

Empresa Saludable

Sistema de Vigilancia Epidemiológica para Riesgo Biológico

ANEXOS

MODELO PARA EL CONTROL DEL RIESGO BIOLÓGICO



ELABORADO POR: Camilo Ospina
Patricia Canney
Yoldy Pantoja

REVISADO POR: Carlos Ceballos
Carlos Mario Spagiari
Clara Mejía
Flor Ángela Hurtado
Gladys Peña
Hilda Maya
Isabel Oyola
Jesús Ochoa
Juan Camilo Vásquez
Lázaro Vélez
Sandra Angulo
Yaneth Zapata

**DIAGRAMACIÓN
E ILUSTRACIÓN:** Mauricio Rivera R.

CONTENIDO

ANEXO 1: Formatos para el registro de inmunización	3
ANEXO 2: Panorama de Factores de Riesgo (PFR)	5
ANEXO 3: Auto-reporte de las condiciones de seguridad y salud	8
ANEXO 4: Ejemplo ARO, venopunción	9
ANEXO 5: Formato ARO	11
ANEXO 6: Elementos de protección personal para trabajadores de la salud	12
ANEXO 7: Tarjeta guía para la observación del comportamiento seguro	15
ANEXO 8: Tendencia en el cambio del comportamiento	16
ANEXO 9: Historia clínica ocupacional	17
ANEXO 10: Esquemas de vacunación por riesgo ocupacional para trabajadores de la salud	23
ANEXO 11: Protocolo de atención del riesgo biológico	25
ANEXO 12: Formato de registro e investigación de accidentes ocupacionales por riesgo biológico y otros factores de riesgo en el sector salud	27
ANEXO 13: Formato consolidado de accidentalidad	31
ANEXO 14: Flujogramas para el manejo de exposiciones	32
ANEXO 15: Formato plan de trabajo	38
ANEXO 16: Auditoría	39
ANEXO 17: Flujograma de atención de accidente por riesgo biológico cuando la fuente es desconocida	41
ANEXO 18: Flujograma de atención de accidente por riesgo biológico cuando la fuente es conocida	42

ANEXO 1

Formatos para el registro de inmunización

1.1. Ejemplo de Formato de Registro Esquema de Vacunación y Anticuerpos para Hepatitis B

Nombre de la empresa: _____ NIT No.: _____

Responsable: _____

Instructivo para diligenciar este formulario

Favor diligenciar este formulario con letra imprenta.

- **Número (No):** corresponde al número consecutivo, ejemplo: 1,2,3,4,5,6....
 - **Fecha:** escribir el día, mes, año correspondiente al día de la recolección de los datos (**Ej.** : 01-03-98 para el primero de marzo de 1998).
 - **Nombre del trabajador:** nombre completo del trabajador.
 - **Identificación:** número de la cédula de ciudadanía del trabajador u otro documento de identificación como Cédula de Extranjería.
 - **Edad:** escriba la edad cumplida en la casilla correspondiente al número 5 cuando el trabajador examinado sea un hombre.
 - Escriba la edad cumplida en la casilla correspondiente al número 6 cuando el trabajador examinado sea una mujer.
 - **Oficio actual:** Nombre del oficio desempeñado por el trabajador.
 - **Sección:** sección o área en la que labora el trabajador.
 - **Fecha y dosis aplicadas:** Coloque en las casillas 1, 2 ó 3 la dosis correspondiente y la respectiva fecha de aplicación.
 - **Títulos de anticuerpos:** Coloque en esta casilla el valor de la titulación de anticuerpos en Unidades Internacionales y la fecha de realización.
 - **Observaciones:** Explicar en forma concisa y clara en esta casilla los comentarios especiales respecto a la vacunación y la titulación o situaciones especiales que se consideren pertinentes respecto al individuo o a la susceptibilidad.

1.2. Esquema de Vacunación para el Tétanos

Nombre de la empresa: _____ NIT No.: _____

Responsable: _____

Instructivo para diligenciar este formulario

Favor diligenciar este formulario con letra imprenta.

- **Número (No):** corresponde al número consecutivo, ejemplo: 1,2,3,4,5,6....
 - **Fecha:** escribir el día, mes, año correspondiente al día de la recolección de los datos (ej. : 01-03-98 para el primero de marzo de 1998).
 - **Nombre del trabajador:** nombre completo del trabajador.
 - **Identificación:** número de la cédula de ciudadanía del trabajador.
 - **Edad:** escriba la edad cumplida en la casilla correspondiente al número 5 cuando el trabajador examinado sea un hombre.
 - Escriba la edad cumplida en la casilla correspondiente al número 6 cuando el trabajador examinado sea una mujer.
 - **Oficio actual:** Nombre del oficio desempeñado por el trabajador.
 - **Sección:** sección o área en la que labora el trabajador.
 - **Dosis aplicadas en la infancia:** Coloque en la casilla correspondiente al número 9 si se le aplicó el esquema de tétanos en la infancia.
 - Coloque en la casilla correspondiente al número 10 si no se le aplicó el esquema de tétanos en la infancia.
 - **Fecha y dosis aplicadas:** Coloque en las casillas 1, 2 ó 3 la dosis correspondiente y la respectiva fecha de aplicación
 - **Observaciones:** Explicar en forma concisa y clara en esta casilla los comentarios especiales respecto a la vacunación o situaciones especiales que se consideren pertinentes respecto al individuo o a la susceptibilidad.

ANEXO 2

Panorama de Factores de Riesgo (PFR)

DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____

ÁREA O PROCESO: _____

FECHA: _____

EVALUACIÓN INICIAL: _____

EVALUACIÓN PERIÓDICA:



EVALUACIÓN REALIZADA POR: _____

FECHA PRÓXIMA EVALUACIÓN: _____

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR EL FORMATO PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO

ÁREA O PROCESO: Especifique el área o proceso donde se están identificando las condiciones de trabajo.

FACTOR DE RIESGO: Elemento que encierra una capacidad potencial de producir lesiones o daños materiales. Elija una de las siguientes opciones:

Físico:

- Ruido.
- Vibraciones.
- Presiones anormales.
- Radiaciones ionizantes (rayos X, gama, beta, alfa y neutrones).
- Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia).
- Calor.
- Frío.
- Iluminación deficiente.
- Iluminación en exceso.

Químico:

- Gases y vapores.
- Aerosoles líquidos (nieblas y rocíos).
- Aerosoles sólidos (polvos orgánicos o inorgánicos, humo metálico o no metálico y fibras).

De seguridad:

- Atrapamiento.
- Golpeado por o contra.
- Proyección de partículas.
- Manipulación de materiales
- Locativos (condiciones de pisos, paredes y techos).
- Caída de alturas.
- Caída al mismo nivel.
- Contacto indirecto (alta y baja tensión).
- Contacto directo (alta y baja tensión).
- Contacto con electricidad estática.
- Incendios.
- Explosiones.
- Salpicadura de químicos.
- Contacto con objetos calientes.
- Tránsito.
- Prácticas deportivas.

Biológico:

- Ingestión de alimentos contaminados.
- Contacto con fluidos corporales.
- Inhalación o ingestión de microorganismos.
- Contacto con macroorganismos.

Ergonómico:

- Posiciones de pie prolongadas.
- Posiciones sentadas prolongadas.
- Movimientos repetitivos .
- Sobreesfuerzos.
- Hiperextensiones.
- Flexiones repetitivas (tronco o piernas).

Psicosocial:

- Conflictos interpersonales.
- Altos ritmos de trabajo.
- Monotonía en la tarea.
- Supervisión estricta.
- Capacitación insuficiente.
- Sobreexplotación de trabajo.
- Agresiones (clientes, jefe, compañeros).
- Atracos, secuestros y asesinatos.

FUENTE: Identifica el proceso, objetos, instrumentos y condiciones físicas y psicológicas de las personas que generan el factor de riesgo.

ACTIVIDAD: Marque con una X el tipo de actividad:

- **Rutinaria:** Operaciones de planta y procedimientos normales.
- **No rutinaria:** Procedimientos periódicos y ocasionales.

EXPUESTOS: Escriba el número de personas que se ven afectadas en forma directa o indirecta por el factor de riesgo durante la realización del trabajo. Especifique si son de planta, temporales, de cooperativas o independientes.

HORAS DE EXPOSICIÓN - DÍA: Especifique el tiempo real o promedio durante el cual la población en estudio está en contacto con el factor de riesgo, en su jornada laboral.

MEDIDAS DE CONTROL: Medidas de eliminación o mitigación de los factores de riesgo que se han puesto en práctica en la fuente de origen, en el medio de transmisión, en las personas o en el método.

PROBABILIDAD: Es función de la frecuencia de exposición, la intensidad de la exposición, el número de expuestos y la sensibilidad especial de algunas de las personas al factor de riesgo, entre otras. Se clasifica en:

- **Baja:** El daño ocurrirá raras veces.
- **Media:** El daño ocurrirá en algunas ocasiones.
- **Alta:** El daño ocurrirá siempre.

CONSECUENCIAS: Se estiman según el potencial de gravedad de las lesiones. Se clasifican en:

- **Ligeramente dañino:** Lesiones superficiales, de poca gravedad, usualmente no incapacitantes o con incapacidades menores.
- **Dañino:** Todas las EP no mortales, esguinces, torceduras, quemaduras de segundo o tercer grado, golpes severos, fracturas menores (costilla, dedo, mano no dominante, etc.)
- **Extremadamente dañino:** Lesiones graves: EP graves, progresivas y eventualmente mortales, fracturas de huesos grandes o de cráneo o múltiples, trauma encéfalocraneal, amputaciones, etc.

ESTIMACIÓN DEL RIESGO: Está dada de acuerdo con la combinación realizada entre probabilidad y consecuencias, de la siguiente manera:

		CONSECUENCIAS		
		LIGERAMENTE DAÑINO	DAÑINO	EXTREMADAMENTE DAÑINO
PROBABILIDAD	BAJA	RIESGO TRIVIAL	RIESGO TOLERABLE	RIESGO MODERADO
	MEDIA	RIESGO TOLERABLE	RIESGO MODERADO	RIESGO IMPORTANTE
	ALTA	RIESGO MODERADO	RIESGO IMPORTANTE	RIESGO INTOLERABLE

RECOMENDACIONES: Se establecen de acuerdo con el grado de riesgo identificado, así:

RIESGO	RECOMENDACIONES
TRIVIAL	No se requiere acción específica si hay riesgos mayores.
TOLERABLE	No se necesita mejorar las medidas de control pero deben considerarse soluciones o mejoras de bajo costo y se deben hacer comprobaciones periódicas para asegurar que el riesgo aún es tolerable.
MODERADO	Se deben hacer esfuerzos por reducir el riesgo y en consecuencia debe diseñarse un proyecto de mitigación o control. Como está asociado a lesiones muy graves debe revisarse la probabilidad y debe ser de mayor prioridad que el moderado con menores consecuencias.
IMPORTANTE	En presencia de un riesgo así no debe realizarse ningún trabajo. Este es un riesgo en el que se deben establecer estándares de seguridad o listas de verificación para asegurarse que el riesgo está bajo control antes de iniciar cualquier tarea. Si la tarea o la labor ya se ha iniciado el control o reducción del riesgo debe hacerse cuanto antes.
INTOLERABLE	Si no es posible controlar este riesgo debe suspenderse cualquier operación o debe prohibirse su iniciación.

