



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
INSTITUTO TECNOLÓGICO
CARRERA ESCALONADA
GENERACIÓN 2011



NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL EQUIPO DE SALUD Y RIESGOS A LOS QUE SE EXPONE RELACIONADO A LA APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD HOSPITALARIA Y SU IMPLICANCIA EN LA GESTIÓN DEL HOSPITAL DE FLORES DR. EDISON CAMACHO

Autoras:

Yanela Bessonart
Mónica Castro
Johana Hambeck
Jessica Montano
Margarita Sosa

Tutores:

Prof. Adj. Lic. Esp. Karina Rodríguez

Montevideo, 2014

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

GLOSARIO

AES: Accidentes con exposición a sangre.

ASSE: Administración d los Servicios de Salud del Estado.

EPP: Elementos de protección personal.

GIRH: Gestión Integral de Residuos Hospitalarios.

HIV: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

LM: Lavado de manos.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

RRHH: Recursos Humanos.

RRMM: Recursos Materiales.

RSH: Residuos Sólidos Hospitalarios.

UdelaR: Universidad de la Republica.

UE: Unidad Ejecutora.

RESUMEN

En la presente investigación se realizó un estudio de tipo Descriptivo, de corte Transversal cuyos objetivos fueron Evaluar la aplicación de las medidas de bioseguridad y el conocimiento manifestado por parte del equipo de salud, en la atención a los usuarios asistidos en los servicios de Urgencias, Maternidad, Cirugía y Pediatría del Hospital de Flores Dr. Edison Camacho y Elaborar en base a los resultados obtenidos una propuesta de intervención. La muestra estuvo conformada por 23 profesionales de la salud que asisten a usuarios en los servicios antes mencionados. Como instrumento se utilizaron, un cuestionario de conocimiento manifestado y una guía de observación que permitió verificar la aplicación de las normas de bioseguridad a dicho equipo. Los resultados demostraron que en cuanto al conocimiento manifestado el 89% dice conocer y en lo que corresponde a la observación de la aplicación de las normas, el 28% aplica siempre, el 40% a veces y el 32% nunca aplica. Por lo que se concluyó que las normas de bioseguridad no son aplicadas por el equipo de salud como manifiestan conocerlas, encontrándose expuestos a sufrir múltiples accidentes laborales.

Palabras claves:

- ✓ Exposición a agentes biológicos.
- ✓ Personal de salud.
- ✓ Exposición ocupacional.
- ✓ Residuos sanitarios.

INTRODUCCION

La Bioseguridad es una disciplina que compromete a todas las personas del ambiente asistencial a diseñar estrategias que disminuyan los riesgos de contaminación.

La siguiente investigación se realizó en el Hospital Departamental de la Ciudad de Trinidad del Departamento de Flores Dr. Edison Camacho, que se encuentra ubicado en la región oeste del país y corresponde a una Unidad Ejecutora del Segundo Nivel de Atención, de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (UE 20, ASSE), con un total de 12.907 afiliados. Brinda atención médica en Cirugía, Medicina General, Materno Infantil, Pediatría, Medicina Crítica y Policlínicos de Diagnóstico y tratamiento

Además cuenta con 277 funcionarios que integran el Equipo de Salud y 56 camas de internación.

Este hospital no cuenta con un manual de bioseguridad que contemple las normas tal como establece el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Esta investigación pretende conocer el grado de conocimiento que tiene el equipo de salud en cuanto a normas de bioseguridad hospitalaria y su aplicación.

Al realizar la diferentes experiencias prácticas como estudiantes de la Licenciatura en Enfermería en la institución antes mencionada, surge como debilidad la inadecuada aplicación de las Medidas de Bioseguridad, por parte del equipo de salud, es por este motivo y por carecer de estudios antes realizados en la institución que se elige el mencionado tema como trabajo de investigación, con la finalidad de obtener datos precisos sobre el grado de conocimiento del personal y magnitud del problema.

Este trabajo de investigación sirve para que tanto Médicos, Obstetras Parteras, Licenciados y Auxiliares en enfermería se beneficien, debido a que se analizará con mayor profundidad su grado de conocimiento de las medidas de bioseguridad y así

encaminar en programas de capacitación sobre estas medidas, lo que permitirá mejorar la calidad de atención, disminuir o evitar las infecciones intrahospitalarias, y así favorecer la seguridad del usuario y del equipo.

Para dicha investigación se seleccionaron los servicios de Cirugía, Maternidad, Urgencias y Pediatría de la Institución en estudio como consecuencia de la cantidad de usuarios asistidos y de los profesionales que en estos se desempeñan (cabe destacar que en los servicios que no se realizó la investigación, trabajan los mismos profesionales médicos, por lo que resultaría repetitivo).

Teniendo en cuenta el compromiso que como equipo de salud se tiene con la comunidad, se ha creído necesario proponer una investigación que pueda de alguna manera reforzar los métodos de prevención y manejo de este problema ya que por descuido o por no poner en práctica las normas de bioseguridad establecidas pueden producir graves problemas en la salud, que en muchas ocasiones son prevenibles.

Una vez que los resultados de este trabajo estén analizados, el personal de salud, se beneficiará, pues se obtendrá información suficiente sobre las medidas de bioseguridad aplicadas por el equipo de salud en la asistencia a los usuarios en los servicios antes mencionados del Hospital de Flores Dr. Edison Camacho. Los datos obtenidos estarán disponibles para que puedan ser utilizados y proyectados en la gestión, además de ser el punta pie para otras líneas de investigación, relacionadas a la temática.

No se debe pasar por alto que el establecimiento de Normas de Bioseguridad tiene como principal objetivo la reducción de riesgos ocupacionales en todo nivel, por lo que deben seguirse con seriedad. Todo profesional de la salud debe cumplir las normas implementadas por la institución y ésta a su vez debe supervisar en forma constante el cumplimiento de ellas, para proporcionar al usuario una atención integral de alta calidad donde reciba solo beneficios sin correr ningún riesgo.

Dicha investigación se realizó mediante dos instrumentos que son, encuesta sobre conocimiento y observación de aplicación de normas de bioseguridad hospitalaria.

A continuación se presentan antecedentes del problema, estudios que se relacionan directamente con la investigación, a nivel nacional y de América Latina ya que departamental no existen trabajos similares al tema estudiado:

En lo que respecta a la Tesis Uruguaya tomada como antecedente, brindo como resultado final que la mayoría de la población estudiada carece de conocimiento y un gran porcentaje no aplica normas de Bioseguridad. A nivel de Latinoamérica se puede decir de manera general que los funcionarios en los distintos centros asistenciales carecen de conocimientos y por lo tanto tampoco aplican las denominadas Normas de Bioseguridad, haciendo que se implementen diferentes tipos de capacitación para los mismos.

PLANTEAMIENTO PROBLEMA.

¿El conocimiento por parte del Equipo de salud en cuanto a normas de bioseguridad y su aplicación en la asistencia a usuarios de los servicios de urgencias, cirugía, maternidad y pediatría del Hospital de Flores Dr. Edison Camacho, en el periodo setiembre- diciembre 2014, son las adecuadas para evitar accidentes laborales?

JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.

En base a la bibliografía consultada, y otros trabajos realizados que se asemejan al planteado en esta oportunidad, se puede decir que la inadecuada aplicación de las medidas de bioseguridad por parte del equipo de salud, y por ende los distintos riesgos a los que se encuentra expuesto diariamente, es un problema que se extiende a nivel mundial, la prevalencia de enfermedades infectocontagiosas (HIV, Hepatitis B, C entre otras) adquiridas por los trabajadores a causa de accidentes laborales que pudieron ser evitados son una preocupación constante entre las empresas prestadoras de salud. En nuestro país el Hospital Universitario Dr. Manuel Quíntela, trabajo en el tema obteniendo múltiples datos: entre los años 1996- 2008, 1000 fueron los funcionarios que sufrieron algún tipo de accidente laboral y lo notificaron adecuadamente, 8% aprox. del total de los funcionarios. Cabe destacar que los auxiliares de Enfermería son los que tienen el porcentaje mayor entre estos (32%), además el sexo femenino supera ampliamente al sexo masculino y que mayormente son jóvenes ya que el rango de edad de entre 30 y 39 son los más accidentados. Otro dato a destacar es que la lesión mayor es la punzante, seguida de los traumatismos. (Datos obtenidos de la página web del Departamento de Salud Ocupacional de la Facultas de Medicina Udelar).

Los datos recabados, tanto en nuestro país como en distintos países de América Latina, sembraron la curiosidad en las investigadoras, haciendo que las mismas incursionaran en diferentes interrogantes como ¿Cuánto sabe el equipo sobre medidas de bioseguridad? ¿Por qué no se cuidan, no se protegen? ¿La institución cuenta y brinda con los elementos necesarios para que el equipo las utilice? ¿Cuántos accidentes laborales hay por esta causa? ¿Cuántos se notifican?, cuestionantes miles, que abren el camino a la investigación en todos sus parámetros.

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el conocimiento relacionado a la aplicación de las medidas de bioseguridad por parte del equipo de salud, en la atención a los usuarios que se asisten en los servicios de urgencias, cirugía, maternidad y pediatría del Hospital de Flores Dr. Edison Camacho.
- Elaborar en base a los resultados obtenidos una propuesta de intervención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar el nivel de conocimiento del equipo de salud sobre las medidas de bioseguridad aplicadas.
- Verificar la aplicación de medidas de bioseguridad mediante la observación.
- Proponer sugerencias que contribuyan a mejorar la aplicación de medidas de bioseguridad en la atención de usuarios del Hospital de Flores Dr. Edison Camacho.

MARCO TEÓRICO

Para insertarse en el tema investigado se consideró pertinente realizar una breve reseña histórica sobre los inicios de la Bioseguridad, definir algunos conceptos básicos además de presentar resultados de trabajos realizados similares a este, cabe destacar que son de índole Nacional y de Latinoamérica ya que departamentales no existen.

- a. Trabajo realizado por estudiantes de Licenciatura en Enfermería, alumnos de la Universidad de la Republica, Facultad de Enfermería, Cátedra de Administración, Carrera de Licenciatura en Enfermería,

“CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES POR EXPOSICIÓN A SANGRE Y FLUÍDOS CORPORALES EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA” 2009 MONTEVIDEO- URUGUAY

- Resultados: A partir de los datos obtenidos se llega a la conclusión de que se cumplieron los objetivos planteados ya que se logró realizar un diagnóstico de situación acerca de los conocimientos y la aplicación de las normas de bioseguridad. A grandes rasgos se puede decir que la población estudiada carece de conocimientos y un gran porcentaje de ellos no aplican las normas, a pesar de que dichas normas hace más de 10 años que fueron publicadas”.

