



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ATENCIÓN AL ADULTO Y ANCIANO



***EL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE
TRABAJA EN UNA INSTITUCIÓN
PÚBLICA DE SALUD EN LA CIUDAD DE
MONTEVIDEO CONOCE Y APLICA LAS
NORMAS DE BIOSEGURIDAD***

En los Servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

AUTORES:

Br. Franca, Sandra
Br. Rodríguez, María José
Br. Rodríguez, Shirley
Br. Vigne, Juan
Br. Vigne, Ruth

TUTOR:

Prof. Agdo: Gloria Piñero

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

Montevideo, 2010

INDICE

Glosario de siglas y abreviaturas.....	Pág. 3
Agradecimientos.....	Pág. 4
Resumen.....	Pág. 5
1. Introducción.....	Pág. 7
2. Planteamiento de Problema.....	Pág. 8
3. Fundamentación del tema.....	Pág. 9
4. Marco teórico-Conceptual.....	Pág.11
5. Objetivos:	
5.1 Objetivo General.....	Pág.26
5.2 Objetivo Específico.....	Pág.26
6. Metodología.....	Pág.27
6.1 Tipo de Estudio.....	Pág.27
6.2 Material y Método de Investigación.....	Pág.27
6.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	Pág.27
6.4 Sujeto y Objeto de estudio.....	Pág.27
6.5 Autorización y Proceso.....	Pág.27
6.6 Variables.....	Pág.29
6.7 Plan de análisis.....	Pág.32
7. Análisis y Tabulación.....	Pág.33
8. Conclusión y sugerencias.....	Pág.65
9. Referencias Bibliográfica.....	Pág.67
10. Anexos.....	Pág.68
Anexo N° 1.....	Pág.69
Anexo N° 2.....	Pág.71
Anexo N° 3.....	Pág.73
Anexo N° 4.....	Pág.75
Anexo N° 5.....	Pág.76
11. Diagrama de Gantt.....	Pág.85

GLOSARIO

- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **PU:** Precauciones Universales.
- **IIH:** Infección Intrahospitalaria.
- **CDC:** Center for Disease Control
- **NNIS:** National Nosocomial Infections Surveillance

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación, ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación por parte del grupo investigador, no hubiese sido posible su finalización sin el apoyo de cada una de las personas que estuvieron involucradas.

Agradecemos a nuestra tutora Prof. Gloria Piñero por el apoyo y aporte en la realización de ésta investigación, así como también a todo el Personal de Salud de la Institución Pública que colaboró.

Agradecemos a nuestras familias por el apoyo incondicional y paciencia.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue realizado por un grupo conformado por cinco bachilleres cursando el cuarto ciclo, plan 93 correspondiente a la carrera Licenciatura en Enfermería, el cual pretendió estudiar el conocimiento y la aplicación de las Normas de Bioseguridad por parte del Personal de Enfermería.

El estudio se llevo a cabo en una Institución Pública de Salud, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica, ubicado en la ciudad de Montevideo, en el período comprendido entre los meses de Julio –agosto de 2010, en los turnos de mañana, tarde y vespertino. El problema que se abordó fue: determinar si el personal de enfermería conoce y aplica las Normas de Bioseguridad en el Servicio de Clínica Médica y en los servicios de Clínica Quirúrgica, en el período transcurrido entre los meses de Julio –agosto de 2010. (Servicio Público).

El grupo investigador se planteó como objetivo general:

Establecer si el personal de enfermería (Licenciada de Enfermería, Auxiliar de Enfermería e interna pasante de Enfermería) conocen y aplican las Normas de Bioseguridad en el Servicio de Clínica Médica y en los servicios de Clínica Quirúrgica, en el período transcurrido entre los meses de Julio –agosto de 2010 (Servicio Público). El diseño metodológico utilizado fue de tipo descriptivo, de corte transversal. El universo es todo el personal de Enfermería que trabaja dentro de dicha institución. La muestra fue no probabilística, por conveniencia, siendo esta un total de 74 personas (personal de Enfermería que trabaja en dicha institución, Licenciada de Enfermería, Auxiliar de Enfermería e interna pasante de Enfermería). En relación a criterios de inclusión se tomó en cuenta al personal de enfermería que estuvo presente en el momento de la entrevista y aceptaron participar. Las variables que seleccionamos para determinar el conocimiento y aplicación de las Normas de Bioseguridad fueron: conocimiento de las Normas de Bioseguridad, existencia de protocolos en el servicio, lavado de manos, uso de guantes, uso de tapa bocas, uso de lentes protectores, uso de sobre túnicas, descarte del material corto-punzante, descarte del material contaminado, descarte del material de desecho, manipulación del material corto-punzante.

Para la recolección de datos, se utilizaron dos modalidades:

1) El grupo investigador construyó un instrumento para realizar una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas, de respuesta dicotómicas, dirigido a las Licenciadas de Enfermería, Auxiliares de Enfermería, e internas pasantes de Enfermería, de carácter anónima. 2) También elaboró un segundo instrumento que consiste en una planilla de observación no participante, para determinar si aplican o no las normas de bioseguridad de carácter anónima.

Una vez recabado los datos, se realizó un análisis univariado, siendo posteriormente expuestos mediante tablas de Frecuencia Absoluta y Frecuencia

Relativa. A su vez estos fueron presentados en Diagrama de torta, para una mejor visualización de los mismos.

El estudio evidenció fortalezas, debilidades y discordancias, el porcentaje mayor de la muestra conoce y aplica las normas de bioseguridad.

Lo llamativo del estudio es que un porcentaje importante de la población estudiada refiere que los servicios no cuentan con protocolos pero sin embargo trabajan con precauciones estándares de bioseguridad en su quehacer diario.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue realizado por un grupo de cinco bachilleres, cursando el cuarto ciclo, trabajo de investigación, correspondiente a la carrera de Licenciatura en Enfermería, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

El motivo por el cual se llevó a cabo esta investigación, fue para cumplir con el requisito curricular de finalización de la carrera; teniendo en cuenta que también contribuye a nuestra formación como Licenciados en Enfermería.

Desde el punto de vista metodológico la investigación consistió en un estudio de diseño descriptivo, de corte transversal, donde se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre las Normas de Bioseguridad, para posteriormente determinar su conocimiento y aplicación en los servicios antes mencionados.

Considerando que la Bioseguridad es una doctrina de comportamiento orientada a lograr actitudes que disminuyan el riesgo del trabajador de salud de adquirir infecciones en el medio laboral y una forma de cuidado no solamente para éste sino también para el mismo paciente, creemos de suma importancia determinar si las normas de bioseguridad son conocidas y aplicadas por el personal de enfermería de dicha Institución.

Como objetivo general nos planteamos: establecer si el personal de enfermería conoce y aplica las Normas de Bioseguridad en el servicio de Clínica Médica y en los servicios de Clínica Quirúrgica en el período transcurrido entre los meses de Julio –agosto de 2010 (Servicio Público).

Nuestro universo fue todo el Personal de Enfermería que trabaja dentro de la Institución Pública de Salud, la muestra fue no probabilística, por conveniencia, integrada por el personal de Enfermería que trabaja en el servicio de Clínica Médica y los servicios de Clínica Quirúrgica, en los turnos mañana, tarde y vespertino.

PREGUNTA PROBLEMA:

Determinar si el personal de enfermería conoce y aplica las Normas de Bioseguridad en el Servicio de Clínica Médica y en los servicios de Clínica Quirúrgica, de una Institución Pública de Salud de la ciudad Montevideo, en el período transcurrido en los meses de Julio –Agosto de 2010, en los turnos mañana, tarde y vespertino.

FUNDAMENTACIÓN:

La bioseguridad es una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes que disminuyan el riesgo del trabajador de salud de adquirir infecciones en el medio laboral, comprometiendo a todas aquellas personas que se encuentran en el ambiente asistencial.

Dentro de éste ámbito se encuentra un alto índice de infecciones intrahospitalarias que pueden llegar a ser un riesgo tanto para el personal de la salud como también para el paciente. Estas generan elevados costos al prolongar los días de hospitalización aumentando el consumo de antimicrobianos, y la mortalidad. En estudios realizados a nivel mundial se estima que de un 5 a 10 % de los pacientes que ingresan en un hospital adquieren una infección que no estaba presente, o incubándose, en el momento de su llegada al centro.

Teniendo en cuenta esta situación es necesario elevar los niveles de calidad en el cuidado de los usuarios, es una responsabilidad constante de los profesionales de la salud.

Para eso es indispensable que todo el personal sanitario ya sea médico, enfermeros y técnicos estén perfectamente entrenados en trabajar evitando las complicaciones propias de cada práctica diagnóstica o terapéutica.

Cada ser humano está rodeado de su propio entorno biopsicosocial, que afecta la interacción personal en su comportamiento, su habilidad, su concentración, su forma de pensamiento y su respuesta a los procesos patológicos. En el ámbito de la atención en salud quien interactúa no sólo debe estar atento a su labor y a la relación personal con una sola persona o varias a la vez, sino también al funcionamiento adecuado de los demás agentes involucrados como son la tecnología y los equipos, lo cual resulta usualmente difícil de mantener por largo tiempo favoreciendo la aparición del error. Debido a esto se necesita crear una cultura de seguridad que genere rutinariamente en el personal hábitos y prácticas seguras.

Teniendo en cuenta que siempre van a existir los errores, la acción más lógica y necesaria para la institución sería la creación de una cultura institucional educativa y no punitiva que tenga su punto de partida en el informe y análisis de los errores y eventos adversos.

Debido a todo lo antes mencionado es necesario diseñar estrategias, que estén destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección en servicios de salud. Considerando que los trabajadores hospitalarios habitualmente se encuentran expuestos a una importante variedad de factores de riesgos laborales, que en consecuencia pueden provocar accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales diversas, es

imprescindible que el personal de salud, conozca y aplique las normas de bioseguridad.

Según estudios realizados sobre accidentes laborales en nuestro país, se ha evidenciado que estos se presentan con mayor frecuencia en el personal de enfermería siendo el accidente más frecuente los de tipo corto punzantes, por este motivo es necesario la aplicación de las normas de bioseguridad para evitar que el personal sanitario involucrado en estas situaciones adquieran diferentes tipos de infecciones.

Por lo tanto, nuestra investigación pretendió establecer si este fenómeno se debe a que el personal desconoce las normas de bioseguridad, o las conoce y no las aplica.

Según los resultados obtenidos al finalizar la investigación, se logró obtener una visión de cómo se están aplicando las normas de bioseguridad y el conocimiento que el personal de enfermería tiene de ellas, sabiendo de antemano la importancia que tiene la aplicación de las mismas para evitar las infecciones intrahospitalarias brindando de ésta manera mayor seguridad al paciente como al propio personal sanitario.

MARCO TEÓRICO

Definición de Salud: “Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. (Enunciada por la OMS en 1948).

Definición de Enfermedad: “Cuando comenzamos a estudiar los conceptos de salud y enfermedad desde la visión de medicina laboral los parámetros de valoración se hacen más difíciles de evidenciar debido a la relación de alteración del estado de bienestar con el trabajo”. La salud y la enfermedad son el resultado de una interacción constante entre el organismo y el medio ambiente en el que el hombre crece y se desarrolla. Es preciso comprender que la salud nunca es la misma como tampoco lo es la sociedad.

Definición de Infección Hospitalaria: (OMS):

Es una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud, en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación al momento de la internación.

La infección hospitalaria genera elevados costos al prolongar los días de hospitalización, aumenta el consumo de antimicrobianos, y aumenta la mortalidad. En estudios realizados a nivel mundial se estima que de un 5 a 10 % de los pacientes que ingresan en un hospital adquieren una infección que no estaba presente, o incubándose, en el momento de su llegada al centro.

Elevar los niveles de calidad en el cuidado de los usuarios es una responsabilidad y preocupación constante de los profesionales de la salud. El control de infección hospitalaria (IH), es un indicador de la calidad de la atención de las Instituciones de Asistencia Médica.

El programa de control de infecciones tiene como objetivos principales:

- Proteger al paciente
- Proteger al personal de salud, visitas y otras personas en el ambiente hospitalario
- Reducir la infección nosocomial
- Reducir el tiempo de internación
- Reducir los costos relacionados con la internación

Los programas de control de infecciones abarcan toda la práctica hospitalaria y proporcionan un medio para la evaluación mediante la Auditoria Clínica. Problemas como la reducción de tasas de infecciones y la resistencia bacteriana a los antibióticos, requieren de un sistema de vigilancia y un entrenamiento adecuado del personal vinculado a la asistencia. El apoyo a ésta actividad debe provenir de las más altas esferas de decisión nacional e institucional, ya que

impacta directamente en la mortalidad, morbilidad y costos vinculados al proceso asistencial.

Ningún hospital del mundo está exento de esta situación y, por supuesto, es mucho más seria en los países subdesarrollados.

Son múltiples las vías por las cuales un paciente adquiere una infección intrahospitalaria, siendo una de las más frecuentes la transmisión por vía directa o indirecta, a través de las manos y de materiales contaminados. Alrededor del 3 al 5 % de los pacientes que se infectan en el hospital fallecen por esta causa, por ello resulta necesario conocer el comportamiento de la mortalidad asociada a IIH, sobre todo en aquellas infecciones que ponen en riesgo la vida del paciente, y que en orden de frecuencia son sepsis generalizadas, bronconeumonía y otras sepsis (infecciones del sistema nervioso central, endocarditis bacteriana, etc.).

La mayoría de las IIH son endémicas y se presentan continuamente en cierto grupo de pacientes con características individuales tales como la edad, alteraciones en su mecanismo de defensa, (por su enfermedad de base o por tratamientos con inmunosupresores o inmunodepresores), o procedimientos invasivos diagnósticos o terapéuticos, que los predisponen a adquirir infecciones dentro del hospital.

La importancia de las IIH fue intuida ya por varios médicos y cirujanos ilustres incluso antes de que se lograra aislar la primera bacteria, posteriormente durante los primeros años de la era antibiótica, se llegó a pensar que podrían ser totalmente erradicadas. Sin embargo no tan solo no fue así, sino, que cuantitativamente fueron en Aumento, o en cuanto menos, su frecuencia no descendió y experimentaron cambios etiológicos substanciales, de forma gradual pero interrumpida hasta la actualidad.

A partir de 1970 se reconoce la importancia real de las IIH. El Center for Disease Control (CDC) organizó ese año una conferencia internacional para delimitar el problema y recomendar líneas de actuación comunes. Asimismo patrocinó un estudio a escala nacional denominado National Nosocomial Infectious Surveillance (NNIS) basado en programas de seguimiento y control continuado de las IIH. En el momento actual, los hospitales de EE.UU. deben disponer de un programa de vigilancia y control continuado de las IIH y personal especializado para llevarlo a cabo, para poder obtener su acreditación.

Los datos sobresalientes del NNIS, publicados periódicamente por el CDC desde 1970, demuestran que la incidencia global de IIH permanece estable y oscila entre el 4% en los grandes hospitales universitarios y el 2.5% en hospitales no universitarios de menor tamaño. Las localizaciones más frecuentes de las IIH son, por este orden, la infección urinaria, la del tracto respiratorio inferior, la de herida operatoria y la bacteriemia. La flora causante es muy variada y seguirá variando con el paso del tiempo.

El análisis de la frecuencia de las IIH a lo largo del tiempo permite deducir que se trata de un fenómeno endémico y que, ocasionalmente, se detectan brotes

epidémicos, limitados en el tiempo y relativamente circunscritos en el espacio. Estos brotes destacan sobre el nivel basal, que suele mantenerse relativamente estable.

Por este motivo se necesitan médicos, enfermeras y técnicos perfectamente entrenados en trabajar evitando las complicaciones propias de cada práctica diagnóstica o terapéutica. Para evitar las complicaciones y mejorar la eficiencia se debe ahora monitorear, gerenciar y optimizar las prácticas del personal de la salud basados en las evidencias científicas de la literatura médica.

Las infecciones adquiridas en los centros asistenciales son una realidad, estas son complicaciones esperables y frecuentes, se las conoce desde hace muchas décadas. Pero los límites aceptables y las implicancias negativas que traen aparejadas no son tan conocidos.

La organización de los programas de epidemiología hospitalaria, nunca son un problema sencillo de resolver. Se requiere de la organización y ordenamiento de los niveles de funciones, control y supervisión, así como la correcta interacción entre ellos, logrando un trabajo multidisciplinario.

Cada hospital es único, tiene su propia cultura y su propia realidad epidemiológica así como infectológica, aunque coincida en el número de camas y complejidad.

HISTORIA MUNDIAL DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS:

En el siglo XIX la mortalidad de las parturientas en los hospitales era muy elevada, por lo que O. Wendell en 1843 advirtió sobre la contagiosidad de la fiebre puerperal. Esta preocupación llevo a Lightfoot en 1850 a escribir en el London Medical Times "Los hospitales son la puerta a la muerte para las parturientas".