ANEXO 3

Auto-reporte de las condiciones de seguridad y salud

La información obtenida por parte de los trabajadores de la empresa es muy importante para alcanzar un adecuado control de medio ambiente de trabajo.

La falla en identificar el agente causal en el lugar de trabajo, puede traer como consecuencia la falta de reconocimiento de situaciones en el lugar de trabajo y la dificultad para iniciar labores de intervención.

El cuestionario que se presenta a continuación debe ser diligenciado por los trabajadores que se encuentren expuestos a factores de riesgo o agentes que puedan llevar a generar una exposición ocupacional a riesgo biológico. Es importante que las personas que lo vayan a diligenciar reciban las instrucciones y entiendan el objetivo. El cuestionario es anónimo.

Se recomienda que la encuesta sea contestada en su totalidad, de manera clara y sincera. Sus resultados permitirán definir acciones de intervención.

PREGUNTA	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	NO SABE, NO APLICA
En su puesto de trabajo				
1. Considera que su puesto de trabajo se mantiene ordenado y limpio.				
2. Existe la posibilidad de que los procedimientos que realiza lo pongan en contacto con sangre o fluidos corporales.				
3. Cuentan con elementos de protección personal como guantes, monogafas, o delantal.				
4. En su empresa existen los medios (duchas, lavamanos) para lavarse en caso de contaminación o después del turno.				
5. ¿En su puesto de trabajo existen dispositivos de bioseguridad (guardianes)?				

Respecto a las condiciones de Salud				
6. ¿Qué vacunas ha recibido?		7. ¿Ha sufrido accidentes por riesgo biológico en su trabajo?		
	Sí	No	No. dosis	Acs.
Hepatitis B				
Tétanos				
Varicela				
Sarampión				
Rubeola				
Difteria				
¿Cuáles?				8. ¿Ha sufrido usted algunas de las siguientes patologías?
				Sí No
				Varicela
				Sarampión
				Rubeola
				Tuberculosis
				Tétanos
				Difteria
				Meningitis

Respecto a la empresa		
9. ¿Cuenta con Manual de Bioseguridad y Procedimientos?		
10. ¿Ha recibido capacitación sobre el uso, cuidados y mantenimiento de los elementos de protección personal?		
11. ¿Existe un buen nivel de comunicación en la empresa para discutir aspectos relacionados con las condiciones de seguridad de su puesto de trabajo?		

Respecto a usted como trabajador de la salud		
12. ¿Cumple con los estándares, protocolos, guías o procedimientos de bioseguridad?		
13. ¿Usa, mantiene y almacena correctamente los elementos de protección personal asignados para su oficio?		
14. ¿Reporta permanentemente las condiciones de riesgo y participa en su solución?		

Observaciones:
.....
.....
.....

ANEXO 4

Ejemplo ARO, venopunción

PASOS BÁSICOS DE LA TAREA	FACTOR DE RIESGO	VALORACIÓN	RECOMENDACIONES
1. Preparación del equipo	Ninguno		
2. Explicación del procedimiento al paciente.	Ninguno		Explicar siempre el procedimiento al paciente para obtener su colaboración.
3. Colocarse los guantes de látex y selección del sitio de punción.	Ninguno		
4. Ubicación del equipo en sitio seguro y cerca del campo de acción.	Mecánico: Golpe por caída del equipo		Ubicar la bandeja o el carro con el equipo en un sitio estable y al alcance de la persona que va a realizar el procedimiento.
	Mecánico: pinchazo por manipulación inadecuada de aguja limpia, retiro brusco del protector del yelco o inserción descuidada de la aguja en el PNR.		-Retirar suavemente el protector de la aguja o yelco. -Manipular la aguja evitando distraerse y teniéndola a la vista. -Visualizar el sello para inserción de la aguja en el PNR y proceder a insertar tratando de tener la mano libre lo más alejada posible del vértice de la aguja.
5. Conexión del equipo de venoclisis y canalización de las venas	Biológico: - Pinchazo con aguja contaminada por técnica inadecuada o movimiento inesperado del paciente; al retirar en forma brusca el alma del yelco. - Contacto con sangre al retirar el alma del yelco.		- Póngase los guantes de látex siempre que vaya a canalizar vena. - Garantice que la iluminación es suficiente para realizar el procedimiento. - Explique al paciente el procedimiento, solicítelle que se mantenga quieto durante el mismo. Si es un niño o paciente irritable o con alteración de la conciencia solicite la ayuda de un compañero para realizar la inmovilización. - Retire suavemente la aguja y depositela inmediatamente en el guardián o contenedor de seguridad (paredes rígidas). - Si no dispone del recipiente inmediatamente, deposite la aguja en la cubeta o riñonera, alejada de algodones y demás elementos utilizados. Con la técnica de pesca o pinza coloque el alma dentro del capuchón, siempre manteniendo alejada la mano libre. - Inmediatamente retire el alma del yelco ejerza presión sobre la parte proximal de la aguja ubicada en la vena para evitar la salida de sangre y proceda a empatar inmediatamente con el equipo de venoclisis o buretrol e inmovilice la vena.
6. Envasado del medicamento en la jeringa y aplicación intravenosa.	Mecánico: - Herida al partir la ampolla sin protección, o al abrir el frasco ampolla. - Pinchazo con aguja limpia al envasar el medicamento o al puncionar en forma brusca con la aguja el caucho o PNR.		- Utilizar protector para partir la ampolla, haciendo la presión en la zona punteada de la misma. - Retirar la parte metálica del frasco ampolla con pinza. - Ejercer un buen punto de apoyo al envasar la medicación. - Visualizar el sitio de punción en el PNR, garantizando la inmovilización del mismo y puncionando en forma suave para evitar que se mueva y la aguja se desvíe quedando por fuera.
	Químico: - Proyección del medicamento a la cara por presión del frasco ampolla.		- Al realizar la dilución ingrese lentamente el líquido al frasco ampolla y simultáneamente vaya extrayendo el aire para generar el vacío y evitar la salida del medicamento a presión.
7. Desconexión del equipo de venoclisis del yelco o PNR y fijación en el buretrol o frasco de suero.	Biológico: - Pinchazo al desempatar la aguja del PNR o al fijar la aguja con el protector en el buretrol.		- Sostenga en forma firme el PNR y con la mano dominante retire lentamente la aguja. - Con el protector de la aguja previamente fijado con microporo al equipo de venoclisis o buretrol, proceda a insertar la aguja en el mismo, manteniendo la mano accidentalmente alejada del capuchón. - Verifique que la aguja quedó bien insertada en el protector.

	Mecánico: - Pinchazo al aplicar el anticoagulante en el PNR o al retirar la aguja.		- Sostenga en forma firme el PNR y con la mano dominante retire lentamente la aguja. - Con el protector de la aguja previamente fijado con microporo al equipo de venoclisis o buretrol, proceda a insertar la aguja en el mismo, manteniendo la mano accidentalmente alejada del capuchón. - Verifique que la aguja quedó bien insertada en el protector.
8. Desecho del material utilizado	Biológico: - Pinchazo con el alma del yelco depositada en el cubeta o riñonera. - Contacto con sangre por algodones contaminados.		- Al descartar en el puesto de enfermería el material utilizado, verifique la ubicación de cada elemento, utilice pinza para descartar en el guardián las agujas depositadas en la cubeta o bandeja si están sin protector. - Con los guantes puestos tome los algodones contaminados con sangre y depositélos en la bolsa roja.
	Mecánico: - Herida con ampolla partida o parte metálica del frasco ampolla.		- Con los guantes puestos y ayudándose de una pinza o algodón no contaminado tome los vidrios y depositélos en el recipiente destinado para tal fin.

ANEXO 5

Formato ARO

ANEXO 6

Elementos de protección personal para trabajadores de la salud

A continuación se describen los elementos de protección personal para los trabajadores de los hospitales, según su labor, los riesgos que se enuncian son los que pueden considerarse como propios del oficio, sin desconocer otros que puedan surgir para cada caso particular. Para ampliación de la información de algunos cargos pueden comunicarse con su Profesional en Prevención de Riesgos o con el Centro de Información de Sustancias Químicas, Emergencias y Medio Ambiente, Cistema, ya que este documento sólo es una guía práctica:

ÁREA	PUESTO DE TRABAJO	RIESGOS (que requieren EPP)	EPP REQUERIDO
Urgencias	Médicos Personal de Enfermería (jefes, auxiliar enfermería, camillero)	Biológico: Contaminación con fluidos y secreciones. Irritación en la piel por manejo de medicamentos.	    Guantes de látex ¹ , bata resistente a fluidos (Tyvek) o delantal, Gafas o careta facial con tapabocas, zapatos antideslizantes.
	Terapeuta respiratoria (planta y estudiantes)	Contaminación biológica por vía aérea. Manipulación de medicamentos.	  Gafas o careta facial, mascarilla para partículas o TBC (para pacientes con tuberculosis), guantes de látex.
	Odontología (odontólogos, maxilofaciales y residentes)	Contaminación con secreciones. Manipulación de mercurio, resinas, lámparas U.V.	  Gorro, visor, tapabocas, guantes de látex.
Laboratorio clínico y banco de sangre	Bacteriología, auxiliares, estudiantes	Biológico: Contaminación con las muestras. Químico: manipulación de reactivos de laboratorio.	 Riesgo químico: Traje de dotación (pantalón y blusa en algodón), bata en Tyvek para riesgo de salpicaduras, gafas, guantes en materiales como: N-Dex (nitrilo bajo calibre), nitrilo, butilo o neopreno, respirador con cartucho universal, zapatos antideslizantes. Riesgo biológico: traje protector igual al riesgo químico, tapabocas, guantes en latex, N-Dex o nitrilo-látex, gafas.
Rayos X Imaginología	Técnicos Radiólogo	Radiaciones ionizantes (rayos X). Manipulación de productos químicos para el revelado de las placas.	   Delantal y guantes o mitones plomados, protectos de trioides, gafas contra rayos X. Control de radiación acumulada con dosímetro.

¹ Las personas alérgicas al látex pueden utilizar guantes de vinilo o N-Dex (nitrilo de bajo calibre) que ofrecen la misma comodidad y protección.