- b. Trabajo realizado por estudiantes de Licenciatura en Enfermería, alumnos de la Universidad Favaloro, Facultad de Ciencias, Carrera de Licenciatura en Enfermería, “CONOCIMIENTOS QUE POSEEN LOS ENFERMEROS SOBRE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y SU APLICACIÓN” .2012 BUENOS AIRES- ARGENTINA

- “Los resultados demostraron que el 73% (44 agentes) reconoce las medidas de bioseguridad; el 73% (44 agentes) reconoce la importancia

del lavado de manos y en qué momentos se realiza; el 87 % (52 agentes) reconoce el concepto y uso de elementos de barrera; el 100 % (60 agentes) conoce el manejo del material corto punzante”.

c. Tesis realizada por Estudiante de Licenciatura en Enfermería, alumna de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, Escuela de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería, para obtención de título de Licenciado en Enfermería, “MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD QUE APLICA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DEL PACIENTE. “HOSPITAL DR. JOSÉ GARCÉS RODRÍGUEZ”. SALINAS 2012-2013 LA LIBERTAD-ECUADOR.

- “Resultados: De forma general y respondiendo a nuestro tema de investigación aplicación de medidas de bioseguridad tenemos que el 36% aplica siempre, el 31% aplica a veces y el 33% nunca aplica; por ende se hace evidente la necesidad de implementar un proyecto de charlas de educación y de concientización al personal de enfermería respecto a este tema, para mejorar la calidad atención al paciente y de esta manera mejorar su autocuidado. ”

d. Tesis previa a la obtención del título de Médico General, realizada por estudiante de medicina, Universidad Técnica particular de Loja, Universidad Católica de Loja, Área Biológica, Escuela de Medicina, “ANÁLISIS SOBRE CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRACTICAS DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL MANUEL Y. MONTEROS V. (IESS-LOJA)”.2009 LOJA- ECUADOR

- “Resultados: Con la información recopilada se llegó a deducir que el personal que labora en este servicio no cuenta con la calidad apropiada de conocimientos sobre las normas de Bioseguridad, y no son aplicadas en su totalidad, ya sea por no contar con el material adecuado, o por descuido del mismo personal; así mismo se identificó que para los directivos de esta institución este problema es de suma importancia, por lo cual se ha venido implementando desde el mes de Octubre de 2009 la Unidad de Seguridad y Salud del Hospital Manuel Y. Monteros V. con el propósito de dar vigilancia al cumplimiento de las normas básicas de Bioseguridad en la institución, y la prevención de las enfermedades y accidentes laborales que se puedan presentar, iniciando con cursos de capacitación y evaluación periódica al personal del área en estudio”.
- e. Tesis realizada por estudiante de Licenciatura en Enfermería alumna de Universidad De Oriente Núcleo Bolívar Escuela De Ciencias De La Salud “Dr. Francisco Virgilio Battistini Casalta” Departamento De Enfermería, previa a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería ,“APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA” 2010 BOLIVAR- VENEZUELA
- “Los resultados demostraron en cuanto a la Aplicación de las Normas de Bioseguridad, que el 95,31% del personal realiza el lavado de manos antes de cada procedimiento, un 97,66% lo realiza después de cada procedimiento y un 89,06% aplica las técnicas adecuadas al momento de lavarse las manos. Que un 99,22% hace uso correcto de Guantes al momento de preparar el tratamiento, que un 0% utiliza Protección Ocular, que un 68,75% utiliza correctamente el Tapabocas, tan solo un 20,31% utiliza Botas desechables, un 46,88% utiliza correctamente el

Mono Clínico, solo el 39,84% usa el Gorro, el 0% se coloca ropa impermeable, un 100% del personal maneja el Material Punzocortante ya que cuenta con los recipientes adecuados para el descarte del material y separa adecuadamente los desechos sólidos del material punzocortante.

Por lo que se concluye que sí se aplican las normas de bioseguridad.

El concepto de salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene una definición concreta: "es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona"¹. Esta definición es el resultado de una evolución conceptual, ya que surgió en reemplazo de una noción que se tuvo durante mucho tiempo, que presumía que la salud era, simplemente, la ausencia de enfermedades biológicas. A partir de la década de los cincuenta, la OMS revisó esa definición y finalmente la reemplazó por esta nueva, en la que la noción de bienestar humano trasciende lo meramente físico. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) aportó luego un dato más: la salud también tiene que ver con el medio ambiente que rodea a la persona.

A nivel mundial al igual que en nuestro país se considera desde hace unos años de suma importancia trabajar en políticas de promoción en salud, que fomenten cambios entre las personas y su entorno, logrando promover y proteger la misma. Es por este motivo la OMS define a la Promoción de Salud como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud"².

Teniendo en cuenta el tema estudiado es pertinente definir otros conceptos que protejan y promuevan la salud desde los lugares de trabajo.

La salud ocupacional es definida por la OMS como “una actividad multidisciplinaria que promueve y protege la salud de los trabajadores”³. Esta disciplina busca controlar los accidentes y las enfermedades mediante la reducción de las condiciones de riesgo.

Esta no se limita a cuidar las condiciones físicas del trabajador, sino que también se ocupa de la cuestión psicológica. Para los empleadores, la salud ocupacional supone un apoyo al perfeccionamiento del trabajador y al mantenimiento de su capacidad de trabajo. Los problemas más usuales de los que debe ocuparse la salud ocupacional son las fracturas, cortaduras y distensiones por accidentes laborales, los trastornos por movimientos repetitivos, los problemas de la vista o el oído y las enfermedades causadas por la exposición a sustancias antihigiénicas o radioactivas. También puede encargarse del estrés causado por el trabajo o por las relaciones laborales.

Cabe destacar que la salud ocupacional es un tema de importancia para los gobiernos, que deben garantizar el bienestar de los trabajadores y el cumplimiento de las normas en el ámbito de trabajo. Para eso suele realizar inspecciones periódicas que pretenden determinar las condiciones en las que se desarrollan los distintos tipos de trabajos.

Es importante tener en cuenta que la precariedad del empleo incide en la salud ocupacional. Una empresa que tiene a sus trabajadores en negro (es decir, que no cuenta con cobertura médica) y que presenta un espacio físico inadecuado para el trabajo pone en riesgo la salud de la gente. Es por esto que en nuestro país rigen normas que protegen a los trabajadores dado que todos los hospitales independientemente del número de trabajadores deben contar con un servicio de salud laboral con la finalidad de conservar y mejorar la salud de sus trabajadores y protegerlos contra los riesgos a los que diariamente se exponen. (*Según Decreto 406/88 Seguridad Laboral).

Según el Departamento de Salud Ocupacional de la Facultad de Medicina UdelaR en su Programa de Vigilancia de los Accidentes Laborales, expresa que: los trabajadores hospitalarios habitualmente se encuentran expuestos a una importante variedad de factores de riesgos laborales, que pueden provocar accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales diversas, dependiendo del tipo de tareas que desempeñan y puesto de trabajo que ocupan.⁴

La ley 16.074 de 1989 en su artículo 2° referente a Accidentes de Trabajo establece que: “Todo patrono es responsable civilmente de los accidentes o enfermedades profesionales que ocurren a sus obreros y empleados a causa del trabajo o en ocasión del mismo...”. Se puede definir el accidente desde un punto de vista técnico, como todo suceso anormal no querido, no deseado y no programado, que se presenta de forma inesperada (aunque normalmente es evitable) que interrumpe la continuidad del trabajo y que puede causar lesiones a los trabajadores.

Los accidentes son sucesos inesperados y violentos que causan lesiones que van desde la muerte del trabajador/a, los traumatismos de diversa gravedad (contusiones, compresiones, luxaciones, heridas, cortes, fracturas) hasta las irritaciones e intoxicaciones agudas y quemaduras.⁵

En lo que respecta a riesgo laboral, la OMS lo define como la “contingencia o posibilidad de que suceda un daño, desgracia o contratiempo en el medio laboral o derivado del trabajo” o también “la combinación de la frecuencia o probabilidad que

puedan derivarse de la materialización de un peligro".⁶ Riesgos a los que todos los trabajadores se encuentran expuestos pero son considerados disminuíbles, a diferencia de los accidentes laborales que son evitables.

Teniendo en cuenta que los trabajadores para esta investigación son los que conforman el equipo de salud, se consideró pertinente definirlo: El equipo de salud según la OMS, en 1973, como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible.⁷

Al estudiar diferentes trabajos en cuanto a bioseguridad cabe destacar que la aplicación de estas normas son un problema mundial por lo que a continuación se presentó una breve reseña sobre los inicios de la bioseguridad además de la normativa vigente en el órgano máximo de nuestro país, MSP.

La bioseguridad tuvo sus inicios en la guerra de Crimea, desarrollada entre 1854 -1856. Durante este conflicto bélico, el 21 de octubre de 1854, Florence Nightingale, fue enviada a la Península de Crimea en el Mar Negro, por el secretario de guerra Sydney Hebert, para que junto a enfermeras voluntarias limpiaran y reformaran el hospital, logrando disminuir de esta manera, la tasa de mortalidad del 40% al 2%.⁸

Las normas de bioseguridad están destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección en Servicios de Salud vinculadas a accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales.

Los objetivos de estas recomendaciones son establecer:

- Las medidas de prevención de accidentes del personal de salud que está expuesto a sangre y otros líquidos biológicos.
- 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 proveer revisiones periódicas de estas normas a los efectos de asegurar la actualización de las mismas.

Definición de Bioseguridad.

Debe entenderse 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 riesgos

Principios de Bioseguridad.

- 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.
- 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.

- 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.

Accidentes de exposición a sangre o fluidos corporales (AES):

Se denomina a todo contacto con sangre o fluidos corporales y que lleva una solución de continuidad (pinchazo o herida cortante) o un contacto con mucosas o con piel lesionada (eczema, escoriación, etc.).

La existencia de un a AES permite definir:

- la víctima o personal de salud accidentado
- el material causante del accidente
- el procedimiento determinante del mismo
- la fuente, es decir la sangre o fluido potencialmente contaminante

Agentes infecciosos transmitidos por un AES

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 numerosos factores, fundamentalmente 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 frecuentemente comprometidos en los AES son:

- Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

El riesgo de infectarse por este virus en un accidente laboral a través de una aguja que tiene sangre contaminada es estimado en 0.3-0.4%. En un contacto mucoso con sangre contaminada baja a un 0.05%.

- Hepatitis A Virus B (HBV)

El riesgo de infectarse por este virus en un accidente laboral a través de una aguja que tiene sangre contaminada es promedio un 15%, llegando hasta un 40%.