En 1860 en Viena se publicaron los estudios de Semmelweis que era obstetra. A causa de la elevada mortalidad en las parturientas (10%), realizó un estudio clínico describiendo la etiología, el mecanismo de transmisión y la profilaxis, demostrando que las manos de los médicos contaminadas con material necrótico de las autopsias eran el factor de riesgo, causante de este contagio. Por lo cual empleó como estrategia el lavado de manos con una solución clorada, luego de lo cual la tasa de mortalidad en las parturientas descendió a 1.3%.

También escribió que en registros de 1784 -1822 la tasa de mortalidad era baja, y que había aumentado desde que el progreso de la medicina descubrió a la autopsia (desde 1823). Este es uno de los claros ejemplos que nos muestran que el avance de las técnicas médicas tiene que estar acompañado de un cambio y adaptación en las conductas para evitar que este se transforme en una fuente de nuevas complicaciones.

Florence Nightingale que era enfermera y Farr que era estadístico en 1856 establecieron la relación entre la mortalidad de los militares en hospitales y la falta de higiene y la comida y agua contaminadas. También relacionaron las condiciones sanitarias con complicaciones posquirúrgicas tales como gangrena, erisipela y sepsis.

En 1867 Lister, que era cirujano, relacionó los estudios de Pasteur (quien descubrió la existencia de los microorganismos), con la etiología bacteriana de las supuraciones de heridas. Para prevenir y curar las infecciones utilizó un antiséptico por primera vez.

En 1889 Halstead, que era cirujano también, comenzó a usar guantes para operar. En 1910 cirujanos alemanes comenzaron a utilizar instrumental estéril, guantes, tapabocas y túnicas.

En 1929 Dukes encontró como factor de riesgo de infecciones urinarias a las sondas vesicales. Asimismo enfatizó la importancia del sistema de drenaje como otro factor de riesgo. También introdujo el concepto del recuento de leucocitos en la orina, como elemento diagnóstico de la infección urinaria.

En 1935 fueron descubiertas las sulfonamidas que podían ahora curar infecciones serias por *Streptococcus* y *Staphylococcus*.

En 1945 Meleney, que era cirujano, enfatizó la importancia de la vigilancia epidemiológica, midiendo la tasa de infecciones en cirugía, como un método importante para controlar a esta última.

Luego de la segunda guerra mundial, el advenimiento de la penicilina, un antibiótico de baja toxicidad, revolucionó el tratamiento de las infecciones.

En 1950 la pandemia de infecciones hospitalarias por *Staphylococcus*, mostró la importancia de la normalización y regulación de su uso a través de la epidemiología hospitalaria.

Entre 1950 y 1960 Wise estableció la importancia de la vigilancia epidemiológica de las infecciones hospitalarias y de los programas de control de infecciones.

En marzo de 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 55ª Asamblea Mundial informó tasas muy altas de eventos adversos para diferentes países desarrollados que oscilaron entre 3.2% y 16.6% corroborando el gran problema existente en el ámbito mundial. Si se adiciona a las miles de personas que como producto del error no murieron pero que quedaron con una discapacidad transitoria o permanente, el problema toma dimensiones casi epidémicas, por lo cual la OMS lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad Clínica del Paciente.

Existen diferentes factores que pueden estar relacionados como:

Evento adverso:

Hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo. Por tanto, aquel evento adverso que hubiera sido posible prevenir utilizando medidas razonables, es por definición un error clínico.

El término evento adverso puede ser interpretado de manera errónea por las personas que trabajan en salud y se confunde muy fácil con el de complicaciones. Aquellos resultados adversos de los procedimientos clínicos o quirúrgicos que no se asocian con error de las personas o de los procesos, se llaman «complicaciones» y cuando son por reacciones idiosincráticas a los medicamentos

propias de los pacientes, se deben llamar «reacciones adversas», al hablar de error se hace referencia al proceso y la palabra evento adverso hace referencia al resultado.

Evento adverso potencial:

Ocurre cuando un error que pudo haber resultado en daño, es afortunadamente descubierto y corregido antes de que suceda.

Error sin daño

Son aquellos errores en los procesos de atención pero que por fortuna no afectan negativamente al paciente. La ausencia de daño se puede deber a la naturaleza de la fisiología humana o a la suerte.

En la literatura se popularizó el término error médico para referirse a los errores que se suceden en los servicios clínicos bien sea de carácter ambulatorio o de hospitalización y da la sensación a quien lo lee, que en el error estuvo comprometido un médico. Sin embargo, considerando que en el error puede estar involucrado cualquier personal asistencial y no sólo médicos, es conveniente llamarle “error clínico” en lugar de error médico. Los errores clínicos involucran entonces tanto a los eventos adversos prevenibles como a los errores sin daño.

El análisis retrospectivo de los resultados obtenidos que son adversos a los esperados, permitirá saber si se está ante la presencia de un error, una complicación, una reacción adversa o combinación de ellas.

Factores humanos, error y culpa:

La condición humana está ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción. De igual manera, la respuesta primaria del ser humano cuando sucede un error, es buscar al culpable y castigarlo.

Con cada caso de daño o muerte de un paciente debido a un error y que trasciende a la opinión pública, los medios de comunicación, los entes de regulación gubernamental, las familias de los pacientes afectados, el público en general y la institución misma, buscan la culpa individual para enseñar un castigo ejemplar. Sin embargo, culpar o castigar a alguien no asegura que una situación similar de daño a un individuo no se esté presentando simultáneamente en otro escenario clínico o que el mismo error no se vaya a repetir, incluso en un futuro cercano en la misma institución.

La industria de la salud se ha apoyado en la experiencia obtenida en otras industrias de alta seguridad y confiabilidad para establecer sistemas de informes de incidentes que permitan el análisis y mejoramiento. Encontrar culpables, lejos de beneficiar a una organización, la perjudica. La culpa supone un castigo y el mismo genera miedo en las personas. Este sentimiento produce en las personas la necesidad de ocultar sus errores para no verse perjudicados en lo personal y más en lo laboral. Con este comportamiento se pierde la posibilidad de encontrar el error, analizarlo y aprender de él para evitar su recurrencia.

Es razonable, por la misma condición humana de la atención en salud, esperar que siempre ocurran errores. Cada ser humano está rodeado de su propio entorno biopsicosocial, que afecta la interacción personal en su comportamiento, su habilidad, su concentración, su forma de pensamiento y su respuesta a los procesos patológicos.

En el ámbito de la atención en salud quien interactúa no sólo debe estar atento a su labor y a la relación personal con una sola persona o varias a la vez, sino también al funcionamiento adecuado de los demás agentes involucrados como son la tecnología y los equipos, lo cual resulta usualmente difícil de mantener por largo tiempo favoreciendo la aparición del error. Además, hay procesos de atención donde la condición clínica del paciente o donde la interacción simultánea de muchas personas con el individuo y entre ellos mismos, aumenta la posibilidad de error.

Cultura de seguridad y prácticas seguras:

Por cultura organizacional se entiende el conjunto de creencias, valores y actitudes que comparten los miembros de una organización y que se reflejan en sus acciones diarias. De acuerdo con esta definición, resulta lógico pensar que la incidencia diaria de múltiples eventos adversos en clínicas y hospitales, algunos de ellos fatales, es el resultado de la ausencia de una cultura de seguridad que genere rutinariamente en el personal hábitos y prácticas seguras.

La cultura laboral que históricamente ha rondado las instituciones de salud ha sido la de la punición, es decir, cuando sucede un error el culpable es castigado. Es claro ahora en el ámbito de la salud que la cultura punitiva genera más perjuicio que beneficio.

Por otro lado, teniendo en cuenta que siempre van a existir los errores, la acción más lógica y necesaria para la organización se debe dirigir hacia la creación de una cultura institucional educativa y no punitiva que tenga su punto de partida en el informe y análisis de los errores y eventos adversos.

El problema de la seguridad clínica de los pacientes pertenece al mundo de la salud y no sólo a los hospitales de los países desarrollados que informan en la literatura médica internacional. Múltiples factores no sólo institucionales y humanos, sino también gubernamentales, académicos y tecnológicos relacionados con la atención de pacientes no son tenidos en cuenta durante el proceso de atención y se traducen en fallas latentes que cuando se alinean producen el error. La construcción de una cultura institucional en seguridad clínica que genere en el personal de salud la adopción de prácticas seguras, es el punto de partida para disminuir al mínimo posible la incidencia de eventos adversos.

Bioseguridad:

Se define como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral.

Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, ambiente éste que debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgo.

La Bioseguridad tiene como objetivo:

- 1) Las medidas de prevención de accidentes del personal de salud que está expuesto a sangre y otros líquidos biológicos
- 2) La conducta a seguir frente a un accidente con exposición a dichos elementos

Se debe tener presente que debido al desarrollo científico técnico se deben prever revisiones periódicas de estas normas a los efectos de asegurar la actualización de las mismas.

Los principios de las Normas de Bioseguridad son:

A) Universalidad: Las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología. Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes, estando o no previsto el contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente. Estas precauciones, deben ser aplicadas para todas las personas, independientemente de presentar o no patologías.

B) Uso de barreras: Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. La utilización de barreras (Ej. guantes) no evitan los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las consecuencias de dicho accidente.

C) Medios de eliminación de material contaminado: Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos, adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo.

NORMAS GENERALES DE BIOSEGURIDAD

- Mantener el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene y aseo.
- No es permitido fumar en el sitio de trabajo.
- Deberán ser utilizadas las áreas designadas por el hospital para la preparación y el consumo de alimentos, no es permitido la preparación y consumo de los mismos en las áreas asistenciales y administrativas.
- No guardar alimentos en las heladeras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicos.
- Las condiciones de temperatura, iluminación y ventilación de los sitios de trabajo deben ser confortables.
- Manejar todo paciente como potencialmente infectado. Las normas Universales deben aplicarse con todos los pacientes independientemente del diagnóstico, por lo que se hace innecesario la clasificación específica de sangre y otros líquidos corporales como “infectada o no infectada”.
- Higiene cuidadosa de manos antes y después de cada procedimiento e igualmente si se tiene contacto con material patógeno.
- Utilizar en forma sistemática guantes plásticos o de látex en procedimientos que conlleven manipulación de elementos biológicos y cuando se maneje instrumental o equipo contaminado en la atención de pacientes. Hacer lavado previo, y al terminar el procedimiento.
- Utilizar un par de guantes limpios por paciente.
- Emplear tapabocas y lentes protectores durante procedimientos que puedan generar salpicaduras o gotitas de sangre u otros líquidos corporales.
- Usar sobre túnicas en aquellos procedimientos en que se esperen salpicaduras, o derrames importantes de sangre u otros líquidos orgánicos.
- Evitar deambular con los elementos de protección personal fuera del área de trabajo.
- Mantener los elementos de protección personal en óptimas condiciones de aseo, en un lugar seguro y de fácil acceso.
- Evitar la atención directa de pacientes si usted presenta lesiones exudativas o dermatitis serosas, hasta tanto éstas hayan desaparecido.
- Si presenta alguna herida, por pequeña que sea, cubrirla con leuco o curitas.
- Mantener actualizado el esquema de vacunación contra Hepatitis B.
- Las mujeres embarazadas que trabajan en ambientes hospitalarios expuestas a factor de Riesgo Biológico de transmisión parenteral deberán ser muy estrictas en el cumplimiento de las precauciones universales y, cuando el caso lo amerite, se deben reubicar en áreas de menor riesgo.
- Aplicar en todo procedimiento asistencial las normas de asepsia necesarias.

- Utilizar las técnicas correctas en la realización de todo procedimiento.
- Manejar con estricta precaución los elementos cortos punzantes y desecharlos en los contenedores rígidos ubicados en cada servicio.
- No cambiar elementos corto punzantes de un recipiente a otro.
- No doblar o partir manualmente la hoja de bisturí, agujas o cualquier otro material corto punzante.
- No reutilizar el material contaminado como agujas, jeringas y hojas de bisturí.
- Todo equipo que requiera reparación técnica debe ser llevado a mantenimiento, previa desinfección y limpieza por parte del personal encargado del mismo. El personal del área de mantenimiento debe cumplir las normas universales de prevención y control del factor de riesgo Biológico.
- Realizar desinfección y limpieza a las superficies, elementos, equipos de trabajo, al final de cada procedimiento y al finalizar la jornada.
- La ropa contaminada con sangre, líquidos corporales u otro material orgánico debe ser enviado a la lavandería.
- Colocar el material contaminado en las bolsas de color amarillo.
- En caso de accidente de trabajo con material corto punzante notificar de inmediato el presunto accidente de trabajo.
- Los trabajadores sometidos a tratamiento con inmunosupresores no deben trabajar en áreas de alto riesgo biológico.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA EL ÁREA DE CIRUGÍA.

- Utilizar permanentemente el equipo de protección personal concerniente a gorro y tapabocas; en procedimientos invasivos utilizar además, lentes protectores, guantes, y sobre túnica.
- Utilizar el equipo de aspiración mecánico para la aspiración de secreciones de boca y faringe. Evitar su manipulación directa.
- Cambiar oportunamente los recipientes de drenaje o aspiración del paciente.
- Enviar las muestras de laboratorio en los recipientes adecuados.
- El material contaminado con fluidos corporales (guantes, gasas, compresas, etc.) debe ser depositado en bolsa amarilla separado del material anatómico patológico.
- Efectuar desinfección y limpieza en las áreas quirúrgicas empleando las técnicas correctas y las diluciones adecuadas de los desinfectantes.
- Manejar los equipos e instrumental siguiendo las técnicas de asepsia: desinfección, y esterilización específicas para cada elemento.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA SALAS DE HOSPITALIZACIÓN.

- Utilizar guantes para realizar toma de muestras de sangre, curaciones, baño de pacientes e higiene de unidad.
- Utilizar además gorro, tapabocas y sobre túnicas para curaciones y procedimientos donde se esperen salpicaduras, derrames, o salida de sangre y/o líquidos corporales.
- Antes de tomar las muestras de sangre rotular el tubo; emplear la técnica correcta y evitar la presencia de derrames en las paredes externas. Enviar al laboratorio los tubos sellados y debidamente rotulados.
- Realizar todos los procedimientos empleando las técnicas asépticas, los métodos correctos, descartando debidamente los residuos en los recipientes respectivos. No descartar los residuos al piso o en áreas no destinadas para ello.

PRECAUCIONES ESTÁNDARES:

Deben adoptarse las llamadas precauciones estándares, denominadas también precauciones universales (PU), las que deben de aplicarse a todos los pacientes con el fin de disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos de un usuario a otro, del usuario al personal y del personal al usuario.

Los elementos de protección personal son un complemento indispensable de los métodos de control de riesgos para proteger al trabajador colocando barreras en las puertas de entrada para evitar la transmisión de infecciones. Se debe tener en cuenta que muchos de los elementos de protección personal en las diferentes instituciones de salud no están diseñados para este propósito sino para evitar la contaminación de campos quirúrgicos y la transmisión de microorganismos de paciente a paciente a través del personal de salud, por lo cual tienen esa doble función. De acuerdo con el procedimiento a realizar, se determina el uso de elementos de protección específicos.

Como precauciones estándares (Normas de Bioseguridad) se consideran:

Higiene de Manos

Es la medida más importante y debe ser ejecutada de inmediato, antes y después del contacto: entre pacientes, entre diferentes procedimientos efectuados en el mismo paciente, luego de manipulaciones de instrumentos o equipos usados que hayan tenido contacto con superficies del ambiente y/o pacientes, luego de manipular sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones.

Para ello se debe de realizar el lavado de manos con:

- Jabón común neutro de preferencia líquido.

- Jabón con detergente antimicrobiano o con agente antisépticos en situaciones específicas (brotes epidémicos, previo a procedimientos invasivos, unidades de alto riesgo).

Dicha técnica tiene la siguiente secuencia:

- subir las mangas hasta el codo
- mojarse las manos con agua
- aplicar 3 a 5 ml de jabón líquido
- friccionar las superficies de la palma de la manos y puño durante 10 o 15 segundos
- enjuagar con agua
- secar con toalla de papel
- cerrar la canilla con la toalla de papel.

En caso de no poder realizar el lavado de manos:

- Utilización de alcohol en gel.

Se han escrito muchos estudios donde el alcohol evidencia un efecto preventivo en la transferencia de patógenos asociados a infecciones nosocomiales.

El mecanismo de acción antimicrobiano de los alcoholes radica en su capacidad de desnaturalizar las proteínas. Las soluciones de alcohol a concentraciones entre 60-95% son más efectivas y concentraciones superiores han demostrado ser menos potentes.

La actividad germicida de los alcoholes es muy amplia, y tiene una amplia cobertura en contra de gérmenes Gram positivos, Gram negativos, se incluyen bacterias multiresistentes, el bacilo de la tuberculosis y hongos. Los virus lipofílicos son susceptibles (Virus Herpes, VIH), así como los virus de la Hepatitis B y C.

Los alcoholes son efectivos en contra de rotavirus.

El efecto germicida del alcohol es inmediato cuando se aplica en la piel, en tanto que su actividad residual es escasa. Sin embargo, el crecimiento bacteriano es lento, posiblemente debido al efecto subletal que el alcohol ejerce sobre algunas bacterias.

