


| | | |
|----------------------------------|--|---|
| Revisión 00 Fecha: 21/06/2019 | PROCEDIMIENTO Eliminación de tejido no conforme y de desecho Página 1 de 5 |  |
|----------------------------------|--|---|

1. **OBJETIVO Y ALCANCE:** describir la metodología para la solicitud de estudios anatomopatológicos desde el Banco de Homoinjertos Vasculares y Valvulares del Cucaiba al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos "San Juan de Dios" de la ciudad de la Plata.

2. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

BHVV: Banco de Homoinjertos Vasculares y Valvulares del Cucaiba


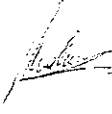
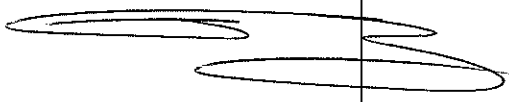
CUCAIBA: Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de la Provincia de Buenos Aires

SINTRA: Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante


3. NORMATIVA

Resolución Incucai 118/09 para Bancos de Tejidos

Resolución 349/94 "Normas Técnicas Nacionales sobre el Manejo de Residuos Biopatológicos de Unidades de Atención de la Salud", Subsecretaría de Atención Médica y Fiscalización Sanitaria"

| | | |
|---|--|--|
| Elaboración: 24/05/2019 | Revisión: 20/06/2019 | Aprobación: 21/06/2019 |
| Participantes del proceso: Equipo Banco de Homoinjertos. | Responsables del proceso: Leandro Santilli / Mónica Alvarez   | Dirección Asociada de Procuración: Roxana Barragán.  |
| Equipo de Calidad: Juan Pastrello, Paula Jimenez, Nora Laza. | | |

Los documentos impresos no tienen validez. La única versión controlada se encuentra en el sitio Web de Cucaiba, apartado Uso Interno/Gestión de Calidad/Documentación

| | | |
|---|---|---|
| <p>Revisión 00</p> <p>Fecha: 21/06/2019</p> | <p style="text-align: center;">PROCEDIMIENTO</p> <p style="text-align: center;">Eliminación de tejido no conforme y de desecho</p> <p style="text-align: center;">Página 2 de 5</p> |  |
|---|---|---|

METODOLOGÍA

4.1 La eliminación de tejidos no aptos y de desecho deberá realizarse cumpliendo la legislación sobre residuos patogénicos.

4.1.1 Las bolsas de residuos deben ser rojas, con las siguientes especificaciones:

- Ser impermeables
- Espesor mínimo de 69 micrones
- Resistentes al peso que deban almacenar
- Permitir el fácil cerrado hermético y transporte
- Fácilmente combustibles.

4.1.2 Para los residuos sólidos biopatogénicos en el interior del recipiente enfundado se debe colocar una segunda funda para recibirlos.

4.1.3 Las bolsas deben sellarse o cerrarse con un doble nudo que permita su manipulación por la parte superior minimizando el riesgo de accidentes.


4.1.4 El cierre de las bolsas se realizará en el mismo lugar de generación de los residuos.

4.1.5 Los tejidos de desecho producto del procesamiento del material biológico deben enviarse al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital San Juan de Dios garantizando el adecuado transporte, sin riesgos para el transportista.

Según la normativa, es responsabilidad de la unidad generadora:

- a) La Capacitación del personal afectado al Manejo de estos residuos.
- b) La limpieza y desinfección de las instalaciones, equipos y medios que se utilicen con los residuos generados en el Establecimiento Asistencial.
- c) La provisión del equipo de protección necesario al personal afectado a las tareas de Manejo de este tipo de residuos.
- d) Poseer un stock mínimo de bolsas para un mes de uso como reserva permanente.


4.1.6 Las bolsas rojas deben estar rotuladas con la siguiente información en cumplimiento de la normativa vigente (Modelo en Anexo I):

| | | |
|----------------------------------|---|--|
| Revisión 00 Fecha: 21/06/2019 | INSTRUCTIVO DE TRABAJO Eliminación de tejido no conforme y de desecho Página 3 de 5 |  CUCAIBA <small>Comité Único Coordinador de Actuación del Centro de Anatomía Patológica</small> |
|----------------------------------|---|--|





- a) Tipo de material que contiene.
- b) Nombre del Generador.
- c) Fecha de Generación de los residuos.
- d) Nombre del Destinatario de los residuos.
- e) Fecha de entrega para su tratamiento y/o disposición final.


4.2 Todo desecho de tejido no apto debe quedar registrado en el Libro de Banco, en el sistema SINTRA y en el formulario "Solicitud a Anatomía Patológica" que figura en el presente instructivo como Anexo II.

4.3 El Servicio de Anatomía Patológica entregará informe anatomopatológico o protocolo de eliminación de desecho al BHVV completando formulario "Solicitud a Anatomía Patológica" (Anexo II).

| | | |
|--|--|--|
| <p>Revisión 00 Fecha: 21/06/2019</p> | <p>INSTRUCTIVO DE TRABAJO</p> <p>Eliminación de tejido no conforme y de desecho</p> <p>Página 4 de 5</p> |  <p>CUCAIBA <small>Comité Único Coordinador de Abstención</small> <small>Ministerio de Educación de la Universidad</small></p> |
|--|--|--|

ANEXO I- MODELO ETIQUETAS BOLSAS ROJAS

| | |
|---|---|
| <p style="text-align: center;"> CUCAIBA Banco de Homoinjertos Valvulares</p> <p>PD:</p> <p>Material :</p> <p>Fecha de la generación del residuo:</p> <p>Nombre Destinatario:</p> <p>Fecha entrega para su tratamiento o disposición final</p> | <p style="text-align: center;"> CUCAIBA Banco de Homoinjertos Valvulares</p> <p>PD:</p> <p>Material :</p> <p>Fecha de la generación del residuo:</p> <p>Nombre Destinatario:</p> <p>Fecha entrega para su tratamiento o disposición final</p> |
| <p style="text-align: center;"> CUCAIBA Banco de Homoinjertos Valvulares</p> <p>PD:</p> <p>Material :</p> <p>Fecha de la generación del residuo:</p> <p>Nombre Destinatario:</p> <p>Fecha entrega para su tratamiento o disposición final</p> | <p style="text-align: center;"> CUCAIBA Banco de Homoinjertos Valvulares</p> <p>PD:</p> <p>Material :</p> <p>Fecha de la generación del residuo:</p> <p>Nombre Destinatario:</p> <p>Fecha entrega para su tratamiento o disposición final</p> |

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| Revisión 00 Fecha: 21/06/2019 | INSTRUCTIVO DE TRABAJO Eliminación de tejido no conforme y de desecho Página 5 de 5 |  |
|----------------------------------|---|---|

ANEXO II- Solicitud de estudio anatomopatológico



**SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO
AL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LA PLATA**

PD N°: _____

Material enviado : _____
(tipo de tejido, especificaciones)

Fecha de generación del tejido no conforme y de deshecho :

| | | | |
|-----|-----|-----|------|
| Día | Mes | Año | Hora |
| | | | |

Fecha de entrega al Servicio de Anatomía Patológica :

| | | | |
|-----|-----|-----|------|
| Día | Mes | Año | Hora |
| | | | |

Firma y sello
Director Médico y / o Técnico
Banco Hombijertos Valvulares CUCAIBA

Resultado de estudio anatomopatológico _____

Material recibido : _____
(tipo de tejido, especificaciones)

Informe anatomopatológico : _____

Protocolo de eliminación : _____

Firma y sello
Servicio de Anatomía Patológica
Htel San Juan de Dios