ÁREA	PUESTO DE TRABAJO	RIESGOS (que requieren EPP)	EPP REQUERIDO
Servicios Generales	Lavandería (autoclave)	Estrés térmico: Manipulación de blanqueadores, detergentes.	  <p>Overol de dotación, guantes de caucho, tapabocas, gafas, zapatos antideslizantes. Para comodidad del trabajador, en áreas calientes puede optarse por un chaleco refrigerante o una chaqueta reflectiva (recubrimiento metálico) para aislarlo de la radiación del calor, así como de guantes en kevlar para manipular equipos calientes.</p>
Mantenimiento	Calderista	Estrés térmico, peligro de lesiones en los pies y manos.	Overol de dotación, guantes de kevlar(aislante de calor), botas con puntera reforzada, delantal aluminizado o chaleco refrigerante; lámina facial con filtro U.V.
	Electricista	Descargas eléctricas, caídas en el caso de trabajos en alturas.	Overol de dotación; casco, botas y guantes dieléctricos; para trabajo en alturas arnés con cuerdas, línea de vida, anclajes, casco.
	Plomero	Lesiones pies y manos por manipulación de implementos y herramientas.	Overol de dotación, casco, botas, guantes de carnaza y gafas. Cinturón portaherramientas.
	Pintor	Químicos: inhalación de polvo y solventes de pinturas.	Overol de dotación, guantes de caucho nitrilo (resistente a solventes); respirador con cartuchos para vapores orgánicos/material particulado y gafas. Cinturón portaherramientas.
	Almacenista	Inhalación de polvo.	Overol de dotación, guantes en algodón grueso con palmas de cuero o en carnaza, mascarilla para partículas (N95).
	Soldadores	Lesión visual por radiación infrarroja, quemaduras en brazos y manos, inhalación de humos metálicos, lesiones en los pies por caída de objetos.	Overol ignífugo, careta de soldador con visor con filtro I.R., mascarilla con respirados y filtro para soldadura y niveles molestos de ozono; guantes de soldador.
Nutrición	Ecónoma aux. nutrición Auxiliar lactario	Deben protegerse los alimentos de contaminación.	  <p>Bata o blusa de dotación, gorro, tapabocas, guantes.</p>
Hospitalización Cirugía	Cirujano, ortopedista, ginecólogo, neurocirujano, residente e interno. Anestesiólogo Instrumentadora Circulante	Biológicos: riesgo de contaminación con secreciones y fluidos corporales. Necesidad de mantener ambientes asépticos. Manipulación de equipos médicos y gases anestésicos (ver observaciones específicas en la sección final).	  <p>Guantes de látex, overol o bata resistente a fluidos (ejemplo en foto: Isoclean elaborado en Tyvek) o delantal, gafas, gorro y tapabocas. Zapato cubierto antideslizante.</p>

ÁREA	PUESTO DE TRABAJO	RIESGOS (que requieren EPP)	EPP REQUERIDO
Sala de partos	Ginecoobstetra, residente-interno	Biológicos: riesgo de contaminación con secreciones y fluidos corporales. Necesidad de mantener ambientes asépticos.	  <p>Guantes de látex, overol o bata resistente a fluidos (ejemplo en foto: Isoclean elaborado en Tyvek) o delantal, gafas, gorro y tapabocas. Zapato cubierto antideslizante.</p>
Otras áreas	<p>a. Enfermeros Sala de ortopedia -ortopedista -instrumentadora Recuperación -auxiliares, -enfermeros UCI -internistas -enfermería</p> <p>b. Anestesiólogo</p> <p>c. Control de esterilización -auxiliares de enfermería -servicios generales</p>	<p>a. Biológicos: riesgo de contaminación con secreciones y fluidos corporales. Necesidad de mantener ambientes asépticos.</p> <p>b. Los gases anestésicos son de alta toxicidad aguda y crónica. El óxido nitroso es oxidante fuerte.</p> <p>c. Manipulación de óxido de etileno (gas esterilizante muy tóxico y muy inflamable). Necesidad de mantener ambientes asépticos.</p>	<p>a. Guantes de látex, overol (o traje de dos piezas) resistente a fluidos (Tyvek) o delantal, gafas, gorro y tapabocas.</p> <p>b. Mantenimiento preventivo de mangueras, empaques y válvulas de los equipos de anestesia. Establecer controles de ingeniería en áreas de cirugía y esterilización (ETO) para disminuir el riesgo a la exposición.</p> <p>c. Esta área debe ser totalmente aislada y se sugiere un dispositivo permanente para detectar niveles peligrosos del gas. Estricto control en el almacenamiento y manipulación del gas. La única protección respiratoria eficiente es el suministro de aire. Sin embargo MSA ofrece un respirador especial para ETO con aprobación NIOSH; guantes en caucho butilo ó 4H (silver shield). Traje de protección en caucho butilo. Monogafas de seguridad.</p> 

Fecha de elaboración: 20/06/2005

Elaborado por: Claudia Marcela Torres. Auxiliar de CISTEMA
Revisado por: Adriana Castro, Yoldy Pantoja, Camilo Ospina

Nota: La información anterior se proporciona a manera de orientación. Está basada en fuentes consideradas veraces, y acatarla o no depende exclusivamente del usuario. El autor no se hace responsable por las consecuencias derivadas de la aplicación de estas recomendaciones.

Las fotografías utilizadas en este documento fueron obtenidas de diferentes páginas de Internet y pretenden ilustrar el contenido del mismo.

ANEXO 7

Tarjeta guía para la observación del comportamiento seguro

Área: _____

Turno: _____ Fecha: _____

Estándares comportamientos críticos	No. Comportamientos positivos					No. Personas observadas					% comportamientos positivos seguros
	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	

OBSERVACIONES: _____

$$\text{Porcentaje de comportamientos seguros} = \frac{\text{Comportamientos críticos positivos}}{\text{Comportamientos críticos observados}}$$

Cabe anotar que cada empresa diseña el formato de tarjeta que más se acomode a las necesidades y de acuerdo con el tipo de procesamiento que se le vaya a dar a la información. Sin embargo independiente de lo anterior, se recomienda elaborar tarjetas que tengan los días de la semana, para que cada observador haga el consolidado semanal.

Cada plan de observación incorpora el número de comportamientos críticos que considere necesarios para impactar la accidentalidad, teniendo en cuenta los recursos disponibles. Sin embargo en las primeras etapas del proceso se recomienda trabajar con pocos comportamientos.

El porcentaje de comportamientos seguros se puede obtener por cada comportamiento estándar definido o por el total de comportamientos seleccionados. También es necesario calcular este indicador por áreas, secciones o líneas de proceso y a partir de allí obtener el indicador global de las áreas intervenidas.

Instructivo para el diligenciamiento de la Guía de Observación

La lista de observación del comportamiento seguro, consta de una serie de indicadores de comportamiento o estándares de seguridad, que guían la observación para el seguimiento del desempeño en seguridad. A continuación se explican cada uno de las variables de dicho instrumento:

- **Área o sección:** Se describe el área o sección objeto de observación. La estrategia de observación se debe trabajar en cada una de las áreas o secciones críticas, por separado. Una misma lista de observación no debe involucrar toda la planta ya que la observación de comportamientos se complica, la responsabilidad se diluye, se requiere de mayor tiempo y el análisis se dificulta. Para cada área se deben determinar comportamientos críticos que lleven a la disminución del accidente de trabajo y mejoramiento de las condiciones de vida laboral.
- **Turno:** Se anota el turno en el cual se está realizando la observación. Esto con el fin de poder realizar seguimiento a cada uno de los equipos de trabajo.
- **Fecha:** Se escribe la fecha en que se realizan las observaciones
- **Estándares de seguridad:** Se refieren a los comportamientos críticos estándares definidos con la participación del grupo de trabajadores que serán observados.
- **Número de comportamientos positivos:** Mediante una tabulación manual se van anotando el número de comportamientos, positivos o seguros, observados en cada uno de los trabajadores de la sección y para cada uno de los estándares definidos.
- **Número de personas observadas:** Se refiere al total de personas observadas en el área y que se comportaron segura o inseguramente. Normalmente una misma persona, cuando realiza un oficio amplio no fragmentado, requiere ser observada con más de un indicador de comportamiento; en éste caso una misma persona requiere ser contada en cada uno de los indicadores correspondientes.
- **% de comportamientos seguros:** Es el número de comportamientos críticos positivos dividido por el total de comportamientos observados (positivos y negativos)
- **Comentarios:** En esta casilla es importante hacer anotaciones acerca de los factores básicos (inducción insuficiente, equipo de protección inadecuado, diseño de las herramientas...) que en un momento dado están determinando un comportamiento inseguro, los cuales se identifican durante la intervención y el diálogo con el trabajador.

ANEXO 8

Tendencia en el cambio del comportamiento

Área: Producción Turno: 8-12 m Fecha: Febrero 28 de 1997

Estándares de seguridad	% de comportamientos seguros		
	Línea basal	Intervención	Resultados
1. Las cajas del piso se levantan doblando las rodillas y manteniendo la espalda recta.	40.0	98.0	97.0
2. Los operarios de transporte de material utilizan zapatos de seguridad.	33.0	94.0	96.0
3. El material de desecho es depositado en los recipientes que existen en el área.	50.0	100.0	100.0

- **Línea basal:** Corresponde al porcentaje de comportamientos seguros, obtenidos antes de comenzar la observación activa. Se recomienda que la línea basal se haga con los resultados de cinco observaciones o más. Estos porcentajes sirven como punto de referencia inicial para establecer la meta de desempeño y determinar la tendencia al cambio y el impacto del modelo sobre el comportamiento.
- **Intervención:** Corresponde a los porcentajes de comportamientos seguros, obtenidos durante la intervención. La duración de la intervención está determinada por el alcance de las metas propuestas. De ahí que en algunas empresas este período puede durar un mes y en otras hasta tres o más meses.
- **Resultados:** Unos meses después de finalizado el proceso de intervención, se reanuda las observaciones durante una semana, como mínimo, con el fin de comprobar la consolidación del cambio de comportamientos. Es de esperarse que en esta etapa del proceso el grupo de trabajadores mantenga la meta fijada. De no ser así se deben identificar las nuevas situaciones que están interfiriendo en el proceso e implementar los correctivos del caso.

ANEXO 9

Historia clínica ocupacional



EMPRESA _____

NIT _____

1. TIPO DE EXAMENPreempleo Retiro Periódico Cambio de oficio Reingreso **2. FECHA DEL EXAMEN**

____/____/_____

3. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y apellidos _____

Documento de identificación C.C. T.I. C.E.

Número _____

Lugar de expedición _____

Código interno (Registro) _____

Fecha de nacimiento _____

Ciudad _____

Departamento _____

Edad (años cumplidos) _____

Sexo:

M F Estado Civil Soltero Casado Separado Viudo Unión libre

No. hijos _____

Escolaridad Sin educación Secundaria completa Superior incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Técnico completa Primaria incompleta Superior completa Técnico incompleto Otros

Lugar de residencia Ciudad _____

Departamento _____

Dirección _____

Barrio _____

EPS _____

IPS _____

AFP _____

Fecha ingreso a la empresa _____

Antigüedad en la empresa _____

Sección actual _____

Oficio actual _____

Tipo de vinculación: Término indefinido Término fijo Temporal **4. HÁBITOS**

4.1 Tabaquismo

No fuma Exfumador Fumador No. de cigarrillos/día

4.2 Actividades deportivas

¿Practica deporte?

SI NO

¿Cuál?

Frecuencia 1 vez semana 2 veces semana 3 o más veces

¿Ha tenido lesiones deportivas?