- Hepatitis A Virus C (HVC)

El riesgo en este caso no está todavía bien precisado citándose cifras de hasta un 10%

Magnitud del problema de los accidentes de exposición a sangre y fluidos corporales

Para valorar la real magnitud del problema de los AES creemos oportuno formular las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es el riesgo de adquirir la infección VIH en el medio laboral?

Los requisitos exigidos para catalogar la infección VIH como de causa laboral son muy estrictos. Hasta 1997 el CDC había registrado 88 casos seguros de infección por VIH en el medio laboral. En el Uruguay ya existe un caso confirmado.

- ¿Quiénes sufren estos accidentes, en qué lugar ocurren y en qué momento?

Del 65 al 70% de los accidentes ocurren en el personal de enfermería, seguido del personal de laboratorio (10-15%). Los accidentes ocurren con más frecuencia en la habitación del enfermo (60-70%), en una Unidad de Cuidados Intensivos (10-15%) fundamentalmente en caso de excitación de los pacientes al manipular jeringas y al intentar re encapuchar la aguja luego de su utilización (frente a estas circunstancias se recomienda siempre trabajar en equipo). En el caso de maniobras quirúrgicas los cortes con bisturí se producen al momento de pasar el instrumental.

- ¿Qué factores determinan la posibilidad de infección frente a un accidente laboral de exposición a sangre?

- a) El volumen de fluido trasfundido.

En el caso de las personas que comparten jeringas para inyectarse drogas (U DIV) es más riesgoso para la primera persona que reutiliza una aguja y jeringa determinada, que para las sucesivas personas que lo hacen.

Este volumen depende de:

- La profundidad del pinchazo.
- Del tipo de aguja (maciza, hueca y el calibre de la misma).
- Del tipo de procedimiento (punción venosa o intramuscular).
- De la utilización de guantes en el caso de un pinchazo en la mano.

b) La concentración y viabilidad del virus en el fluido.

Tipo de fluido:

Baja la concentración y no se ha denunciado ningún caso vinculado a	Son de riesgo los siguientes fluidos	Potencialmente de riesgo
saliva, lágrimas, orina, sudor	semen, secreciones cérvico vaginales, sangre*	Líquido sinovial, pericárdico amniótico y pleural.

*(La concentración de virus en plasma es, aproximadamente, 10 veces menor que el de las células mononucleares, lo que determinaría que la transmisión depende de un volumen importante de sangre a transferir. A los efectos de ser gráficos digamos que existiría medio virus por gota de sangre infectada).

Período de enfermedad:

Al principio de la infección y al final de la enfermedad los fluidos tienen mayor

concentración de virus. Una vez producida la infección, pasan 3 o 4 semanas antes de que el virus alcance concentraciones importantes. Persiste 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.

Prevalencia de la infección VIH en la población que asistimos:

En la actualidad en nuestro país la prevalencia está en el orden de 0.24% en la población laboral.

La virulencia del mismo:

Es conocida la existencia de un virus VIH 2 de menor virulencia que el VIH 1.

El tipo de accidente:

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 instrumentos contaminados con sangre o fluidos infectantes o bien mucosas expuestas a sangre o fluidos infectantes.
- Definida: Cualquier herida que sangre espontáneamente contaminada con sangre o fluidos infectantes o bien, cualquier herida penetrante con aguja u otro instrumentos contaminado con sangre o fluidos infectantes.
- Masiva: Transfusión de sangre infectada por VIH. Inyección accidental de más de 1 ml de sangre o fluidos contaminados. Cualquier exposición parenteral a materiales de laboratorio o de investigación conteniendo virus VIH.

Hepatitis B

El riesgo de adquirir una Hepatitis B en el ambiente hospitalario debe prevenirse por medio de la vacuna anti VHB. Ella permite obtener una protección eficaz en el 90-95% de las personas inmuno competentes.

A partir de una recomendación de 1996 de la Dirección de Epidemiología de MSP (Departamento de inmunizaciones) se promueve la vacunación anti hepatitis B a los siguientes grupos de trabajadores considerados de mayor riesgo:

- personal médico y de enfermería que esté en contacto directo con pacientes, con sangre o con materiales contaminados.
- personal técnico de los laboratorios de análisis clínicos y servicios de hematología.
- personal de servicio que desempeñe tareas en salas de internación, urgencia, laboratorio, hematología o que esté expuesto a la manipulación de material contaminado proveniente de dichos servicios.

La aplicación de la vacuna se hará de acuerdo al siguiente plan:

- 1 era. dosis.
- 2da. dosis a los 30 días de la primera.
- 3era. dosis a los 6 meses de la primera.

La vacuna se aplica por inyección intramuscular profunda en región deltoides.

Conducta a seguir frente a un accidente de exposición a sangre (AES) en relación al riesgo de contaminación por VHB Y VHC

- Hepatitis B

La utilización de vacunas e inmunoglobulinas depende de las siguientes alternativas del agente fuente y trabajador expuesto.

Situación 1: El trabajador de la salud está correctamente vacunado:

En este caso o no se recomienda ninguna profilaxis especial cualquiera sea la situación del paciente fuente.

Situación 2: El trabajador de la salud no está vacunado:

- Si el paciente fuente es Ag Hbs positivo, inyectar gammaglobulina intravenosa de acuerdo a las especificaciones del fabricante (en los niños se debe ajustar la

dosis) e inyectar también una dosis de la vacuna anti VHB.

- Si la serología VHB de la paciente fuente es desconocida y no puede conocerse en las 48 horas siguientes, inyectar las inmunoglobulinas específicas y una dosis de vacuna.

Situación 3: La serología VHB del trabajador accidentado no es conocida o la vacunación es incompleta. En este caso la conducta a seguir depende de la posibilidad de dosificar dentro de las 48 hs siguientes al accidente los Ac anti HBS del trabajador. De poderse realizar dicha dosificación se procederá de la siguiente manera:

- Tasa de Ac. Anti HBS mayor de 10 U_i; el accidentado entonces se encuentra correctamente protegido (corresponde a la situación 1 ya vista).
- Tasa de Ac Anti HBS menor 10 U_i; se procederá conforme situación 2, entendiendo que el trabajador no está protegido.

De no poderse realizar la dosificación de anticuerpos se procederá como si el trabajador no estuviera vacunado.

Hepatitis C

Para el caso de la Hepatitis C si bien el riesgo de adquirirla es significativamente menor que para la Hepatitis B, el hecho de que el 50% de los casos evolucionan a la cronicidad y su transformación en cirrosis y/o hepatocarcinoma, hacen que ésta adquiera una importancia singular para la salud pública.

Al momento actual no existe ninguna acción terapéutica específica. Sin embargo es fundamental tomar en cuenta la infección por el VHC en el marco de los AES del mismo modo que se tiene presente el VIH y el VHB.

Esto habilitará a que se puedan dar los pasos que permitan establecer precozmente el carácter de infección por accidente laboral.

Medidas preventivas.

Deben adoptarse las llamadas precauciones estándares, denominadas anteriormente

precauciones universales (PU), las que constituyen un conjunto de medidas que deben aplicarse sistemáticamente a todos los pacientes sin distinción.

Lavado de manos:

Es la medida más importante para evitar la transmisión de enfermedades, debe ser ejecutada de inmediato, antes y después del contacto:

- Entre pacientes
- Entre diferentes procedimientos efectuados en el mismo paciente.
- Luego de manipulaciones de instrumentales o equipos usados que hayan tenido contacto con superficies del ambiente y/o pacientes.
- Luego de retirarse los guantes
- Desde el trabajador al paciente

Deben ser realizados:

- Luego de manipular sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones, materiales e instrumentos contaminados, tanto se hayan usado o no guantes.
- Inmediatamente después de retirar los guantes del contacto con pacientes.
- Entre diferentes tareas y procedimientos.

Se debe usar:

- Jabón común neutro para el lavado de manos de preferencia líquido.
- Jabón con detergente antimicrobiano o con agentes antisépticos en situaciones específicas (brotes epidémicos, previo a procedimientos invasivos, unidades de alto riesgo).

Técnica de lavado de manos

La técnica de lavarse las manos tiene la siguiente secuencia:

- subirse las mangas hasta el codo
- retirar alhajas y reloj
- mojarse las manos con agua corriente

- 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 en agua corriente de arrastre
- secar con toalla de papel
- cerrar la canilla con la toalla.

(Ver anexo 1).

Artículos y equipamientos para el cuidado de los pacientes.

Estos elementos son empleados por el personal como técnicas de barrera para evitar el contacto de piel y mucosas con sangre, tejidos y otros fluidos corporales del paciente así como al manipular dispositivos, objetos y desechos provenientes del paciente.

Uso de 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.
- En caso de que el trabajador de la Salud tenga lesiones o heridas en la piel la utilización de los guantes debe ser especialmente jerarquizada.

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 que sucede aún con el uso de guantes.

Protección ocular y tapaboca.

- La protección ocular y el uso de tapabocas tienen como objetivo proteger membranas mucosas de ojos, nariz y boca durante procedimientos y cuidados de pacientes con actividades que puedan generar aerosoles, y 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 aerosoles o 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 de[tiempo de uso y cuidados que reciba.
- Los lentes deben ser amplios y ajustados al rostro para cumplir eficazmente con la protección.

Uso de 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 y aerosoles de sangre, 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.

- 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 y/o aerosoles.

- 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 luego de su uso.

Asimismo se deberá disponer que luego de su utilización la misma sea correctamente depositadas para su limpieza.

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 detergente por arrastre y colocarse otros nuevos.
- Todo material corto punzante usado durante el procedimiento invasivo deberá ser desechado en recipientes descartables adecuados.
- Los materiales deben ser transportados en recipientes adecuados a los lugares de procesamiento.
- La ropa contaminada será depositada en bolsas plásticas y transportada para el procesamiento.

Recomendaciones prácticas para desarrollar actividades vinculadas a la asistencia de pacientes.

Materiales cortó punzantes Manejo de materiales corto punzante como aguja, bisturí, instrumentos puntiagudos, láminas, etc. Para evitar accidentes laborales, es

obligatorio desechar los materiales corto punzantes en descartadores 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 recipientes descartadores deben estar lo más próximo posible al área de trabajo.

Agujas y jeringas

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

Descartadores

Se considera descartador al recipiente donde se depositan, con destino a su eliminación por incineración, 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 y compatible con el procedimiento de incineración sin afcción de medio ambiente.

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 descartables 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 del recipiente y con dos impresiones, de forma de visualizarlo fácilmente desde cualquier posición.

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

Los utensilios pueden ser descartables o reutilizables.

La limpieza de los reutilizables debe 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 a 70% con fricciones mecánicas mediante un algodón.

Estetoscopio y esfigmomanómetro

La funda del brazalete de esfigmomanómetro debe ser lavada periódicamente, 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 de; mismo y las olivas deben mantenerse en condiciones higiénicas con alcohol a 70 C.

