien, artículo, elemento o parte del mismo que constituye residuo sólido. Se reconoce como técnica de reaprovechamiento, el reciclaje, la recuperación y la reutilización.
- x. **RECICLAJE.** - Toda Actividad que permite reaprovechar un residuo mediante un proceso de transformación material para cumplir su fin inicial u otros fines.



**PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO**

- xi. RECOLECCIÓN INTERNA. - Actividad que implica el recojo de los residuos desde la fuente de generación en los diversos servicios, unidades, oficinas o áreas al interior de los EE.SS., SMA y CI hacia el almacenamiento intermedio y/o final o central según corresponda.
- xii. RESIDUOS APROVECHABLES. - Son aquellos que no se descomponen fácilmente y pueden volver a ser utilizados en procesos productivos como materia prima. Entre ellos se encuentran algunos papeles y plásticos, chatarra, vidrio, telas, placas radiográficas, partes y equipos obsoletos o en desuso, entre otros y que no se encuentren contaminados con agentes infecciosos, sustancias químicas o radiactivas.
- xiii. RESIDUOS NO PELIGROSOS. - Son aquellos residuos que no han estado en contacto con pacientes, o con materiales o sustancias contaminantes; se generan en oficinas, pasillos, áreas comunes, cafeterías, salas de espera, auditorios y en general en todos los sitios del establecimiento del generador, incluye restos de la preparación de alimentos. Para el caso de la presente normase consideran como residuos sólidos comunes.
- xiv. RESIDUOS PELIGROSOS. - Son aquellos residuos que por sus características o el manejo al que son o van a ser sometidos, representan un riesgo significativo para la salud o al ambiente. Para el caso de la presente norma técnica de salud, se consideran a aquellos que tengan algunas de las características de patogenicidad, radioactividad, corrosividad, inflamabilidad, toxicidad y reactividad, así como los envases que los contengan, como los residuos sólidos biocontaminados y especiales.
- xv. RESIDUO SOLIDO. - Es cualquier objeto, material, sustancia o elemento resultante del consumo o uso de un bien o servicio, del cual su poseedor se desprenda o tenga la intención u obligación de desprenderse, para ser manejados priorizando la valorización de los residuos y, en último caso, su disposición final. Los residuos sólidos incluyen todo residuo o desecho en fase sólida o semisólida. También se considera residuos aquellos que siendo líquido o gas se encuentran contenidos en recipientes o depósitos que van a ser desechados, así como los líquidos o gases, que por sus características fisicoquímicas no pueden ser ingresados en los sistemas de tratamiento de emisiones, afluentes y por ello no pueden ser vertidos al ambiente. En estos casos los gases o líquidos deben ser acondicionados de forma segura para su adecuada disposición final.
- xvi. RESIDUOS SOLIDOS DE EE.SS., SMA y CI.- Son aquellos residuos generados en los procesos y en las actividades para la atención e investigación médica en establecimientos como: hospitales, clínicas, centros y puestos de salud, laboratorios, consultorios, entre otros afines. Algunos de estos residuos se caracterizan por estar contaminados con agentes infecciosos o que pueden contener altas concentraciones de microorganismos que son de potencial peligro, tales como: agujas hipodérmicas, gasas, algodones, medios de cultivo, órganos patológicos, restos de comida, papeles, embalajes, material del laboratorio, medicamentos o productos farmacéuticos entre otros.
- xvii. SEGREGACIÓN. - Acción de agrupar determinados componentes o elementos físicos de los residuos sólidos para ser manejados en forma especial.



**PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO**

- xviii. VALORIZACION. - Cualquier operación cuyo objetivo sea que el residuo, uno o varios de los materiales que lo componen, sea reaprovechado y sirva a una finalidad útil al sustituir a otros materiales o recursos en los procesos productivos. La valorización puede ser material o energética.

6.2 CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS:

Los residuos generados en los EE.SS, SMA y CI. se basan en su naturaleza y en los riesgos asociados, clasificándose en:

6.2.1 CLASE A: RESIDUOS BIOCONTAMINADOS.

Son aquellos residuos peligrosos generados en el proceso de la atención e investigación médica y científica, que están contaminados con agentes infecciosos que pueden contener concentraciones de microorganismos que son de potencial riesgo para la persona que entre en contacto con dichos residuos.