Artículos y equipamientos para el cuidado de los pacientes:

Uso de los Guantes

- Usar guantes limpios, no necesariamente estériles, previo al contacto con: sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones, mucosas y materiales contaminados.
- Para procedimientos invasivos se deben usar guantes de látex, estériles y luego descartarlos.
- Cambiar los guantes entre diferentes procedimientos en el mismo paciente luego del contacto con materiales que puedan contener alta concentración de microorganismos.

Retirar los guantes:

- Luego del uso.
- Antes de tocar áreas no contaminadas o superficies ambientales.
- Antes de atender a otro paciente.
- Las manos deben ser lavadas inmediatamente después de retirados los guantes para eliminar la contaminación de las mismas.

Lentes y tapaboca

- El uso de lentes y tapabocas tiene como objetivo proteger membranas mucosas de ojos, nariz y boca durante procedimientos y cuidados de pacientes con actividades que puedan generar salpicaduras de sangre, de fluidos corporales, secreciones, excreciones. (Ejemplo: cambio de drenajes, enemas, punciones arteriales o de vía venosa central etc.).
- El tapaboca debe ser de material impermeable frente a salpicaduras, por lo que debe ser amplio cubriendo nariz y toda la mucosa bucal.
- Puede ser utilizado por el trabajador durante el tiempo en que se mantenga limpio y no deformado. Esto dependerá del tiempo de uso y cuidados que reciba.
- Los lentes protectores deben ser amplios y ajustados al rostro para cumplir eficazmente con la protección.

Uso de los zapatos o botas:

- Usar botas limpias, no estériles para proteger la piel y prevenir la suciedad de la ropa durante procedimientos en actividades de cuidados de pacientes que puedan generar salpicaduras con sangre y otros fluidos corporales, secreciones y excreciones.
- Quitarse las botas o zapatones y colocarlas en un lugar adecuado para su posterior procesamiento.
- Lavar las manos después de quitarse las botas o zapatones.

Protección corporal – Sobre túnicas:

- La utilización de túnicas es una exigencia multifactorial en la atención a pacientes por parte de los integrantes de equipo de salud.
- La sobre túnica se deberá incorporar para todos los procedimientos invasivos y todos aquellos en donde se puedan generar salpicaduras.
- Deben ser impermeables, de manga larga y hasta el tercio medio de la pierna.
- Se deben lavar las manos posteriormente a la manipulación de la sobre túnica.
- Asimismo se deberá disponer que luego de su utilización la misma sea correctamente descartada.

Precauciones durante procedimientos invasivos:

Se entiende por invasivo todos los procedimientos que irrumpen la barrera tegumentaria o mucosa del paciente. Las precauciones en los procedimientos invasivos son:

- Uso de guantes y tapa boca
- Protección para los ojos (en procedimientos que pueden provocar salpicaduras de sangre, fluidos o fragmentos óseos).
- Las sobre túnicas se usan para protección durante procedimientos invasivos con riesgo de salpicaduras.
- Cuando un guante se rompe, se debe retirar ambos guantes, lavarse las manos con agua y jabón por arrastre y colocarse otros nuevos.
- Todo material corto punzante usado durante el procedimiento invasivo deberá ser desechado en contenedores rígidos.
- La ropa contaminada será depositada en bolsas plásticas y transportada para el procesamiento.

Descarte del material:

Materiales corto-punzantes: aguja, bisturí, instrumentos puntiagudos, láminas, etc. Para evitar accidentes laborales, es obligatorio desechar los materiales corto punzantes en contenedores rígidos luego de su uso.

Se recomienda:

- No re-encapuchar las agujas.
- No doblarlas.
- No romperlas.
- No manipular la aguja para separarla de la jeringa.
- De ser posible usar pinzas para manipular instrumentos corto punzantes.

- Los contenedores rígidos deben estar lo más próximo posible al área de trabajo.

Agujas y jeringas:

Se deberán usar materiales descartables. Las jeringas y agujas usadas deben de ser colocadas en contenedores rígidos. Las agujas no deben de ser dobladas ni se les debe de colocar el capuchón protector y este debe de desecharse en el mismo momento en que se retira de la aguja estéril.

Descartadores(contenedor rígido):

Se considera descartadores al recipiente donde se depositan, con destino a su eliminación, todos los materiales corto punzantes. Estos descartadores no deben bajo ninguna circunstancia ser reutilizados.

El descartador debe estar hecho con material resistente a los pinchazos. Es recomendable que los descartadores tengan asa para su transporte y que la misma permita manipularlo lejos de la abertura del descartador. La abertura debe ser amplia de forma tal que al introducir el material descartado, la mano del operador no sufra riesgo de accidente.

El descartador debe tener tapa para que cuando se llene hasta las tres cuartas partes del volumen del mismo, se pueda obturarlo en forma segura.

Los descartadores deben ser de color amarillo y tener el símbolo de material infectante y una inscripción advirtiendo que se manipule con cuidado. Deberá tener dicha inscripción y símbolo, de dimensiones no menores a un tercio de la altura mínima de capacidad de recipiente y con dos impresiones, de forma de visualizarlo fácilmente desde cualquier posición.

Se ha demostrado que un adecuado manejo y eliminación de los desechos puede reducir peligros potenciales para el personal del hospital. Colocar desperdicios en bolsas facilita el manejo y reduce el número de bacterias transportadas por el aire. El uso de bolsas de diferente color es una manera conveniente de distinguir desechos patológicos de otros desechos para el proceso de separación.

Descarte de material contaminado: es todo aquel residuo que presente o que potencialmente pudiera presentar características como: infecciosas, corrosivas, reactivas, tóxicas, explosivas, inflamables, irritantes, radiactivas. Este tipo de material debe ser descartado en bolsas amarillas, al igual que todo material que presente fluidos corporales (sangre, materias fecales, orina, secreciones, pus y vómitos), por ejemplo: guantes, material blanco, sachets de suero, tubuladuras, jeringas con sangre, sondas, material de curaciones, material de drenaje, dispositivos usados en ostomías, papeles con sangre).

Descarte de material no contaminado: son todos aquellos residuos generados en un establecimiento asistencial provenientes de tareas administrativas o limpieza general de los mismos, depósitos, talleres, de la preparación de alimentos. Residuos que pueden recibir tratamiento similar a los de origen domiciliario. Este tipo de material debe ser descartado en bolsas negras, considerando que no

presente fluidos corporales, por ejemplo materiales de actividades administrativas, papeles en general, cartones, cajas plásticas.

Reconociendo la importancia de la eliminación de los residuos es que en 1999 se promulgo un decreto en nuestro país:

Decreto N° 135/999 - Residuos sólidos hospitalarios (1999)

Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente

Visto: la necesidad de establecer normas reglamentarias de la gestión de los residuos sólidos hospitalarios.

Resultando: I) que los residuos sólidos hospitalarios, particularmente aquellos con características infecciosas u otras peligrosas, representan un riesgo para la salud de los operadores, la comunicad en su conjunto y el ambiente; II) que es necesario contar con un programa que aborde el problema en forma global, con una visión integral de la gestión de esos residuos y que tenga como objetivo la minimización de las afectaciones que los mismos puedan generar; III) que a tal fin, fue creada por iniciativa del Ministerio de Salud Pública, una Comisión Interinstitucional integrada por representantes del citado Ministerio, del Ministerio de vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, del Congreso Nacional de Intendentes y de las instituciones privadas de asistencia médica;

Considerando: I) que la Comisión Interinstitucional formuló una propuesta técnica para la reglamentación de la gestión de los residuos sólidos hospitalarios, habilitando un manejo integral y ambientalmente sostenible .II) que ello implica la asunción de sus respectivas responsabilidades por los sectores involucrados y la articulación de los cometidos de las entidades públicas. III) que la Dirección General de la Salud y la Dirección Nacional de Medio Ambiente, así como sus respectivos asesores jurídicos, compartieron la propuesta formulada.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Establecer si el personal de enfermería conoce y aplica las Normas de Bioseguridad en el servicio de Clínica Médica y en los servicios de Clínica Quirúrgica, de una Institución Pública de Salud de la ciudad Montevideo, en el período transcurrido en los meses de Julio –Agosto de 2010, en los turnos mañana, tarde y vespertino.

Objetivos Específico:

Determinar si los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica, cuentan con protocolos de Bioseguridad.

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO:

El tipo de investigación es de diseño descriptivo, de corte transversal. La muestra es no probabilística, por conveniencia:

MATERIAL Y METODO DE LA INVESTIGACIÓN:

Universo: Todo el Personal de Enfermería que trabaja dentro de dicha Institución.

Muestra: Personal de Enfermería que trabaja en el servicio de Clínica Médica y los servicios de Clínica Quirúrgica de dicha Institución. En los turnos mañana, tarde y vespertino.

Criterios de inclusión: se tomó en cuenta al personal de enfermería que se encontraba presente en el momento de la entrevista y aceptaron participar.

En la inclusión se consideró dentro del personal de enfermería: Licenciada en Enfermería, Auxiliar de enfermería e interna pasante de enfermería.

Criterio de exclusión: todo el personal de enfermería que no estuvo presente en el momento de la entrevista, ya sea por día libre, licencias u otros motivos, o que estando presente no estuvieron dispuestos a participar.

Sujeto de Estudio: se considera al Personal de Enfermería, Licenciada en Enfermería, Auxiliares de Enfermería, e internas pasantes de Enfermería.

Objeto de Estudio: se considera al personal de enfermería, conocimientos que estos poseen sobre las Normas de Bioseguridad y su debida aplicación.

AUTORIZACIÓN Y PROCESO:

Métodos:

Previamente se presentó una carta solicitando autorización para ingresar a los respectivos servicios, a la Directora de Educación y Cultura Licenciada en Enfermería a cargo y otra dirigida a la Jefa sub.del Departamento de Enfermería.

Previo a la recolección de los datos se realizó una entrevista con las jefas supervisoras de cada servicio, para detectar inconvenientes en la comprensión de la entrevista planteada, de modo de corregir la sintaxis de los mismos y permitir que las variables tengan direccionalidad.

Se realizó una observación no participante, dirigida a licenciadas en enfermería, auxiliares de enfermería, e internas pasantes, para determinar si aplican o no las normas de bioseguridad.

Se eligió la observación como método principal ya que es una técnica de medición obstrusiva, porque no estimula el comportamiento de los sujetos, acepta gran volúmenes de datos y material no estructurado.

Para la realización de la observación cada uno de los integrantes del equipo investigador contó con un instructivo, teniendo de ésta manera un mismo criterio en el momento de la recolección de los datos. (Ver Anexo N° 1 y N° 2).

Además se llevó a cabo una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas, dirigida a las licenciadas en enfermería, auxiliares de enfermería, e internas pasantes, en el servicio de Clínica médica y en los servicios de Clínica Quirúrgica, en los turnos mañana, tarde, y vespertino.

Para la realización de la misma cada uno de los integrantes del equipo investigador contó con un instructivo, teniendo de ésta manera un mismo criterio en el momento de la recolección de los datos. (Ver Anexo N° 3 y N° 4).

Tanto la observación como la entrevista fueron llevadas a cabo el mismo día, realizándose en primer lugar la observación y a posteriori la entrevista para que el sujeto de estudio no varíe (de carácter anónima).

La recolección de datos se realizó en el mes de Julio del año 2010, abarcando las primeras 3 horas de cada turno (mañana, tarde y vespertino) para no entorpecer la dinámica del servicio.

Instrumentos:

- Guía de observación (Anexo N° 1 Y 2) e instructivo
- Entrevista (Anexo N° 3 y 4) e instructivo

La primera guía consistió en una planilla que contiene una serie de ítems relacionado a las normas de bioseguridad que se deben de tener en cuenta a la hora de realizar las diferentes técnicas de enfermería.

Mientras que la segunda, en un conjunto de preguntas abiertas de carácter anónimo que permitieron evaluar y medir el conocimiento que el personal de enfermería tiene acerca de las normas de bioseguridad.

Tanto la guía de observación como la entrevista están relacionadas con el marco teórico que apoya y fundamenta la investigación, (Normas de Bioseguridad, M.S.P)

VARIABLES

- Conocimiento sobre Normas de Bioseguridad
- Presencia de protocolos de bioseguridad en el servicio
- Lavado de manos
- Uso de guantes
- Uso de tapabocas
- Uso de lentes
- Uso de sobre túnicas
- Descarte de material corto-punzante
- Descarte del material contaminado
- Descarte del material no contaminado
- Manipulación del material corto-punzante

Conocimiento sobre Normas de Bioseguridad:

Definición conceptual: Se define como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, ambiente éste que debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgo

Operacionalización: Si se tiene conocimiento de las normas de Bioseguridad (Si/ No)

Presencia de protocolos de bioseguridad en el servicio:

Definición conceptual: Se define como el documento que contiene las normas de bioseguridad que deben ser respetadas en el servicio.

Operacionalización: presencia de protocolo en el servicio (Si/ NO)

Higiene de manos:

Definición conceptual: Es un procedimiento que tiene como objetivo disminuir el número de microorganismos existentes en las manos para así tratar de evitar la transmisión de enfermedades.

Operacionalización: Si se realiza o no y cuando se realiza.

Se tendrá en cuenta:

- Realiza el lavado de manos antes de ingresar a la sala
- Enjuaga las manos con abundante agua
- Aplica jabón
- Se frota las manos y espacios interdigitales
- Se lava las manos antes de realizar un procedimiento
- Se lava las manos después de realizar un procedimiento
- Se lava las manos después de utilizar los guantes
- Utiliza alcohol en gel para suplantar el lavado de manos

Uso de guantes:

Definición conceptual: Barrera de protección física destinada a proteger las manos. Deben ser de látex, goma u otro material impermeable.

Operacionalización: si se utiliza o no (SI/NO)

Uso de tapabocas:

Definición Conceptual: Barrera de protección física destinada a proteger la vía respiratoria, debe ser impermeable y cubrir boca y nariz del auxiliador sin dificultar la respiración y la visión del mismo.

Operacionalización: Si se utiliza o no. (SI/NO)

Uso de lentes protectores:

Definición Conceptual: Barrera de protección destinada a proteger la mucosa ocular, pueden ser de cualquier tipo y material y no deben manipularse durante la atención.

Operacionalización: Si se utiliza o no, (SI/NO)

Uso de Sobre túnica:

Definición Conceptual: Prenda que debe usarse cuando se va a tener contacto con fluidos corporales.

Operacionalización: Si se utiliza o no. (SI/NO)

Descarte del material corto-punzante:

Definición conceptual: incluyen todos aquellos elementos corto-punzantes aun cuando se desechen sin haber sido utilizados, (material de punción, agujas, jeringas con agujas incorporadas, hojas de bisturí, maquinas de rasurar, ampollas de vidrio).

Operacionalización: descarte de material corto-punzante en contenedores rígidos, (SI/NO)

Descarte de material contaminado:

Definición conceptual: es todo aquel residuo que presente o que potencialmente pudiera presentar características como: infecciosas, corrosivas, reactivas, tóxicas, explosivas, inflamables, irritantes, radiactivas. Este tipo de material debe ser descartado en bolsas amarillas, al igual que todo material que presente fluidos corporales (sangre, materias fecales, orina, secreciones, pus y vómitos), por ejemplo: guantes, material blanco, sachets de suero, tubuladuras, jeringas con sangre, sondas, material de curaciones, material de drenaje, dispositivos usados en ostomías, papeles con sangre).

Operacionalización: descarte del material contaminado en bolsas amarilla. (SI/NO)

Descarte de material no contaminado:

Definición conceptual: son todos aquellos residuos generados en un establecimiento asistencial provenientes de tareas administrativas o limpieza general de los mismos, depósitos, talleres, de la preparación de alimentos.

Residuos que pueden recibir tratamiento similar a los de origen domiciliario. Este tipo de material debe ser descartado en bolsas negras, considerando que no presente fluidos corporales, por ejemplo materiales de actividades administrativas, papeles en general, cartones, cajas plásticas, alimentos, botellas de plástico.

Operacionalización: descarte del material no contaminado en bolsas negras. (SI/NO)

Manipulación del material corto-punzante:

Re-encapuchado de agujas:

Definición conceptual: Es el acto de introducir nuevamente la aguja en el capuchón de la misma, luego que esta fue utilizada en algún procedimiento.

Operacionalización: Se realiza el re-encapuchado de agujas. (SI/No).

PLAN DE ANALISIS:

Una vez recabado los datos, se realizó un análisis univariado, siendo posteriormente expuestos mediante tablas de Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa.

A su vez estos fueron presentados en Diagrama de torta para una mejor visualización de los mismos.

Tabulación de datos **Observación**

Para la recolección de datos se trabajó con una muestra de 74 personas; personal de enfermería de una Institución Pública de Salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y servicios de Clínica Quirúrgica, en el período comprendido entre el 5 de julio y el 30 de julio de 2010.

A continuación se realizará un análisis univariado de las variables consideradas:

Resultados.