Material de curaciones (gasas, torundas)

Luego de su uso deberán colocarse en una bolsa de plástico (de color amarillo) que se cerrará adecuadamente previo a su incineración directa o envío como residuo hospitalario.

Ropa de cama.

Toda la ropa de cama usada debe ser considerada sucia y por tanto tratada como contaminada. Cuando la ropa tiene visibles restos de sangre, heces o fluidos corporales, deberán ser colocadas en bolsas de nylon resistentes con espesor no menor de 20 micras. Sólo a los efectos prácticos referentes a su manipulación y transporte, puede ser aceptado el separar esta ropa sucia visiblemente contaminada, M resto de al ropa sucia contaminada.

La manipulación de la ropa de cama sucia deberá ser mínima y siempre realizada utilizando guantes y sobre túnica. Debe ser colocada en bolsas plásticas resistentes (no menor de 20 micras) en el lugar donde se usó y transportada en carros destinados a ese fin.

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 de resto de 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 equipo

Clasificación de materiales.

Críticos

Los materiales o instrumentos expuestos a áreas estériles del cuerpo deben esterilizarse.

Instrumental quirúrgico y/o de curación.

Semi crítico

Los materiales o instrumentos que entran en contacto con membranas mucosas pueden esterilizarse o desinfectarse con desinfectantes de alto nivel (glutaraldehído). Ej. Equipo de terapia ventilatoria, Endoscopios, Cánulas endotraqueal
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, semi críticos 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 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 secados y de acuerdo a la categorización del material deben

esterilizados o desinfectados.

Los críticos deben ser esterilizados, los semi críticos pueden ser procesados con desinfectante 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 oC a 1 atmósfera por encima de la Presión Atmosférica durante 20'.
- Calor seco (estufa-pupinel), 170 oC 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 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 las 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. Pueden asociar un detergente neutro o enzimático logrando limpieza y desinfección simultánea sin contacto con el operario. Se considera a este procedimiento como desinfección de alto nivel. El tiempo necesario para el proceso de desinfección es de 20 minutos, a pesar de que el virus del SIDA se inactiva rápidamente en concentraciones más bajas de las que son usadas de rutina luego de expuesto a germicidas comunes. El tiempo y la concentración deben ser adecuadas para inactivar no sólo el virus del SIDA sino para otros microorganismos más resistentes ejemplo mico bacterias, hongos. 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 espongiforme, 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. No se recomienda bajo ninguna circunstancia descartar los materiales corto punzantes previo a su inmersión en 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.⁹

Dentro de las medidas de bioseguridad se debe priorizar también el manejo integral de los residuos hospitalarios que debe constituir una de las prioridades del Programa de Gestión de Calidad de cualquier organización sanitaria. Los residuos sólidos hospitalarios (RSH), particularmente aquellos con características infecciosas u otras peligrosas, representan un riesgo para la salud de los operadores, la comunidad en su conjunto y el ambiente. En la GIRH (Gestión integral de residuos hospitalarios) juega un papel fundamental el personal asistencial, que es el que básicamente genera los residuos. Por tanto es clave concienciar al personal asistencial de la importancia de la correcta GIRH tanto desde la gestión económica como de la prevención de riesgos laborales, así como el impacto medioambiental.¹⁰

Decreto 135/999- Residuos Sólidos Hospitalarios.¹¹ (Ver anexo 2)

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo y diseño general de estudio:

- Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal.

Es un estudio bifásico, cuenta con dos partes:

- la encuesta sobre conocimientos
- la observación de pautas de conducta

Universo:

- 60 funcionarios, perteneciente al Hospital Departamental de Flores de la ciudad de Trinidad “Dr. Edison Camacho”, que conforman el equipo de salud.

Muestra:

- 23 funcionarios.

Criterios de inclusión:

- médicos, obstetras parteras, licenciados y auxiliares de enfermería que asisten a usuarios en los servicios de cirugía, maternidad, urgencias y pediatría.

Criterios de exclusión:

- resto de los funcionarios y quienes no quieran ser entrevistados.

Etapas 1.

Normas Éticas:

Para realizar la investigación en los servicios antes mencionados, previo a la recolección de información se envió al Equipo de Gestión y a la Licenciada Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital de Flores, una nota de solicitud de autorización para realizar la misma. Informando cual sería la propuesta de trabajo y quienes lo llevarían a cabo, además se adjuntaron las herramientas con las cuales se recolectaría la información, dejando en claro que se mantendría el anonimato de los participantes.

Luego de obtenida la autorización por parte de las autoridades, quienes se encargaron de informar a los servicios el estudio a realizar, se procedió a la recolección de los datos en los servicios, informando a cada individuo acerca de los objetivos de la misma.

Etapas 2.

Procedimientos para la recolección de información- CUESTIONARIO (ver anexo 3):

Finalidad: evaluar el conocimiento que presenta el personal en estudio sobre las normas de bioseguridad.

El mismo se aplicó a la muestra representativa del equipo de salud que se desempeñan en los servicios estudiados.

Se mantuvo el anonimato de los participantes con el fin de obtener respuestas más certeras.

Al momento de la realización del cuestionario se orientó al personal acerca del modo de completarlo, permaneciendo en el lugar los minutos necesarios para la entrega del mismo, dado que es prioridad la entrega en mano al investigador.

Procedimientos para la recolección de información- GUIA DE OBSERVACION (ver anexo 4):

Finalidad: evaluar la aplicación de las normas de bioseguridad por parte del personal en estudio mediante la realización de una observación única e individual a cada integrante de la población estudiada donde se pudo evaluar la realización de diferentes procedimientos de acuerdo a las variables definidas (lavado de manos, utilización de barreras protectoras EPP, manejo de residuos hospitalarios).

La utilización de la guía antes mencionada tiene como fin recabar la información necesaria para evaluar la aplicación o no de las normas de Bioseguridad por parte del personal.

Prueba piloto:

Se realizó la prueba piloto aplicando 6 de los instrumentos diseñados (encuesta y observación), para lo cual se seleccionaron integrantes del equipo de salud del Hospital Dr. Edison Camacho del Departamento de Flores para tener la seguridad de que las preguntas estén bien estructuradas, no presenten problemas lingüísticos y así obtener los resultados esperados.

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

VARIABLES

Conocimiento manifestado sobre Medidas de Bioseguridad	Aplicación y cumplimiento de Medidas de bioseguridad
Uso de barreras (EPP)	Uso de barreras (EPP)

Lavado de manos	Lavado de manos
Manejos de residuos sólidos hospitalarios	Manejos de residuos hospitalarios

VARIABLES	Conocimiento sobre Medidas de Bioseguridad	Aplicación y cumplimiento de las Medidas de Bioseguridad
DEFINICION CONCEPTUAL	Información que posee el equipo de salud en relación a las Normas de Bioseguridad.	Modo de llevar a cabo las normas de bioseguridad por parte del equipo de salud al momento de brindar atención a los usuarios.
DEFINICION OPERACIONAL	Respuesta de cada funcionario sobre las diferentes normas recogida a través de formularios específicos.	Conducta observada por los investigadores en relación a las medidas de bioseguridad aplicadas en la asistencia de los usuarios
DIMENSIONES 1-2-3	1) Conocimiento sobre la utilización de los métodos de barreras.	1. Utilización de métodos de barreras
DEFINICION	Conocimiento del personal sobre la utilización de los métodos de barrera (EPP) en la realización de	Se refiere a los EPP que el equipo de salud utiliza al realizar procedimientos con exposición a sangre y otros

	procedimientos con fluidos corporales (guantes, exposición a sangre y otros sobre túnica, tapaboca, fluidos corporales (guantes, protección ocular). sobre túnica, tapaboca, protección ocular).	
CATEGORÍAS	<ul style="list-style-type: none"> • Si conoce • No conoce 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza siempre • Utiliza a veces • Nunca utiliza
DEFINICIÓN	Para poder definir si el individuo conoce sobre la utilización de barreras el cuestionario plantea una serie de preguntas, (10), donde se considerara que el mismo conoce (dicen conocer ya que es conocimiento manifestado) sobre mencionadas Normas, si contesta SI a un 80 % del total (8) (ver herramienta en anexo 3).	Para considerar que el individuo “utiliza siempre” los métodos de barreras deberá hacerlo en cada procedimiento observado y con todas las barreras que se requieren para realizar el mismo. Si lo hace solo en algunos procedimientos o no utiliza la totalidad de las barreras necesarias se dice que “utiliza a veces”. En el caso que no utilice ningún tipo de barreras en ningún procedimiento donde sean necesarios se considera que “no utiliza nunca”.
OPERACIONALIZACION	2) Conocimiento acerca	2. Aplicación de las normas en cuanto a la

	de la eliminación de materiales.	eliminación de materiales.
DEFINICION	Conocimiento del personal sobre el descarte de materiales utilizados en la atención de los usuarios (bolsa roja, bolsa negra, descartador rígido).	Se refiere a la eliminación de los diferentes materiales utilizados en la atención a los usuarios por parte del personal de salud, según las normas establecida por el MSP (bolsa roja, bolsa negra, descartador rígido).
CATEGORIAS	<ul style="list-style-type: none"> • SI conoce • NO conoce 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplica siempre • Aplica a veces • Nunca aplica
OPERACIONALIZACION	Se considera que el individuo conoce acerca de manejo de residuos si contesta Si a la totalidad de las preguntas planteadas (5). (Ver herramienta en anexo 3).	Para considerar que el individuo “aplica siempre” las normas de bioseguridad en la eliminación de materiales deberá hacerlo en el total de los procedimientos observados como indica la norma. Si de los procedimientos observados al menos en uno de ellos no se rigió por las normas se considera que “aplica a veces”. En el caso que nunca

		elimine el material según las normas se considera que “nunca aplica”.
	3) Conocimiento sobre el lavado de manos	3. Aplicación de la técnica del lavado de manos.
DEFINICION	Se refiere al conocimiento que presenta el equipo de salud con respecto a la técnica y frecuencia del lavado de manos.	Se refiere a la aplicación de la técnica de lavado de manos (ver técnica en anexo)
CATEGORIAS	<ul style="list-style-type: none"> • SI conoce • NO conoce 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplica siempre • Aplica a veces • Nunca aplica
OPERACIONALIZACION	Se considera que Si conoce cuando el individuo contesta SI a todas las preguntas (4) (ver herramienta en anexo 3).	Se considera que el individuo “aplica siempre” si cumple con las normas en la totalidad de los ítems planteados para la observación. “Aplica a veces” si no cumple con ellos en al menos uno de los ítems. “No aplica” en caso de no utilizar las normas en ninguno de los ítems planteados.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

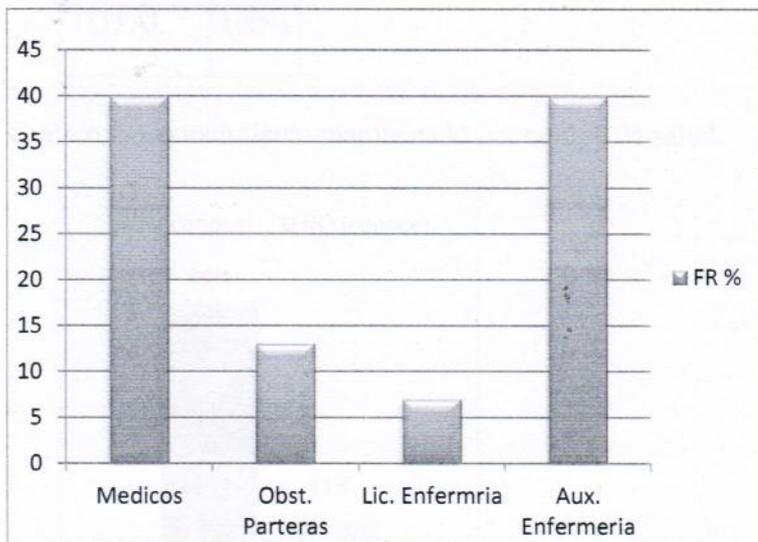
Al concluir la recolección de los datos, se procedió al análisis e interpretación, de las encuestas y observaciones realizadas al equipo de salud que asiste a usuarios en los servicios de Cirugía, Maternidad, Urgencias y Pediatría del Hospital Dr. Edison Camacho del departamento de Flores.