SI NO

¿Cuáles?

4.3 Drogadicción

¿Ha consumido sustancias psicoactivas?

SI NO

¿Cuál?

¿Actualmente las consume?

SI NO

¿Cuál?

4.4 Alcoholismo

¿Consumo bebidas alcohólicas?

SI NO

¿Frecuencia?

4.5 Realiza otra actividad extralaboral

SI NO

¿Cuál?

Observaciones: _____

5. ANTECEDENTES CLÍNICOS PERSONALES Y FAMILIARES

ANTECEDENTE	P	F	ANTECEDENTE	P	F
5.1 INFECCIOSOS			5.2.15 Enfermedades neurológicas		
5.1.1 Tuberculosis			5.2.16 Enfermedades de la mama		
5.1.2 Otitis			5.2.17 Obesidad		
5.1.3 Amigdalitis			5.2.18 Enfermedades gastrointestinales		
5.1.4 Infección SNC			5.2.19 Otras enfermedades mayores		
5.1.5 Zoonosis			5.2.20 Trastornos osteomusculotendinosos		
5.1.6 Hepatitis			5.3 HOSPITALARIOS		
5.1.7 Virosis			5.4 QUIRÚRGICOS		
5.1.8 Enf. transmisión sexual			5.5 ALÉRGICOS O HIPERINMUNIDAD		
5.1.9 Otras infecciones			5.5.1 Asma o hiperactividad bronquial		
5.2 ENFERMEDADES MAYORES O CRÓNICAS			5.5.2 Rinitis		
5.2.1 Coagulópatas			5.5.3 Dermatitis		
5.2.2 EPOC			5.5.4 Urticarias		
5.2.3 Diabetes insulinodependiente			5.5.5 Otras		
5.2.4 Diabetes no insulinodependiente			5.6 ENFERMEDADES MENTALES		
5.2.5 Hipertensión arterial			5.6.1 Psicosis		
5.2.6 Infarto agudo miocardio			5.6.2 Neurosis		
5.2.7 Angina de pecho			5.6.3 Trastornos de la personalidad		
5.2.8 Cáncer			5.7 TRASTORNOS DE REFRACCIÓN		
5.2.9 Colagenosis y/o autoinmunes			5.8 TRAUMÁTICOS		
5.2.10 Congénitas			5.8.1 Fracturas		
5.2.11 Epilepsia			5.8.2 Luxaciones		
5.2.12 Várices miembros inferiores			5.8.3 Esguinces		
5.2.13 Enfermedades de la piel			5.8.4 Otros traumatismos		
5.2.14 Tiroides u otras endocrinas			5.9 OTROS ANTECEDENTES		

¿Convive con niños? Sí NO

¿Convive con mujeres embarazadas? Sí NO

Observaciones:

6. ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

Menarca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ciclos	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	F.U.M.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dismenorrea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Enfermedades de la mama	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cuáles?							
Fecha última citología	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Resultado Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal	<input type="checkbox"/>	Grávidos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Partos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Abortos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mortinatos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vivos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F.U.P.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Planifica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Método A.C.O.	<input type="checkbox"/>	D.I.U	<input type="checkbox"/>	Quirúrgico	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Tiempo que lleva planificando (Años)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								

Observaciones:

7. ANTECEDENTES OCUPACIONALES EN LA EMPRESA Y EN OTRAS EMPRESAS

7.1 Enfermedades de origen profesional diagnosticadas en la empresa o en otras empresas

FECHA DEL DIAGNÓSTICO	EMPRESA DONDE SE DIAGNOSTICÓ	DIAGNÓSTICO

7.2 Accidentes de trabajo sufridos en la empresa o en otras empresas

FECHA DEL ACCIDENTE DE TRABAJO	SECCIÓN Y EMPRESA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	LESIÓN	SECUELAS	
			SI	NO

Observaciones:

7.3 Exposición a factores de riesgo laborales

Observaciones: _____

8. REVISIÓN DE SISTEMAS

Enfermedad actual SI NO

Descripción breve _____

9. ANTECEDENTES PERSONALES

ÓRGANO O SISTEMA	SI	ÓRGANO O SISTEMA	SI	ÓRGANO O SISTEMA	SI
Cabeza		Garganta		Locomotor (Osteoarticular)	
Ojos		Cuello		Neurológico	
Oídos		Cardio-respiratorio		Piel y anexos	
Nariz		Gastrointestinal			
Boca		Genito-urinario			

Observaciones: _____

10. EXAMEN FÍSICO

Peso (Kgs)	<input type="text"/> <input type="text"/>	Presión arterial	Sentado	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Diámetro del carpo cms	<input type="text"/>
Estatura (cms)	<input type="text"/> <input type="text"/>		Acostado	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/	<input type="text"/> <input type="text"/>	Dominancia: Diestro	<input type="checkbox"/>
Pulso (ppm)	<input type="text"/> <input type="text"/>		De pie	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/	<input type="text"/> <input type="text"/>	Sinistro	<input type="checkbox"/>
Temperatura (C)	<input type="text"/> <input type="text"/>	Frecuencia respiratoria (rpm)		<input type="text"/> <input type="text"/>			Ambidiestro	<input type="checkbox"/>
Complejión	<input type="text"/>		Porcentaje de peso (promedio)			<input type="text"/> <input type="text"/>		
Diagnóstico	Obeso	<input type="checkbox"/>	Sobrepeso	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Déficit de peso	<input type="checkbox"/>

ÓRGANO O SISTEMA		N	A	OBSERVACIONES	
Aspecto general					
Cictrices o tatuajes					
Piel y faneras					
Cráneo					
OJOS	Párpados				
	Conjuntivas				
	Escleróticas				
	Pupilas				
	Córnea				
OIDOS	Fondo de ojo				
	Pabellón				
	Conductos				
	Timpanos				
NARIZ	Tabique				
	Cornetes				
	Mucosas				
BOCA	Labios				
	Lengua				
	Faringe y amígdalas				
Cuello - tiroides					
Tórax					
Examen de mamas					
Pulmones					
Corazón					
ABDOMEN	Vísceras				
	Hernias				
	Ganglios				
	Genitales externos				
EXTREMIDADES	Miembros superiores				
	Miembros inferiores				
	Várices				
SISTEMA NERVIOSO	Marcha				
	Sensibilidad				
	Reflejos				
	Impresión psicológica				
Concepto odontológico					

Observaciones:

EXAMEN OSTEOARTICULAR

SÍNTOMA	DEDOS MANOS		DEDOS PIES		MUÑECA		CODOS		HOMBROS		RODILLAS		CADERA		TOBILLOS		
	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	
DEFORMIDAD																	
RUBOR																	
CALOR																	
SENSIBILIDAD																	
EDEMA																	
DOLOR																	
LIMITACIÓN																	
FUNCTION MOTORIA	ESPONTÁNEA		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	CONSERVADA		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>									

Observaciones:

EXAMEN DE COLUMNAS DORSO LUMBAR

PRUEBA	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES
INSPECCIÓN			
Simetría			
Curvaturas			
PALPACIÓN			
Dolor			
Espasmo			
MOVILIDAD			
Flexión			
Extensión			
Flexión lateral			
Rotación			
MARCHA			
Puntas			
Talones			
REFLEJOS			
Patellar			
Aquiliano			
Trofismo muscular			

11. RESULTADOS EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

10.1 Grupo Sanguíneo Factor Rh: Positivo Negativo

10.2 Otras pruebas de laboratorio y Rayos X

NOMBRE DEL EXAMEN	FECHA	RESULTADO	N	A	OBSERVACIONES
Hemoglobina					
Hematocrito					
Anticuerpos HB					
Anticuerpos HC					
Serología					
Tuberculina					
Anticuerpos varicela					
Anticuerpos sarampión					
Anticuerpos rubéola					
Citoquímico orina					
Mercurio en orina					

Diligenció:

10.3 Prueba visual Fecha Resultado: Normal Anormal
Observaciones: _____

10.4 Espirometría Fecha Resultado: Normal Anormal
Observaciones: _____

10.5 Audiometría Fecha Resultado: Normal Anormal
Observaciones: _____

10.6 Vacunación

Tétanos	Dosis	Hepatitis B	Dosis
Fecha	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fecha	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fecha	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fecha	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

10.7 Otros exámenes de laboratorio _____

12. CONCLUSIONES

11.1 Diagnóstico (s): _____

11.2 Concepto de aptitud para el oficio Apto No apto Apto con limitaciones Aplazado

Observaciones: _____

11.3 Recomendaciones

¿Remisión a EPS (IPS)? SI NO

Tratamiento SI NO

Otros exámenes diagnósticos SI NO

Otras recomendaciones _____

¿Cuál? _____

¿Cuáles? _____

11.4 Concepto exámenes de retiro

¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso? SI NO

¿Cuáles? _____

¿Estas alteraciones impiden la futura capacidad laboral del trabajador? SI NO

El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta

Nombre del médico _____

Registro del médico _____

Nombre del trabajador _____

Firma del médico _____

Firma del trabajador _____

ANEXO 10

Esquemas de vacunación por riesgo ocupacional para trabajadores de la salud

Las personas que trabajan en instituciones al cuidado de pacientes como médicos, enfermeras, odontólogos, técnicos de laboratorio, estudiantes de estas profesiones, personal voluntario, de soporte y administrativo, deben mantener actualizados sus calendarios de vacunación. El trabajador de la salud tiene la responsabilidad de evitar la posibilidad de causar daño a los pacientes mediante la prevención de la transmisión de enfermedades inmunoprevenibles, pues no sólo se puede infectar, sino ser el vehículo de transmisión de diferentes enfermedades infecto-contagiosas y autoprotegerse ante la posibilidad de su desarrollo.

Los hospitales deberán tener programas sólidos y permanentes de vacunación de sus trabajadores, esto mismo se aplica a médicos independientes, personal de hogares geriátricos y laboratorios clínicos y de investigación.

Los programas de inmunización para el personal de salud deben estar dirigidos y coordinados por servicios de salud ocupacional o por departamentos afines con la prevención y la protección contra riesgos de la salud.

Estos programas deberán incluir las siguientes actividades:

- Actualizar el calendario de vacunación de todo el personal de salud.
- Revisar el estado de la vacunación de los trabajadores al ingreso a la institución.
- Ofrecer información apropiada sobre los riesgos de exposición así como sobre los beneficios de la vacunación.
- Administrar las vacunas recomendadas de acuerdo con el riesgo y en condiciones seguras.
- Velar por el cumplimiento de los programas de bioseguridad, especialmente con los aspectos relacionados con los riesgos biológicos.
- Atender oportunamente los accidentes laborales.
- Establecer las normas de restricción laboral en caso de infecciones que requieran de una intervención precisa para la protección de los pacientes y de los trabajadores de salud expuestos.
- Conformar un sistema de registros para el seguimiento de coberturas vacunales, impacto del programa y posibles reacciones adversas a la vacunación.

ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN PARA TRABAJADORES DE LA SALUD (TS)

VACUNAS	INDICACIONES	DOSIS/ESQUEMAS VÍAS ADMINISTRACIÓN	COMENTARIOS
Hepatitis B	Todos los TS. Requisito para ingreso a las facultades de áreas de la salud y para ingreso laboral.	3 dosis/20mcg. 0, 1-2, 4-6 meses o 0,1,2 (+12) meses I.M. Región deltoidea.	Alta respuesta. Se sugiere control de títulos de anticuerpos luego de la vacunación. Protección: títulos > 10 UI/L.
Influenza	Especialmente los que están en contacto con pacientes de alto riesgo. Los TS con edad mayor a 65 años y con enfermedades crónicas pulmonares o cardiovasculares, diabéticos con disfunción renal, hemoglobinopatías o inmuno-supresión. TS embarazadas con autorización médica.	1 dosis anual I.M. Región deltoidea	Reduce tanto la transmisión a los pacientes como el ausentismo laboral. Vacunación idealmente en septiembre u octubre.
Triple viral (Rubéola, sarampión y parotiditis)	Individuos no vacunados. Insistir en rubéola en mujeres susceptibles. Mayor riesgo: Personal de áreas u hospitales pediátricos y de atención materno infantil.	2 dosis con un mes de intervalo S.C. 1 dosis si han sido vacunados anteriormente	Los TS no inmunes tienen riesgo de adquirirla o transmitirla a mujeres en embarazo. No aplicarla durante el embarazo.

VACUNAS	INDICACIONES	DOSIS/ESQUEMAS VÍAS ADMINISTRACIÓN	COMENTARIOS
Varicela	Virus varicela zoster (VVZ) Personal de salud no inmune con riesgo de exposición al VVZ. Control de brotes dentro de los tres días de detección de caso índice.	1-2 dosis dependiendo del riesgo de exposición S.C.	Frecuentes brotes en estudiantes del área de la salud. Riesgo para mujeres no inmunes en embarazo, por infección fetal. No aplicarla durante el embarazo. Esperar 30 días posvacunación para embarazo.
Tétanos difteria (T-d)	Mantener los esquemas para la población general.	0-1-6 dosis cada 10 años I.M. Región deltoidea	Si se tiene previamente el esquema completo. Refuerzo cada 10 años
Hepatitis A	Personal de salud no inmune. La exposición ocupacional no incrementa el riesgo en TS cuando hay adecuado control nosocomial.	2 dosis 0, 6-12 meses I.M. Región deltoidea.	Especialmente personal de salud en contacto con niños o pacientes de alto riesgo.
Fiebre tifoidea	TS en áreas endémicas o con visitas en estas áreas.	1 dosis I.M. Región deltoidea	Revacunación cada tres años. Para disminuir el riesgo, requiere de muy buena higiene, especialmente lavado de manos.
Fiebre amarilla	TS en áreas endémicas o con visitas en estas áreas.	1 dosis S.C.	Revacunación 10 años. Precaución especial en la vacunación de adultos mayores, inmuno-comprometidos y mujeres embarazadas.

COMENTARIOS

- 1- En la actualidad en los Estados Unidos, no existe una recomendación para la vacunación rutinaria del TS con la vacuna de pertusis acelular en dosis cada 10 años (MMWR, marzo 26, 2004/53, RR-3). **Sin embargo en Colombia se sugiere su uso en el personal de salud por el riesgo de infección a partir de pacientes con *B. pertussis* y desarrollo de estado de portador con posible transmisión a la población infantil.**
- 2- Personal de salud en condiciones médicas de riesgo deben recibir la vacuna polisacárida contra neumococo de 23 serotipos.
- 3- Personal de laboratorio en contacto con el virus de fiebre amarilla en la producción de vacunas deben tener actualizado el esquema de vacunación.
- 4- La vacunación contra meningococo está indicada para los TS en áreas de alto riesgo y durante epidemias. Se utiliza la vacuna de acuerdo con el serogrupo identificado.

ANEXO 11

Manejo inicial del accidente biológico

Toda esta información debe quedar consignada en la historia clínica de la atención inicial y del seguimiento

- 1. Descripción del Accidente:** Qué, cuándo, cómo, con quién, qué procedimiento se realizaba en ese momento...
 - 2. Datos de la FUENTE** respecto a la patología que presenta, edad, antecedentes patológicos y epidemiológicos pertinentes. Diagnóstico. Estado actual de la enfermedad de base, si la hay. Tratamiento anti retroviral que está recibiendo en ese momento, recuento de CD4 y carga viral con fecha de su realización.
 - 3. Naturaleza de la lesión:**
 - 3.1 Tipo de lesión:** • Pinchazo superficial . Sangrado:• Escaso.
 - Herida.
 - Profuso.
 - Laceración.
 - No se presentó.
 - 3.2 Piel:**• Sana.
 - Afectada: Tipo de lesión que presenta.
 - 3.3 Mucosas:** Parte afectada / Cantidad de fluido: poco, mucho.
 - 3.4 Elemento:**
 - Aguja sólida____ Tipo_____ Calibre #_____
 - Aguja hueca____ Tipo_____ Calibre #_____
 - Elementos de Odontología. Otros Objetos .
 - Cortante: Lanceta / Bisturí / Tijeras / Sierra.
 - Elementos de vidrio: Frasco / Pipeta / Tubo .
 - 3.5 Ocurrió la lesión:**
 - Antes de usar el elemento: **No es de riesgo biológico.**
 - Durante el uso del elemento.
 - Después de usar el elemento o luego de desecharlo.
 - 4. Tipo de fluido:**

Alto Riesgo: Sangre, secreciones genitales, líquido amniótico, líquido cefalorraquídeo, líquidos de serosas, cualquier líquido con sangre.

Riesgo Dudoso: Orina /Heces / Saliva / Sudor / Leche materna.

5. Condiciones de la persona accidentada

- Uso de elementos de protección al momento del accidente: ¿Cuáles?
 - Antecedentes patológicos y epidemiológicos pertinentes.
 - Sospecha de embarazo.
 - Accidentes de riesgo biológico previos.
 - Vacunación HB:
 - NO TIENE.
 - Esquema incompleto: Cuántas dosis y fecha última dosis.
 - Esquema completo y/o con refuerzo: Fecha última dosis.
 - Titulación anticuerpos: Fecha y valor de los títulos.

6. Clasificación del Accidente:

Alto Grado de Exposición

- Herida o pinchazo profundo.
- Pinchazo con aguja hueca.
- Sangre visible o líquidos corporales de alto riesgo de transmisión (semen, secreción vaginal, LCR, líquido de serosas), o cualquier otro líquido contaminado con sangre.
- Lesión intravascular.
- Salpicadura de grandes volúmenes en mucosas y piel no integra.
- Accidente sin elementos de protección.

Bajo Grado de Exposición

- Pinchazo con agujas sólidas o huecas sin sangre visible.
- Pinchazo con aguja hueca utilizada para el paso de medicamentos.
- Pinchazo o laceración superficial.
- Salpicadura de gotas, en poco volumen en mucosa o en piel no íntegra.
- Accidente con elementos de protección.

7. Realizar a la fuente:

PREVIA FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre Completo: _____ Cédula_____ Teléfono_____

Laboratorio: ● HIV (Anticuerpo para HIV).

- Ags HB (Antígeno de superficie Hepatitis B).
- Anti Hep C (Anticuerpos para Hepatitis C).

Los resultados de los exámenes realizados a la FUENTE, son la CLAVE para el seguimiento del paciente accidentado.

8. Realizar al accidentado:

PREVIA FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Laboratorio: ● HIV (Anticuerpo para HIV).

- Ags HB (Antígeno de superficie HB).

Sólo si no tiene esquema de vacunación, o se desconoce.

- Anti HBs (Anticuerpos contra el antígeno de superficie Hepatitis B).
- Anti Hep C (Anticuerpo Hepatitis C).

EN CASO DE QUE LA FUENTE SEA DESCONOCIDA SE TOMAN LOS EXÁMENES DESCritos ANTERIORMENTE, AL ACCIDENTADO.

9. Asesoría telefónica: Línea Salvavidas, Médico Laboral en caso de ser necesario, Infectólogo.

10. Conducta a seguir: Laboratorio, profilaxis post exposición, vacunación.

Cita por la Línea Salvavidas para control y seguimiento: Centro para los Trabajadores (CPT) o con el Infectólogo según la indicación .

*DEBE DE ASISTIR A CONSULTA “ CON LOS RESULTADOS DE LABORATORIO,
TANTO DE LA FUENTE COMO DE LA PERSONA ACCIDENTADA”.
TELÉFONO LINEA SALVAVIDAS 018000-941414 O 018000-511414*

ANEXO 12

Formato de registro e investigación de accidentes ocupacionales por riesgo biológico y exposiciones en el sector salud

Nombre empresa:	Nombre usuaria:	
Nombres:	Apellidos:	
Edad:	Sexo:	Estado civil:
Cargo:		
Tipo de Contrato o vinculación :		
Área donde ocurrió la exposición:		
Tiempo en el cargo:		
Tiempo en el área:		
Fecha de ocurrencia del accidente o exposición (d/ m/ a):		
Hora en que ocurrió el accidente o exposición (militar):		
Horas continuas trabajadas hasta el momento de la exposición:		
¿Trabaja en otra Institución de Salud? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
En caso afirmativo ¿dónde ?		

PARA PRESUNTO A.T. POR RIESGO BIOLÓGICO DILIGENCIAR LOS NUMERALES: II a V, VIII y IX.

PARA PRESUNTAS EXPOSICIONES OCUPACIONALES REMITIRSE AL NUMERAL VII, VIII y IX.

