



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN

**COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMERAS
UNIVERSITARIAS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS DR.
MANUEL QUINTELA FRENTE A UN ACCIDENTE
LABORAL DE TIPO BIOLÓGICO**

AUTORES:

Br. Diana, Leticia
Br. Ferreri, Paula
Br. López, Eugenia
Br. Rebellato, Yanina
Br. Viera, Annalet

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 1996

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
MARCO TEÓRICO.....	5
MARCO REFERENCIAL.....	20
MATERIAL Y MÉTODOS.....	29
RESULTADOS.....	31
CONCLUSIONES.....	42
PROPUESTAS.....	43
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS.....	47

INTRODUCCIÓN.

El término bioseguridad se utiliza para designar aquellos peligros biológicos que se originan en el desarrollo de actividades humanas productivas, peligros ejercidos sobre aquellos quienes despliegan la actividad que los origina.

La bioseguridad aplicada a la enfermería está referida a la determinación de los peligros más comunes en la práctica profesional y de las medidas tendientes a evitarlos.

Son innumerables los trabajos de investigación realizados sobre todo en EE.UU. a propósito de los accidentes laborales.

Asimismo, diversos organismos internacionales vienen ocupando su atención en dicha práctica, tales como la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) y otros organismos no gubernamentales.

Tampoco nuestro país está ajeno a la temática y, aunque escasos, existen estudios sobre la misma, que apuntan primordialmente a la determinación de la prevalencia de los accidentes laborales de tipo biológico.

Las investigaciones realizadas a nivel mundial evidenciaron que es muy difícil que los profesionales de la salud, informen sobre punciones accidentales, salvo que esté comprobado que el paciente con el que se usó el material estaba infectado por alguna enfermedad transmisible. Se comprobó, además, que las enfermeras universitarias tienen la proporción más alta en accidentes cortopunzantes, y que las actividades que más propician las heridas son la reposición en el protector de las agujas y el descarte de las mismas.

Uruguay no escapó a esto, habiéndose producido en el mes de agosto del presente año, la confirmación del primer caso de transmisión del VIH por punción accidental, en un profesional de la salud.

Durante la experiencia práctica de las autoras en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", hospital de alta complejidad, dependiente de la Universidad de la República, que cumple con las funciones de asistencia, docencia e investigación, se observó la existencia de riesgos profesionales que podrían ocasionar accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales, lo que llevó a plantear un objetivo general que fué conocer el comportamiento de la Enfermera Profesional de esta institución, frente a un accidente laboral de tipo biológico, basándose para su selección en los criterios de importancia, viabilidad y vulnerabilidad.

De importancia porque estos accidentes pueden ocasionar riesgo vital, y tienen trascendencia a nivel social y para la institución.

Que fuera abordable a corto plazo y con los recursos disponibles, tanto humanos, materiales como financieros.

Para el cumplimiento del objetivo general se plantearon objetivos específicos que se detallan a continuación:

- Determinar la información que posee el personal de enfermería profesional con respecto a las normas de bioseguridad laboral.
- Establecer cual es el comportamiento de la enfermera universitaria frente a un accidente.
- Determinar los mecanismos de denuncia implementados dentro de la institución.
- Determinar los tipos más frecuentes de accidentes laborales de tipo biológico.

El trabajo fue elaborado por cinco estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería, en el período comprendido entre setiembre de 1995 y agosto de 1996, presentando las características de una investigación descriptiva, que se llevó a cabo con información retrospectiva, en una muestra de conveniencia de treinta y ocho enfermeros universitarios de esa institución, que realiza asistencia directa a los pacientes de diferentes servicios de la misma.

El periodo de tiempo estudiado incluyó el transcurrido desde enero de 1992 a diciembre de 1995, utilizando como instrumento la encuesta con entrevista personal, para luego de analizados, confrontarlos con el marco conceptual.

La información para la elaboración del presente trabajo se obtuvo mediante bibliografía, tutorías, entrevistas y la observación participativa.

El mismo consta de dos partes, la primera, que responde a una investigación bibliográfica realizada con el fin de conocer los antecedentes existentes sobre la bioseguridad en enfermería.

La segunda parte se realizó a través de una investigación del personal licenciado en enfermería, mediante un protocolo en donde se incluyó la encuesta antes mencionada, dirigida al funcionario.

MARCO TEORICO

DEFINICIÓN DE ERGONOMÍA

La Ergonomía se define como "la disciplina que agrupa los conocimientos de la fisiología, de la psicología y de las ciencias conexas aplicadas al trabajo humano, en vistas a una mejor adaptación de los métodos, de los medios y del ambiente de trabajo al hombre".

Actualmente la ergonomía es considerada una disciplina autónoma, basada en resultados experimentales obtenidos a partir del estudio empírico y que puede proporcionar informaciones ciertas para modificar las instalaciones, las maquinarias, equipos y herramientas, así como la tecnología para adaptar mejor el trabajo al hombre.

Se trata de una disciplina que surge gracias a las contribuciones de la antropometría, de la fisiología del trabajo, de la psicología del trabajo, de la psicología cognitiva, de la ingeniería y de la biomecánica, de la toxicología y otras disciplinas que se ocupan del "hombre en situación de trabajo".

La ergonomía sirve para fines múltiples: en primer lugar, para reducir o eliminar los riesgos profesionales promoviendo un trabajo seguro, alejado de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; en segundo lugar, para mejorar las condiciones de trabajo a fin de evitar un incremento de la fatiga provocado por una elevada carga global de trabajo en sus varias dimensiones: carga física derivada del esfuerzo muscular, carga psíquica y carga mental. (23)

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE

Dícese de cualquier fenómeno o hecho traumático o morboso espontáneo que sobreviene en el individuo sano o en el curso de una enfermedad. (9)

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE LABORAL

Suceso imprevisto sobrevenido en el acto con motivo del trabajo, que produce una lesión o perturbación funcional transitoria o permanente. (9)

Se entiende por accidente laboral toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. (14)

CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES

Los principales riesgos laborales a que están expuestos los profesionales sanitarios se clasifican desde el punto de vista etiológico en riesgos físicos (incendios, accidentes de origen eléctrico, explosiones, traumatismos y heridas, trauma sonoro, radiaciones ionizantes y no ionizantes), riesgos químicos (eczema alérgico profesional), riesgos biológicos (hepatitis B, tuberculosis pulmonar, rubéola, querato conjuntivitis epidémica, herpes simple, SIDA), riesgos psíquicos (alcoholismo, drogadicción, depresión) y riesgos sociales (agresiones al personal que pueden ser verbales, físicas o legales). (10)

DEFINICIÓN DE BIOSEGURIDAD

El término bioseguridad -traducción castellana del biohazardinglés- se utiliza para designar aquellos peligros biológicos originados en el desarrollo de actividades humanas productivas, peligros ejercidos sobre aquellos quienes despliegan la actividad que los origina.

La bioseguridad aplicada a enfermería está referida a la determinación de los peligros más comunes a la práctica profesional y de las medidas destinadas a evitarlos. (22)

REFERENCIAS HISTÓRICAS

No es posible considerar conceptos tales como bioseguridad para el personal de salud, sin discutir sobre la creación y evolución de los hospitales y de la enfermería.

Los primeros hospitales generales se crean en Francia bajo el reinado de Luis XIII y Luis XIV, teniendo éstos condiciones totalmente inadecuadas.

Se sabe que la mortalidad por infecciones solía alcanzar a un 60% tras amputaciones, y que en 1746, durante una epidemia de fiebre puerperal en el Hotel Dieu de París, morían el 95% de las parturientas.

La enfermería, como en sus inicios en la era cristiana, se ejercía como penitencia o expiación ya que las tareas que implicaba eran, además de humillantes o desagradables, sumamente peligrosas para quien las ejecutaba.

Por ejemplo Santa Catalina de Sieme, joven religiosa de cruel rigor consigo misma, se imponía el ayuno riguroso y la práctica de enfermería, tal como diez latigazos diarios para "hacerse justicia" por sus pecados.

Hacia 1850, la demanda de camas de hospital creció drásticamente, siendo imposible entonces, sobre todo por falta de recursos, el proveer prácticas higiénicas aceptables.

La mortalidad hospitalaria, sobre todo en servicios quirúrgicos y obstétricos, creció también vertiginosamente.