Tabla N° 1-a:

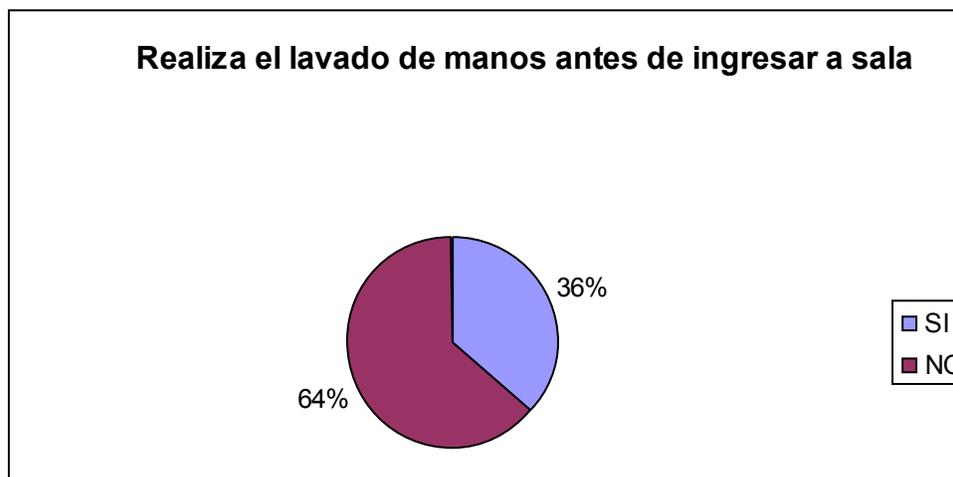
Técnica de higiene de manos llevado a cabo por el Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

a)-Realiza lavado de manos antes de ingresar a sala

Realiza lavado de manos antes de ingresar a sala	FA	FR%
SI	27	36
NO	47	64
Totales	74	100

Fuente: observación realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 1-a:



Fuente: observación realizada al personal de enfermería

En cuanto al lavado de manos antes de ingresar a sala el 64% del personal no realiza dicha técnica.

Tabla N° 1-b:

Técnica de higiene de manos llevado a cabo por el Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica

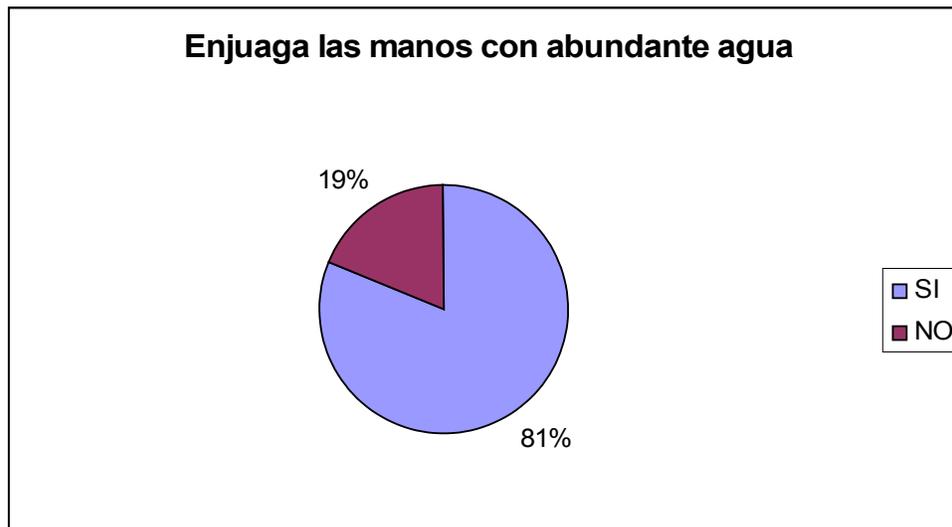
b) Enjuaga las manos con abundante agua

Enjuaga las manos con abundante agua	FA	FR%
SI	60	81
NO	14	19
Totales	74	100

Fuente: observación realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 1-b:

b) Enjuaga las manos con abundante agua



Fuente: observación realizada al personal de enfermería

En cuanto a la técnica de lavado de manos un 81% del personal de enfermería enjuaga las manos con abundante agua.

Tabla N° 1-c:

Técnica de higiene de manos llevado a cabo por el Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

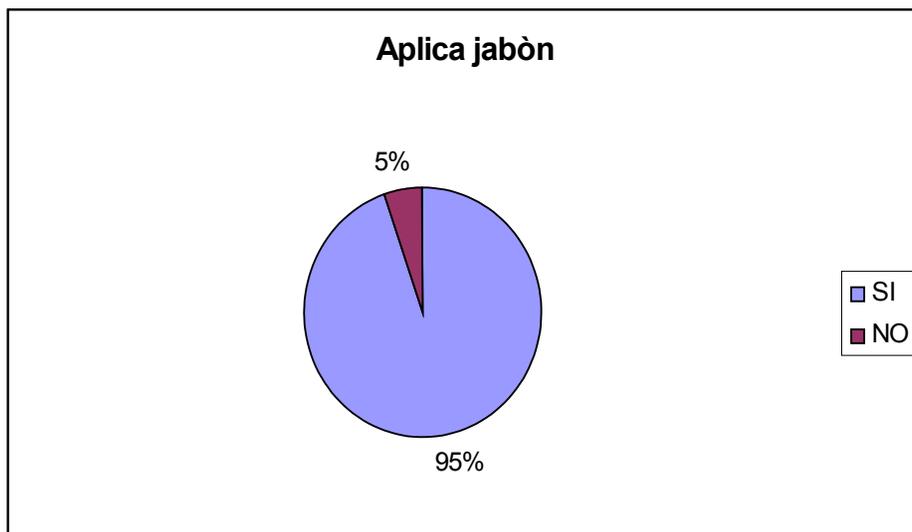
c) Aplica jabón

Aplica jabón	FA	FR%
SI	70	95
NO	4	5
Totales	74	100

Fuente: observación realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 1-c:

C) Aplica jabón



Fuente: observación realizada al personal de enfermería.
En relación a la aplicación de jabón el 95% del personal de enfermería hace uso del mismo.

Tabla N° 1-d:

Técnica de higiene de manos llevado a cabo por el Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica

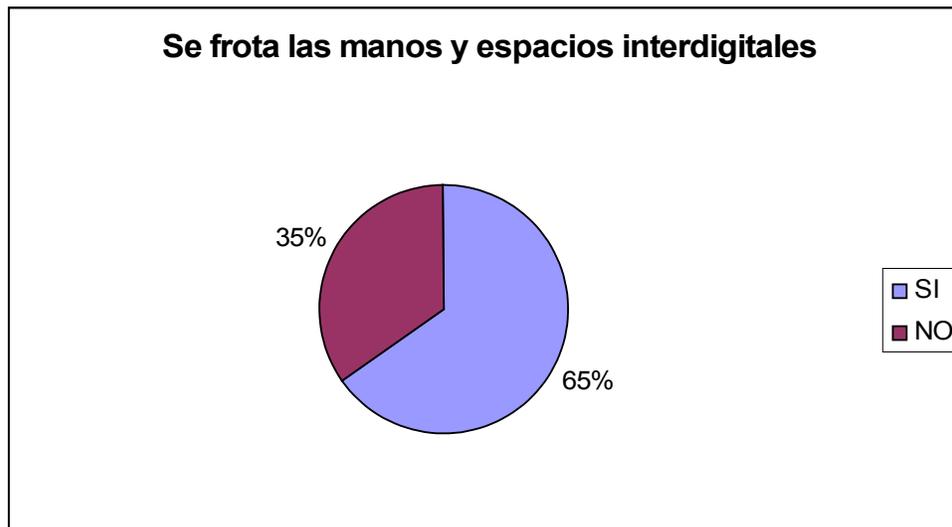
d) Se frota las manos y espacios interdigitales

Se frota las manos y espacios interdigitales	FA	FR%
SI	48	65
NO	26	35
Totales	74	100

Fuente: observación realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 1-d:

d) Se frota las manos y espacios interdigitales



Fuente: observación realizada al personal de enfermería

En cuanto a la técnica de lavado de manos el 65% del personal de enfermería se frota las manos y espacios interdigitales.

Tabla N° 1-e:

Técnica de higiene de manos llevado a cabo por el Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica

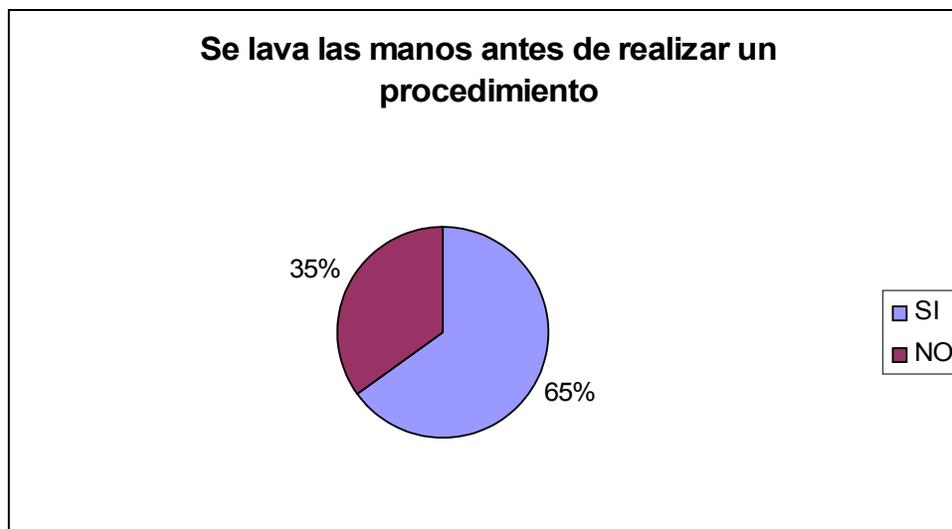
e) Se lava las manos antes de realizar un procedimiento

Se lava las manos antes de realizar un procedimiento	FA	FR%
SI	48	65
NO	26	35
Totales	74	100

Fuente: observación realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 1-e:

e) Se lava las manos antes de realizar un procedimiento.



Fuente: observación realizada al personal de enfermería

El 65% del personal de enfermería se lava las manos antes de realizar un procedimiento.

Tabla N° 1-f:

Técnica de higiene de manos llevado a cabo por el Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica

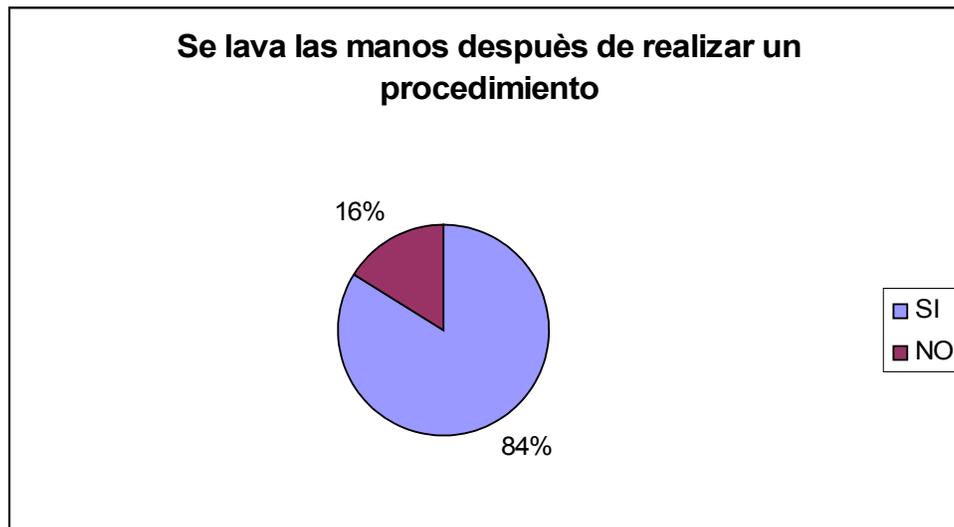
f) Se lava las manos después de realizar un procedimiento

Se lava las manos después de realizar un procedimiento	FA	FR%
SI	62	84
NO	12	16
Totales	74	100

Fuente: observación realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 1-f:

f) Se lava las manos después de realizar un procedimiento



Fuente: observación realizada al personal de enfermería

El 84% del personal de enfermería realiza el lavado de manos después de llevar a cabo un procedimiento.

Tabla N° 1-g:

Técnica de higiene de manos llevado a cabo por el Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

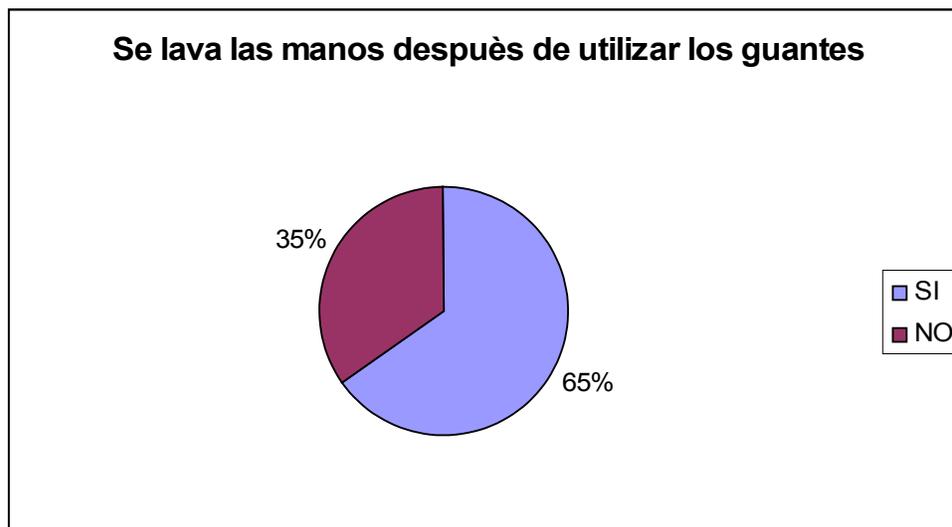
g) Se lava las manos después de utilizar los guantes

Se lava las manos después de utilizar los guantes	FA	FR%
SI	48	65
NO	26	35
Totales	74	100

Fuente: observación realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 1-g:

g) Se lava las manos después de utilizar los guantes



Fuente: observación realizada al personal de enfermería

El 65% del personal de enfermería se lava las manos después de utilizar los guantes.

Tabla N° 1-h:

Técnica de higiene de manos llevado a cabo por el Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica

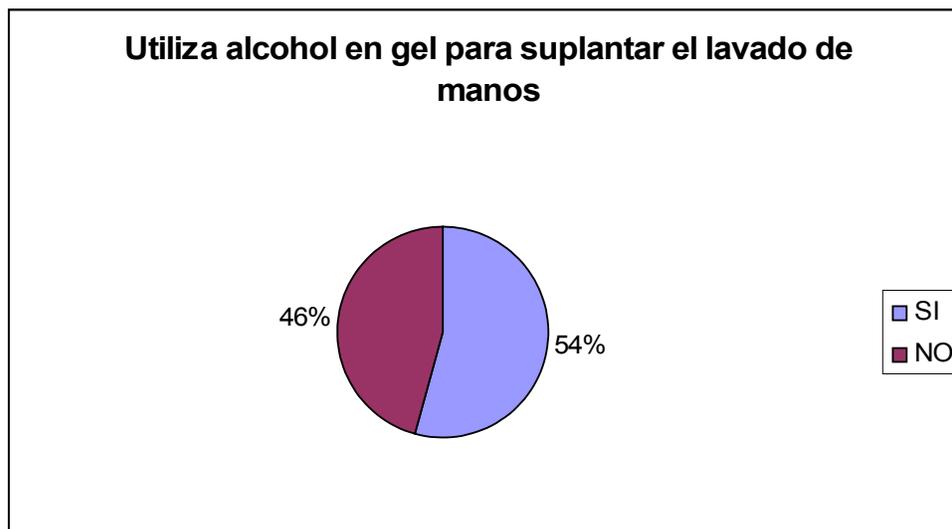
h) Utiliza alcohol en gel para suplantar el lavado de manos

Utiliza alcohol en gel para suplantar el lavado de manos	FA	FR%
SI	40	54
NO	34	46
Totales	74	100

Fuente: observación realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 1-h:

h) Utiliza alcohol en gel para suplantar el lavado de manos



Fuente: observación realizada al personal de enfermería.

En cuanto al uso de alcohol en gel el 54% del personal lo utiliza para suplantar el lavado de manos.