Teniendo una muestra de 23 funcionarios comprendidos por Médicos en un 40 %, Parteras en un 13%, Licenciados en Enfermería en un 7%, y Auxiliares de Enfermería en un 40%.

Tabla 1. Caracterización de la población según cargo entre el equipo de salud

Profesión	FA	FR %
Médicos	9	40
Parteras	3	13
Licenciados en Enfermería	2	7
Auxiliares en Enfermería	9	40
TOTAL	23	100

Grafico 1. Caracterización de la población según cargo entre el equipo de salud.



Por tal motivo el siguiente trabajo de investigación fue evaluar la aplicación de las medidas de bioseguridad y el conocimiento manifestado por el equipo de salud en la asistencia a usuarios en los servicios antes mencionados de la Institución en estudio, además de sugerir una propuesta de intervención considerando la utilización de EPP, correcto lavado de manos y adecuado manejo de residuos hospitalarios, además de los riesgos a los que se expone.

Al analizar el primer objetivo que es “Identificar el conocimiento manifestado por el equipo de salud sobre medidas de bioseguridad” se visualizó que el 89% del total (23) manifestaron conocer sobre el tema, pero en la comparación realizada al análisis del segundo objetivo que era “verificar la aplicación de medidas de bioseguridad mediante la observación” se vio que aunque la amplia mayoría dice saber, solo aplican las mismas, SIEMPRE en un 28 %, A VECES en un 40% y NUNCA en un 32 % resultados que no se corresponden por lo tanto se continuo con el análisis de toda la información brindada por los instrumentos utilizados llegando a resultados precisos y certeros. (Graficas 2 y 3)

Tabla 2. Conocimiento manifestado por equipo de salud.

	FR%
SI	89%

NO	11%
TOTAL	100%

Grafico 2. Conocimiento manifestado por equipo de salud.

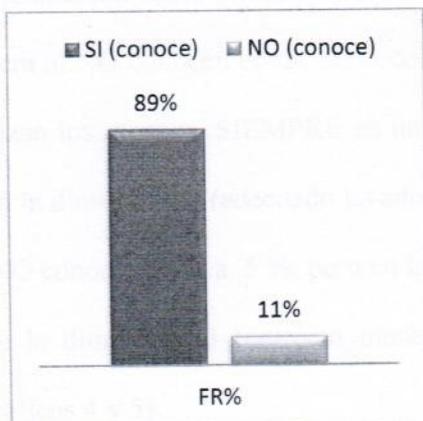
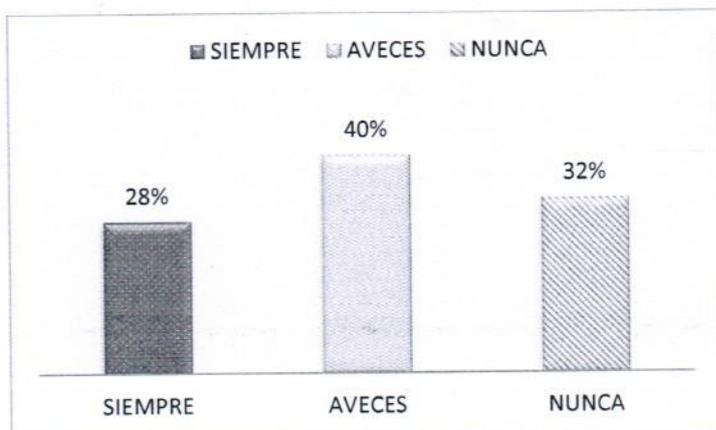


Tabla 3. Observación realizada al equipo de salud en la aplicación de medidas de bioseguridad.

	FR%
SIEMPRE	28%
AVECES	40%
NUNCA	32%

Grafico 3. Observación realizada al equipo de salud en la aplicación de medidas de bioseguridad.



En lo que respecta al análisis de los resultados obtenidos para cada una de las dimensiones dentro de las variables estudiadas (EPP, LM, RSH) podemos visualizar una vez más que lo que manifiestan saber no se corresponde con la aplicación dado que, para la dimensión 1 (conocimiento sobre utilización de EPP) los resultados son positivos, ya que el SI conocen supera al NO conocen en un 93% con respecto a un 7%, pero en la observación se vio que utilizan los mismos, SIEMPRE en un 30%, A VECES en un 29% y NUNCA en un 41%. Para la dimensión 2 (adecuado lavado de manos), el SI conoce también supera ampliamente al NO conoce 95 % a 5 %, pero en la observación, los resultados tampoco corresponderían. Con la dimensión 3 (correcto manejo de RSH) pasa lo mismo que con las anteriores. (Gráficos 4 y 5).

Tabla 4. Conocimiento manifestado por el equipo de salud sobre medidas de bioseguridad estudiadas.

	SI	NO	TOTAL
Utilización EPP	93%	7%	100%
Adecuado LM	95%	5%	100%
Correcto manejo RSH	83%	17%	100%

Grafico 4. Conocimiento manifestado por el equipo de salud sobre medidas de bioseguridad estudiadas.

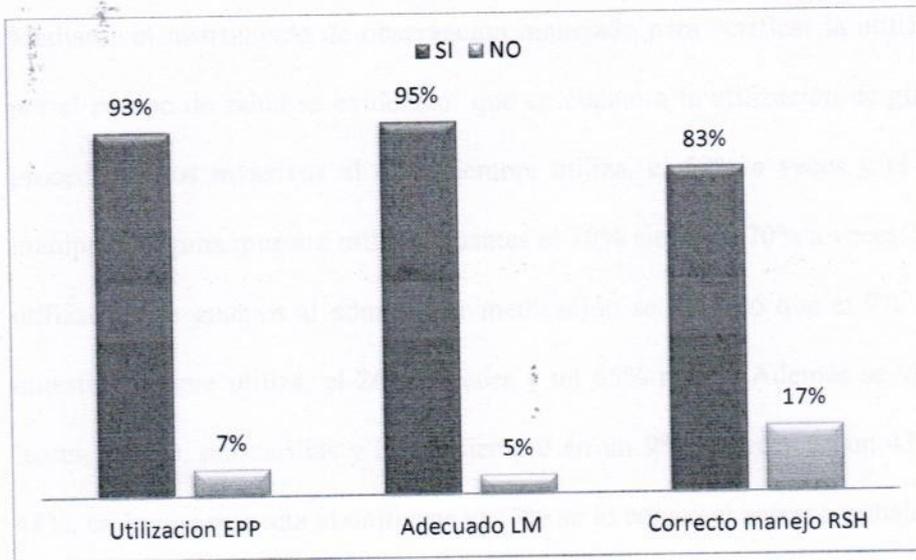
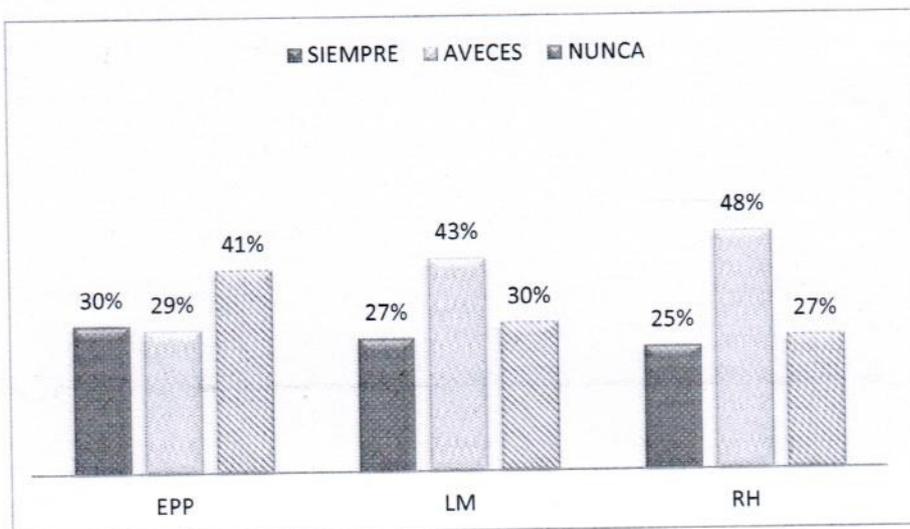


Tabla 5. Observación de medidas de bioseguridad aplicadas por el equipo de salud.

	SIEMPRE	AVECES	NUNCA	TOTAL
EPP	30%	29%	41%	100%
LM	27%	43%	30%	100%
RH	25%	48%	27%	100%

Grafico 5. Observación de medidas de bioseguridad aplicadas por el equipo de salud.