II. DATOS SOBRE LAS CIRCUNSTANCIAS INMEDIATAS A LA EXPOSICIÓN A SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES

Nombre del procedimiento o tarea que se realizaba:	¿Contó con ayuda o acompañamiento?	
	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Tipo de exposición o lesión sufrida:		
<input type="checkbox"/> 1. Punción o pinchazo. <input type="checkbox"/> 4. Salpicadura a mucosas. <input type="checkbox"/> 7. Sin lesión (Incidente).	<input type="checkbox"/> 2. Herida. <input type="checkbox"/> 5. Salpicadura, piel no intacta. <input type="checkbox"/> 8. Otro, ¿cuál?	<input type="checkbox"/> 3. Laceración. <input type="checkbox"/> 6. Salpicadura piel intacta.
Cantidad de fluido (por salpicadura)		
Mucho <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/>	
Agente de la lesión:		
<input type="checkbox"/> 1. Aguja hueca: Tipo _____ Calibre _____	<input type="checkbox"/> 2. Aguja sólida: Tipo _____ Calibre _____	<input type="checkbox"/> 3. Bisturí /Lanceta
<input type="checkbox"/> 4. Vidrio.(tubo, frasco) Especifique _____	<input type="checkbox"/> 5. Otro Cuál? _____	
En las lesiones por pinchazo, herida o laceración, el sangrado fue:		1. Escaso <input type="checkbox"/> 2. Abundante <input type="checkbox"/> 3. No hubo sangrado

El evento ocurrió:

A. Antes de usar el dispositivo en el paciente:

SI NO

B. Durante el uso del dispositivo en el paciente: (aguja, bisturí, lanceta, otro)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. El paciente se movió. | <input type="checkbox"/> 4. Hubo una desconexión súbita de la aguja o dispositivo. |
| <input type="checkbox"/> 2. Estaba retirando la aguja o dispositivo al paciente. | <input type="checkbox"/> 5. Fue puncionado por un tercero. |
| <input type="checkbox"/> 3. Combinación 1 y 2. | <input type="checkbox"/> 6. Otro ¿cuál? _____ |

C. Después de usar el dispositivo en el paciente pero antes de desecharlo:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Al colocar la tapa de la aguja. |
| <input type="checkbox"/> 2. La aguja perforó la tapa. |
| <input type="checkbox"/> 3. La aguja o dispositivo se cayó o deslizó. |
| <input type="checkbox"/> 4. El objeto corto punzante se había colocado adyacente al sitio del procedimiento o dentro del equipo utilizado. |
| <input type="checkbox"/> 5. El objeto corto punzante se encontraba abandonado. |
| <input type="checkbox"/> 6. Otro ¿Cuál? _____ |

D. Durante o después de desechar el dispositivo:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1. La aguja perforó el recipiente de desecho. |
| <input type="checkbox"/> 2. Mientras introducía el agente en el recipiente de desecho. |
| <input type="checkbox"/> 3. Otro ¿Cuál? _____ |

Severidad de la exposición

Tipo de fluido con el que entró en contacto

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1. De riesgo alto.
(Sangre, semen, secreciones genitales, o líquidos con sangre visible, contacto directo con concentración del virus). |
| <input type="checkbox"/> 2. De riesgo sospechoso.
(Pleural, peritoneal, pericardico, sinovial, amniótico ocefalorraquídeo). |
| <input type="checkbox"/> 3. De riesgo dudoso.
(heces, vómito, orina, saliva, sudor, lágrimas o leche materna). |
| <input type="checkbox"/> 4. No se sabe. |

¿Usaba elementos de protección personal? SI NO

Si usaba elementos de protección personal, especifique:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Guantes. | <input type="checkbox"/> 2. Mascarilla. | <input type="checkbox"/> 3. Protección ocular o facial. |
| <input type="checkbox"/> 4. Elemento(s) de protección excepto el necesario para evitar la exposición. | | |

Las medidas inmediatas tomadas por el trabajador después de la exposición fueron :

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Correctas (Percutánea:Lavado con agua o jabón. Mucosas: Lavado profuso con agua limpia o solución salina). |
| <input type="checkbox"/> 2. Incorrectas (especifique).

_____ |

III. MARCADORES SEROLOGICOS DE LA FUENTE DE CONTACTO (Según criterio médico)

Positividad para el AgsHB SI NO

Positividad para el VIH. SI NO

En caso de positividad para el VIH, el estadío de la infección es:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Infección aguda. | <input type="checkbox"/> 3. Linfadenopatía generalizada. | <input type="checkbox"/> 5. Desconocido. |
| <input type="checkbox"/> 2. Infección sintomática. | <input type="checkbox"/> 4. SIDA. | |

Positividad para Anti-HC SI NO

IV. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre de la persona:

Documento de identidad:

Autorizo a realizarme pruebas de laboratorio

Fecha

Firma

V. MARCADORES SEROLÓGICOS DEL TRABAJADOR EXPUESTO (Según criterio médico)

Positividad para el VIH. SI NO

Si no está vacunado o lo está parcialmente, ¿el AgsHB es positivo? 1. SI 2. NO 3. Parcialmente

¿Los Anti-HBs son positivos? SI NO

Si completó el esquema de vacunación, ¿los Anti-HBs fueron positivos? SI NO

Positividad para los Anticuerpos de la Hepatitis C SI NO

VI. SEGUIMIENTO SEROLÓGICO, CLÍNICO Y CONSEJERÍA (Según criterio médico)

Responsable del seguimiento: Médico General Infectólogo Ambos Otro

Quimioprofilaxis: Sí NO ¿Cuál?

Inmunoglobulina para Hepatitis B: 1. Sí 2. No

Vacunación para Hepatitis B : (d /m /a) :

1^a Dosis 2^a Dosis 3^a Dosis Refuerzo

Control No.	Seguimiento Fecha	VIH	AgsHB	Anti-HC
1	Inicial			
2	3 Meses			
3	6 Meses			
Opcional	1 Año			
Cierre del Caso (Fecha)				

VII. INVESTIGACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

Descripción del suceso:

Describa los hechos (¿quién, qué, cuándo, dónde y cómo ocurrió?).

Dibujo o fotos que ilustren el sitio:

Análisis Causal:

Causas Inmediatas (Condiciones y Actos Subestándares que causaron la exposición):

Causas Básicas: (Factores Personales y de Trabajo que causaron la exposición).

VIII. PLAN DE ACCIÓN (Planes de acción para prevenir que el accidente ocurra nuevamente y controlar las causas).

Plan de Acción	Responsable	Fecha de ejecución (dd/mm/aaaa)	Fecha de verificación

Datos de quien investiga

Nombre: _____ Cargo: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Personas entrevistadas

Nombre: _____ Cargo: _____

Firma: _____ Fecha: _____

ANEXO 13

Formato consolidado de accidentalidad

INSTRUCTIVO

FECHA: Día / mes / año

NOMBRE: Diligenciar por apellido.

OFICIO: El que desempeña al momento del accidente.

SECCIÓN: A la que pertenece dentro de la nómina de la institución.

DIAGNÓSTICO: El calificado por el médico en la atención.

¿QUÉ PASÓ?: Describa la (ejemplo: pinchazo)

תְּנַשֵּׁא בָּרֶךְ וְלֹא תִּגְבַּר: בְּכָל-מִזְרָחָה וְבְכָל-מִזְרָחָה:

¿CON QUÉ PASÓ?: Enuncie el elemento con el cual sufre la lesión (ejemplo: aguja hueca # 16).

- DÍAS DE INCAPACIDAD: Los días totales generados por el accidente.

ACCIONES DE INTERVENCIÓN: Describa las acciones para minimización o control del riesgo.

RESPONSABLE: Escriba el nombre y cargo del responsable de la ejecución de las acciones.

FECHA: Día / Mes / Año. de seguimiento a la acción correctiva.

卷之三

ANEXO 14

Flujogramas para el manejo de exposiciones

Meningococo

QUÉ	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO	DÓNDE	OBSERVACIONES
<p>Caso sospechoso de meningococo</p> <p>Notificar</p> <p>Aislamiento aéreo y contacto</p> <p>Censo de contactos y personal</p> <p>Confirmar diagnóstico</p> <p>Administración de profilaxis</p>	Enfermería o Médico tratante Enfermería Enfermería Laboratorio Salud ocupacional, su equivalente u otras instancias definidas por la institución (Comité infecciones, epidemiología)	Reporte escrito (ficha individual de caso) a Comité de Infecciones y a Salud Ocupacional Aislamiento de aerosol y contacto Formato de registro contactos Cuadro clínico y gram	Al momento de la sospecha e identificación Al momento de la sospecha Lo antes posible después de la sospecha Lo antes posible después de la identificación En las 24 horas siguientes	Cuarto individual Cuarto individual Servicios de pediatría Cuarto individual Servicios involucradas	Se busca obtener la información básica para iniciar el proceso preventivo. En los servicios de pediatría existe un mayor riesgo. Interrumpir la cadena Contacto estrecho: intenso sin protección (mascarilla quirúrgica) con pacientes infectados: resucitación boca a boca, intubación endotraqueal, manipulación del tubo endotraqueal, examen de la orofaringe. Interrumpir la cadena de transmisión. Diligenciar ficha única de notificación e investigación epidemiológica de caso. Rifampicina 600 cada 12 horas por dos días o ciprofloxacina una dosis de 500 mg. Por vía oral o ceftriaxona una dosis de 250 mg. IM en gestantes. No son necesarias las restricciones laborales en el personal expuesto.

Rubéola

QUÉ	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO	DÓNDE	OBSERVACIONES
<pre> graph TD A([Caso sospechoso de Rubéola]) --> B[Censo de contactos y personal, identificación de embarazadas] B --> C[Confirmar diagnóstico] C --> D[Encuesta sobre estado inmunológico de los contactos] D --> E{Se documenta vacunación o enfermedad previa} E -- Sí --> F[Fin] E -- No --> G[Titulación IgG específica] G --> H{Títulos protectores} H --> I[Administración vacuna] I --> J[Restricción de actividad laboral] </pre>	Enfermería o Médico tratante	Reporte escrito (ficha individual de caso) a Comité de Infecciones y a Salud Ocupacional	Al momento de la sospecha e identificación	Cuarto individual	Se busca obtener la información básica para iniciar el proceso preventivo.
	Enfermería	Aislamiento de aerosol y de contacto. Formato de registro de contactos.	Al momento de la sospecha. Lo antes posible después de sospecha.	Cuarto individual.	Interrumpir la cadena de transmisión. Contactos cercanos.
	Médico tratante, Laboratorio Salud ocupacional, su equivalente u otras instancias definidas por la institución (Comité infecciones, epidemiología)	Cuadro clínico. Niveles específicos de IgM	Lo antes posible después de la identificación	Cuarto individual Servicios involucrados	Interrumpir la cadena de transmisión. Diligenciar ficha única de notificación e investigación epidemiológica de caso. Se verifican antecedentes de Rubéola y de vacunación previa. En este último caso debe verificarse el esquema a través del registro correspondiente de vacunación.
	Salud ocupacional, su equivalente u otras instancias definidas por la institución (Comité infecciones, epidemiología)	Según técnica del laboratorio (1)			
	Salud ocupacional según criterio médico Verificar seguimiento inmunológico post vacunal	0-1, subcutánea	Debe aplicarse en las primeras 72 horas		¿Necesidad de titulación? La eficacia de la vacuna es del 70% y del 95% frente a las formas graves. No aplicar en embarazadas e inmunocomprometidos. Evitar uso de salicilatos por seis semanas después de la vacunación.