Tabla N° 2-a:

Uso de barreras protectoras por parte del Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

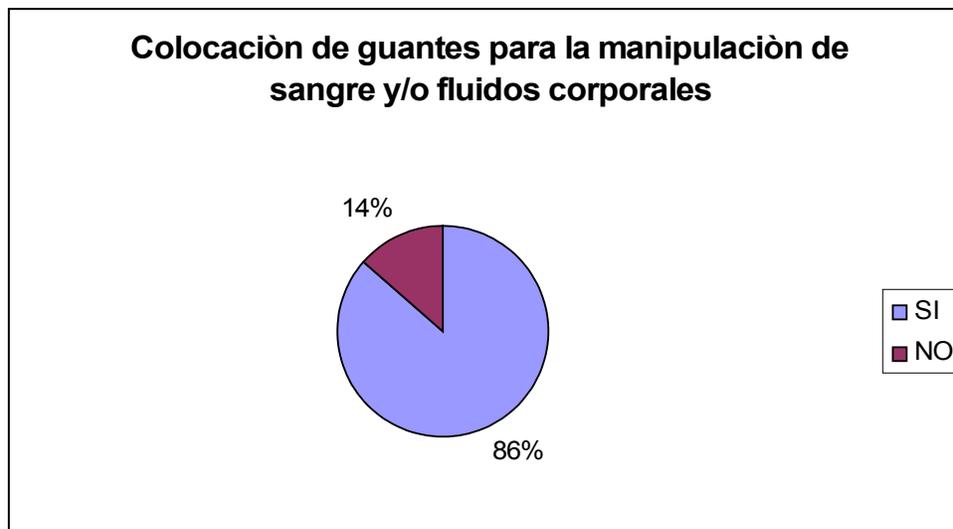
α) Colocación de guantes para la manipulación de sangre y/o fluidos corporales

Colocación de guantes para la manipulación de sangre y/o fluidos corporales	FA	FR%
SI	64	86
NO	10	14
Totales	74	100

Fuente: observación realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 2-a:

a) Colocación de guantes para la manipulación de sangre y/o fluidos corporales



Fuente: observación realizada al personal de enfermería.

En cuanto a la utilización de guantes para la manipulación de sangre y/o fluidos corporales el 86% del personal de enfermería los utiliza.

Tabla N° 2-b:

Uso de barreras protectoras por parte del Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

- β) Uso de lentes protectores, tapabocas, botas y/o sobretúnica cuando realizan actividades que están en contacto con fluidos corporales y/o secreciones (No se observaron técnicas de enfermería en las que fuesen necesarios la utilización de dichas barreras en el momento en el que se llevo a cabo la recolección de los datos).

Fuente: observación realizada al personal de enfermería

Tabla N° 3-a:

Utilización del material corto-punzante por parte del Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

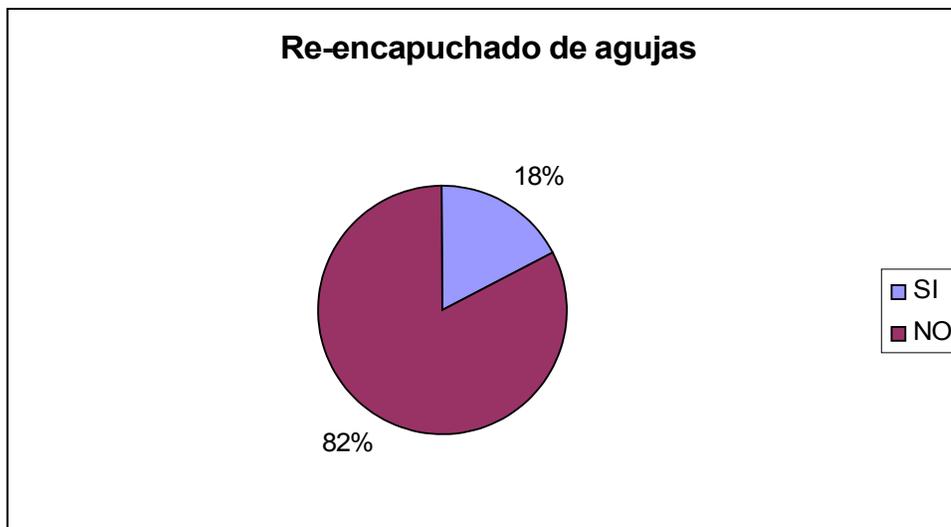
a) Re-encapuchado de agujas

Re-encapuchado de agujas	de	FA	FR%
SI		13	18
NO		61	82
Totales		74	100

Fuente: observación realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 3-a:

a) Re-encapuchado de agujas



Fuente: observación realizada al personal de enfermería

En relación al re-encapuchado de agujas el 82% del personal de enfermería no lo realiza.

Tabla N° 3-b:

Utilización del material corto-punzante por parte del Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

β) Retira el bisturí con pinza

*Esta actividad no se observó en ningún procedimiento realizado.

Tabla N° 4-a:

Descarte del material llevado a cabo por Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

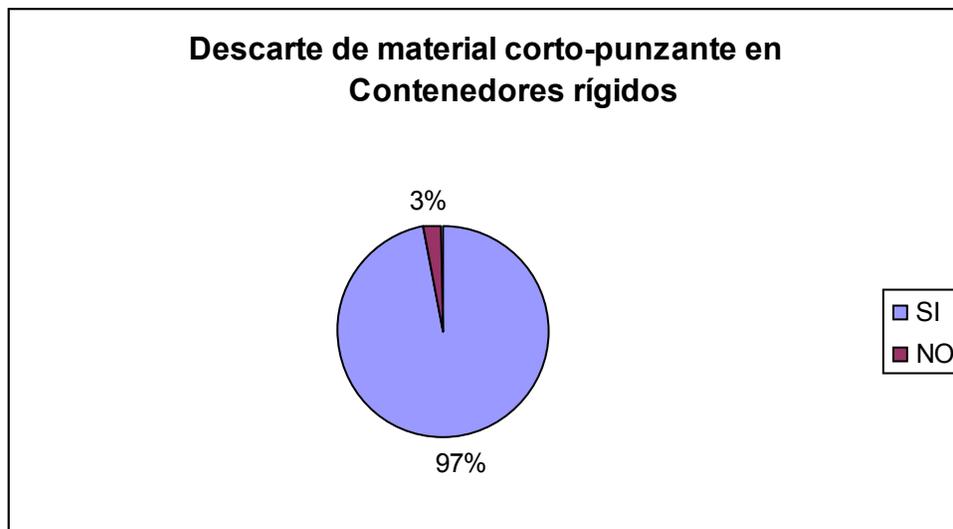
α) Descarte de material corto-punzante en contenedores rígidos

Descarte de material corto-punzante en contenedores rígidos	FA	FR%
SI	72	97
NO	2	3
Totales	74	100

Fuente: observación realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 4-a:

a) Descarte de material corto-punzante en contenedores rígidos



Fuente: observación realizada al personal de enfermería

En relación al descarte del material corto-punzante, el 97% del personal de enfermería realiza el descarte en contenedores rígidos.

Tabla N° 4-b:

Descarte del material llevado a cabo por Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

β) Descarte de material contaminado en bolsas amarillas

Descarte de material contaminado en bolsas amarillas	FA	FR%
SI	59	80
NO	15	20
Totales	74	100

Fuente: observación realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 4-b:

b) Descarte de material contaminado en bolsas amarillas



Fuente: observación realizada al personal de enfermería

En cuanto al descarte del material contaminado, el 80% del personal de enfermería lo realiza en bolsas amarillas.

Tabla N° 4-c:

Descarte del material llevado a cabo por Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

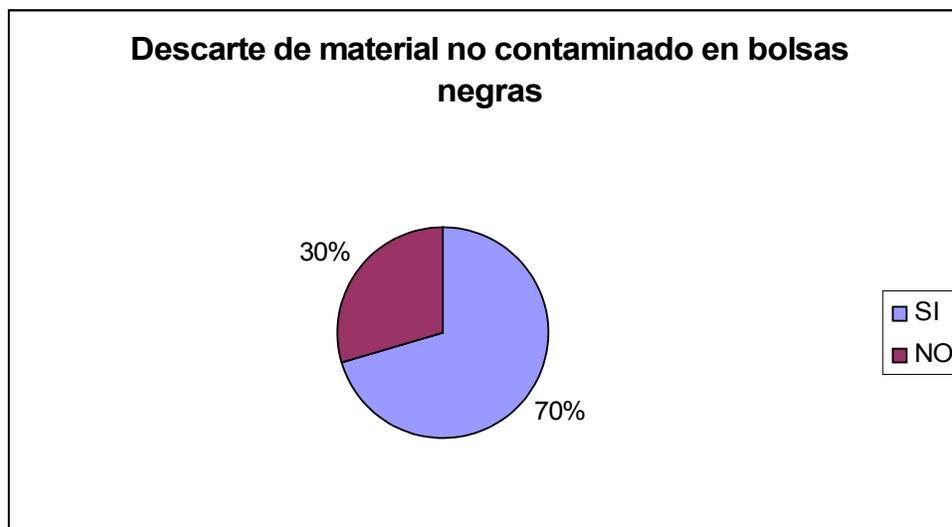
χ) Descarte de material no contaminado en bolsas negras

Descarte de material no contaminado en bolsas negras	FA	FR%
SI	52	70
NO	22	30
Totales	74	100

Fuente: observación realizada al personal de enfermería.

Gráfico N° 4-c:

c) Descarte de material no contaminado en bolsas negras



Fuente: observación realizada al personal de enfermería.

En cuanto al descarte de material no contaminado, el 70% del personal de enfermería realiza descarte el en bolsas negras.

ANÁLISIS DE LA OBSERVACIÓN:

Mediante la observación realizada a un total de 74 personas (100%); personal de enfermería de una institución pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica, en el período comprendido entre el 5 de julio y el 30 de julio de 2010 se obtuvo que en relación al cumplimiento de la técnica de lavado de manos antes de ingresar a sala, el personal de enfermería en un 64% no realiza esta técnica.

Al realizar el lavado de manos, un 81% enjuagan las manos con abundante agua, el 95% usa jabón y el 65% del personal de enfermería se frota las manos y espacios interdigitales. El 65% del personal se lava las manos antes de realizar un procedimiento, mientras que un 84% realiza el lavado de manos después de llevar a cabo un procedimiento. El 65% del personal de enfermería se lava las manos después de utilizar los guantes. Se observa que un 54% de la muestra utilizan el alcohol en gel para suplantar el lavado de manos. Se evidenció que un 86% utiliza guantes para la manipulación de sangre y/o fluidos corporales. En relación al re-encapuchado de agujas el 82% no lo realiza. Se comprobó que el 97% realiza el descarte del material corto-punzante en contenedores rígidos. Un 80 % realiza el descarte del material contaminado en bolsas amarillas y un 70% descarta de material no contaminado en bolsas negras.

TABULACIÓN DE DATOS **ENTREVISTA**

Para la recolección de datos se trabajó con una muestra de 74 personas; personal de enfermería de una Institución Pública de Salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y servicios de Clínica Quirúrgica, en el período comprendido entre el 5 de julio y el 30 de julio de 2010.

A continuación se realizará un análisis univariado de las variables consideradas:

Resultado.

Tabla N° 1:

Conocimiento de las Normas de Bioseguridad del Personal de Enfermería, de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

Conocimientos sobre Normas de Bioseguridad	FA	FR%
SI	74	100
NO	0	0
Totales	74	100

Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 1: Conocimiento sobre Normas de Bioseguridad:



Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

Se observa que en su totalidad el personal de enfermería tiene conocimiento sobre las Normas de Bioseguridad.

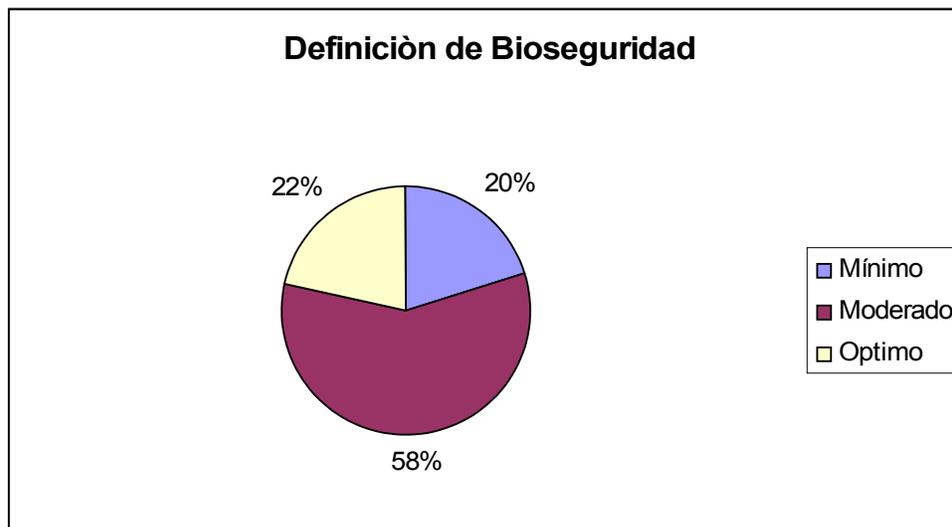
Tabla N° 2:

Definición de Bioseguridad dado por el Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica. (Ver anexo N° 3, puntuación)

Definición de Bioseguridad	de	FA	FR%
Mínimo		15	20
Moderado		43	58
Optimo		16	22
Totales		74	100

Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 2: Definición de Bioseguridad



Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

En cuanto a la definición de Bioseguridad, según el instructivo de encuesta, el 58% definió en forma moderada. (Ver anexo N° 3)

Tabla N° 3-a:

a)-Necesidad de la aplicación de las Normas de Bioseguridad en el ambiente laboral, considerado por el Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

Necesidad de aplicación de Normas de Bioseguridad	FA	FR%
SI	74	100
NO	0	0
Totales	74	100

Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 3-a:

a) Necesidad de aplicación de Normas de Bioseguridad



Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

En cuanto a la necesidad de aplicación de las Normas de Bioseguridad en el ambiente laboral, el personal de Enfermería considera en su totalidad que es necesario la aplicación de dichas normas.

Tabla N° 3-b:

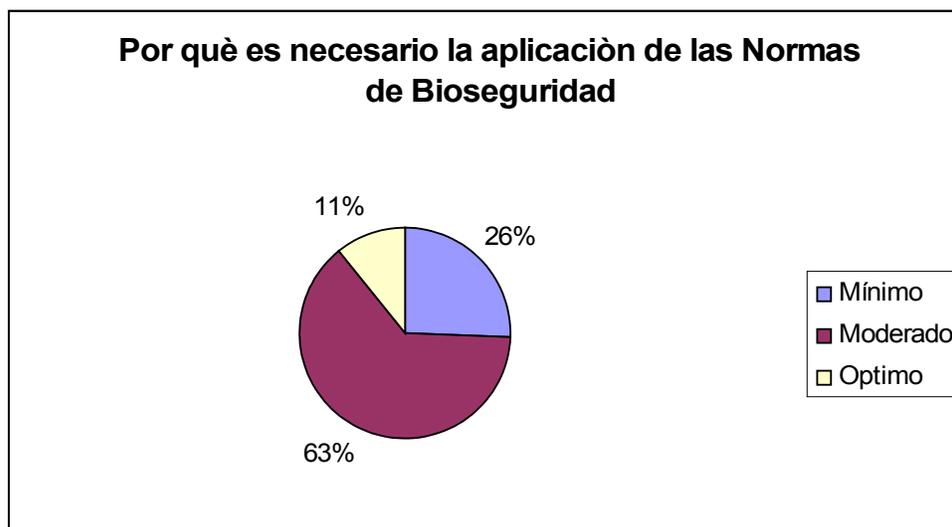
b) ¿Por qué es necesario la aplicación de las Normas de Bioseguridad en el ambiente laboral, considerado por el Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica. (Ver anexo N° 3, puntuación)

Por qué es necesario la aplicación de Normas de Bioseguridad	FA	FR%
Mínimo	19	26
Moderado	47	63
Optimo	8	11
Totales	74	100

Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 3-b:

b) Por qué es necesario la aplicación de las Normas de Bioseguridad



Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

En cuanto al por qué de la aplicación de las Normas de Bioseguridad según el instructivo de encuesta, el 63% del Personal de Enfermería definió en forma moderada. (Ver anexo N° 3)

Tabla N° 3-c:

Aplicación de Normas de Bioseguridad en el servicio, considerado por el Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

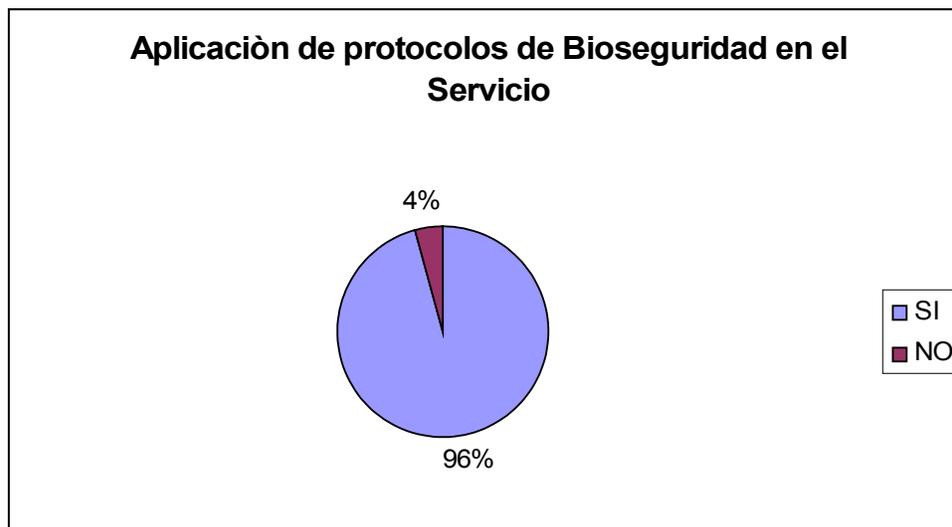
c) Aplicación de Normas de Bioseguridad en los Servicios

Aplicación de Normas de Bioseguridad en el servicio	FA	FR%
SI	71	96
NO	3	4
Totales	74	100

Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 3-c:

c) Aplicación de Normas de Bioseguridad



Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

En cuanto a la aplicación de Normas de Bioseguridad en el servicio el 96% del Personal de enfermería aplica dichas Normas.