En 1847, el Prof., J. Kolletska, amigo personal de Semmelweiss, muere en Viena Lying Hospital, tras sufrir un corte en un dedo durante la realización de una necropsia efectuada a una mujer fallecida por fiebre puerperal.

La muerte de Kolletska figura como una de tantas víctimas de la práctica médica; pero ella impulsó una investigación que hizo determinar a Semmelweis que "el material cadavérico fue la causa de muerte, al contaminar una herida no mortal".

No obstante lo antedicho, y dado que los trabajos de Semmelweis fracasaron en el terreno académico, no es hasta 1857 que se publica el primer estudio científico comparativo de muertes de personal de enfermería versus población femenina de Londres, estudio universalmente aceptado, fruto del genio de Florence Nightingale.

Ella pudo determinar, con colaboración de W. Farr, que las enfermeras y comadronas morían mucho más frecuentemente de enfermedades infecciosas, que el resto de las mujeres de su país.

En su obra "Notas de Hospital", F. Nightingale describe la relación entre las condiciones sanitarias y las complicaciones en las heridas, y en "Notas de Enfermería", se hacen las primeras referencias a los cuidados que las enfermeras debían poner sobre sí mismas (higiene, vestimenta, alimentación) asentando las bases de una profesión que nace como tal, separándose de las conductas masoquistas o expiatorias de una práctica como lo era el cuidado de enfermos. (16)

A fines del S. XIX, en Baltimore, el Dr. Halstead del John Hopkins Hospital de Boston, hace fabricar a la Goodyear Rubber Co., el primer par de guantes de caucho, destinado a la protección de las manos de su enfermera quirúrgica, quien presentaba hipersensibilidad al sublimado antiséptico utilizado durante las intervenciones.

La utilización de estos guantes se difundió rápidamente, dado el interés que demostraron los médicos en su propia protección. (22)

Sin embargo, la bioseguridad comenzó a despertar un real interés recién después de la segunda guerra mundial, y dentro de su desarrollo podemos encontrar tres períodos históricos que se delimitan claramente:

1er. período #1947-1966# o de conocimiento de las causas o también llamado "era de los aerosoles", y está referido al descubrimiento de que los aerosoles, producidos durante el trabajo normal, eran la causa de muchas infecciones, por aspiración de fluidos y manejo general de éstos.

2do. período #1962-1978# o de sensibilización pública, en el cual la población comienza a interesarse por la posibilidad de brotes infecciosos a nivel hospitalario, como por ejemplo viruela, hepatitis B y tuberculosis.

3er. período #desde 1972# o de adopción de medidas preventivas, en el que los gobiernos y organismos públicos constituyen comités para el estudio y elaboración de normas y códigos de buena práctica. (10)

DEFINICIÓN DE CONDUCTA

Forma de conducirse o portarse una persona. Sus sinónimos son **comportamiento**, proceder, actuación.

Conjunto de respuestas materiales observables en un organismo (motrices, fisiológicas, etc.), así como de las operaciones mentales y manifestaciones psíquicas de un sujeto. La conducta es el resultado de la interacción dinámica del ser vivo con su medio, que permite al organismo recuperar el equilibrio perdido como resultado de los estímulos del ambiente.

Según Lagache, es la totalidad de las reacciones del organismo en la situación total y reconoce en ellas:

- A) la conducta exterior manifiesta
- B) la experiencia consciente
- C) modificaciones somáticas objetivas
- D) los productos de la conducta: escritos, dibujos, trabajos, test, etc.

El mismo dice, "que es el conjunto de respuestas significativas por las cuales un ser vivo en situación, integra las tensiones que amenazan la unidad y el equilibrio del organismo", o como, "el conjunto de operaciones (fisiológicas, motrices, verbales y mentales) por los cuales un organismo en situación, reduce las tensiones que lo motivan y realizan sus posibilidades."

Mowrer y Kluckhohn, enumeran los cuatro puntos siguientes:

- 1) "La conducta es funcional, es decir, tiene como finalidad resolver tensiones."
- 2) "La conducta implica siempre conflicto o ambivalencia"
- 3) "La conducta sólo puede ser comprendida en función del campo o contexto en la que ella ocurre."
- 4) "Todo organismo vivo tiende a preservar un estado de máxima integración o consistencia interna."

La conducta es sinónimo de adaptación, es decir, que "hace referencia a la actividad adaptativa mediante la cual cada organismo se ajusta a su medio, y responde a las modificaciones que este medio produce en él." (4)

Aptitud : el sustrato congénito de una capacidad, preexistente y que depende del desarrollo natural de la propia actitud, de la educación de la institución y del ejercicio, capacidades individuales que hacen posible el éxito en determinados campos escolares o académicos y que se mide cuantitativamente.

Actitud : comportamiento consistente y persistente hacia un grupo de objetos o situaciones relacionadas entre sí. (Tomas, W. y Zuaniecki, F.) "Campesinos Polacos en Europa y América".

Es una tendencia a la acción adquirida en el ambiente en que se vive y derivada de experiencias personales y de factores especiales a veces muy complejos. En general, el término actitud designa un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones.

Procesos cognitivos : son una serie de procesos que se dan en los diferentes niveles de adaptación de un organismo al ambiente. Toda adaptación requiere un programa de conducta concreto, o una serie de patrones determinados y almacenados. Esta adaptación o modificación ocurren por dos mecanismos : aprendizaje y pensamiento; por eso podemos distinguir tres niveles de sistemas adaptativos en base a la capacidad de modificación de los patrones internos innatos. (19)

- **Sistema de Nivel 1:** Sólo se tiene patrones innatos, y los cambios de conducta se efectúan por medio de una acción externa al organismo.
- **Sistema de Nivel 2:** Este tiene patrones innatos y capacidad de aprendizaje, y la modificación de los programas innatos se realiza por el aprendizaje.
- **Sistema de Nivel 3:** Tienen patrones innatos, capacidad de aprendizaje y pensamiento. Este es el caso del hombre.

NIVELES DE PREVENCIÓN (24)

Prevención Primaria: comprende las medidas aplicables al período prepatogénico o no alternativo. El individuo se encuentra en un equilibrio dinámico, que determina su estado de salud y queremos que se mantenga en él.

Prevención Secundaria: donde ubicamos aquellas medidas aplicables al período alternativo o patogénico, pero en la fase en que no se ha manifestado sintomatología y sinología clínica, y queremos detener el proceso alternativo, lo más precozmente posible.

Prevención Terciaria: involucra aquellas medidas aplicables al período patogénico pero en la fase donde ya presenta signos y síntomas clínicos y por lo tanto, debemos efectuar un diagnóstico y tratamiento correcto de la enfermedad, para que esta evolucione lo más rápidamente posible a la curación total, y si ello no se logra, efectuar una rehabilitación integral.

INSTRUMENTO: objeto simple o formado por varias piezas adecuado para que sirva con determinado objetivo.

ENCUESTA: acopio de datos obtenidos mediante consulta o interrogatorio, referentes a estado de opinión, costumbres, nivel económico, etc..

VARIABLE: característica que es común a cierto número de individuos, objetos, grupos, hechos, etc., y que tiene distintos grados de magnitud o diferentes categorías.

Se denomina **variable dependiente** a aquella cuyos valores dependen del valor que toma otra u otras variables.

Se denomina variable independiente aquella que toma valores del conjunto inicial de una función o de un subconjunto de éste.

INDICADOR: aspecto de una situación que se considera significativo y que ayuda a definir y a explicar un fenómeno, permitiendo establecer previsiones sobre su evolución futura; por ejemplo, indicadores de bienestar social, de la calidad de la enseñanza, etc.

Se expresan numéricamente mediante índices.

INDICE: aquello que indica o señala la importancia de un fenómeno o el grado de intensidad en que se manifiesta.

ACCIDENTE CORTOPUNZANTE: es el que se produce como consecuencia de la introducción de una hoja de bisturí, trocar o aguja en cualquier parte del cuerpo de un individuo.

INOCULACIÓN: es la introducción voluntaria o accidental, por una herida tegumentaria, del germen de una enfermedad.

SALPICADURA: es la diseminación en pequeñas gotas, de un líquido o sustancia pastosa, sobre las membranas mucosas (boca, ojos, nariz).