Los residuos biocontaminados según origen, pueden ser: atención al paciente, material biológico, sangre humana y productos derivados, residuos quirúrgicos y anatómicos, residuos punzo-cortantes y animales contaminados.

6.2.2 CLASE B: RESIDUOS ESPECIALES.

Son aquellos residuos peligrosos generados en los EE.SS, SMA y CI, con características físicas y químicas de potencial peligroso por lo corrosivo, inflamable, tóxico, explosivo, reactivo y radioactivo para la persona expuesta. Los residuos especiales se pueden clasificar de la siguiente manera: residuos químicos peligrosos, residuos farmacéuticos, residuos radiactivos.

6.2.3 CLASE C: RESIDUOS COMUNES.

Son aquellos residuos que no han estado en contacto con pacientes, o con materiales o sustancias contaminantes; tales como los que se generan en oficinas, pasillos, áreas comunes, cafeterías, auditorios y en general en todos los sitios del establecimiento del generador, incluyendo los restos de la preparación de alimentos. En esta categoría se incluyen, por ejemplo, los residuos generados en administración, aquellos provenientes de la limpieza de jardines, patios, áreas públicas, restos de preparación de alimentos en la cocina y en general, todo material que no puede clasificarse en las categorías A y B.

Los residuos comunes se pueden clasificar de la siguiente manera: C1.- papeles de la parte administrativa sin contacto de pacientes, cartones, cajas y otros que pueden reciclarse, C2.- vidrio, madera, plásticos, metales y otros que no hayan tenido contacto con pacientes, se pueden reciclar, C3.- restos de preparación de alimentos en la cocina, de la limpieza de jardines (orgánicos)

VII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

El Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" de acuerdo a su especialidad y categoría III-E, cuenta con 09 Departamentos Asistenciales y sus respectivos Servicios:

- Departamento de Gineco Obstetricia y 07 Servicios.
- Departamento de Pediatría y 06 Servicios.



**PROCOLO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO**

- Departamento de Cirugía Pediátrica y 03 Servicios.
- Departamento de Odontología y 02 Servicios.
- Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos y 04 Servicios.
- **Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico y 03 Servicios.**
- Departamento de Apoyo al Tratamiento y 04 Servicios.
- Departamento de Ayuda al Diagnóstico y 03 Servicios.
- Departamento de Enfermería y 05 Servicios.

T O T A L = 09 Departamentos y 37 Servicios

7.1 DISPOSICIONES ESPECÍFICAS PARA EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO

- Los trabajadores del área son responsables del tamaño de los recipientes de Residuos Sólidos, según la cantidad de residuos generados.
- Los recipientes deberán estar cerca del punto de generación, y conteniendo las bolsas del color respectivo según norma, de ser el caso rotulado con la descripción respectiva.
- Estos puntos son elegidos por el personal que labora en el área, de acuerdo a las necesidades generadas y a la norma técnica.
- El número de recipientes y la capacidad es de acuerdo a la evaluación de generación de residuos sólidos del servicio.

7.2 NIVELES DE RESPONSABILIDAD

Estos niveles de responsabilidad han sido establecidos de acuerdo a la organización del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico (Servicio de Centro Quirúrgico, Servicio de Recuperación, Servicio de Central de Esterilización) y también de acuerdo a las funciones que desarrollan.

7.2.1 ORGANIZACIÓN:

- Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.
- Responsable del Servicio de Centro Quirúrgico.
- Responsable del Servicio de Recuperación.
- Responsable del Servicio de Central de Esterilización.

7.2.2 FUNCIONAL:

- Jefe del Servicio
- Médicos Anestesiólogos, Residentes de Medicina, Internos de Medicina, personal Administrativo de Apoyo.
- Médicos Especialistas, Residentes de Medicina, Internos de Medicina, Técnicos de Enfermería y personal Administrativo de Apoyo.
- Licenciadas en Enfermería, Técnicos de Enfermería, Auxiliares de Enfermería, personal Administrativo de Apoyo.
- Personal de Limpieza asignado al Servicio.
- Personal que no labora en el Servicio pero realiza coordinaciones en él, practicantes, internos, alumnos.