Tabla N° 4-a:

Existencia de protocolos de Bioseguridad en el servicio, considerado por el Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

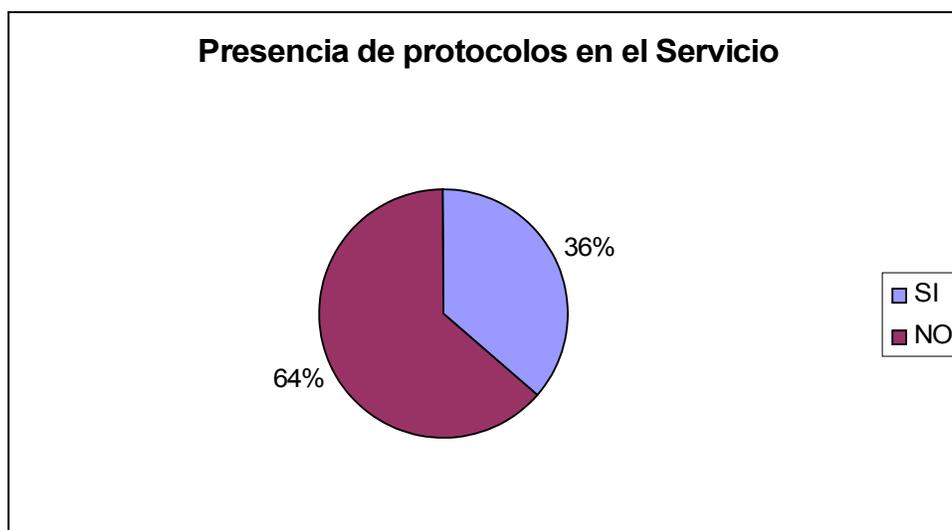
α) El servicio cuenta con protocolos

Presencia de protocolos en el Servicio	FA	FR%
SI	27	36
NO	47	64
Totales	74	100

Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 4-a:

α) El servicio cuenta con protocolos:



Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

En cuanto a la existencia de protocolos en el Servicio el 64% refiere que no.

Tabla N° 4-b:

Accesibilidad de protocolos de Bioseguridad en el servicio, considerado por el Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

- Para este análisis se toman en cuenta las 27 personas que manifiestan la existencia de protocolos en los servicios, considerando las 27 personas como el 100%.

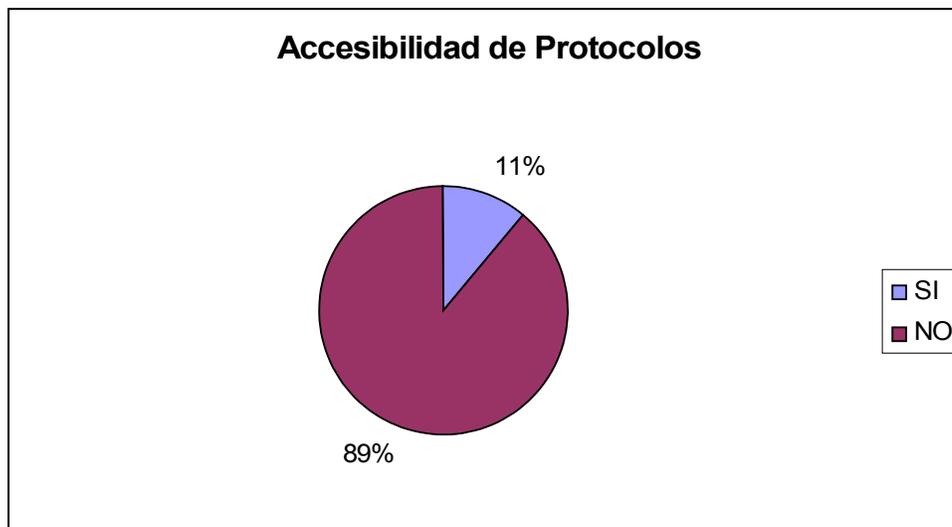
β) Fácil acceso

Fácil acceso	FA	FR%
SI	3	11
NO	24	89
Totales	27	100

Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 4-b:

b)-Fácil acceso:



Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería.

En cuanto a la accesibilidad de protocolos en el servicio, el 89% del personal de Enfermería refiere que no son de fácil acceso.

Tabla N° 5-a:

Aplicación de la técnica de lavado de manos por el Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica. (Ver anexo N° 3, puntuación)

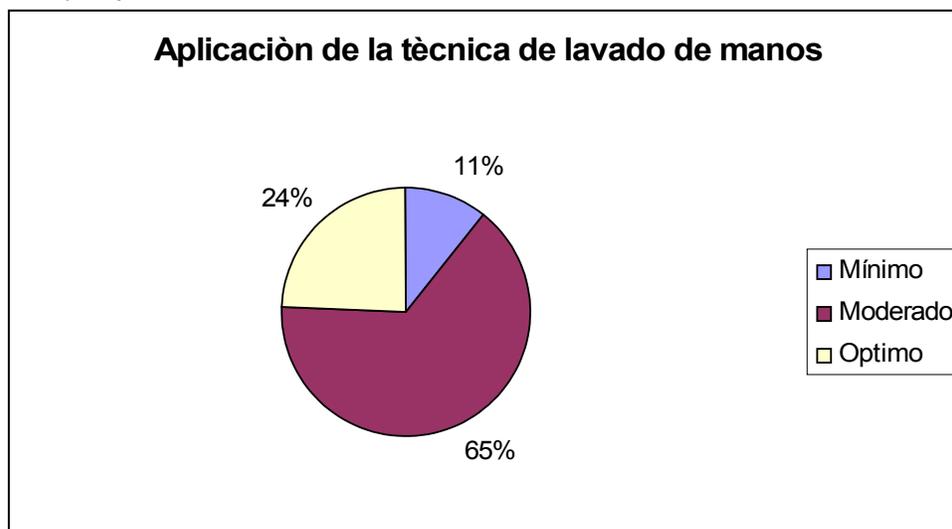
a) Aplicación de técnica de lavado de manos

Aplicación de técnica de lavado de manos	FA	FR%
Mínimo	8	11
Moderado	48	65
Optimo	18	24
Totales	74	100

Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 5-a:

a) Aplicación de técnica de lavado de manos.



Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

En cuanto a la aplicación de la técnica de lavado de manos, según el instructivo de encuesta el 65% del personal de Enfermería refiere realizarlo en forma moderada.

Tabla N°5-b

Importancia de la técnica de lavado de manos considerado por el Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

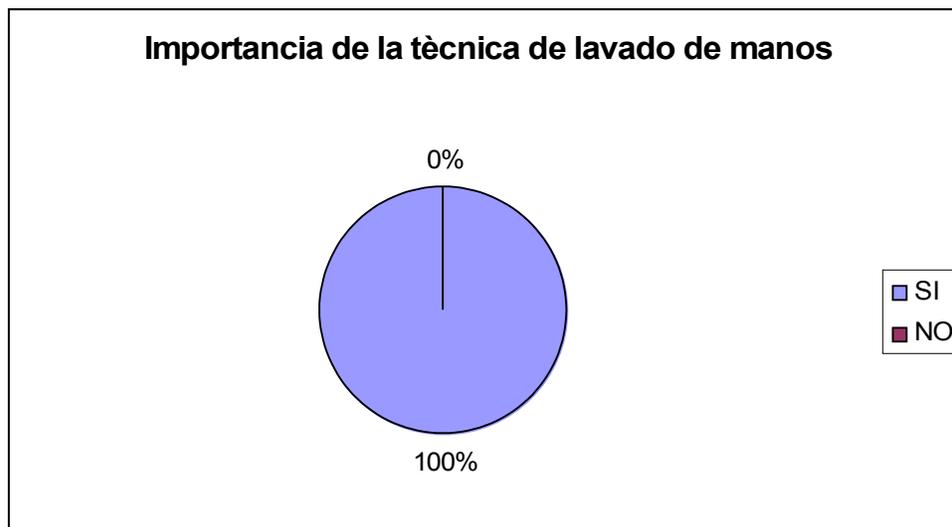
b) Importancia de la técnica de lavado de manos

Importancia de la técnica de lavado de manos	FA	FR%
SI	74	100
NO	0	0
Totales	74	100

Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 5-b:

c) Importancia de la técnica de lavado de manos



Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

En cuanto a la importancia de la técnica de lavado de manos, el personal de enfermería considera en su totalidad la importancia de aplicar dicha técnica.

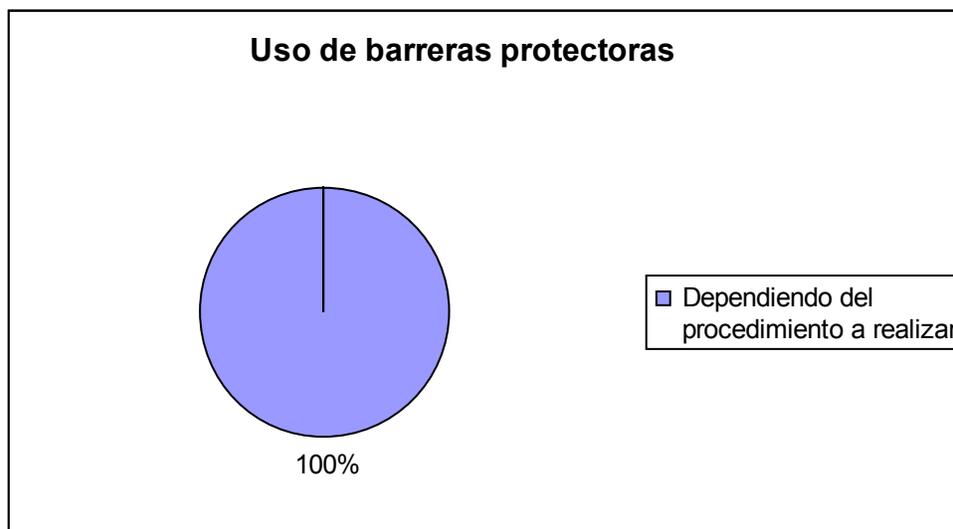
Tabla N° 6:

Uso de barreras protectoras considerado por el Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

Uso de barreras protectoras	FA	FR%
Dependiendo del procedimiento a realizar	74	100
Totales	74	100

Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 6: Uso de Barreras protectoras



Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

En cuanto al uso de barreras protectoras el personal de enfermería considera en su totalidad que depende del procedimiento que se realice.

Tabla N° 7:

Descarte del material punzante considerado por el Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Medica y Clínica Quirúrgica .

Descarte del material punzante	FA	FR%
Contenedor Rígido	74	100
Totales	74	100

Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 7: Descarte del material punzante



Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

En cuanto al descarte del material punzante, el personal de enfermería en su totalidad, considera el contenedor rígido como único lugar de descarte.

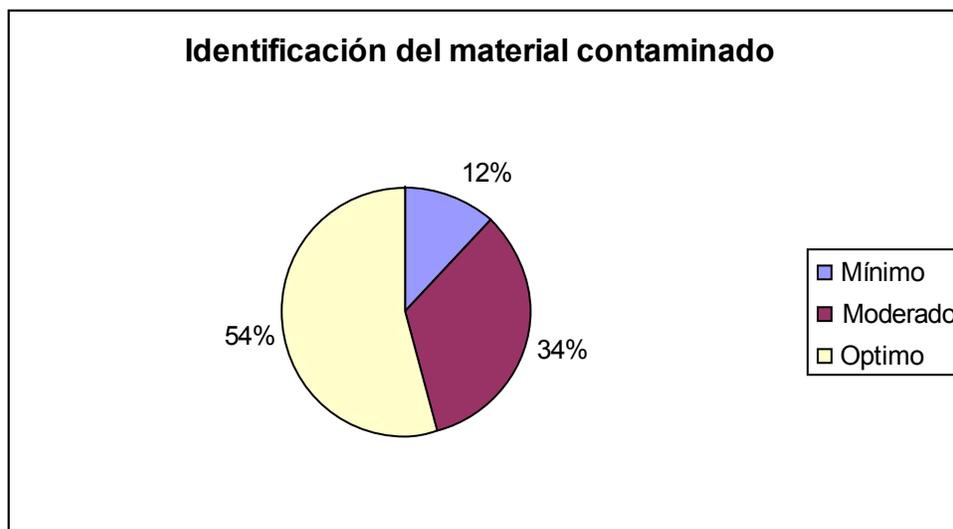
Tabla N° 8:

Identificación del material contaminado considerado por el Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica .
(Ver anexo N° 3, puntuación)

Identificación del material contaminado	FA	FR%
Mínimo	9	12
Moderado	25	34
Optimo	40	54
Totales	74	100

Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 8: Identificación del material contaminado



Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

En cuanto a la Identificación del material contaminado, según el instructivo de encuesta el 54% del personal de Enfermería refiere en forma óptima.

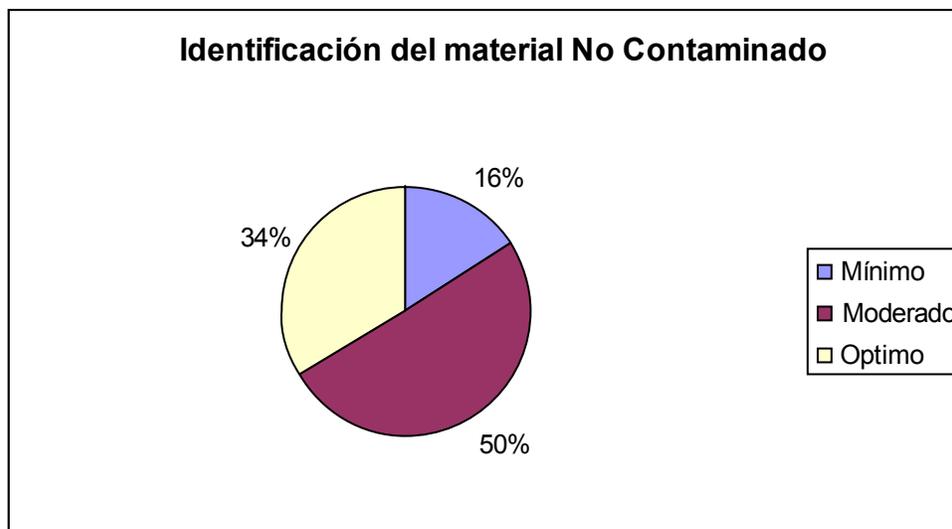
Tabla N° 9:

Identificación del material no contaminado considerado por el Personal de Enfermería de una Institución Pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica. (Ver anexo N° 3, puntuación)

Identificación del material no contaminado	FA	FR%
Mínimo	12	16
Moderado	37	50
Optimo	25	34
Totales	74	100

Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

Gráfico N° 9: Identificación del material no contaminado



Fuente: entrevista realizada al personal de enfermería

En cuanto a la Identificación del material no contaminado, según el instructivo de encuesta el 50% del personal de Enfermería refiere en forma moderada.

ANALISIS DE ENTREVISTA

Mediante la encuesta realizada a un total de 74 personas; personal de enfermería de una institución pública de salud en la ciudad de Montevideo, en los servicios de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica, en el período comprendido entre el 5 de julio y el 30 de julio de 2010 se obtuvo que en cuanto al conocimiento sobre las Normas de Bioseguridad por parte del Personal de Enfermería en su totalidad refieren tener conocimiento sobre las mismas ; mientras que en relación a la definición de Bioseguridad, según el instructivo de encuesta, el 58% definió que la Bioseguridad son acciones dirigidas a disminuir accidentes y riesgo de contraer infecciones al trabajador de la salud.

En relación a la necesidad de aplicación de las Normas de Bioseguridad en el ambiente laboral, el 100% del personal de Enfermería (74 personas) consideran necesaria la aplicación de dichas normas.

En cuanto al por qué de la necesidad de aplicación de las Normas de Bioseguridad en el ambiente laboral, el 63% del Personal de Enfermería considera importante dicha aplicación porque previene de accidentes laborales sin especificar por que pueden surgir dichos accidentes.

En cuanto a la aplicación de Normas de Bioseguridad en el servicio tomando en cuenta las 74 personas encuestadas se obtuvo que el 96% del personal de enfermería aplican dichas normas.

En relación a la existencia de protocolos en el Servicio, un 64% (47 personas) refieren no tener conocimiento de su existencia.

Considerando las 27 personas (100%) que si reconocen la existencia de protocolos en el servicio, se obtiene que el 89% considera que los protocolos no son de fácil acceso para el personal.

En cuanto a la aplicación de la técnica de lavado de manos, el 65% del personal refiere realizar el lavado de manos al ingreso de la guardia y antes de cada procedimiento.