Tosferina

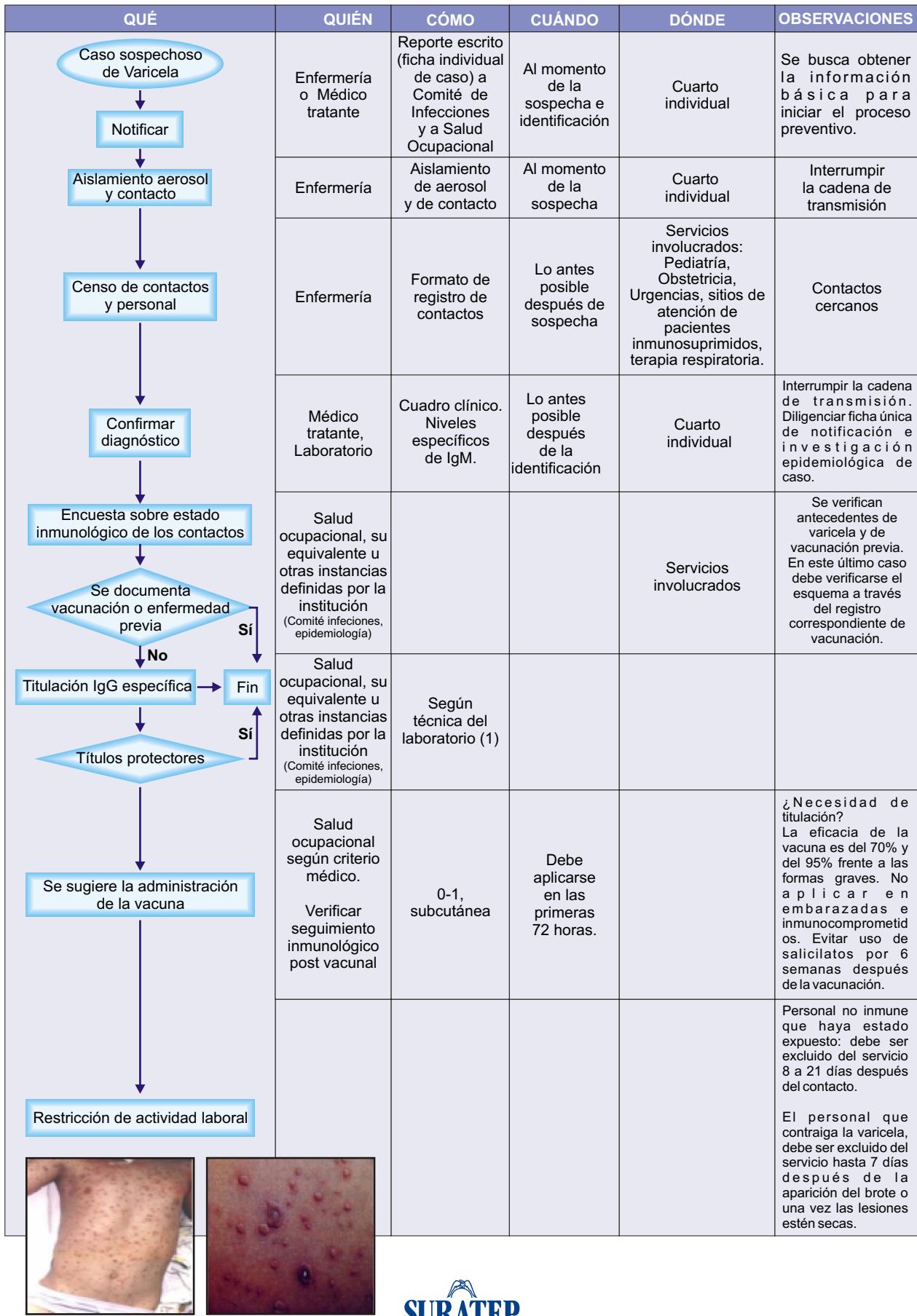
QUÉ	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO	DÓNDE	OBSERVACIONES
 <p>Caso altamente sospechoso de tosferina</p> <p>Notificar</p> <p>Aislamiento aéreo</p> <p>Censo de contactos y personal</p> <p>Confirmar diagnóstico</p> <p>Administración de profilaxis</p> <p>Restricción de actividad laboral</p>	<p>Enfermería o Médico tratante</p> <p>Enfermería</p> <p>Enfermería</p> <p>Médico tratante, Laboratorio</p> <p>Salud ocupacional, su equivalente u otras instancias definidas por la institución (Comité infecciones, epidemiología)</p>	<p>Reporte escrito (ficha individual de caso) a Comité de Infecciones y a Salud Ocupacional</p> <p>Aislamiento de aerosol</p> <p>Formato de registro contactos</p> <p>Cultivo faríngeo</p>	<p>Al momento de la sospecha e identificación</p> <p>Al momento de la sospecha</p> <p>Lo antes posible después de la sospecha</p> <p>Lo antes posible después de la identificación</p>	<p>Cuarto individual</p> <p>Cuarto individual</p> <p>Servicios de pediatría</p> <p>Cuarto individual</p> <p>Servicios involucradas</p>	<p>Se busca obtener la información básica para iniciar el proceso preventivo. En los servicios de pediatría existe un mayor riesgo.</p> <p>Interrumpir la cadena</p> <p>Contactos cercanos</p> <p>Interrumpir la cadena de transmisión. Diligenciar ficha única de notificación e investigación epidemiológica de caso.</p> <p>Eritromicina 500 mg. Cada 12 horas por 14 días o Trimetroprim sulfá, cada 12 horas por 14 días. Su eficacia no está bien documentada.</p> <p>Se excluirá del servicio al personal con infección y al que sea portador asintomático, hasta que completen el tratamiento antibiótico y el cultivo nasofaringeo sea negativo.</p>

Difteria

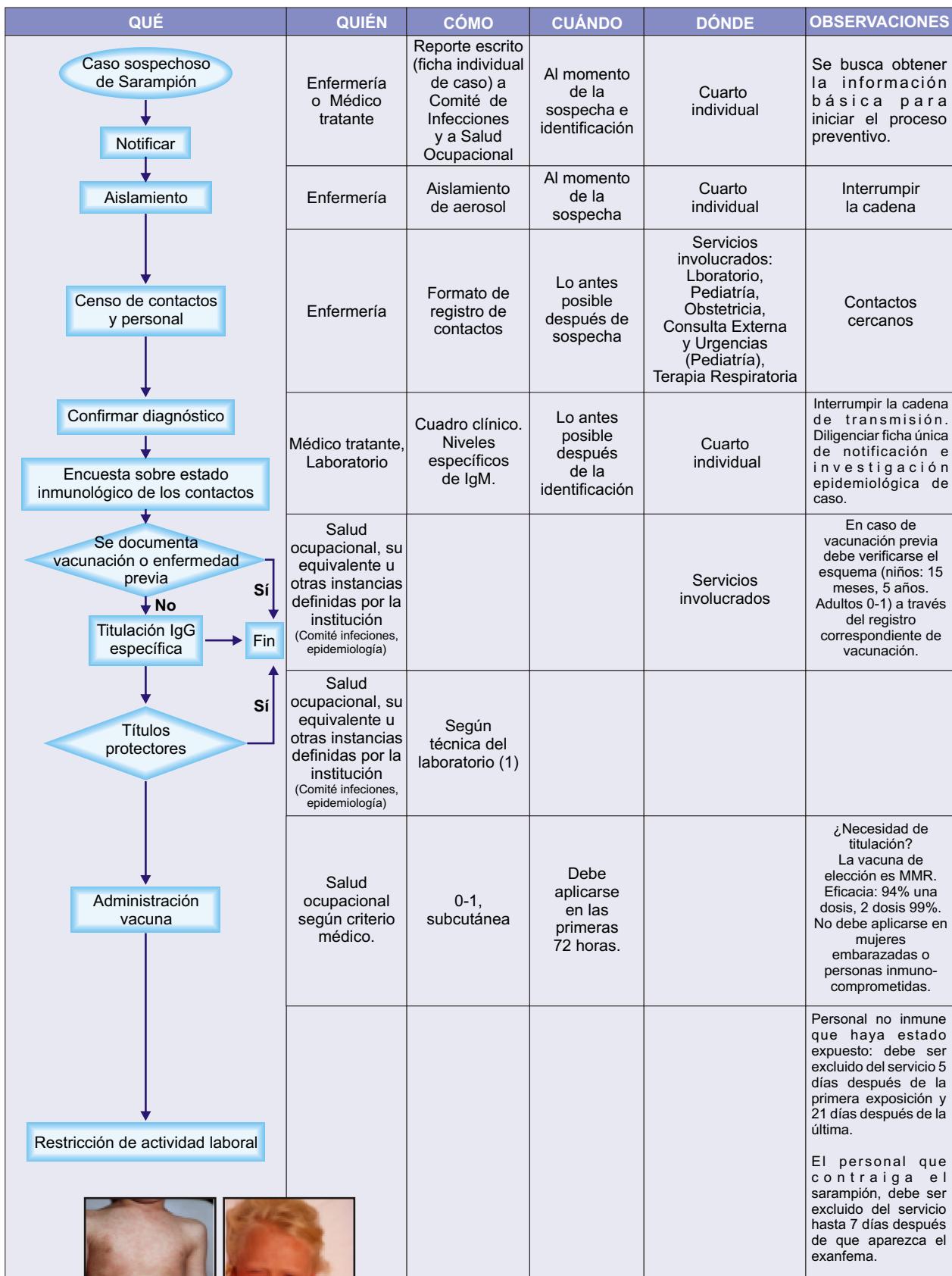
QUÉ	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO	DÓNDE	OBSERVACIONES
<pre> graph TD A([Caso sospechoso de Difteria]) --> B[Notificar] B --> C[Aislamiento] C --> D[Censo de contactos y personal] D --> E[Confirmar diagnóstico] E --> F[Cultivo nasofaríngeo a contactos Administración de profilaxis] F --> G[Encuesta sobre estado inmunológico de los contactos] G --> H{Se documenta Vacunación (fecha)} H -- Sí --> I[Fin] H -- No --> J[Administración vacuna] J --> K[Restricción de actividad laboral] </pre>	Enfermería o Médico tratante	Reporte escrito (ficha individual de caso) a Comité de Infecciones y a Salud Ocupacional	Al momento de la sospecha e identificación	Cuarto individual	Se busca obtener la información básica para iniciar el proceso preventivo. En los servicios de pediatría existe un mayor riesgo.
	Enfermería	Aislamiento de aerosol y de contacto	Al momento de la sospecha	Cuarto individual	Interrumpir la cadena
	Enfermería	Formato de registro contactos	Lo antes posible después de la sospecha	Servicios involucrados según el comportamiento epidemiológico de la zona	Contactos cercanos
	Médico tratante, Laboratorio	Cultivo nasofaríngeo	Lo antes posible después de la identificación	Cuarto individual	Interrumpir la cadena de transmisión. Diligenciar ficha única de notificación e investigación epidemiológica de caso.
	Salud ocupacional, su equivalente u otras instancias definidas por la institución (Comité infecciones, epidemiología)			Servicios involucradas	Benzetacil 1'200.000 IM en una sola dosis o eritromicina 1 gr. Dia durante 7 días.
	Salud ocupacional, su equivalente u otras instancias definidas por la institución (Comité infecciones, epidemiología)				Verificar fecha de última dosis de Td: menor de 10 (DIEZ) años no requiere refuerzo. Mayor de 10 años un refuerzo de Td. Contraindicado en el primer trimestre de embarazo.
	Salud Ocupacional, según criterio médico	0-1,6 intramuscular y refuerzo cada 10 años			La vacuna de la Td. La tercera dosis 6 a 12 meses después de la segunda dosis (Esquema CDC)
					Se excluirá del servicio al personal con infección y al que sea portador asintomático, hasta que completen el tratamiento antibiótico y el cultivo nasofaríngeo sea negativo.