MORDEDURA DE PACIENTE: es la lesión producida por la acción de morder.

DERRAME AMBIENTAL: es el derrame o caída de un fluido corporal potencialmente contaminante sobre la ropa de cama, uniforme de la enfermera, piso, etc.

POTENCIALMENTE CONTAMINANTE: se refiere a todo artículo que tome contacto con el paciente, el que deberá ser considerado contaminado.

ENFERMEDAD TRANSMISIBLE: es aquella que se trasmite de persona a

persona, directa o indirectamente, que aparece generalmente en personas primariamente sanas, que su agente no es un huésped habitual del organismo humano, y que se trasmite en una forma estereotipada y repite el cuadro clínico en forma característica.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA LA INFECCIÓN POR VIH - SIDA (15)

“Si bien la transmisión del VIH es excepcional, aún después de una punción accidental con material contaminado, como lo muestran los estudios de seguimiento de personal de salud, ella puede ser prevenido por medidas de precaución simples.

Estas medidas deben ser aplicadas todos los días, las veinticuatro horas y a todos los pacientes sospechosos o con diagnóstico certero.

No deben limitarse a los servicios que reciben pacientes con SIDA sino a todos los servicios del Hospital dado que pueden recibir a los pacientes o productos contaminados de éstos.

Es necesaria una vigilancia epidemiológica constante de todo el personal de salud que está en contacto con pacientes de SIDA o manipule productos contaminados.

Para ello es necesario el diálogo entre el personal de salud. El médico debe denunciar los accidentes que se produzcan con material contaminado o posiblemente infectado.

Personal sujeto a riesgo de infección.

Es caso de punción accidental con material posiblemente contaminado realizar:

- declaración del accidente a la autoridad sanitaria correspondiente dentro de las 24 horas
- lavar inmediatamente la zona de punción con agua y jabón. Desinfectar con alcohol al 70% o hipoclorito de sodio 1/10.
- realizar una serología con el fin de eliminar la posibilidad de una serología positiva anterior.
- si la determinación de anticuerpos anti-VIH resulta negativa, repetirla a los 3 y 6 meses.

- durante este período debe realizar las precauciones que se exponen a continuación como si la serología fuera positiva”.

“En cambio, el riesgo de infección por punción accidental frente al virus de la hepatitis B es mucho más elevado (6-30%) que el VIH (menor a 1%).

Dado que todo individuo con serología positiva es considerado infectado e infectante, puede transmitir el virus, por lo cual, debe evitar la contaminación de otras personas y su recontaminación”.

En caso de accidente o hemorragia, deberá limpiar las superficies contaminadas con sangre con hipoclorito de sodio (una parte en nueve de agua), agua oxigenada al 10%, alcohol al 70%.

VESTIMENTA DEL PERSONAL.

“El uso de bata o sobretúnica queda reservada para el momento de realizar un procedimiento especial y/o en el cuidado directo del paciente con presencia de secreciones o excreciones.

Al manchar la bata con líquidos orgánicos deben ser enviadas para su lavado, debiendo colocarla en la bolsa destinada a ROPA CONTAMINADA.

El uso de tapabocas estará reservado para los casos de realizar una técnica donde se corre el riesgo de que cualquier secreción entre en contacto con las membranas mucosas (boca, ojos, nariz).

El uso de guantes **queda** reservado para evitar el contacto directo de piel, conjuntivas, membranas mucosas con sangre, líquidos orgánicos, excreciones, secreciones, etc. que puedan estar presentes en ropa, equipos y materiales, área física, etc.

Las jeringas y agujas serán desechables, y las agujas se colocarán en un recipiente resistente a la punción para impedir lesiones causadas por pinchazos.

Las agujas en ningún caso volverán a ser colocadas en su funda o capuchón, como tampoco romperlas o doblarlas, para evitar punccionarse durante su manipulación”.

“Al realizar la recolección de muestras para laboratorio, éstas deben ir bien tapadas, nunca con algodón, pues se corre el riesgo del escape del contenido; en el caso de derrames, desinfectar los frascos o la superficie con hipoclorito de sodio.

Colocar las muestras en una caja y éstas en una bolsa plástica con la finalidad de evitar caídas, roturas o dispersión de las sustancias”.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD (21)

1º- Precauciones de barrera, a usar en forma rutinaria para prevenir que la piel y las mucosas del trabajador de la salud entren en contacto con la sangre, líquidos corporales contaminados con ésta, o alguno de los otros elementos descriptos, de los pacientes a su cargo. El tipo de protección se adaptará a cada procedimiento que se realice y al tipo de exposición que se anticipe.

2º- Se deben usar guantes para:

- * tocar sangre, fluidos y tejidos
- * manipular todas las muestras de laboratorio
- * tocar la piel no intacta o mucosas de los pacientes
- * manipular materiales de diversos tipos manchados por sangre o líquidos sanguinolentos
- * para realización de punciones venosas, arteriales u otros accesos vasculares

Los guantes deberán ser cambiados después del contacto con un paciente y antes de realizar cualquier nuevo procedimiento.

3º- Usar tapabocas y protección ocular durante procedimientos que puedan generar aerosolizaciones o salpicaduras de sangre u otros elementos descriptos, para evitar el contacto con boca, nariz u ojos.

4º- Usar sobretúnica preferentemente impermeable, cuando hay riesgo potencial de salpicaduras.

- 5º- Si se detecta que las manos u otras superficies corporales han sido alcanzadas por sangre de pacientes, éstas deben ser enérgica e inmediatamente lavadas.
- 6º- Lavar las manos con jabones apropiados o clorhexidina luego de retirados los guantes.
- 7º- Las agujas usadas, las hojas de bisturí, escalpelos u otros punzantes, deben ser colocados en contenedores resistentes, los que estarán localizados en cada área de trabajo. Especial precaución se debe tener en no manipular con la mano las agujas ya usadas (no romperlas o taparlas).
- 8º- Los trabajadores de la salud con lesiones exudativas, dermatitis, etc., no deben estar en contacto con pacientes al manejar equipamiento que haya estado en contacto con los mismos, incluyendo muestras de laboratorio.
- 9º- Las maniobras de resucitación deben ser llevadas a cabo a través de tubos orotraqueales y bolsas tipo Ambú, evitando maniobras boca a boca.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERIA
BIBLIOTECA
HOSPITAL DE CLINICAS
AV. ITALIA S/N 2º PISO
MONTEVIDEO - URUGUAY

MARCO REFERENCIAL

Referente a investigaciones realizadas en otros países, se ha accedido a la siguiente información: según una investigación realizada el 5 de agosto de 1980, en la Universidad de Wisconsin, por la Unidad de Control de Infecciones del Hospital, (14)

- "es muy difícil que médicos u otros profesionales del Hospital, informen punciones accidentales, salvo que el paciente con el que se usó el material, esté comprobadamente infectado por alguna enfermedad transmisible.
- parece claro que un programa de salud para los empleados de una institución tendría que abarcar todo el personal sanitario.
- las enfermeras universitarias tienen la proporción más alta en pinchazos mientras sacan sangre o administran medicación.
- el sistema de descarte no era el más apropiado.
- el personal de servicio y auxiliares de enfermería, son a menudo víctimas inocentes". (22)

Una investigación realizada en 1983 en EE.UU., sobre epidemiología de heridas accidentales por pinchazos en trabajadores hospitalarios, concluye que: (22)

- seis categorías de empleados sufrieron pinchazos con agujas: enfermeras, personal de limpieza, personal de laboratorio, médicos, estudiantes y técnicos de Rx.
- las actividades que más propiciaron las heridas fueron: la reposición en el protector de las agujas (25%), el descarte de agujas (32%), extracción de sangre o administración de medicamentos (19%), otras (24%).
- las enfermeras que están en áreas de cuidados intensivos y quirófano, presentan el más alto índice de heridas y que muchas de ellas podrían evitarse utilizando las normas de bioseguridad". (22)

En Ginebra, en el año 1985, la O.I.T. realiza una reunión paritaria sobre el empleo y las condiciones de trabajo en los servicios médicos y de salud, de la cual se extrae lo siguiente : la ocupación de sanitario existe desde el principio de la historia escrita pero solamente en el último decenio ha empezado a demostrarse un interés activo por los riesgos de quienes trabajan en servicios médicos y de salud. De hecho, los posibles riesgos para la salud son muchos y muy diversos. En una conferencia celebrada en los EE.UU., se hizo observar que a los trabajadores de tales servicios generalmente se les considera más bien “suministradores” que “trabajadores”, a pesar de que están expuestos a una considerable variedad de riesgos físicos, químicos, biológicos y psicosociales.