En relación a la importancia de la técnica de lavado de manos, el 100% del personal de enfermería considera importante la aplicación de dicha técnica.

En cuanto al uso de barreras protectoras el 100% del personal de enfermería considera que depende del procedimiento que se realice.

En referencia al descarte del material corto punzante, el 100% considera el contenedor rígido como único lugar de descarte.

En cuanto a la identificación del material contaminado, un 54% del Personal de Enfermería citó 3 o más ejemplos de dicho material.

En lo que se refiere a la identificación del material no contaminado el Personal de Enfermería citó 2 ejemplos.

CONCLUSIÓN

Este trabajo puede concluir que el grupo investigador logró cumplir con los objetivos establecidos, ya que al analizar el resultado de la observación y la entrevista se evidenció que el porcentaje mayor de la muestra conoce y aplica las normas de bioseguridad.

Lo llamativo del estudio es que un porcentaje importante de la población estudiada refiere que los servicios no cuentan con protocolos pero sin embargo trabajan con precauciones estándares de bioseguridad en su quehacer diario, dato extraído de la observación realizada y del análisis de la entrevista.

Este estudio evidenció fortalezas, debilidades y discordancias.

En lo que se refiere al lavado de manos en la entrevista expresan que lo realizan al ingresar a la jornada laboral y antes de cada procedimiento, pero no hay una concordancia con lo observado ya que se observó que el personal realiza esta técnica con mayor afluencia luego de llevar a cabo un procedimiento, esto podría sugerir que el personal aplica las normas de bioseguridad en pos del cuidado de su propia salud y no la del usuario o por falta de conocimientos, importante brecha para una futura investigación.

Se observó que un alto porcentaje del Personal de Enfermería utiliza el alcohol en gel para suplantar el lavado de manos, aún siendo considerada la aplicación de dicha técnica (lavado de manos) de suma importancia por todo el personal de enfermería en la prevención de la propagación de microorganismos.

Se constata que el personal de enfermería considera que el uso de barreras protectoras depende de la técnica a realizar. No obstante, no se pudo observar una gran variedad de técnicas de enfermería donde fuese necesaria la utilización de medidas protectoras como lo son sobre túnica, lentes protectores, tapaboca y botas; pero si se observó que el personal utiliza guantes para la manipulación de sangre y fluidos corporales.

Se puede afirmar que el personal de enfermería realiza la manipulación y el descarte del material corto punzante y material contaminado en forma adecuada detectándose una debilidad en la identificación y descarte del material no contaminado.

Por todo lo expresado consideramos que este estudio ha sido de gran valor para el grupo investigador ya que nos permitió incursionar por primera vez en esta metodología que nos motivó a la búsqueda de conocimientos científicos que contribuyen a enriquecer nuestro quehacer profesional. Consideramos que los resultados obtenidos nos permitieron arribar a la resolución del problema planteado.

SUGERENCIAS:

Mediante la investigación se pudo comprobar que si bien el personal de Enfermería tiene conocimiento sobre las Normas de Bioseguridad y reconoce la necesidad de aplicación de las mismas es necesario realizar instancias educativas programadas para reafirmar conocimientos ya existentes en relación a dichas Normas.

El grupo considera que más allá que esta investigación cumple con un requisito curricular, deseamos presentar este trabajo al Departamento de Enfermería que nos permitió realizar el estudio ya que el mismo aporta información importante tanto en lo referente a las fortalezas y debilidades del grupo estudiado que les permita establecer estrategias de mejora continua para fortalecer la calidad asistencial.

Entre las que sugerimos realizar

- 1) Instancias educativas que refuercen y/o aporten conocimientos que fundamenten y motiven para cumplir con estas prácticas de gran relevancia en la prevención de la propagación de microorganismos;
- 2) La difusión de estas medidas a través de material visual y de fácil acceso en las diferentes salas.
- 3) Reforzar la supervisión de dicho personal en forma directa e indirecta por parte del Licenciado/a a cargo como una forma de realizar educación incidental.
- 4) Partiendo que el Personal de Enfermería diariamente enfrenta situaciones en las cuales debe tomar decisiones que inciden directamente en la atención del paciente es que consideramos de suma importancia la capacitación de los recursos humanos en Salud, para lo cual proponemos la aplicación de protocolos de Bioseguridad en los diferentes servicios, de fácil acceso.
- 5) Dado que el Personal de Enfermería manifestó la no disponibilidad de algunos recursos materiales creemos conveniente la realización de una investigación futura para determinar si la disponibilidad de los recursos incide en el no cumplimiento de las normas.

Bibliografía

Libros:

1. Ayuso Murillo D, Grande Sellera R. La Gestión de Enfermería y los Servicios Generales en las Organizaciones sanitarias. Barcelona: Díaz de Santos; 2006.
2. Hernández de Canales F. Metodología de la investigación; manual para el desarrollo de personal de salud. México: OPS; 1986.
3. Uruguay. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de la Salud. Normas de Bioseguridad, en la prevención de accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales. Montevideo: MSP; 1997.

Autores Institucionales:

Norman G, Streiner D. Bioestadística. Madrid: Harcourt Brace; 1998.

Sitios Web:

1. Accidentes laborales en el Hospital de Clínicas 2001. Programa de Vigilancia de los Accidentes laborales en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela 1996-2006, Uruguay, disponibles en [Htp://www.dso.fmed.edu.uy](http://www.dso.fmed.edu.uy) consultado marzo 2006
2. Normas de Bioseguridad, <http://www.infecto.edu.uy/prevención/bioseguridad.htm>
3. Normas de Bioseguridad <http://www.opas.org.br>

ANEXOS

ANEXO N° 1:

INSTRUCTIVO DE PLANILLAS DE OBSERVACIÓN

Higiene de Manos:

Es un procedimiento que tiene como objetivo disminuir el número de microorganismos " transitorios" o provisionales que se adquieren en el ambiente y por el contacto de la superficie de la piel de la enfermera/o con otras personas para así tratar de evitar la transmisión de enfermedades.

Técnica Lavado De Manos

La técnica del lavado de manos tiene la siguiente secuencia:

- subir las mangas hasta el codo
- mojarse las manos con agua
- aplicar 3 a 5 ml de jabón líquido
- friccionar las superficies de la palma de la manos y puño durante 10 o 15 segundos
- enjuagar con agua
- secar con toalla de papel
- cerrar la canilla con la toalla de papel.

Uso de Alcohol En Gel

Se debe de aplicar sobre una palma y luego frotar cubriendo ambas palmas y los dedos. Dejar que se seque sin agitar las manos ni secarlas con nada. Para la conservación del gel antibacterial, se recomienda mantenerlo en un lugar fresco y seco, de modo de evitar la evaporación del alcohol que es el ingrediente germicida.

Uso de Barreras protectoras: La evidencia muestra como barreras de protección aquellos elementos indispensables para evitar la transmisión de infecciones, protegiendo así al trabajador. Dentro de estos elementos de protección se pueden encontrar: guantes, tapabocas, lentes protectores, sobre túnicas. Dependiendo del procedimiento que se realizará se tendrá en cuenta si se utilizan o no los elementos necesarios para la protección personal.

Descarte del material: Se tomara en cuenta el correcto descarte del material, considerando como material corto-punzantes, aquellos elementos como, (material de punción, agujas, jeringas con agujas incorporadas, hojas de bisturí, maquinas de rasurar, ampollas de vidrio), éste se descartará en un contenedor de material rígido. Se considerara como material contaminado todo aquel residuo que presente o que potencialmente pudiera presentar características como: infecciosas, corrosivas, reactivas, tóxicas, explosivas, inflamables, irritantes, radiactivas. Este tipo de material debe ser descartado en bolsas amarillas, al igual que todo material que presente fluidos corporales (sangre, materias fecales, orina, secreciones, pus y vómitos), por ejemplo: guantes, material blanco, sachets de suero, tubuladuras, jeringas con sangre, sondas, material de curaciones, material de drenaje, dispositivos usados en ostomías, papeles con sangre). El material común se deberá descartar en bolsas negras, dentro de estos encontramos: comidas, papeles, botellas de plásticos, cartón, residuos de escritorios.

ANEXO N°2

PLANILLA DE OBSERVACIÓN

<u>Higiene de manos:</u>	SI	NO
•Realiza el lavado de manos al ingreso de la sala		
•Enjuaga las manos con abundante agua		
•Aplica jabón		
•Se frota las manos y espacios interdigitales		
•Se lava las manos antes realizar un procedimiento		
•Se lava las manos después de realizar un procedimiento		
•Se lava las manos después de utilizar los guantes.		
•Utiliza alcohol en gel para suplantar el lavado de manos		
<u>Uso de barreras:</u>		
•Se coloca guantes cuando manipula sangre y fluidos corporales		

<ul style="list-style-type: none"> •Utiliza lentes protectores, tapabocas, botas y/o sobre túnicas en actividades que pueden generar salpicaduras de sangre, fluidos corporales, y secreciones. 		
<p>Utilización de material corto punzante:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Realiza el re-encapuchado de agujas 		
<ul style="list-style-type: none"> •Retira el bisturí con pinza 		
<p>Descarte del material:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Coloca el material corto punzante en contenedores rígidos 		
<ul style="list-style-type: none"> •Descarta en bolsas amarilla el material contaminado 		
<ul style="list-style-type: none"> •Descarta en bolsas negras el material no contaminado 		

ANEXO N°3

INSTRUCTIVO DE ENTREVISTA

1)- Se tomará en cuenta como respuesta SI / NO

2)- Se evidencia como Bioseguridad: una doctrina de comportamientos encaminados a lograr actitudes o conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, ambiente éste que debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgo.

Partiendo de esto lo puntuaremos como:

- 1-mínimo (ayuda a prevenir accidentes)
- 2-moderado(acciones dirigidas a disminuir accidentes y riesgo de infecciones al trabajador de salud)
- 3-óptimo (conjunto de conductas encaminadas a disminuir el riesgo del trabajador de adquirir infecciones en el ambiente laboral, comprometiendo así también a todas aquellas personas que se encuentran en el ambiente asistencial (usuario).

3-a)- Se tomará en cuenta como respuesta SI/ NO.

3-b)- La Bioseguridad tiene como objetivo medidas de prevención de accidentes del personal de salud que está expuesto a sangre y otros líquidos biológicos.

Siendo la primer parte afirmativa se puntuará como:

- 1-minimo (prevenir accidentes)
- 2-moderado(previene accidentes e infecciones)
- 3-óptimo (ayuda al trabajador a prevenir de accidentes frente a la exposición de fluidos corporales y/o sangre, y conducta a seguir frente a un accidente con exposición a dichos elementos)

3-c)- Se tomará en cuenta como repuesta SI/ NO

4-a)- Se tomará en cuenta como repuesta SI/ NO.

4-b)- Se tomará en cuenta como respuesta SI/ NO.

5-a)- Se puntuará teniendo en cuenta:

- 1-mínimo (lavado de manos al ingreso de la guardia).
- 2-moderado (lavado de manos al ingreso de la guardia y antes de cada procedimiento).
- 3-óptimo (lavado de manos al ingreso de la guardia, antes y después de cada procedimiento).

5-b)- Se tomará en cuenta como respuesta: SI/ NO.

6)- Dichas medidas se utilizan siempre que el personal de enfermería este expuesto al contacto de sangre y/o fluidos corporales así como también a salpicaduras de sustancias biológicas.

Dependiendo del procedimiento a realizar, se determina el uso del elemento específico a usar. Evidenciando como barreras protectoras: guantes, tapa boca, sobre túnica y lentes protectores.

Se considerara como respuesta correcta: que el uso de barreras protectoras depende del procedimiento a realizar.

7)- Se tomará en cuenta como respuesta correcta: Contenedor rígido.

8)-La evidencia muestra como material contaminado: Todo aquel material que presente o que potencialmente pudiera presentar característica como infecciosas corrosivas, reactivas, tóxicas, explosivas, inflamables e irritantes. Ejemplo: Material que presente fluidos corporales y/o sangre (guantes, material blanco, sachets de suero, tubuladuras, jeringas, sondas, material de curación, material de drenaje, dispositivos usados en ostomias,,vómito)

Se puntuará:

- 1-mínimo(se nombra solo uno de los ejemplos)
- 2-moderado(se nombran 2 de los ejemplos)
- 3-optimo(se nombran 3 o más de los ejemplos)

9)-La evidencia muestra como material no contaminado: Todos aquellos residuos generados en un establecimiento asistencial proveniente de tareas administrativas o de limpieza así como también residuos de alimentos. Ejemplos: papeles en general, cartones, cajas de plástico y alimentos.

Se puntuará:

- 1-mínimo(se nombra solo uno de los ejemplos)
- 2-Moderado(se nombran 2 de los ejemplos)
- 3-optimo(se nombran 3 o más de los ejemplos)

ANEXO N°4

ENTREVISTA

La presente entrevista es realizada por un grupo de 5 bachilleres de la Facultad de Enfermería, quienes estamos realizando un trabajo de investigación. La entrevista es de carácter anónimo, y tiene como objetivo evaluar el conocimiento y aplicación de las Normas de Bioseguridad.

Agradecemos contestar todas las preguntas.

Desde ya muchas gracias.

- 1) ¿Conoce lo que son las Normas de Bioseguridad?
- 2) ¿Cómo definiría la Bioseguridad?
- 3) a-¿Considera necesario la aplicación de las Normas de Bioseguridad en el Ambiente laboral? Si contesto sí;
b- ¿por qué?
c- ¿Aplica las Normas de Bioseguridad?
- 4) a-¿El servicio cuenta con protocolos de Bioseguridad?
b- ¿Son de fácil acceso?
- 5) a- En cuanto al lavado de manos: cuando utiliza ésta técnica?
b-¿Considera que es importante dicha técnica?
- 6) En cuanto al uso de guantes, sobre túnicas, tapaboca y lentes protectores:
¿En que ocasiones cree conveniente su uso?
- 7) En cuanto al descarte del material corto-punzante:
¿Donde se realiza el descarte del mismo?.
- 8) En cuanto al material contaminado:
Cite 3 ejemplos de dicho material.
- 9) En cuanto al material no contaminado:
Cite 3 ejemplos.

Dicha entrevista será puntuada basándonos en nuestro marco teórico (Normas de Bioseguridad, M.S.P)

ANEXO N° 5

Recomendaciones practicas para desarrollar actividades vinculadas a la asistencia de pacientes:

Utensilios para la alimentación de pacientes internados (vasos, cubiertos, platos):

Los utensilios deben de ser descartables o reutilizables.

La limpieza de los reutilizables debe de realizarse mediante agua de arrastre caliente y detergente. Puede ser realizado en forma mecánica.

Chatas y violines:

El ambiente de internación deberá disponer de suficientes chatas y violines que permitan el uso exclusivamente individual de cada paciente que lo necesite durante su permanencia. Debe ser sometido a una limpieza mecánica con agua y detergente y luego ser sometido a una desinfección con un desinfectante de bajo nivel.

Termómetros:

El termómetro se lavará con jabón y agua de arrastre y se desinfectará con alcohol al 70% con fricciones mecánicas mediante un algodón.

Estetoscopio y esfingomanómetro:

La funda del brazalete de esfingomanómetro debe periódicamente ser lavada, y particularmente en todas aquellas situaciones en donde se contamine con sangre, heces y otros líquidos biológicos.

Lo mismo referente al estetoscopio, en donde la membrana del mismo y las olivas deben mantenerse en condiciones higiénicas con alcohol al 70°.

Material de curaciones (gasas, torundas):

Luego de su uso deberán colocarse en una bolsa de plástico (de color amarillo) que se cerrará adecuadamente.

Ropa de cama:

Toda la ropa de cama usada debe ser considerada sucia y por tanto tratada como contaminada.

La manipulación de la ropa de cama sucia deberá ser mínima y siempre realizada utilizando guantes.

No realizar movimientos bruscos ni sacudir la ropa en el ambiente para evitar contaminación microbiana del aire.

Se recomienda el lavado de la ropa con detergentes y agua caliente a 71 ° C por 25 minutos o utilización de agua fría con la asociación de desinfectantes a base de compuestos clorados orgánicos.

Los colchones y almohadas deberán cubrirse con material impermeable de forma de ser limpiados con un detergente y desinfectados.

Las frazadas cuando se envían al lavadero deben ser procesadas separadas del resto de la ropa de cama.

Limpieza diaria:

Todo el ambiente asistencial debe ser higienizado con agua y detergentes neutros, utilizando utensilios de limpieza que al tiempo de facilitar la tarea protejan al trabajador. En caso de existir sangre y fluidos corporales, se indica el tratamiento local previo con uso de compuestos clorados.

El personal de servicio deberá usar uniformes adecuados con guantes de limpieza y demás utensilios (equipamiento de protección individual).

Limpieza y desinfección de materiales y equipos:

Críticos:

Los materiales o instrumentos expuestos a áreas estériles del cuerpo deben esterilizarse. Ej.: instrumental quirúrgico y/o de curación.

Semicrítico:

Los materiales o instrumentos que entran en contacto con membranas mucosas pueden esterilizarse o desinfectarse con desinfectantes de alto nivel (lutaraldehído). Ej.: equipo de terapia ventiladora, endoscopios, cánulas endotraqueales, espéculos vaginales de metal.