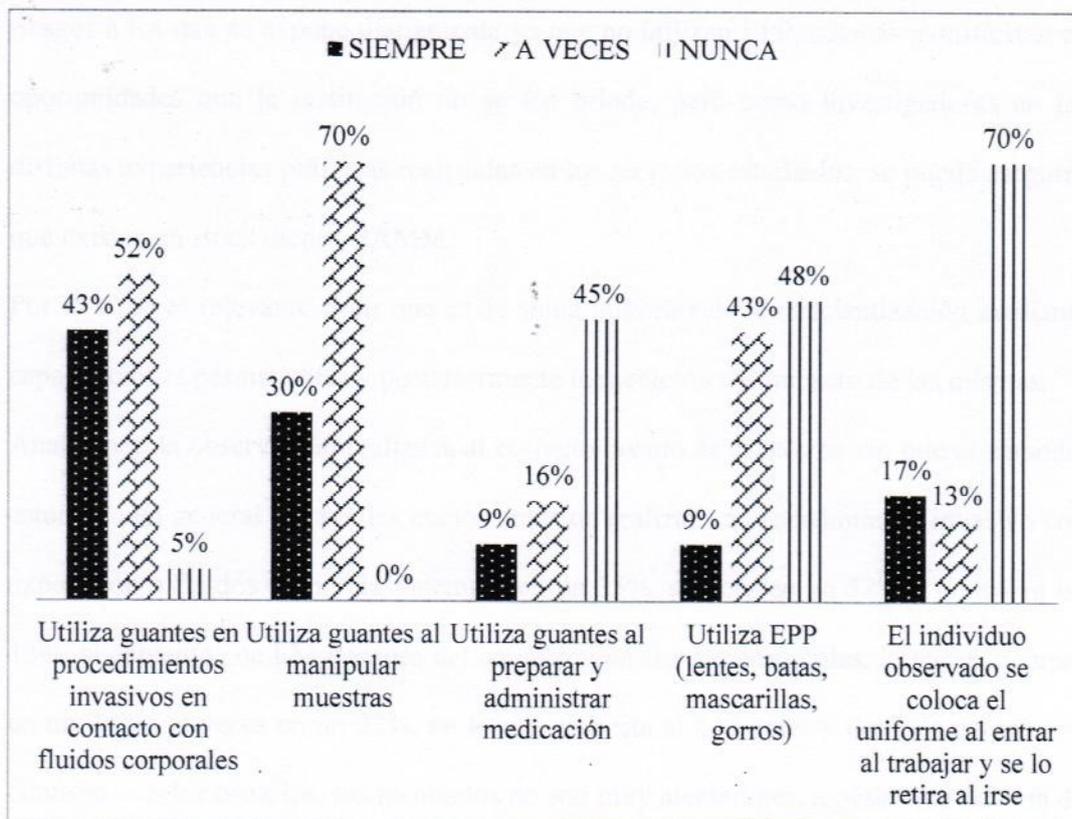


Mediante el instrumento de observación manejado para verificar la utilización de EPP por el equipo de salud se evidenció que en cuanto a la utilización de guantes para los procedimientos invasivos el 43% siempre utiliza, el 52% a veces y el 5% nunca, al manipular alguna muestra utilizan guantes el 30% siempre, 70% a veces. En cuanto a la utilización de guantes al administrar medicación se observó que el 9% del total de la muestra siempre utiliza, el 26% a veces y un 65% nunca. Además se vio que utilizan lentes, gorros, mascarillas y batas, siempre en un 9%, a veces en un 43% y nunca un 48%, en lo que respecta al uniforme el 17% se lo coloca al entrar a trabajar y se lo retira al irse, 13% a veces y el 70% nunca por lo tanto circulan con el uniforme que asisten a usuarios dentro y fuera de la institución (Gráfico 6).

Tabla 6. Observación al equipo de salud sobre la utilización de EPP.

	SIEMPRE	AVECES	NUNCA
Utiliza guantes en procedimientos invasivos en contacto con fluidos corporales	43%	52%	5%
Utiliza guantes al manipular muestras	30%	70%	0%
Utiliza guantes al preparar y administrar medicación	9%	16%	45%
Utiliza EPP (lentes, batas, mascarillas, gorros)	9%	43%	48%
El individuo observado se coloca el uniforme al entrar a trabajar y se lo retira al irse	17%	13%	70%

Grafico 6. Observación al equipo de salud sobre la utilización de EPP.



Es importante la utilización de guantes tanto en procedimientos invasivos como en la manipulación de muestras, para prevenir infecciones y disminuir riesgos para los usuarios como para el personal, teniendo en cuenta que los mismos reducen la incidencia de contaminación de las manos, aunque no previenen las lesiones por objetos corto punzante. La no utilización de estos y el resto de las barreras físicas, (mascarillas, batas, lentes, gorros) ponen en peligro la salud tanto de los usuarios como del personal, el uso de barreras evita la exposición directa a sangre y a otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes.

El uniforme en cambio si bien es utilizado, no se tiene en cuenta que transporta microorganismos de todo tipo tanto a nuestras familias como a los usuarios por lo tanto circular con él nos expone a infecciones intrahospitalarias, donde una de las funciones del equipo de salud es disminuirlas.

Los resultados obtenidos evidenciaron que el equipo de salud no toma conciencia de los riesgos a los que se expone diariamente ya que no utilizan EPP, además manifiestan en oportunidades que la institución no se los brinda, pero como investigadoras en las distintas experiencias prácticas realizadas en los servicios estudiados, se puede asegurar que existen en stock dichos RRMM.

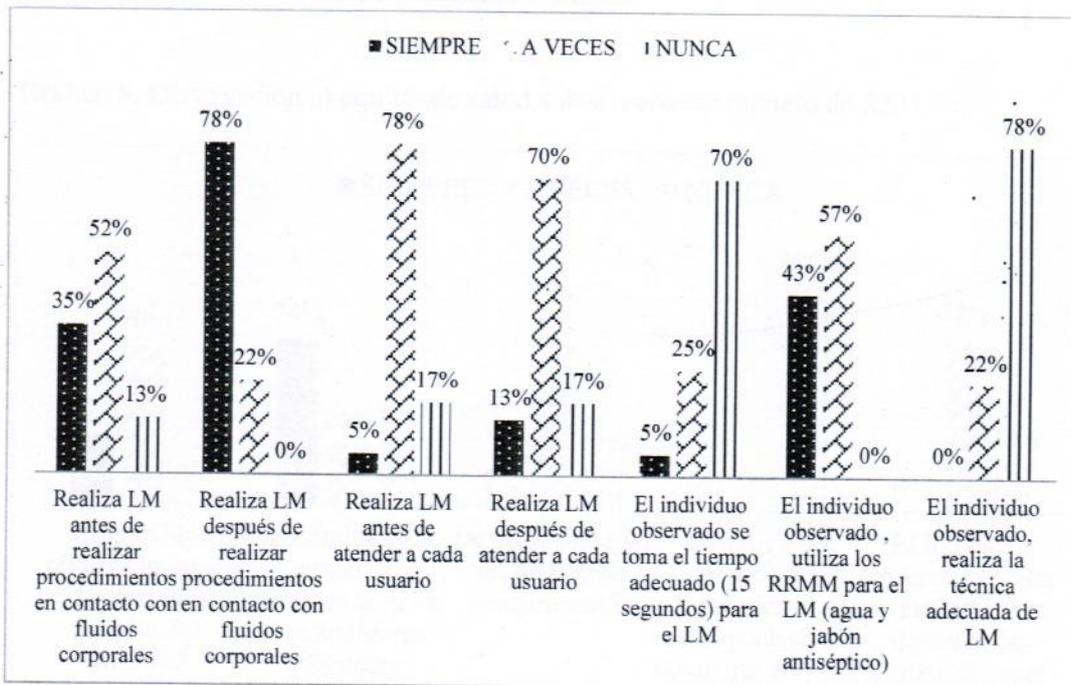
Por lo tanto es relevante decir que es de suma importancia la concientización mediante capacitaciones permanentes y posteriormente la medición del impacto de las mismas.

Analizando la observación realizada al correcto lavado de manos se vio que el personal estudiado en general se lava las manos antes de realizar un procedimiento invasivo con exposición a fluidos corporales, siempre en un 35%, a veces en un 52% y nunca en un 13%, si hablamos de LM después del contacto con fluidos corporales, lo hacen siempre en un 78% y a veces en un 22%, en lo que respecta al LM antes y después de estar en contacto con los usuarios, los resultados no son muy alentadores, a pesar que debería de entenderse como muy importante entre el equipo de salud ya que se lavan siempre solo entre el 5 y el 13% respectivamente, entre un 70 y un 78% lo hacen a veces y nunca un 17%. Si hablamos de la técnica empleada una vez más los resultados muestran que se debe realizar seguimiento en las medidas a utilizar dado que el tiempo correcto casi no lo emplea nadie ya que la opción nunca (empleado) supera a las demás con un 70% y la técnica empleada propiamente dicha un 78% corresponde a nunca utilizada, en lo que respecta a la utilización de los materiales adecuados (agua y jabón antiséptico) los resultados son 43% para siempre y 57% para a veces. (Grafico 7)

Tabla 7. Observación al equipo de salud sobre adecuado LM.

	SIEMPRE	AVECES	NUNCA
Realiza LM antes de realizar procedimientos en contacto con fluidos corporales	35%	52%	13%
Realiza LM después de realizar procedimientos en contacto con fluidos corporales	78%	22%	0%
Realiza LM antes de atender a c/ paciente	5%	78%	17%
Realiza LM después de atender a c/paciente.	13%	70%	17%
El individuo observado se toma el tiempo adecuado (15 segundos) LM	5%	25%	70%
El individuo observado utiliza los RM adecuados para LM (H2O y J antiséptico)	43%	57%	0%
El individuo observado realiza la técnica adecuada de LM	0%	22%	78%

Grafico 7. Observación al equipo de salud sobre adecuado LM.



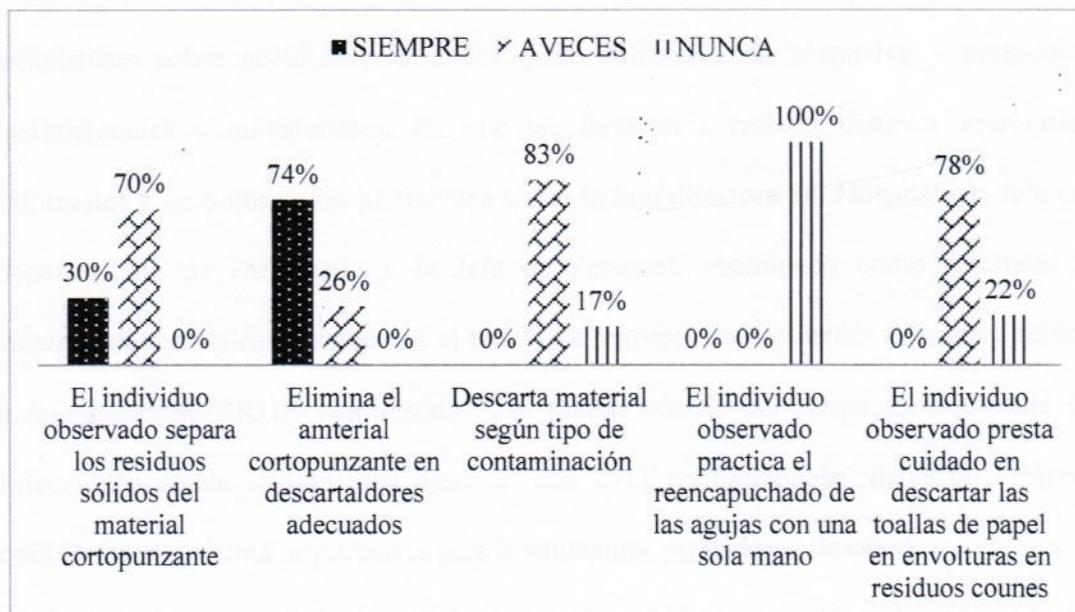
Teniendo en cuenta los resultados obtenidos se destacó que la aplicación de las barreras de bioseguridad son fundamentales para la ejecución de procedimientos y así disminuir los riesgos inevitables a los que se encuentran expuestos a diario, evidenciando con esta investigación la falta de capacitación al personal en lo que a esto se refiere.