Normalmente, los reglamentos de los hospitales tienen por objeto proteger a los enfermos y no a su personal. Por otra parte, no puede asumirse sin más que quienes prestan asistencia sanitaria son necesariamente personas en buenas condiciones iniciales de salud. Lo cierto es que los riesgos potenciales de estos lugares de trabajo pueden constituir un riesgo especial para un personal tan vulnerable.

En las últimas décadas el empleo ha aumentado rápidamente en los servicios médicos y de sanidad, y hoy en día las personas expuestas a riesgos en los lugares de trabajo suponen una notable proporción de la población activa nacional. Ahora bien, a pesar del alto contingente de personal médico-sanitario y de las posibilidades de contrar enfermedades profesionales se dispone de relativamente pocos datos precisos sobre los peligros reales para la salud. Lo que sigue se basa esencialmente en datos facilitados por los gobiernos en respuesta al cuestionario de la O.I.T., así como a estudios efectuados en un número limitado de países.

Varios países han facilitado datos estadísticos sobre accidentes y enfermedades profesionales. En Austria se registraron, en 1982, 3.106 accidentes profesionales en los servicios de sanidad (esto es como el 2,8% del total) y 138 casos de enfermedades profesionales (un 13% del total de todos los sectores). Las más frecuentes fueron las enfermedades infecciosas (96 casos) seguidos de 35 casos de otras enfermedades. Bélgica informó de 361 casos de enfermedades profesionales en 1983, 284 de ellas infecciosas, 45 de la piel, 20 debidas a productos químicos y 12 a riesgos físicos. En Checoslovaquia, se consignaron 883 casos de enfermedades profesionales en 1983 (44 casos por cada 1000 trabajadores); la hepatitis virósica afectó a 540. Finlandia informó que de 1978 a 1982 hubo 959 casos de enfermedades profesionales, es decir, aproximadamente un tercio de la frecuencia proporcional de tales enfermedades en la industria. El 47% eran enfermedades cutáneas y el 25% infecciosas, siendo la más corriente de ellas la tuberculosis. El riesgo de accidentes se consideraba relativamente pequeño, algo menos de la mitad de la frecuencia general de accidentes.

Hungría informó de 176 casos de enfermedades profesionales infecciosas en 1982, siendo la más frecuente la hepatitis epidémica. En el Japón, en los servicios privados de sanidad se produjeron 11 muertes por accidentes profesionales en 1982 y 6 en 1983. En México, en las instituciones de sanidad del Instituto Mexicano de Seguridad Social se consignaron 7195 accidentes.

En los EE.UU., se estimaba que en 1982 se habían producido 262.700 casos de enfermedades y accidentes. Los datos de la encuesta sobre los riesgos profesionales en los EE.UU. indicaban que solo el 46% de los 174 hospitales consultados entre 1980 y 1983 contaban con servicios de seguridad e higiene para su personal.

Las enfermedades infecciosas tienen mucha más importancia para el personal de los servicios de sanidad que para cualquier otra categoría profesional. En los hospitales y laboratorios la "bioseguridad" resulta especialmente importante, debido al riesgo evidente de que los enfermos transmitan infecciones al personal y viceversa. Con harta frecuencia, los profesionales de la sanidad han venido trabajando como si su profesión les inmunizara de alguna manera contra los agentes infecciosos con que entran en contacto durante su trabajo diario. Últimamente la hepatitis virósica B ha suscitado una gran inquietud, y en los últimos años el espectro del virus del linfocito T humano, (HTLV III) y su capacidad de provocar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha provocado una intensa angustia en algunos ambientes.

La hepatitis virósica de tipo B es probablemente la más frecuente de las enfermedades infecciosas de origen profesional. Suele transmitirse por la sangre y penetra en la persona expuesta a través de una erosión de la piel, a menudo un pinchazo de aguja accidental.

Bastan cantidades insignificantes de sangre: un mililitro de sangre de un enfermo crónico, diluido 100 millones de veces conserva su poder infeccioso. Se ha observado a menudo que en el personal de los hospitales la tasa de infección por hepatitis B es de tres a seis veces mayor que la normal, aunque las tasas de prevalencia del HBsAG varían enormemente según las regiones y las etnias.

El personal de sanidad puede infectar más tarde a otros enfermos, y se conocen ejemplos bien documentados de tal contaminación por parte de cirujanos y dentistas.

Para prevenir la hepatitis B entre el personal de sanidad se recomienda controlar al personal cuyas funciones conllevan riesgos elevados, recurrir a procedimientos apropiados de esterilización y de desinfección y dar al personal una buena formación sobre prácticas de trabajo seguras.

Contra la hepatitis B se ha elaborado una vacuna, pero se considera que su elevado precio impide su uso generalizado. La vacuna se ha aplicado principalmente a los grupos profesionales expuestos a riesgos altos, es decir, al personal de sanidad en contacto frecuente con sangre o agujas.

Se cree que la enfermedad potencialmente mortal del SIDA es provocada por un retrovirus que lleva el nombre de virus del linfocito T humano (HTLV III). La infección queda revelada por la presencia en sangre de un anticuerpo del HTLV III. Los casos de esa enfermedad (y de portadores sanos) parecen aumentar exponencialmente.

A pesar de las múltiples ocasiones de contacto con los enfermos de SIDA o portadores sanos, las infecciones de origen profesional han sido hasta ahora sumamente raras.

Así pues, por el momento es imposible determinar el riesgo real que corre el personal sanitario no expuesto a otros riesgos. La principal fuente de riesgo la constituyen los accidentes derivados de pinchazos con una aguja mientras se manipula sangre de un enfermo de SIDA o de un portador sano. Un riesgo menos importante, pero

que no debe despreciarse, puede provenir del contacto con otros fluidos corporales susceptibles de llevar linfocitos, como la saliva y el semen.

Se ha sugerido clasificar al virus HTVL III como organismo del Grupo de riesgo 3. Por tanto, los presuntos enfermos de SIDA deben ser tratados en unidades aisladas. Deben llevarse ropas de protección adecuadas y observarse rigurosamente los procedimientos de esterilización y desinfección correspondiente al Grupo 3.

Pocas son las estadísticas nacionales existentes sobre accidentes y lesiones entre profesionales de la sanidad. Algunos informes aislados sugieren que los accidentes más corrientes son cortes, heridas, fracturas y lumbagos. La violencia por parte de los enfermos o de sus acompañantes contra el personal de sanidad constituye otro fenómeno nuevo a tener en cuenta.

Un accidente puede definirse como un acontecimiento inesperado, no previsto, que puede provocar lesiones.

La causa de los accidentes es una compleja interacción entre el medio ambiente, el trabajador y la profesión. La experiencia profesional, la formación, la edad y el sexo parecen influir también en la frecuencia de los accidentes, que varía según los diferentes grupos de personas pero que obedece a esquemas análogos para todos los sectores.

En el Reino Unido se han estudiado los accidentes sobre una muestra aleatoria representativa del 10 % de los laboratorios de hospitales. Se registraron 627 accidentes corporales en 39 laboratorios que emplean a 2.520 personas. La mayor frecuencia de accidentes la registraba el personal técnico. Se indicaba que las infecciones contraídas en laboratorios eran causadas en particular por cuchillos, agujas y trozos de cristal; seguían los accidentes producidos por derrames y salpicaduras.

Interesa observar, sin embargo, que recientemente se ha estimado que del 40 al 75 por ciento de todas las lesiones producidas por agujas no son notificadas. Ello ocurre sobre todo en caso de personal recién entrenado en servicio.

Cada vez son más abrumadoras las pruebas del creciente número de agresiones de que es objeto el personal de clínicas y hospitales por parte de los pacientes y de sus acompañantes. Así como otros aspectos de la prevención de accidentes y lesiones en los hospitales permiten medidas eficaces de prevención, las agresiones contra el personal constituyen un síntoma del entorno urbano moderno y, por tanto, no pueden solucionarse dentro del solo contexto del hospital.