**PROCOLO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO**

VIII. PROCEDIMIENTOS.

8.1 Procedimiento: Servicio de Centro Quirúrgico

PASO	ACCIÓN	RESPONSABLE
8.1.1.	Verificar el cumplimiento del acondicionamiento acuerdo a la clase y volumen de residuos que genera el servicio, las bolsas para revestimiento deben ser de color de acuerdo a la clasificación de residuos y los recipientes contarán con los símbolos de acuerdo a la clasificación de residuos. Los contenedores deben ser ubicados lo más cerca posible cerca al punto de generación de los residuos hospitalarios.	Personal de turno del Servicio de Centro Quirúrgico.
8.1.2.	Verificar si el protocolo versión impreso está disponible y que se encuentra a disposición del personal de Servicio.	Jefe del Servicio de Centro Quirúrgico.
8.1.3.	Verificar la segregación correcta de los residuos hospitalarios y aplicar medidas correctivas.	Jefe del Servicio/ Responsable de Área/Jefa de Enfermería de Centro Quirúrgico.
Clase A: Residuos Biocontaminados:		
8.1.4	Tipos de Residuos Generados: Incluye gasas, pañales con sangre, apósitos, algodones, guantes, sonda foley, sonda vesical, bolsa colectora de orina, equipos de venoclisis, placentas y restos placentarios. Punzocortantes: Todo tipo de jeringas, agujas, frascos de ampollas rotas, bisturí, catéter endovenoso, pivot del equipo de venoclisis. Por tratarse de material punzocortante que fácilmente perforaría una bolsa se debe utilizar el recipiente rígido . Si se observa dentro del envase rígido residuos biocontaminados que no correspondan a punzocortantes se desechará inmediatamente el envase y se sellará la entrada.	Responsable de cada área.
8.1.5	Por ser residuos biocontaminados que conllevan a riesgos en la salud de quienes los manipulan, estos deben ser segregados correctamente, en el recipiente con bolsa roja y que esté señalizado debidamente, de acuerdo a la Norma Técnica. Desechar los residuos biocontaminados con un mínimo de manipulación.	Personal de cada área.
8.1.6	El llenado en el recipiente donde se disponen estos residuos no debe exceder a las $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad.	Personal de limpieza.



**PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO**

8.1.7	Los recipientes para punzocortantes: Se considerará lleno, cuándo marque los $\frac{3}{4}$ partes del volumen total, y tiene una línea de referencia, que significa que es momento de desechar el recipiente y sellar la entrada.	Técnica del área
8.1.8	El personal de limpieza recogerá las bolsas rojas, con mucho cuidado, evitando derrames y los llevará al almacenamiento intermedio o central según sea el caso.	Personal de limpieza.
8.1.9	El personal de limpieza, para el traslado de los residuos biocontaminados, aplicará lo dispuesto por la Norma Técnica N° 144-MINSA/2018/DIGESA y la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de ambientes en los EE.SS. y SMA. RM.N° 372-2011/MINSA.	Personal de limpieza.
Clase B: Residuos Especiales:		
8.1.10	Tipos de Residuos Generados: Productos farmacéuticos parcialmente utilizados, deteriorados y vencidos. Se colocará los frascos ampollas de medicamentos en recipientes en bolsa de color amarillo.	Responsable de cada área.
8.1.11	Por ser residuos especiales que conllevan a riesgos en la salud de quienes los manipulan, estos deben ser segregados correctamente, en el recipiente con bolsa amarilla y que esté señalizado debidamente, de acuerdo a la Norma Técnica. Desechar los residuos especiales con un mínimo de manipulación.	Personal de cada área.
8.1.12	El llenado en el recipiente donde se disponen estos residuos no debe exceder a las $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad.	Personal de limpieza.
8.1.13	Los recipientes rígidos se considerará lleno, cuándo marque los $\frac{3}{4}$ partes del volumen total y sellar la entrada.	Técnica del área
8.1.14	El personal de limpieza recogerá las bolsas amarillas, con mucho cuidado, evitando derrames y los llevará al almacenamiento intermedio o central según sea el caso.	Personal de limpieza.
8.1.15	El personal de limpieza, para el traslado de los residuos especiales, aplicará lo dispuesto por la Norma Técnica N° 144-MINSA/2018/DIGESA y la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo RM.N° 372-2011/MINSA.	Personal de limpieza.
Clase C: Residuos Comunes:		
8.1.16	Tipos de Residuos Generados: Son residuos que no han estado en contacto con pacientes, materiales o sustancias contaminantes como: bolsas, cajas, papel, envoltorios de agujas y jeringas sin aguja.	Responsable de cada área



**PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO**

8.1.17	Los residuos comunes serán segregados en bolsas de color negro. Si se observa dentro del recipiente de bolsa negra, residuos biocontaminados, todo lo desechado se considerará biocontaminado y se eliminará como tal.	Personal de cada área.
8.1.18	El llenado en el recipiente donde se disponen estos residuos no debe exceder a las $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad.	Personal de limpieza.
8.1.19	El personal de limpieza recogerá las bolsas negras, con cuidado, evitando derrames y los llevará al almacenamiento intermedio o central según sea el caso.	Personal de limpieza.
8.1.20	El personal de limpieza, para el traslado de los residuos comunes, aplicará lo dispuesto por la Norma Técnica N° 144-MINSA/2018/DIGESA y la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de ambientes en los EE.SS. y SMA. RM. N° 372-2011/MINSA.	Personal de limpieza.



8.2 Procedimiento: Servicio de Recuperación

PASO	ACCIÓN	RESPONSABLE
8.2.1.	Verificar el cumplimiento del acondicionamiento de acuerdo a la clase y volumen de residuos que genera el servicio, si los recipientes y las bolsas para revestimiento tienen el color y símbolo según clase del residuo. Los contenedores deben ser ubicados lo más cerca posible cerca al punto de generación de los residuos hospitalarios.	Personal de turno del Servicio de Recuperación
8.2.2.	Verificar si el protocolo versión impreso está disponible y que se encuentra a disposición del personal de Servicio.	Jefe del Servicio de Recuperación
8.2.3.	Verificar la segregación correcta de los residuos hospitalarios y aplicar medidas correctivas.	Jefe del Servicio/ Responsable de Área/Jefa de Enfermería de Centro Quirúrgico.
Clase A: Residuos Biocontaminados:		
8.2.4	Tipos de Residuos Generados: Incluye gasas, pañales con sangre, apósitos, algodones, guantes, sonda foley, sonda vesical, bolsa colectora de orina y equipos de venoclisis. Punzocortantes: Todo tipo de jeringas, agujas, frascos de ampollas rotas, bisturí, catéter endovenoso, pivot del equipo de venoclisis. Por tratarse de material punzocortante que fácilmente	Responsable de cada área.

**PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO**

	perforaría una bolsa se debe utilizar el recipiente rígido . Si se observa dentro del envase rígido residuos biocontaminados que no correspondan a punzocortantes se desechará inmediatamente el envase y se sellará la entrada.	
8.2.5	Por ser residuos biocontaminados que conllevan a riesgos en la salud de quienes los manipulan, estos deben ser segregados correctamente, en el recipiente con bolsa roja y que esté señalizado debidamente, de acuerdo a la Norma Técnica. Desechar los residuos biocontaminados con un mínimo de manipulación.	Personal de cada área.
8.2.6	El llenado en el recipiente donde se disponen estos residuos no debe exceder a las $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad.	Personal de limpieza.
8.2.7	Los recipientes para punzocortantes: Se considerará lleno, cuándo marque los $\frac{3}{4}$ partes del volumen total, y tiene una línea de referencia, que significa que es momento de desechar el recipiente y sellar la entrada.	Técnica del área
8.2.8	El personal de limpieza recogerá las bolsas rojas, con mucho cuidado, evitando derrames y los llevará al almacenamiento intermedio o central según sea el caso.	Personal de limpieza.
8.2.9	El personal de limpieza, para el traslado de los residuos biocontaminados, aplicará lo dispuesto por la Norma Técnica N° 144-MINSA/2018/DIGESA y la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de ambientes en los EE.SS. y SMA. RM.N° 372-2011/MINSA.	Personal de limpieza.
Clase B: Residuos Especiales:		
8.2.10	Tipos de Residuos Generados: Productos farmacéuticos parcialmente utilizados, deteriorados y vencidos. Se colocará los frascos ampollas de medicamentos en recipientes en bolsa de color amarillo.	Responsable de cada área.
8.2.11	Por ser residuos especiales que conllevan a riesgos en la salud de quienes los manipulan, estos deben ser segregados correctamente, en el recipiente con bolsa amarilla y que esté señalizado debidamente, de acuerdo a la Norma Técnica. Desechar los residuos especiales con un mínimo de manipulación.	Personal de cada área.
8.2.12	El llenado en el recipiente donde se disponen estos residuos no debe exceder a las $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad.	Personal de limpieza.
8.2.13	Los recipientes rígidos se considerará lleno, cuándo marque los $\frac{3}{4}$ partes del volumen total y sellar la entrada.	Técnica del área



**PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO**

8.2.14	El personal de limpieza recogerá las bolsas amarillas, con mucho cuidado, evitando derrames y los llevará al almacenamiento intermedio o central según sea el caso.	Personal de limpieza.
8.2.15	El personal de limpieza, para el traslado de los residuos especiales, aplicará lo dispuesto por la Norma Técnica N° 144-MINSA/2018/DIGESA y la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de ambientes en los EE.SS. y SMA. RM. N° 372-2011/MINSA.	Personal de limpieza.
Clase C: Residuos Comunes:		
8.2.16	Tipos de Residuos Generados: Son residuos que no han estado en contacto con pacientes, materiales o sustancias contaminantes como: bolsas, cajas, papel, envoltorios de agujas y jeringas.	Responsable de cada área
8.2.17	Los residuos comunes serán segregados en bolsas de color negro. Si se observa dentro del recipiente de bolsa negra, residuos biocontaminados, todo lo desechado se considerará biocontaminado y se eliminará como tal.	Personal de cada área.
8.2.18	El llenado en el recipiente donde se disponen estos residuos no debe exceder a las $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad.	Personal de limpieza.
8.2.19	El personal de limpieza recogerá las bolsas negras, con cuidado, evitando derrames y los llevará al almacenamiento intermedio o central según sea el caso.	Personal de limpieza.
8.2.20	El personal de limpieza, para el traslado de los residuos comunes, aplicará lo dispuesto por la Norma Técnica N° 144-MINSA/2018/DIGESA y la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de ambientes en los EE.SS. y SMA. RM. N° 372-2011/MINSA.	Personal de limpieza.

8.3 Procedimiento: Servicio de Central de Esterilización

PASO	ACCIÓN	RESPONSABLE
8.3.1.	Verificar el cumplimiento del acondicionamiento de acuerdo a la clase y volumen de residuos que genera el servicio, si los recipientes y las bolsas para revestimiento tienen el color y símbolo según clase del residuo. Los contenedores deben ser ubicados lo más cerca posible cerca al punto de generación de los residuos hospitalarios.	Personal de turno del Servicio de Central de Esterilización
8.3.2.	Verificar si el protocolo versión impreso está disponible y que se encuentra a disposición del personal de Servicio.	Jefe del Servicio de Central de Esterilización

**PROCOLO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO**

8.3.3.	Verificar la segregación correcta de los residuos hospitalarios y aplicar medidas correctivas.	Jefe del Servicio/ Responsable de Área.
Clase A: Residuos Biocontaminados:		
8.3.4	<p>Tipos de Residuos Generados: Incluye gasas, guantes, papel contaminado (envoltura de instrumental médico).</p> <p>Punzocortantes: Frascos rotos de vidrio con flúidos Biocontaminados.</p> <p>Por tratarse de material punzocortante que fácilmente perforaría una bolsa se debe utilizar un recipiente rígido (caja) para su eliminación.</p> <p>Si se observa dentro del envase rígido residuos biocontaminados que no correspondan a punzocortantes se desechará inmediatamente el envase y se sellará la entrada.</p>	Responsable de cada área.
8.3.5	Por ser residuos biocontaminados que conllevan a riesgos en la salud de quienes los manipulan, estos deben ser segregados correctamente, en el recipiente con bolsa roja y que esté señalado debidamente, de acuerdo a la Norma Técnica. Desechar los residuos biocontaminados con un mínimo de manipulación.	Personal de cada área.
8.3.6	El llenado en el recipiente donde se disponen estos residuos no debe exceder a las $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad.	Personal de limpieza.
8.3.7	Los recipientes para punzocortantes: Se considerará lleno, cuándo marque los $\frac{3}{4}$ partes del volumen total, y tiene una línea de referencia, que significa que es momento de desechar el recipiente y sellar la entrada.	Técnica del área
8.3.8	El personal de limpieza recogerá las bolsas rojas, con mucho cuidado, evitando derrames y los llevará al almacenamiento intermedio o central según sea el caso.	Personal de limpieza.
8.3.9	El personal de limpieza, para el traslado de los residuos biocontaminados, aplicará lo dispuesto por la Norma Técnica N° 144-MINSA/2018/DIGESA y la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de ambientes en los EE.SS. y SMA. RM. N° 372-2011/MINSA.	Personal de limpieza.
Clase B: Residuos Especiales:		
8.3.10	Tipos de Residuos Generados: Envases de detergente enzimático, bolsas de polietileno conteniendo óxido de etileno.	Responsable de cada área.



**PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO**

8.3.11	Por ser residuos especiales que conllevan a riesgos en la salud de quienes los manipulan, estos deben ser segregados correctamente, en el recipiente con bolsa amarilla y que esté señalizado debidamente, de acuerdo a la Norma Técnica. Desechar los residuos especiales con un mínimo de manipulación.	Personal de cada área.
8.3.12	El llenado en el recipiente donde se disponen estos residuos no debe exceder a las $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad.	Personal de limpieza.
8.3.13	El personal de limpieza recogerá las bolsas amarillas, con mucho cuidado, evitando derrames y los llevará al almacenamiento intermedio o central según sea el caso.	Personal de limpieza.
8.3.14	El personal de limpieza, para el traslado de los residuos especiales, aplicará lo dispuesto por la Norma Técnica N° 144-MINSA/2018/DIGESA y la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de ambientes en los EE.SS. y SMA. RM.N° 372-2011/MINSA.	Personal de limpieza.
Clase C: Residuos Comunes:		
8.3.15	Tipos de Residuos Generados: Son residuos que no han estado en contacto con pacientes, materiales o sustancias contaminantes como: bolsas, cajas, papel.	Responsable de cada área
8.3.16	Los residuos comunes serán segregados en bolsas de color negro. Si se observa dentro del recipiente de bolsa negra, residuos biocontaminados, todo lo desechado se considerará biocontaminado y se eliminará como tal.	Personal de cada área.
8.3.17	El llenado en el recipiente donde se disponen estos residuos no debe exceder a las $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad.	Personal de limpieza.
8.3.18	El personal de limpieza recogerá las bolsas negras, con cuidado, evitando derrames y los llevará al almacenamiento intermedio o central según sea el caso.	Personal de limpieza.
9.3.19	El personal de limpieza, para el traslado de los residuos comunes, aplicará lo dispuesto por la Norma Técnica N° 144-MINSA/2018/DIGESA y la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de ambientes en los EE.SS. y SMA. RM. N° 372-2011/MINSA.	Personal de limpieza.