No crítico:

Los materiales o instrumentos que entran en contacto con la piel íntegra, deben limpiarse con agua y jabón y desinfectarse con un desinfectante de nivel intermedio o de bajo nivel. Ej. esfigmomanómetros, vajilla, chatas y violines, muebles, ropas.

Los artículos críticos, semicríticos y no críticos deben ser limpiados mediante acción mecánica utilizando agua y un detergente neutro o enzimático.

Todos los materiales, luego de ser usados deberán ser colocados en inmersión en un detergente enzimático o neutro durante un mínimo de 5 minutos, posteriormente cepillados y enjuagados en agua potable corriente a los efectos de retirar todo resto de materia orgánica presente. Luego de secados y de acuerdo a la categorización del material deben ser esterilizados o desinfectados.

Los críticos deben ser esterilizados, los semicríticos pueden ser procesados con desinfectantes de alto nivel (ej. glutaraldehído al 2% en un tiempo mínimo de 20 minutos) y los no críticos mediante desinfección de nivel intermedio o de bajo nivel.

Métodos de esterilización y desinfección esterilización:

Es la total destrucción o eliminación de todas las formas de vida microbiana. Este proceso debe ser utilizado en los materiales de categoría crítica.

Calor húmedo (autoclave) 121 °C a 1 atmósfera por encima de la Presión Atmosférica durante 20'. Calor seco (estufa-pupinel), 170 °C 2 hs. Gas (óxido etileno Químico (glutaraldehídos), (peróxido de hidrógeno).

Desinfección:

Es el proceso de eliminación de microorganismos patógenos, excepto las esporas bacterianas.

La desinfección química se clasifica en:

Desinfección de alto nivel: es la inactivación de todos los microorganismos en su forma vegetativa, hongos, virus y mico bacterias (ejemplo: glutaraldehído al 2%, peróxido de hidrógeno al 6%).

Desinfección de nivel medio: inactiva todos los microorganismos en la forma vegetativa, la mayoría de: hongos, virus y el Mycobacterium tuberculosis (ejemplo: hipoclorito de sodio al 0.5%).

Desinfección de bajo nivel: inactiva todos los microorganismos en forma vegetativa, menos el mico bacterias, microorganismos resistentes y esporas bacterianas (ejemplo amonio cuaternario).

La incorporación de equipamiento mecánico para la desinfección térmica se hace a través de lavadoras termo desinfectadoras que trabajan con una temperatura que varía entre los 75 y 100 °C.

Concentraciones de 500 ppm (0.5 gr/l) a 5000 ppm (5 gr/l) de hipoclorito de sodio son eficaces. Es de observar que el hipoclorito de sodio es eficaz contra los priones (agentes causantes de la encefalitis esponjiforme, etc.).

Observación:

Los compuestos clorados (hipoclorito de sodio y clorados orgánicos) en altas temperaturas pierden acción como desinfectantes (no usarlos con agua caliente), por lo que no es recomendable colocar la ropa en recipientes con hipoclorito de sodio.

Hay que tener precaución por la alta volatilidad de esta sustancia que puede resultar nociva para quien realiza el procedimiento.

Además recordar que el hipoclorito es inactivado en presencia de materia orgánica, jabones y detergentes comunes por lo que no debe ser usado en los mismos recipientes.

El hipoclorito de sodio, es inestable y altamente corrosivo por lo que debe manejarse con precaución.

EDUCACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SALUD:

La capacitación de recursos humanos en salud es muy importante, cuidar a los que cuidan, educar, capacitar, actualizar, son sin lugar a dudas pilares fundamentales del cuidado del recurso humano del equipo de salud.

El personal de enfermería diariamente enfrenta situaciones en las cuales debe evaluar, analizar datos y en muchas oportunidades tomar decisiones que inciden directamente en la evolución de la enfermedad.

Es importante recordar la ley de ejercicio profesional de enfermería, proteger al trabajador en actividad, al que sin lugar a dudas le corresponde un porcentaje importante de responsabilidad en la atención del paciente.

NIVELES DE SEGURIDAD:

En un amplio contexto, los niveles de seguridad en un hospital requieren primero de la experiencia técnica para reconocer peligros y tomar medidas preventivas. Tal experiencia debe cubrir áreas como seguridad eléctrica y mecánica, protección contra radiaciones, tratamiento de desechos y control de infección.

También debe abarcar una muy amplia serie de la tecnología médica actualmente en uso dentro del ambiente del hospital. Con estos antecedentes de experiencia, debe ponerse en práctica un programa de seguridad en curso que servirá para reconocer riesgos y peligros prevenibles e instituir medidas correctivas y preventivas.

Sin embargo, la motivación del personal de salud es a menudo el elemento más importante para lograr el nivel más alto de seguridad. Esta motivación debe formar parte de la función del hospital en conjunto y debe alcanzar a casi todo trabajador.

El programa de seguridad organizado debe tener por objetivo funcionar conjuntamente con el personal y al mismo tiempo alentarlos, y de esta manera servir de reforzamiento positivo para la motivación del personal como individuo.

Por ésta misma razón, el programa de seguridad debe evitar, hasta donde sea posible, acciones innecesariamente críticas o de castigo. Contando con estas habilidades y acciones, el hospital debe mantenerse como un lugar que sea seguro para los que ahí trabajan y en el que los eventos ocurridos no minen la reputación del ambiente del hospital y de sus verdaderos propósitos de cuidados para el paciente.

SALUD Y SEGURIDAD DEL PERSONAL DEL HOSPITAL:

Los empleados del hospital prestan en forma colectiva un servicio: el cuidado de la salud del paciente, y al hacerlo se exponen a una gran variedad de condiciones ambientales que pueden afectar su salud.

Las exposiciones ambientales en el hospital se deben categorizar de la misma manera que en otros centros de trabajo: condiciones químicas, biológicas, físicas y psicológicas.

El hospital cuenta con muchas de las mismas exposiciones en estas categorías que otros centros de trabajo: deficiencias en el equipo eléctrico, gases tóxicos, pesos que deben levantar o mover, motivación y responsabilidad por el trabajo, y mantenimiento deficiente.

El hospital también tiene riesgos de exposición únicos por los compuestos químicos de laboratorio, anestésicos, radiación e infecciones bacteriana.

RIESGOS EN EL HOSPITAL:

<u>Riesgos químicos</u>	<u>Riesgos Físicos</u>	<u>Riesgos Biológicos</u>
Adhesivos	Aire comprimido	Alergias
Aerosoles	Electricidad	Trans-infección
Anestésicos	Frío excesivo	
Blanqueadores	Explosivos	Enzimas en detergentes
Monóxido de carbono	Fuego	Manejo de especímenes patológicos
Limpiadores	Pisos brillantes	Hepatitis
Detergentes	Calor	Inadecuada eliminación de basura
Desinfectante	Agua caliente	Inadecuada eliminación de aguas negras
Drogas	Iluminación inadecuada	Enfermedades infecciosas
Tintes	Ventilación inadecuada	Falta de inmunización
Gases de escapes	Radiación ionizante	Reutilización de máscaras sin esterilización
Fertilizantes	Levantamientos	Derrames y roturas
Gases	Manejo manual	Erupciones en la piel a causa de estreptomina
Insecticidas	Ruido	
Elementos químicos del laboratorio	Radiación no ionizante	
Pintura de plomo	Diseño deficiente de construcciones y equipos	
Aceites	Mantenimiento deficiente	
Ozono	Resbalones y caídas	
Plaguicidas		
Fotocopiado		
Compuestos químicos fotográficos		
Plásticos		
Pulimentos		
Conservadores		
Gases refrigerantes		
Jabones		
Solventes		
Limpiadores especiales		
Esterilizadores		

ELIMINACIÓN DE LOS DESECHOS:

La recolección y eliminación de los desechos del hospital es un problema muy importante. Muchos procedimientos para reducir la infección nosocómica y mejorar la calidad del cuidado médico influyen directamente en la cantidad de desechos del hospital.

La proliferación y variedad de artículos desechables es increíble. Gran parte de estos desechos es peligrosa, ya que muchos objetos pueden alojar una variedad de patógenos que producen enfermedades, los cuales son capaces de sobrevivir y aún de crecer en un sistema de recolección y eliminación.

Estos aspectos de los desechos de hospitales dictan la necesidad de un diseño y control cuidadoso de un sistema integrado de recolección y eliminación. No se puede permitir que cualquier individuo tome decisiones sobre la eliminación de desechos tóxicos o peligrosos.

Se ha demostrado que un adecuado manejo y eliminación de los desechos puede reducir peligros potenciales para el personal del hospital. Colocar desperdicios en bolsas facilita el manejo y reduce el número de bacterias transportadas por el aire. El uso de bolsas de diferente color es una manera conveniente de distinguir desechos patológicos de otros desechos para el proceso de separación; así como también la utilización de contenedores rígidos, para la eliminación de desechos corto-punzantes.

Sólidos: todo desecho sólido debe sellarse en bolsas de plástico gruesas y colocarse en recipientes para ser eliminado.

CONTROL DE INFECCIONES:

Tanto los pacientes como el personal del hospital son susceptibles a las infecciones nosocómicas. El control de la infección recibe tal vez la mayor atención por parte del personal del hospital. Aún así, un procedimiento de otra manera exitoso puede verse obstaculizado por fuentes de infección insidiosas e inesperadas.

El ambiente del hospital concentra microorganismos patógenos tanto para el paciente como para el personal.

Para iniciar un proceso de control de infección nosocómica, se deben conocer las fuentes y los tipos de microorganismos patógenos, y se debe establecer una evaluación instrumentada para determinar la cantidad, tipo y fuente de microorganismos en un momento y lugar dados en un hospital.

Una vez identificado el problema, el control se establece eliminando o controlando los depósitos mediante el exterminio o la esterilización, reduciendo el número de organismo por desinfección, creando así un ambiente desfavorable para el crecimiento de los mismos e impidiendo o eliminando los medios de transmisión.

Es necesario conocer ciertos principios epidemiológicos básicos en el control de la enfermedad infecciosa. La difusión de la enfermedad implica un ciclo de suceso que empiezan con un depósito, fuente de parásitos.

El depósito del oralismo productor de la enfermedad puede ser inanimado, como es el caso de la mugre (por ejemplo; Ántrax, Gangrena gaseosa); o animado, como la enfermedad transportada por artrópodos portadores.

Por supuesto, el depósito más importante es el huésped infectado, especialmente en el caso asintomático, conocido de otra manera como portador.

Para seguir con el ciclo de la enfermedad, un patógeno debe encontrar un medio de escapar del depósito, y ser transportado aun huésped susceptible. El modo más obvio de transmisión es por contacto directo con los dedos o núcleo de gotitas. Los núcleos de gotitas son el resultado de la tos, o estornudos y son capaces de viajar distancias de hasta 1m.

Un nuevo huésped también puede llegar a infectarse por contacto directo con vehículos tales como el agua, alimentos, polvo otros objetos contaminados, o por diversos artrópodos portadores.

Una vez transmitido, el microorganismo de la enfermedad debe encontrar una puerta de entrada hacia el nuevo huésped. La amplia variedad de procedimientos de diagnósticos y tratamientos contra invasores en la medicina moderna proporcionan una gran entrada traspasando las barreras protectoras del cuerpo.

Los microorganismo son transmitidos por contacto directo con las secreciones del paciente, incluyendo gotitas aero transportadas, mientras que en otros casos los sistemas del hospital pueden transportar bacterias de un huésped a otro, esto incluye equipos (instrumentos médicos, jeringas, catéteres e incluso los carros de curaciones), suministros de agua y equipo de ventilación.

Un agente particularmente insidioso es la hepatitis infecciosa la cual es especialmente peligrosa para el personal del hospital. Los tipos de la enfermedad resultan por la presencia de virus en excrementos, sangre u otras secreciones del cuerpo; de aquí que la puerta de entrada sea por la boca o el torrente sanguíneo de un nuevo huésped.

El portador huésped puede no presentar síntomas y no hay portadores o huéspedes intermedios conocidos, la propagación de la enfermedad puede detenerse, asegurando los suministros de agua no contaminada una adecuada esterilización de agujas y jeringas y, en casos especiales, el uso de inmunización con gammaglobulinas.

ACCIDENTE POR EXPOSICIÓN A SANGRE O FLUIDOS CORPORALES

Enfermedades infecto contagiosas mas frecuentes a las que el personal de enfermería se encuentra expuesta en el ámbito laboral: se denomina a todo contacto con sangre o fluidos y que lleva una solución de continuidad (pinchazo o herida cortante) o un contacto con mucosa o piel lesionada.

Agentes infecciosos transmitidos por accidentes de exposición a sangre:

Numerosos agentes infecciosos en la sangre o fluidos corporales de lo que se denomina fuente, pueden ser transmitidos en el curso de un accidente. El riesgo de transmisión depende de la prevalencia de la infección en una población determinada, la concentración del agente infeccioso, la virulencia del mismo, el tipo de accidente.

En la práctica los agentes más frecuentes comprometidos en los accidentes de exposición a sangre son:

- virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): el riesgo de infectarse por este virus a través de una aguja que tiene sangre contaminada es del 0.3-0.4%. en un contacto mucoso con sangre contaminada baja a un 0.05%.
- hepatitis a virus b: el riesgo de infectarse por este virus a través de una aguja es del 15% llegando al 40%.
- hepatitis a virus c: el riesgo en este caso no ha sido bien precisado citándose cifras de hasta un 10%.

Del 65 al 70% de los casos ocurren en el personal de enfermería, seguidas del personal de laboratorio en un 10 al 15%. Los accidentes ocurren con mayor frecuencia en la habitación del paciente (60-70%), en una unidad de cuidados intensivos (10-15%) principalmente en un caso de excitabilidad de los pacientes al manipular jeringas y al intentar re encapuchar la aguja luego de su uso.

Que factores determinan la posibilidad de infección frente a un accidente por exposición a sangre:

- El volumen de fluido transfundido: en el caso de personas que comparten jeringas para inyectarse drogas es más riesgoso para la primera persona que reutiliza la aguja y jeringa determinada, que para las sucesivas personas. Este volumen depende de: la profundidad del pinchazo, del tipo de aguja, del tipo de punción (venosa o intramuscular), de la utilización de guantes o no en el caso de pinchazo en la mano.
- La concentración y viabilidad del virus en el fluido: es baja la concentración y no se han denunciado casos vinculados a saliva, lágrimas, orina, sudor. Son de riesgo los siguientes fluidos como semen, secreciones cérvico vaginales, sangre y potencialmente de riesgo incluimos el líquido sinovial, pericárdico, amniótico, y pleural. En relación al período de la enfermedad destacamos que al principio de la infección y al final de la enfermedad los fluidos tienen mayor concentración de virus. Una vez producida la infección pasan de 3 a 4 semanas de que el virus alcance una concentración importante, luego persisten de 3 a 5 semanas en niveles altos y luego baja la concentración durante varios años aunque la infecciosidad se mantiene. Luego de esta latencia vuelve a aumentar la concentración hasta la muerte del paciente.

La naturaleza de la exposición puede clasificarse en 4 categorías de exposición:

- dudosa: Cualquier lesión causada con instrumental contaminado con fluidos no infectantes, o exposición de piel intacta, o fluidos o sangre infectante.
- probable: Herida superficial sin sangrado espontáneo con instrumento contaminado de fluido o sangre infectante o bien mucosas expuestas a sangre o fluido infectante.
- definida: Cualquier herida que sangre espontáneamente contaminada con sangre o fluidos infectantes o bien, cualquier herida penetrante con aguja u otro instrumento contaminado con sangre o fluido infectante.
- masiva: Transfusión de sangre infectada por VIH. Inyección accidental de más de 1 ml de sangre o fluido contaminado. Cualquier exposición parenteral a materiales de laboratorio o de investigación conteniendo virus VIH.

Diagrama de Gantt

Actividades Año 2009	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Agos.	Set.	Nov.
Selección de la bibliografía	X							
Elaboración de la pregunta problema	X							
Elaboración de objetivos generales y específicos	X							
Tutoría con docente	X	X	X	X	X	X	X	
Corrección del protocolo (título, pregunta problema, metodología y variables)		X	X	X	X	X	X	
Tutoría mediante correo electrónico		X	X	X	X	X	X	X
Entrevista con la Licenciada en Enfermería Elizabeth Bozzo		X						
Entrevista con Dr. Jorge Venegas			X					
Entrevista telefónica con Dra. Iglesias (DUS)			X					

Actividades Año 2010	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Julio	Agos
Envíos de cartas presentando el tema de investigación a Licenciada en Enfermería Ana Igua y Licenciada en Enfermería Myriam Gorrazi				X			
Tutoría con docente		X				X	X
Tutoría mediante correo electrónico		X	X			X	X
Se realiza recolección de datos en los Servicios						X	
Análisis y tabulación de datos, Conclusión							X

Actividades Año 2010	Set.	Nov.					
Tutoría con docente	XX						
Tutoría mediante correo electrónico		X					