Una enérgica campaña de prevención de accidentes cuya piedra angular sea la educación y la formación. El nombramiento de agentes de seguridad y de comités de seguridad también contribuye a prestigiar la seguridad del lugar de trabajo. Por último, el suministro de ropas de protección apropiadas a los empleados (casco, anteojos, guantes, calzado reforzado, etc.) y la exhortación a utilizarlas puede contribuir mucho o reducir el excesivo número de accidentes y lesiones observados en los establecimientos sanitarios.

En el año 1990, la American Journal of Nursing, publica un artículo donde se explica que los dos agentes patógenos más importantes de riesgo biológico, en el personal sanitario, adquiridos por accidentes cortopunzantes, son el HIV y el HVB, siendo este último el de mayor daño. (13)

✓ La Hepatitis B era, hasta hace poco tiempo, la enfermedad infecciosa profesional más importante del personal sanitario, siendo el riesgo de adquirirla más elevado en los primeros años de ejercicio profesional y en aquellos servicios que es más frecuente el contacto con sangre. Hoy su importancia ha disminuido merced a las eficaces medidas de prevención existentes, barreras físicas (guantes, agujas y jeringas descartables), químicas (hipoclorito de sodio y Glutaraldehído) y biológicas (gammaglobulinas hiperinmunes y vacunas). (10)

Durante la búsqueda de datos a nivel nacional, se observó, en líneas generales, que el personal de enfermería profesional posee información acerca de este tipo de accidentes, y en diferentes entrevistas se han obtenido opiniones sobre las causas más frecuentes y el tipo de material más común con el que se accidentan, pero son referencias de connotación empírica de la experiencia laboral de esta institución.

Referente a la institución en estudio, la Sección Personal de la misma, lleva los registros de los accidentes denunciados, a través de un formulario que contiene los siguientes datos: nombre del funcionario, fecha de nacimiento, edad, estado civil, cargo, fecha de ingreso, C.I., domicilio, fecha del accidente y hora del mismo, horario de trabajo del siniestrado, descripción del accidente, lesión producida, supervisor en el momento del accidente y testigos. (Ver ANEXO II)

Cuando se produce un accidente laboral, la persona accidentada cuenta con veinticuatro horas para realizar la notificación del hecho, para lo cual completará el formulario anteriormente mencionado.

Será la Sección de Recursos Humanos quien enviará al afectado a la División Universitaria de la Salud (D.U.S.) para que allí se le realicen los exámenes correspondientes. Luego se le realizará en Hemoterapia el seguimiento a través de exámenes paraclínicos, con la posterior denuncia ante el Banco de Seguros del Estado (B.S.E.).

Si el accidente se produce fuera de las horas de atención al público, tanto de la Sección de Recursos Humanos como de la D.U.S., el accidentado deberá retirar el formulario de la División Enfermería y concurrir al Servicio de Emergencia.

Con respecto a las normas de bioseguridad existentes en la institución, fueron descriptas en el marco teórico (15).

MATERIAL Y MÉTODO.

En mérito a la expectativa explicitada en los objetivos del presente estudio, se hizo necesaria una búsqueda bibliográfica, que permitiera recoger experiencias anteriores a los efectos de adecuar la metodología al logro de comparaciones útiles.

El trabajo presenta las características de una investigación básicamente descriptiva, que se llevó a cabo con información retrospectiva, en una muestra por conveniencia de treinta y ocho individuos, integrantes del personal de enfermería profesional que realiza asistencia directa a los usuarios de los servicios de Cirugía, Medicina, Neurología, Nefrología, Emergencia, Block Quirúrgico, Otorrinolaringología y Oftalmología.

Esta muestra correspondió al 30% del universo total de enfermeros profesionales de la institución, considerándose de conveniencia por ser accesible en cuanto a la cantidad y por considerarla representativa del total, aunque su distribución no es homogénea respecto a los servicios, y éstos se seleccionaron por considerarlos de mayor exposición a riesgos en los procedimientos de enfermería.

El período de tiempo estudiado incluyó el transcurrido desde enero de 1992 a diciembre de 1995, por ser un periodo en el cual se encontraron registros en la institución y porque al ser relativamente corto, el factor memoria de los accidentados influye menos en los resultados del estudio.

El instrumento utilizado fue la encuesta con entrevista personal, la cual constó de diecinueve preguntas, dispuestas en módulos facilitadores, diseñados en forma evolutiva. La primer parte de la misma correspondió a datos filiatorios, y la segunda parte de preguntas abiertas y semiabiertas sobre datos subjetivos. (Ver ANEXO I)

La elección del método se realizó en base a las ventajas que ofrece el mismo:

- se ajusta a un plan previo
- se superan respuestas dubitativas
- se evitan demoras
- el entrevistado tiene menos oportunidad de ser influenciado por terceros.

Las variables independientes cuantificadas y analizadas fueron las áreas de desempeño laboral, edad, tiempo de ejercicio laboral.

Las variables dependientes cuantificadas y analizadas correspondieron a tipo de accidente laboral, número de accidente laboral, destinatario del informe y/o denuncia sobre el accidente, conocimiento y aplicación de las normas de bioseguridad laboral, y actitud frente a los diferentes tipos de accidentes laborales de tipo biológico.

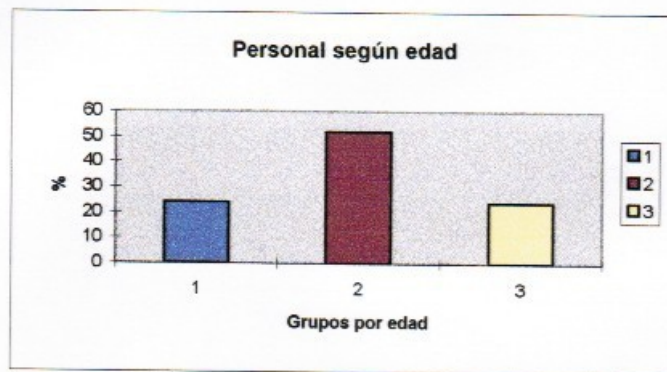
A partir de los datos obtenidos se determinaron las características de la población y posteriormente se efectuó un estudio de las mismas.

Para el procesamiento de la información obtenida se creó una planilla de datos de las variables estudiadas mediante la cual se obtuvieron valores calculados de estadística básica (promedios, valores máximos y mínimos).

RESULTADOS.

La población analizada contó con treinta y ocho individuos, escogidos por conveniencia de un universo total de ciento veinticinco.
En su totalidad fueron del sexo femenino.

GRAFICO N° 1



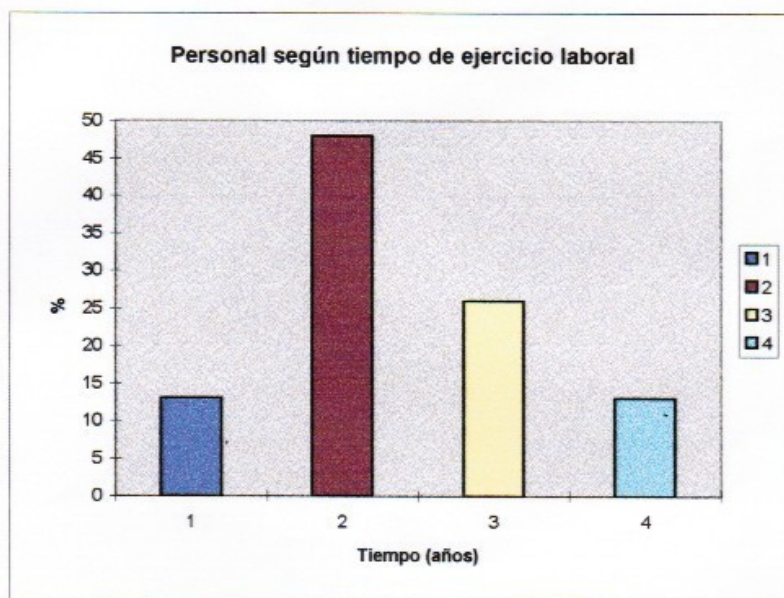
El promedio de edad fué de 39.5 años , con una mínima de 28 y una máxima de 53 años.