Varicela



Sarampión



ANEXO 15

Formato plan de trabajo

ANEXO 16

Formato de auditoría

Fecha: _____ Empresa: _____ No. contrato: _____ Oficina: _____
 Prestador SURATEP: _____ Profesión: _____
 Responsable EMPRESA: _____ Cargo: _____ Firma: _____

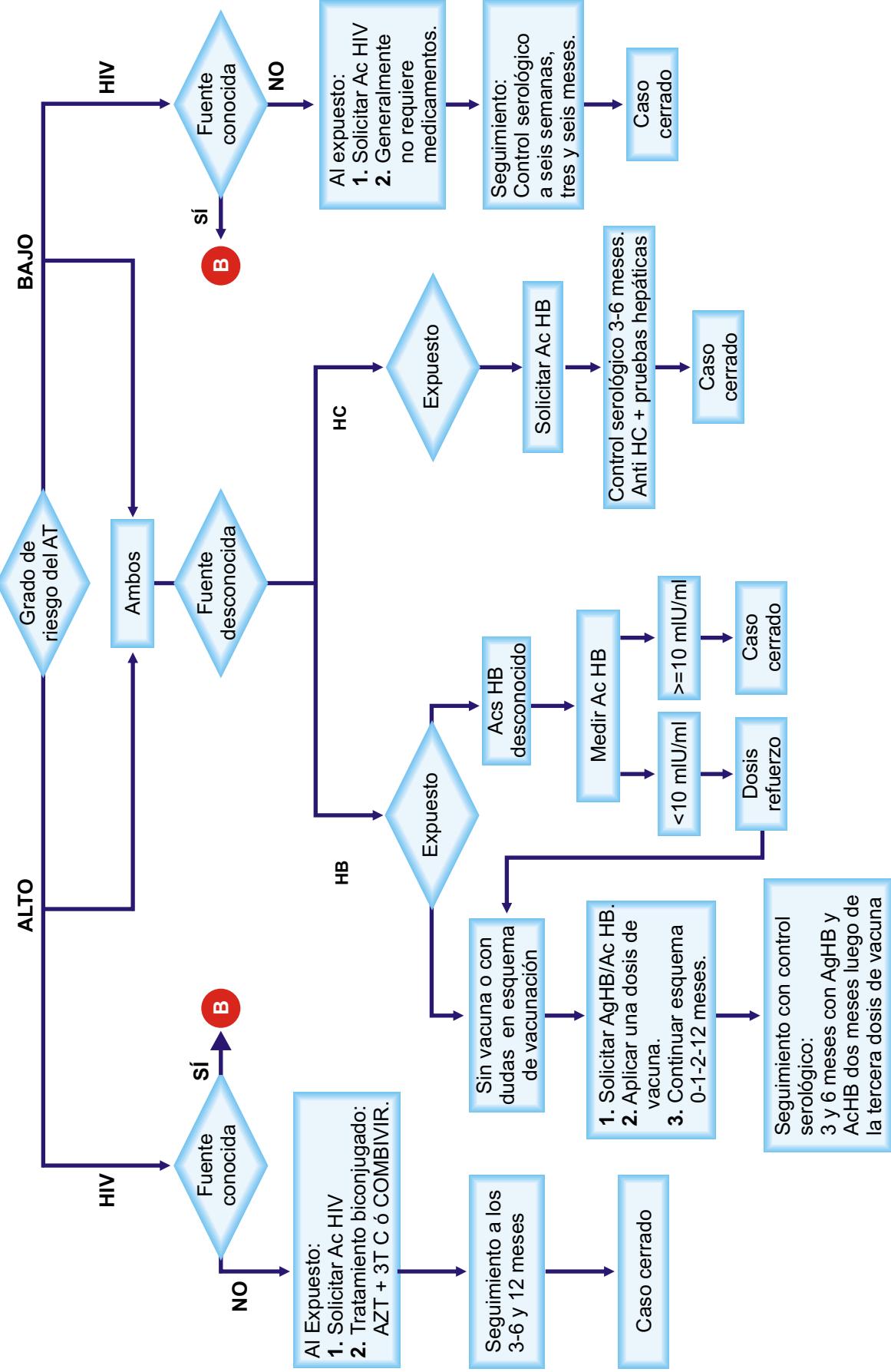
No.	Criterios de éxito	Documentos y características para cumplir el criterio	ETAPA 1: Planeación			Responsable
			Sí	Parcial	No	
10	5	1				
1	Existe un documento de referencia para el control de la exposición a riesgo biológico.	Existe el documento que orienta el control del riesgo biológico y éste corresponde a la priorización de los riesgos, posterior a un diagnóstico integral, están identificados los expuestos a riesgo biológico en las diferentes áreas, cuenta con objetivos, plan de acción que integra higiene y medicina del trabajo e indicadores definidos, se revisa por lo menos cada año y se actualiza si es necesario, ha sido divulgado a todas las áreas responsables de la investigación en la compañía y esto es verificable.				
2	Existe un diagnóstico integral para la intervención de riesgo biológico.	La institución cuenta con un diagnóstico de las condiciones de los procesos, procedimientos, áreas estructurales, maquinaria, equipos, herramientas, materias primas, residuos, plagas que le permite orientar la intervención de riesgo biológico.				
3	La gerencia soporta el programa de vigilancia de riesgo biológico.	En la política se evidencia el compromiso con el control de los riesgos prioritarios y cumplimiento de la legislación vigente, es visible, ésta ha sido revisada y actualizada según necesidad, divulgada a todos los niveles de la compañía y se evidencia por registros y entrevista con los trabajadores expuestos.				
4	Están definidas las responsabilidades de los diferentes niveles.	Están definidas y documentadas las responsabilidades de los diferentes niveles: gerencia, grupo gestor, líderes, trabajadores, comité panitario de salud ocupacional, comité de infecciones y trabajadores. Las competencias para la intervención del riesgo están claramente definidas, existe un plan de seguimiento al desempeño.				
5	El programa cuenta con una persona responsable.	La institución cuenta con una persona responsable del programa, la persona tiene formación y experiencia necesarias. Existe evidencia que lo acredite.				
6	Sistema de información.	El sistema de información contiene la identificación del origen de los datos hasta la utilización de la información, los formatos, el circuito de la información y la periodicidad de su recolección.				
Total			Escala cualitativa			
Máximo puntaje en planeación			60: Excelente			
Cumplimiento			30: Regular			
% Cumplimiento			<30: Deficiente			
			Óptimo: 80%			
			100 %			

No.	Criterios de éxito	Documentos y características para cumplir el criterio	ETAPA 2: Implementación			Fecha	Responsable
			Sí	Parcial	No		
10	5	1					
1	Controles de ingeniería	Se han contemplado los controles de ingeniería como elección para el control del riesgo biológico (procesos, estructura física, materia prima, residuos, maquinaria, equipos, herramientas entre otros) en las áreas de mayor exposición, los proyectos se encuentran documentados, se realiza el					
2	Equipo de trabajo	Existe un equipo de trabajo o grupo de mejoramiento para el diseño y evaluación de los controles, que contempla en comité de infecciones, comité de vigilancia epidemiológica, comité paritario de salud ocupacional.					
3	Control de cambios	Existe un procedimiento para el control de cambios y se cumple.					
4	Controles administrativos	Se han ejecutado controles administrativos cuando los controles de ingeniería no han sido aplicables.					
5	Capacitación y entrenamiento	El programa de inducción, capacitación periódica y entrenamiento ha sido definido de acuerdo con las competencias requeridas en cada nivel que participa en la intervención del riesgo. Está dirigido a todos los expuestos. Los contenidos requeridos son determinados previamente. Se realiza evaluación sobre el cumplimiento de los objetivos de la inducción, capacitación y entrenamiento. Se evidencian los registros e indicadores de gestión y resultado.					
6	Programa de elementos de protección personal	Existe un programa documentado sobre uso de elementos de protección personal, se revisa periódicamente y se actualiza si es necesario, incluye: selección, uso y mantenimiento. Se dispone de diferentes tipos de elementos de protección personal de manera que puedan ser elegidos de acuerdo con las características de la exposición. Se cuenta con registros de entrada y reposición. Se realiza seguimiento al uso de la protección en expuestos, incluyendo jefes de área, gerencia y otros y se puede verificar.					
7	Señalización de áreas críticas	Se han definido y señalizado las áreas donde se debe usar elementos de protección personal específica y obligatoria. Los trabajadores de todos los niveles de la organización las conocen y aplican.					
8	Procedimientos para aseo, limpieza y desinfección, residuos, control de plagas y aislamiento.	Existen procedimientos documentados para aseo, limpieza y desinfección, manejo de residuos, control de plagas y aislamiento. Se encuentran documentados, se revisan cada año y si es necesario, se ajustan. Han sido difundidos a todos los expuestos, se aplican. Se puede evidenciar.					
9	Procedimientos para reporte, atención e investigación de accidentes de trabajo por riesgo biológico y exposiciones ocupacionales.	El (los) procedimiento(s) para reporte, atención e investigación de accidentes de trabajo por riesgo biológico y exposiciones ocupacionales, se encuentran(documentado(s), se cumple(n), contiene(n) la definición de caso o sospechoso y está definida con claridad la acción a tomar con el caso sospechoso. Es (son) revisado(s) periódicamente y actualizado(s) si es necesario.					

No.	Criterios de éxito	Documentos y características para cumplir el criterio	ETAPA 3: Verificación			Fecha	Responsable
			Si 10	Parcial 5	No 1		
1	Se realiza auditoría a todos los elementos del sistema.	Evidencia de que, por lo menos una vez al año, se realiza un ejercicio de revisión y seguimiento a los planes de acción para la intervención del riesgo biológico.					
2	La gerencia realiza seguimiento a los planes de acción.	En las actas del comité de gerencia se puede evidenciar que, posterior a la revisión o auditoría, se trata el tema y se toman decisiones.					
3	Se han definido indicadores de proceso, gestión y resultado.	El programa tiene definidos indicadores de proceso (actividades), gestión (cumplimiento de objetivos) y resultados (impacto). Se han trazado metas de cumplimiento y se realiza seguimiento.					
4	Cumplimiento a las actividades planeadas.	Sí el cumplimiento de las actividades está entre: El 80% y el 100% = 10 El 50% ó más= 5 parcial. Menos del 50% = 1					
5	Incidencia	Número de casos nuevos en el periodo. Si la incidencia es : 0= 10 Sí es mayor a 0 /hay gestión= 5 Sí es mayor a 0 y no existe gestión= 1					
6	Prevalencia	Número de casos nuevos más los existentes en el periodo. Prevalencia igual o menor a la del periodo anterior= 5 Calificación mayor= 5 Prevalencia mayor a la del periodo anterior=1					
Total			Escala cualitativa				
Máximo puntaje en planeación			60: Excelente			60	
Cumplimiento			30: Regular			100	
% Cumplimiento			<30: Deficiente			100 %	
			Óptimo: 80%				

ANEXO 17

Flujograma de atención de accidente por riesgo biológico cuando la fuente es desconocida



ANEXO 18

Flujograma de atención de accidente por riesgo biológico cuando la fuente es conocida