Por último y teniendo en cuenta que el buen manejo de residuos hospitalarios puede evitar muchos accidentes laborales, se evaluaron mediante la guía de observación distintas actitudes del equipo frente a este tema, sin olvidar que el buen manejo de los mismo en general forman parte de las normas de bioseguridad.

Tabla 8. Observación al equipo de salud sobre correcto manejo de RSH.

	SIEMPRE	AVECES	NUNCA
El individuo observado separa los residuos sólidos del material corto punzante	30%	70%	0%
Elimina el material corto punzante en descarta dores adecuados	74%	26%	0%
Descarta material según tipo de contaminación	0%	83%	17%
El individuo observado practica el re encapuchado de las agujas con una sola mano	0%	0%	100%
El individuo observado presta cuidado en descarta toallas de papel y envolturas en residuos comunes	0%	78%	22%

Gráfico 8. Observación al equipo de salud sobre correcto manejo de RSH.



Mediante la aplicación de dicho instrumento se obtuvo que el 30% del equipo separo siempre los desechos sólidos del material corto punzante frente al 70% que lo realizo a veces; el 74% elimino el material corto punzante en recipientes adecuados siempre, frente al 26% que realizo esta actividad a veces. Además se verificó que el 83% descartaron a veces los residuos hospitalarios según el tipo de contaminación, mientras el 17% no lo hizo nunca. Se constató también que el 100% del personal nunca aplico el re encapuchado de agujas con una sola mano. (Grafico 8).

De lo anteriormente expuesto se puede deducir que existe un manejo inadecuado de los RSH; por lo tanto una vez más se encontraron aumentados los riesgos a los que el personal se expone, actitudes visualizadas con anterioridad en las experiencias prácticas realizadas como Estudiantes de licenciatura en Enfermería y comprobadas con la presente investigación.

Dichas actitudes generaron curiosidades en las investigadoras en cuanto a datos estadísticos sobre accidentes laborales y la utilización de manuales y protocolos institucionales y ministeriales, las que las llevaron a realizar distintas entrevistas informales a las autoridades pertinentes como la Sub directora del Hospital, la Jefa del departamento de enfermería y la Jefa de Personal, obteniendo como resultado la carencia de manuales y protocolos al igual que registros de accidentes laborales, debido a la escases de RRHH manifestada. Lo mismo ocurrió con respecto al Comité de Infecciones donde se supo que desde el año 2011 no funcionaba, datos no menores considerados de suma importancia para instituciones prestadoras de salud.

A continuación se realizó el análisis de los conocimientos manifestados como de las observaciones de las medidas de bioseguridad aplicadas, caracterizando la población (equipo de salud) según cargo, sexo, edad y antigüedad en el cargo, obteniendo como dato relevante que los que dicen saber más son los Licenciados en Enfermería (93%)

pero comparando los resultados obtenidos en la observación de la aplicación de las medidas se visualizó que se asemejan a las parteras sin dejar de destacar que los Auxiliares de enfermería son los que menos las utilizan. En los que corresponde a la caracterización por sexo, los datos obtenidos son muy similares entre si siendo el sexo masculino los que levemente menos las aplican. En lo que respecta a la edad los mayores de 55 años manifiestan tener más conocimiento correspondiéndose con la observación realizada ya que se visualizó que son los que más las aplican siempre, los más jóvenes manifiestan conocer menos, pero en la aplicación, no mostraron ser los menos aplicados, siendo este el caso del tercer rango (46-55 años) los que menos utilizan las medidas de bioseguridad, subestimando los procedimientos, sin percibir los riesgos a los que se exponen. En cuanto a la antigüedad en el cargo, el dato más relevante fue que los menos aplicados fueron los de 1-5 años, evidenciando que a menos experiencia, más arriesgados, sin empoderamiento por su salud. Así se comprobó que al momento de realizar sugerencias a las autoridades no se pudo decir que haya algún rango entre el equipo que quede afuera sino que habría que trabajar en capacitaciones con todos en general teniendo en cuenta que el personal sanitario es quien cuida a los demás y muchas veces deja de lado su cuidado personal subestimando riesgos. (Gráficos del 9 al 16).

Tabla 9. Conocimiento manifestado según cargo.

	SI	NO	TOTAL
Licenciados en Enfermería	93%	7%	100%
Auxiliares en Enfermería	89%	11%	100%
Parteras	88%	12%	100%
Médicos	89%	11%	100%

Grafico 9. Conocimiento manifestado según cargo.

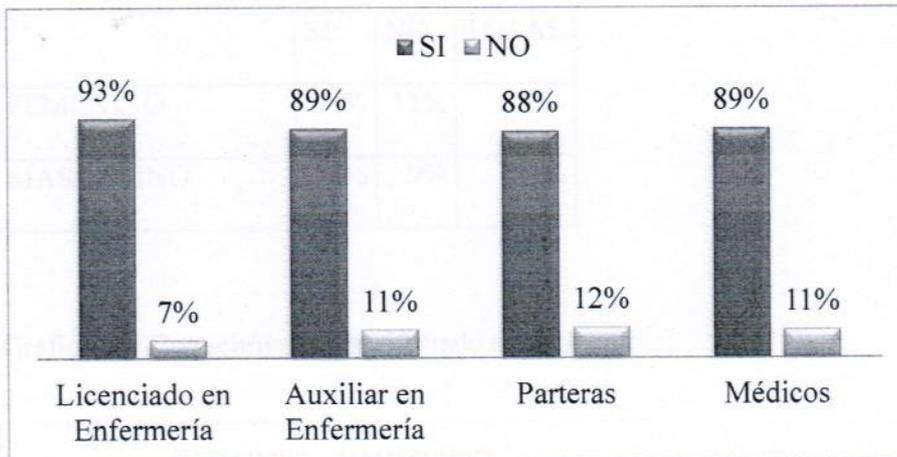


Tabla 10. Observación de la aplicación de las medidas de bioseguridad según cargo.

	SIEMPRE	AVECES	NUNCA	TOTAL
Licenciados en Enfermería	33%	47%	20%	100%
Auxiliares de Enfermería	18%	40%	42%	100%
Parteras	33%	45%	22%	100%
Médicos	31%	32%	37%	100%

Grafica 10. Observación de la aplicación de las medidas de bioseguridad según cargo.

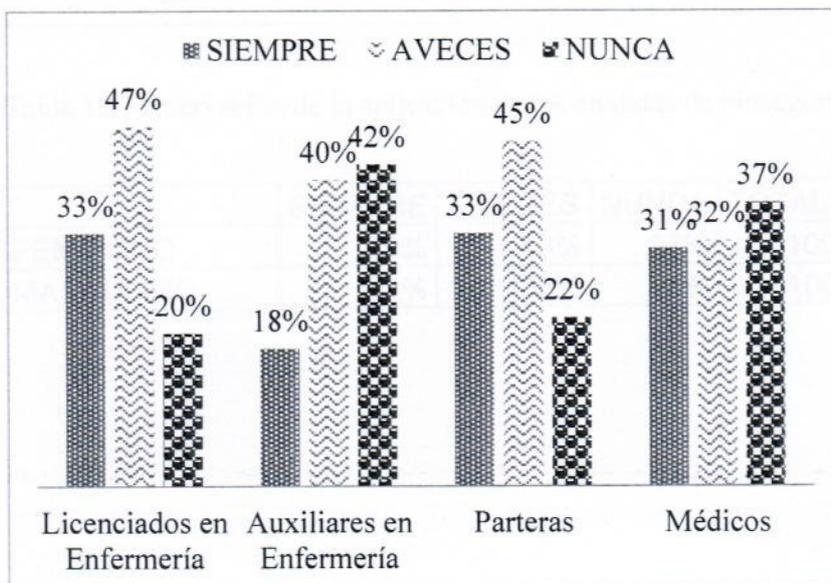


Tabla 11. Conocimiento manifestado según sexo.

	SI	NO	TOTAL
FEMENINO	88%	12%	100%
MASCULINO	91%	9%	100%

Grafico 11. Conocimiento manifestado según sexo.

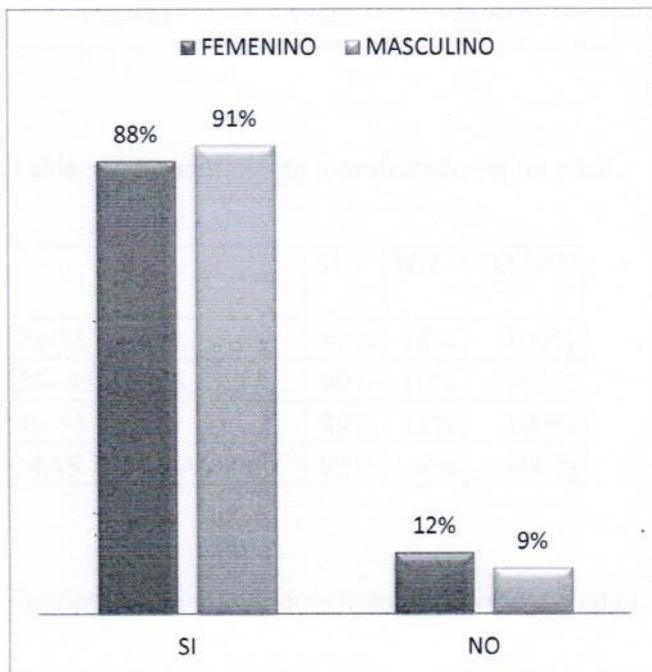


Tabla 12. Observación de la aplicación de las medidas de bioseguridad según sexo.

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	TOTAL
FEMENINO	30%	43%	27%	100%
MASCULINO	22%	35%	43%	100%

Grafico 12. Observación de la aplicación de las medidas de bioseguridad según sexo.