CUADRO N° 1

PERSONAL SEGUN EDAD

GRUPO	EDAD (años)	CANTIDAD	%
1	25 a 34	9	24
2	35 a 44	20	52
3	45 a 54	9	24
		38	100

GRAFICO Nº 2



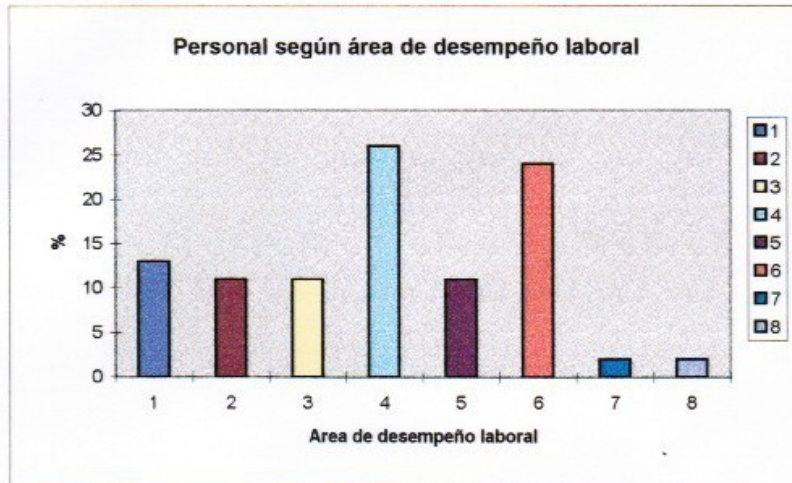
CUADRO Nº 2

PERSONAL SEGUN TIEMPO DE EJERCICIO LABORAL

GRUPO	TIEMPO (años)	CANTIDAD	%
1	0 a 5	5	13
2	6 a 10	18	48
3	11 a 15	10	26
4	16 a 20	5	13
		38	100

El promedio de tiempo de ejercicio laboral, fué de 10.23 años, con un tiempo mínimo de 3 y un máximo de 20 años.

GRAFICO N° 3



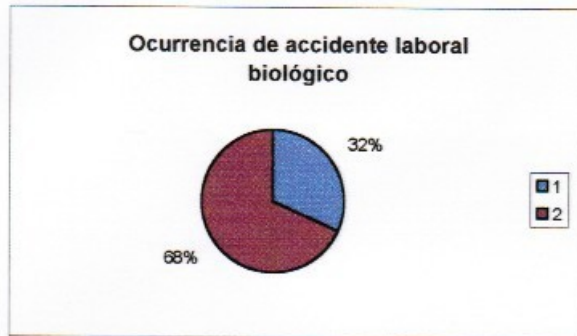
CUADRO N° 3

PERSONAL SEGUN AREA DE DESEMPEÑO LABORAL

GRUPO	TIPO	CANTIDAD	%
1	Neurología	5	13
2	Nefrología	4	11
3	Emergencia	4	11
4	Cirugía	10	26
5	Block quirúrgico	4	11
6	Medicina	9	24
7	O R L	1	2
8	Oftalmología	1	2
		38	100

De la población encuestada, los mayores porcentajes correspondieron a los servicios de Medicina y Cirugía.

GRAFICO N° 4



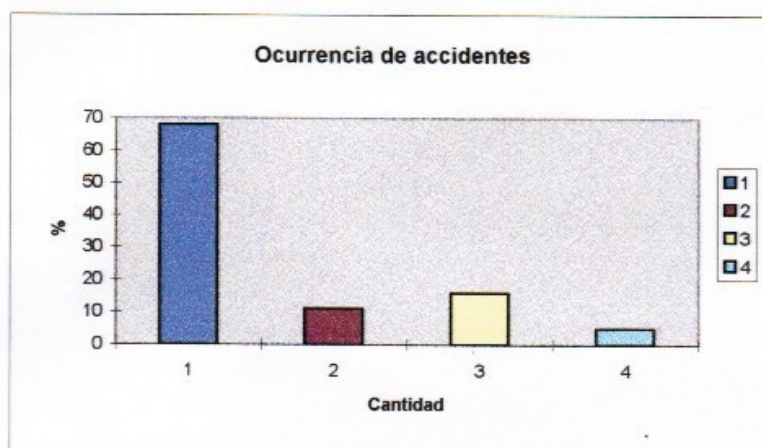
CUADRO N° 4

OCURRENCIA DE ACCIDENTE LABORAL BIOLOGICO

GRUPO		CANTIDAD	%
1	SI	12	32
2	NO	26	68
		38	100

Del total de los 38 individuos encuestados, 12 sufrieron accidentes laborales de tipo biológico (32%).

GRAFICO Nº 5



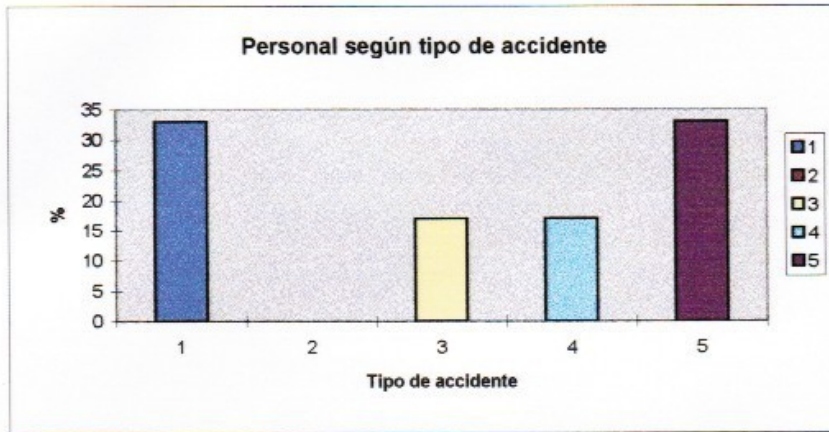
CUADRO Nº 5

OCURRENCIA DE ACCIDENTES

GRUPO	NUMERO	CANTIDAD	%
1	0	26	68
2	1	4	11
3	2	6	16
4	MAS VECES	2	5
		38	100

De los 12 individuos que sufrieron accidentes laborales de tipo biológico, el 11% sufrió sólo uno, el 16% dos, y el 5% sufrió más de dos accidentes.

GRAFICO N° 6



CUADRO N° 6

PERSONAL SEGUN TIPO DE ACCIDENTE

GRUPO	TIPO	CANTIDAD	%
1	corto-punzante	4	33
2	inoculación	0	0
3	salpicadura	2	17
4	mordedura	2	17
5	derrame amb.	4	33
		12	100

La distribución ,en una población de 12 individuos, según el tipo de accidente fué la siguiente : 33% cortopunzantes, 33% derrame ambiental, 17% salpicaduras, 17% mordedura de pacientes.

CUADRO N° 7

TIPO DE ACCIDENTE SEGUN AREA DE DESEMPEÑO LABORAL

GRUPO	TIPO	SERVICIOS			
		Medicina	Cirugía	Block Quirúrgico	Emergencia
1	Cortopunzante	2	2	0	0
2	Derrame ambiental	0	1	1	2
3	Mordedura paciente	1	0	1	0
4	Salpicadura	0	1	1	0

El cuadro muestra que los servicios en los cuales se produjeron mayor cantidad de accidentes fueron Medicina y Cirugía .

Las treinta y ocho enfermeras universitarias encuestadas afirmaron que en caso de sufrir un accidente laboral de este tipo, informan a su jefe inmediato.

La respuesta del 100% encuestado fue negativa respecto a si la denuncia contribuía a disminuir los accidentes mencionados anteriormente, resaltándose dos categorías:

- a) porque la notificación no modifica lo sucedido
- b) porque no produce beneficio económico.

De las profesionales que NO NOTIFICAN (16%), no lo hacen por las siguientes causas:

- * porque insume tiempo de descanso
- * por el multiempleo
- * porque en caso de enfermar no se recibe ninguna compensación económica

El 100% de las encuestadas dice conocer las normas de la institución sobre cómo actuar cuando se produce un accidente laboral.