**PROCOLO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO**

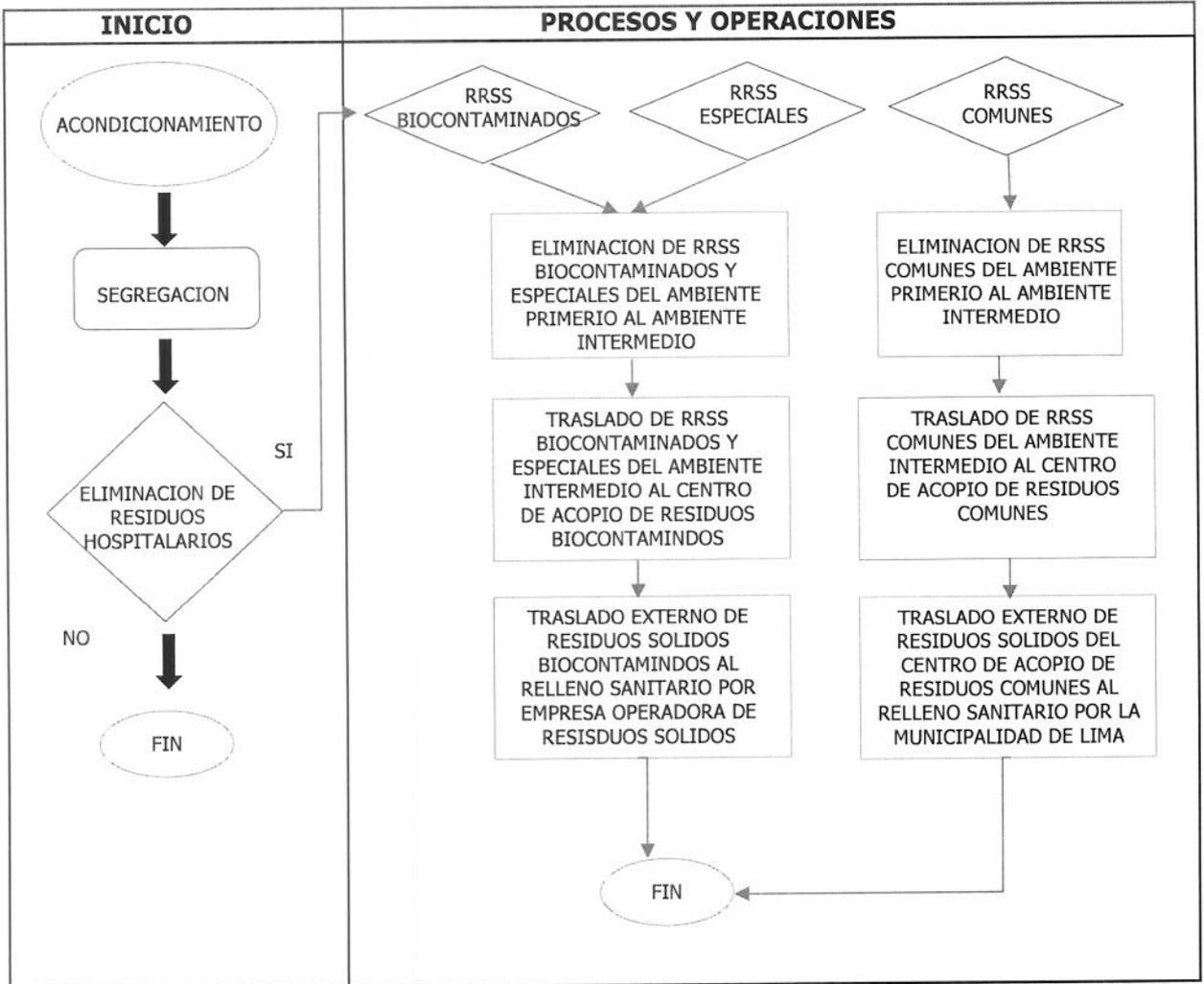


ANEXO

**PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO**



**FLUJOGRAMA DE MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO**



**PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO**



BIBLIOGRAFIA.

- Decreto Supremo N° 014-2017-MINAM. Reglamento del Decreto Legislativo N° 1278, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos Publicada en el *Diario Oficial El Peruano*, 21 de diciembre del 2017.
- Resolución Ministerial N° 1295-2018-MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud (NTS) N° 144 -MINSA/2018/DIGESA "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.
- Dirección General de Salud Ambiental Ministerio de Salud. Plan Nacional de Prevención del VHB, VIH y la TB por Riesgo Ocupacional en los Trabajadores de Salud 2010 - 2015. RM N° 768-2010/MINSA. Lima –Perú.
- Resolución Ministerial N° 050-2013 TR. "Formatos Referenciales que contemplan la información mínima que deben contener los registros obligatorios del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo".
- CEPIS/OPS. Manual para el Manejo de Desechos en Establecimientos de Salud. www.cepis.ops-oms.org/eswww/fulltext/repind62/guiamane/manuma.html. Fecha de Consulta: Mayo, 2007.
- CEPIS. Hojas de Divulgación Técnica. Manejo de Residuos de Centros de Atención de Salud. Monge, Gladis. 1997. <http://www.cepis.org.pe/eswww/proyecto/repidisc/publica/hdt/hdt069.html>. Fecha de Consulta: Febrero, 2008.
- García, C.M. (2015). *Conocimientos y Prácticas en la Prevención de Riesgos Biológicos en el Personal de Enfermería del Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Cayetano Heredia Lima 2014*. (Tesis de Posgrado). Universidad Nacional Amazónica De Madre De Dios.