Al solicitar que las enunciaran, el 80% dice que debieran comunicar al jefe inmediato, completar un formulario, ir a la Sección de Recursos Humanos y a la División Universitaria de Salud (D.U.S.). El 9.5% comunica al jefe inmediato, consulta al médico del Servicio de Emergencia y se realiza un control con paraclínica; el 10.5% restante dice que debiera comunicar a su jefe inmediato, llenar un formulario en la División Enfermería, concurrir a la D.U.S. y luego al Banco de Seguros del Estado.

De las doce (12) enfermeras universitarias accidentadas, cuatro (4) completaron el proceso de denuncia, lo que corresponde al 33%.

Del total de las encuestadas, el 13% ha participado en actividades educativas sobre bioseguridad laboral dentro de la institución.

El 100% de las encuestadas refiere que la institución cuenta con normas de bioseguridad laboral y aseguran conocerlas y aplicarlas por:

- protección personal
- protección al paciente
- protección al equipo humano
- protección al medio
- para educar
- para prevenir

En orden de preferencia al interrogar sobre cuáles normas aplicaban de una lista que se les proporcionó, aludieron el uso de guantes, tapabocas y sobretúnica.

La protección ocular es utilizada exclusivamente cuando la institución se los proporciona.

El 88% manifiesta reencapsular las agujas antes de descartarlas; el 100% desecha el material corto-punzante en frascos de plástico.

Con respecto al transporte de tubos o frascos con muestras para laboratorio, 10% lo realiza en forma adecuada , y el resto en forma inadecuada.

Frente a la corto-punción el 100% procede con la técnica y luego averigua sobre el tipo de paciente.

Frente a la inoculación con fluidos corporales, el 100% aplica medidas higiénicas y de desinfección correspondientes.

Frente a la salpicadura en mucosa conjuntiva con fluidos corporales, el 76% aplica medidas higiénicas y un 24%, además de esto, se aplica colirios y visita al oftalmólogo.

Al interrogar sobre qué hacer ante la mordedura de un paciente, el 100% afirma que realiza medidas higiénicas, desinfección, lee la historia clínica del paciente y luego denuncia.

En el caso de derrame de fluidos corporales en el ambiente, el 19% conoce la técnica correcta.

En suma, la población estudiada considera que el denunciar los accidentes laborales de tipo biológico no contribuye ni a disminuirlos ni a evitarlos.

En algunos casos la denuncia no se realiza porque insume tiempo de descanso, por el multiempleo o porque no reciben compensación económica, aunque si todos conocen las normas institucionales referentes a la conducta a seguir frente a un accidente laboral.

De la población accidentada, sólo una tercera parte completó el proceso de denuncia.

Enfermería profesional conoce las normas de bioseguridad laboral institucionales y refiere aplicarlas.

Un bajo índice de la población ha participado en actividades educativas sobre bioseguridad laboral.

CONCLUSIONES.

Interesa destacar que sobre este tema, se encontraron pocos trabajos de investigación, y no se tuvo acceso a ninguno dentro de la institución, por lo cual no ha sido posible comparar los resultados de este trabajo con otros anteriores, por lo que los resultados del mismo constituyen sólo una observación y no una conclusión definitiva.

Podemos concluir que la población de enfermería profesional encuestada, conoce el proceso de denuncia, aunque sólo un tercio cumple con el mismo, ya que consideran que la notificación no contribuye a disminuir los accidentes laborales de tipo biológico, y porque la misma les insume tiempo y por ello no reciben compensación económica alguna.

El 100% de la población encuestada dice conocer las normas de bioseguridad laboral, pero los resultados demuestran que procesan y descartan el material corto punzante, transportan las muestras de laboratorio y tratan un derrame ambiental de manera inadecuada.

La participación en actividades educativas sobre el tema, es baja.

PROPUESTAS.

Las propuestas de este trabajo apuntan a resaltar la importancia de la implementación de acciones hacia:

- a - la adecuación de la realidad a las normas de protección de la salud del trabajador
- b - la educación, capacitación y motivación del personal de enfermería, para el cumplimiento de las normas institucionales respecto a la bioseguridad laboral.

1 - Resultaría importante la implementación de cursos o talleres de educación continua al personal de enfermería, en los diferentes servicios de la institución, sobre bioseguridad laboral.

La capacitación de los profesionales de enfermería permitirá, entonces, contar con un equipo competente para educar, apoyar y motivar al resto del personal, disminuyendo en parte el número de accidentes.

2 - Concientizar sobre la importancia de la denuncia y la realización de cadenas de seguimiento del personal accidentado, las cuales redundarán en un beneficio para su propia persona (valoración y cuidado de su salud).

Las enfermeras conforman un grupo de alto riesgo frente a estos accidentes, muchos de los cuales por no revestir trascendencia inicial (aparente) no son denunciados, siendo éstos el inicio de graves infecciones con resultados incapacitantes durante plazos variables.

- 3 - Modificar el formulario de denuncia, proporcionando mayor espacio para la descripción del accidente y de la lesión producida, introduciendo otros items tales como la causa que produjo el hecho y la conducta seguida por el trabajador.
El registro permite conocer con certeza la situación epidemiológica real de la institución.
- 4 - Realizar una futura investigación que permita conocer qué eventos constituyen los accidentes laborales, con el fin de que esto contribuya a su disminución.
- 5 - La necesidad de seguir investigando sobre las causas que llevan al comportamiento de enfermería profesional, descrito en este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- (1) ANDER-EGG, E.- "Tecnicas de Investigación" Humanitas, Buenos Aires, 1983.
- (2) ASK, P./OBERG.P. Ake.- "Seguridad técnica en la sanidad".
Ed. Masson-Salvat.
- (3) BENNET & BRACMMAN.- "Hospital Infections".
3a. Edición 1992.
- (4) BLEGER, J. "Psicología de la Conducta"
- (5) CANALES, F.H.- "Metodología de la investigación".
OPS 1989.
- (6) CARLEVARO, P.V.- "El Protocolo de la investigación".
Revista Médica del Uruguay. Vol.I-Nº1 (2da. Epoca) -
Noviembre de 1985.
- (7) CAÑEDO, D.- "Investigación Clínica".
- (8) CORREA, AZANZA, BURONI.- "Medidas de aislamiento para pacientes infectados".
Hospital de Clínicas - Facultad de Medicina.
Montevideo, 1987.
- (9) DORLAND.- "Diccionario de Ciencias Médicas".
7ma. Edición. Ed. "El Ateneo". Barcelona 1986.
- (10) GESTAL OTERO, J.J.- "Riesgos del trabajo del personal sanitario".
1era. Edición, 1989. Ed. McGRAW-HILL. Madrid.
- (11) ICART, M.T.- "Protocolo de investigación" (I).
Revista "Rol de Enfermería" Nº152 - pág. 11 a 16.
- (12) JACOBSON,E.- "Assisttant editor of AJN".
Hospital Hazards. Part. 2: How to protect yourself: AMJ.
Nurs Abril 1990.
- (13) Mc. CKORMICK,R. y Colab.- "Epidemiología de heridas causadas por pinchazos de aguja en personal clínico".
AMJ MED 1981 70: 928-932 EEUU.

- (14) MARTI MERCADAL, J.A.- "Medicina del trabajo".
Ed. Masson: 2/1993.
- (15) MÉNDEZ, DECARO, PUTCHER, SAVIO.- "Sida".
Hospital de Clínicas- Facultad Medicina
Montevideo, junio 1987.
- (16) NIGHTINGALE, F.- "Notas sobre enfermería"
Ed. Salvat 1990.
- (17) O.I.T. - "Empleo y condiciones de trabajo en los servicios médicos y de salud".
Ginebra, 1985.
- (18) O.I.T.- "Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo" Vol. I A-E
Edición Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid 1989.
- (19) ROSSELLO, J. "Diccionario de Psicología" Elicien, Barcelona, 1980.
- (20) RUBEN, F. y Colab.- "Epidemiología de heridas accidentales por pinchazos de
aguja en trabajadores del hospital".
AMJ MED SCI 1983 286: 26 A 30 EEUU.
- (21) S.M.U.- "Manual de aislamiento y medidas precautorias para el manejo de pacientes
infectados".
Sindicato Médico del Uruguay 1994.
- (22) STONES, D.L.- "La seguridad en los hospitales".
Ed. Limusa. México. 1era. edición 1987.
- (23) WISNER, Alain.- "Ergonomía y condiciones de trabajo".
Editorial Humanitas.
- (24) "Medicina Preventiva y Social - Niveles de Prevención"
Carpeta de Enfermería Comunitaria.
- (25) "Universal Precautions" Asociation of Operating Nurses Revised, March 1994.

A N E X O S

I N D I C E

ANEXO I	
Modelo de la encuesta.....	1
ANEXO II	
Modelo de denuncia del Hospital de Clínicas	9
ANEXO III	
Recomendaciones	11

ANEXO I

MODELO DE LA ENCUESTA

El objetivo de la entrevista es conocer la actitud de la enfermera universitaria frente a un accidente laboral de tipo biológico producido en su persona, con la finalidad de que tome conciencia de la importancia que tiene realizar la denuncia correspondiente.

Se aclararán algunos puntos de la entrevista con el fin de unificar el significado de las preguntas, disminuyendo así los sesgos de la encuesta.

AL INTERROGAR SOBRE:

- **Edad:** se refiere al tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.
- **Sexo:** condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.
- **Servicio:** se refiere al tipo de especialización y de pacientes que se asisten.
- **Tiempo de ejercicio laboral:** se refiere al tiempo que el encuestado lleva trabajando en la institución.
- **Veces que se accidentó en la institución:**
0 = ninguna, 1 = una vez, 2 = dos veces, más veces = más de dos veces
- **Denuncia:** se refiere a si ha notificado o no a las autoridades competentes.
- **¿Por qué no?:** se refiere a la razón por la cual no realizó la denuncia correspondiente.
- **Conoce las normas de bioseguridad:** se refiere a si sabe lo que son y cuáles son.
- **Norma:** se entiende por norma aquello que debe cumplirse por estar así establecido u ordenado o por haberse convenido en una sociedad, grupo, etc. Es aquello que indica el modo de hacer una cosa, de comportarse, etc.
- **De dónde:** explicita si obtuvo información donde estudió, en el servicio, en material bibliográfico, de cursos u otro.
- **Accidente laboral de tipo biológico:** se refiere a accidentes cortopunzantes, inoculación, salpicadura, mordedura de paciente y derrame ambiental de fluidos corporales potencialmente contaminantes.

Definiendo como

- * **accidente cortopunzante:** es aquel que se produce como consecuencia de la introducción de una hoja de bisturí, trócar o aguja en cualquier parte del cuerpo de un individuo.
 - * **inoculación:** es la introducción voluntaria o accidental, por una herida tegumentaria, del germen de una enfermedad.
 - * **salpicadura:** es la diseminación en pequeñas gotas, de un líquido o sustancia pastosa, sobre las membranas mucosas (boca, ojos, nariz).
 - * **mordedura de paciente:** es la lesión producida por la acción de morder.
 - * **derrame ambiental:** es el derrame o caída de un fluido corporal potencialmente contaminante sobre la ropa de cama, uniforme de la enfermera, piso, etc.
-
- **Potencialmente contaminante:** se refiere a todo artículo que tome contacto con el paciente, el que deberá ser considerado contaminado.

Fecha:.....

Conocimientos, prácticas y actitudes de la Enfermera Universitaria frente a un accidente laboral de tipo biológico (corto-punzante, inoculación, salpicadura, mordedura de paciente y derrame ambiental)

ENCUESTA

(1) Servicio

(2) Cargo

(3) Edad [] años

(4)Sexo : F [] o M []

(5) Tiempo de ejercicio laboral [] años [] meses []

(6) ¿Ha sufrido algún accidente laboral de tipo biológico?

Si []
No []

(7) ¿ Cuántos en los últimos tres años ?

0 []
1 []
2 []
más veces []

(8) Tipo de accidentes :

.....
.....

(9) ¿ A quien notifica en su institución al sufrir un accidente de este tipo ?

.....
.....
.....

(10) ¿Cree usted que la denuncia puede contribuir a disminuir, de alguna manera, los accidentes de este tipo?

Si []
No []

¿Porqué?.....

.....
.....

(11) En caso de no notificar, ¿por qué no lo hace?

.....
.....
.....

(12) ¿Conoce las normas de la institución respecto a las denuncias de accidentes de este tipo?

Si []
No []

Enúncielas :

.....
.....
.....

(13) Si contestó afirmativamente en el ítem (6), ¿ completó todo el proceso de la denuncia ?

Si []
No []

Especifique

.....
.....
.....

(14) ¿Ha participado en actividades educativas sobre bioseguridad ?

Si []
No []

Indique donde :

(15) ¿ Cuenta su institución con normas de bioseguridad laboral ?

Si []
No []

(16) ¿ Las conoce ?

Si []
No []

Enúncielas :

(17) ¿ Las aplica ?

Si []
No []

¿Porqué?

(18) ¿ Cuáles de las siguientes normas aplica ?

- uso de guantes en los procedimientos que lo requieren SI [] NO []
- uso de tapabocas SI [] NO []
- uso de sobretúnica SI [] NO []
- uso de protección ocular SI [] NO []
- reencapsula las agujas antes de descartarlas SI [] NO []
- donde desecha el material corto-punzante:
 - ◆ caja de cartón SI [] NO []
 - ◆ frasco de plástico SI [] NO []
 - ◆ bolsa de residuos SI [] NO []
 - ◆ lo destruye con equipo correspondiente SI [] NO []
 - ◆ otro SI [] NO []
- cuando transporta tubos o frascos c/muestras, los lleva en :
 - ◆ recipientes de vidrio SI [] NO []
 - ◆ con tapa SI [] NO []
 - ◆ en la mano SI [] NO []
 - ◆ en bolsa de nylon SI [] NO []
 - ◆ en caja de cartón SI [] NO []
 - ◆ en bandeja SI [] NO []

(19) ¿ Qué actitud toma frente a los siguientes hechos ?

Corte punción con material potencialmente contaminado :

.....
.....
.....

Inoculación con fluidos corporales :

.....
.....
.....

Salpicadura en mucosa conjuntiva con fluidos corporales :

.....
.....
.....

Mordedura de un paciente :

.....
.....
.....

Derrame de fluidos corporales en el ambiente :

.....
.....
.....

Le agradecemos su colaboración.

ANEXO II

ANEXO III

HOSPITAL DE CLINICAS
"DR. MANUEL QUINTELA"
DIVISION RR.HH.

Fecha del informe

--	--	--

DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL PERSONAL

LEY 16.074

Nombre del funcionario accidentado.....
Edadaños Estado Civil..... Cargo..... C.I.....
Domicilio.....
entre.....

Fecha del Accidente
Hora.....
Abandonó el trabajo:
fecha..... hora.....
Horario de trabajo del Siniestrado en el día del accidente.....

Descripción del accidente:

Lesión producida:

Quién prestó los primeros
Auxilios.....

Encargado de supervisar el trabajo en el momento del accidente:
Nombre:..... Cargo:.....

TESTIGOS:
Nombre..... C.I.....
Domicilio.....

Nombre.....
Domicilio.....

Firma responsable
Nº de Reloj:

Instructivo al dorso

RECOMENDACIONES.

Dada la importancia del tema, la O.M.S. auspició la reunión de un "grupo de trabajo sobre los riesgos profesionales en los hospitales", en octubre de 1981, con el objetivo de especificar los riesgos profesionales de las distintas categorías de trabajadores hospitalarios y examinar las medidas a tomar para impedir su efecto desfavorable para la salud.

El grupo destacó los principales riesgos físicos, químicos, biológicos y sicosociales a los que están expuestas las diferentes categorías de profesionales que trabajan en los hospitales.

Desde ese momento la O.M.S. recomienda a los gobiernos y organizaciones profesionales:

1. Recoger datos sobre morbilidad y mortalidad del personal, ausentismo, accidentes, heridas, etc.
2. Vigilancia del medio ambiente, haciendo hincapié en el óxido de etileno, formaldehído, gases anestésicos y solventes en el aire, niveles de ruido, emisores electromagnéticos y vigilancia en la eliminación de residuos.
3. Exámenes de salud previo al ingreso y periódicamente.
4. Necesidad de investigación.
5. Organización de los métodos de trabajo.
6. Orientación y educación sanitaria sobre los riesgos profesionales.
7. Creación de unidades de salud laboral en los hospitales.
8. Medidas legislativas.