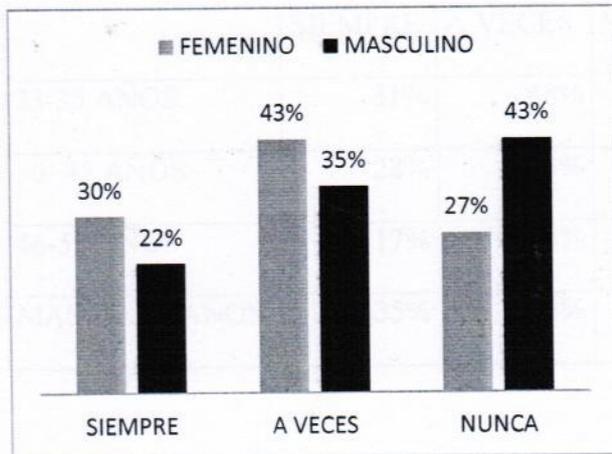


Tabla 13. Conocimiento manifestado según edad.

	SI	NO	TOTAL
23-35 AÑOS.	82%	18%	100%
36- 45 AÑOS	90%	10%	100%
46-55 AÑOS	89%	11%	100%
MAS DE 55 AÑOS	92%	8%	100%

Grafico 13. Conocimiento manifestado según edad.

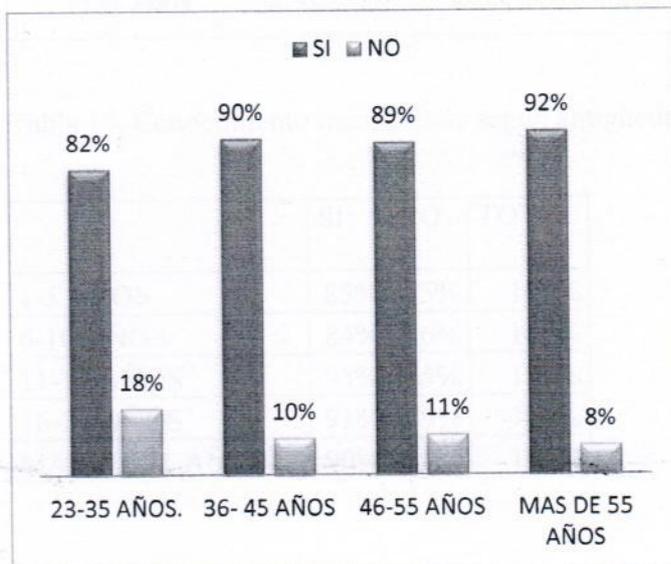


Tabla 14. Observación de la aplicación de las medidas de bioseguridad según edad.

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	TOTAL
23-35 AÑOS.	31%	48%	21%	100%
36- 45 AÑOS	28%	43%	29%	100%
46-55 AÑOS	17%	38%	45%	100%
MAS DE 55 AÑOS	35%	33%	32%	100%

Grafica 14. Observación de la aplicación de las medidas de bioseguridad según sexo.

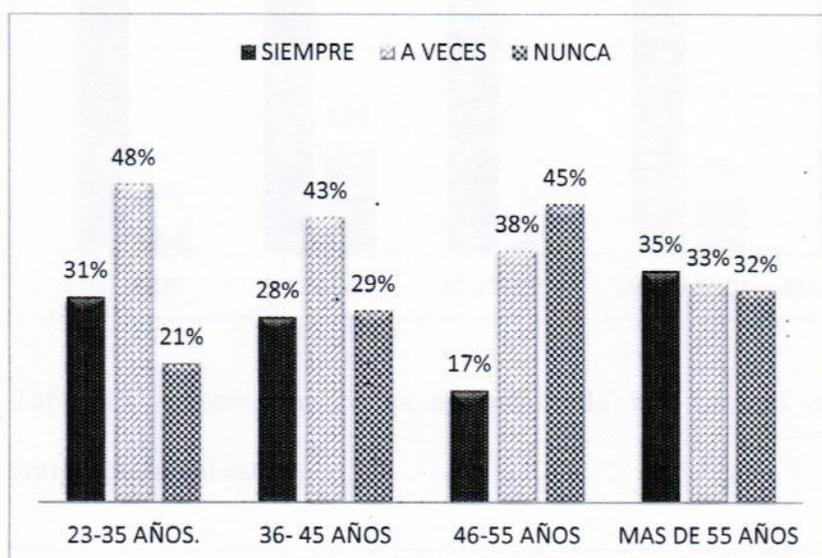


Tabla 15. Conocimiento manifestado según antigüedad en el cargo.

	SI	NO	TOTAL
1-5 AÑOS.	85%	5%	100%
6-10 AÑOS	84%	16%	100%
11-15 AÑOS	95%	5%	100%
16-20 AÑOS	91%	9%	100%
MAS DE 21 AÑOS	90%	10%	100%

Tabla 15. Conocimiento manifestado según antigüedad en el cargo.

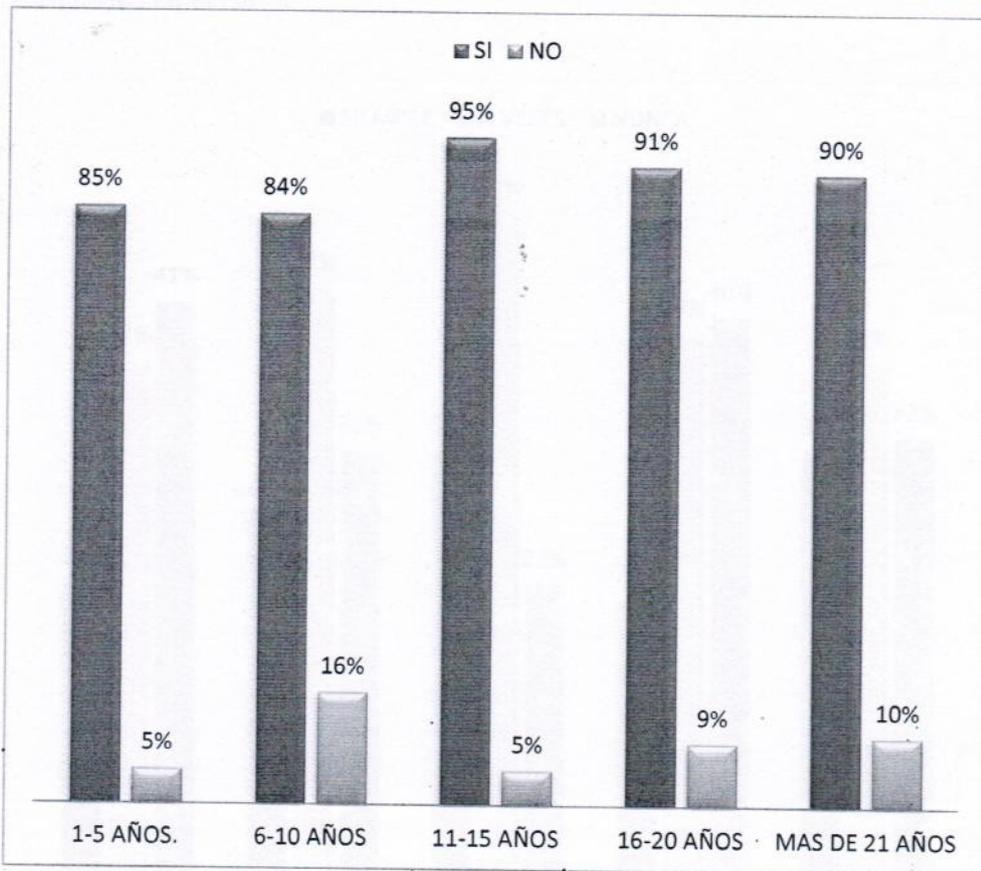
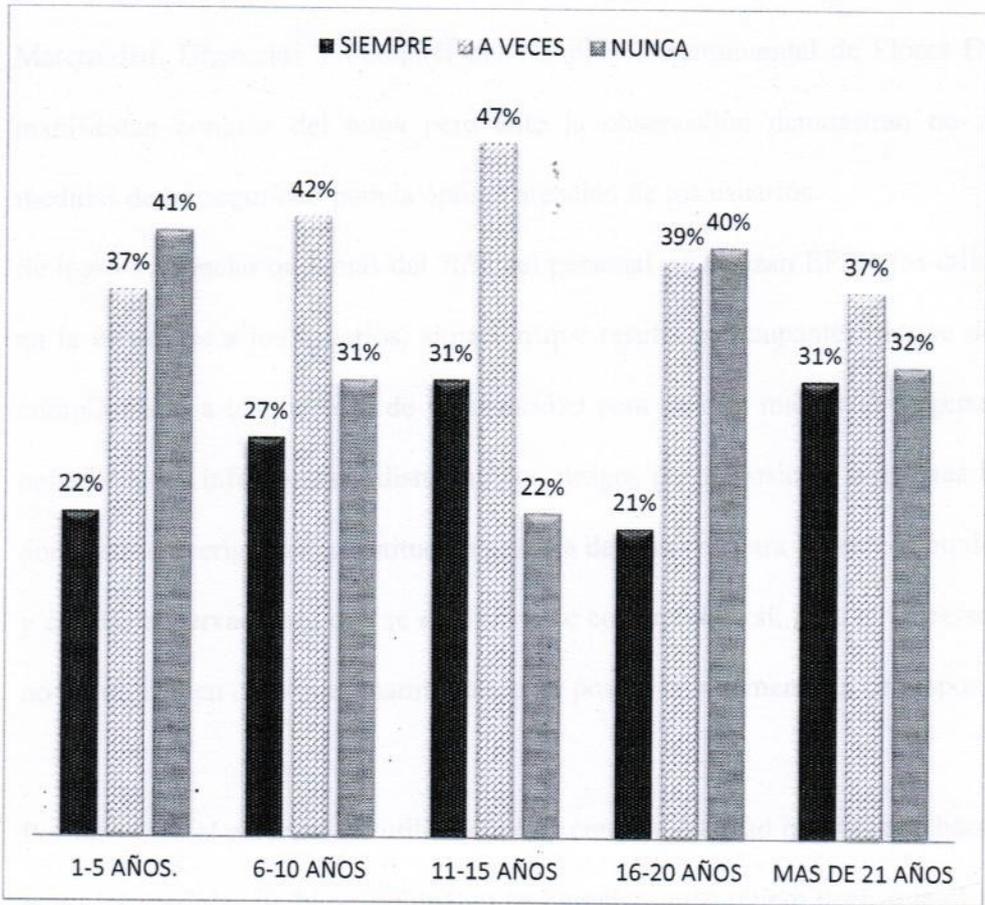


Tabla 16. Observación de la aplicación de las medidas de bioseguridad según antigüedad en el cargo.

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	TOTAL
1-5 AÑOS.	22%	37%	41%	100%
6-10 AÑOS	27%	42%	31%	100%
11-15 AÑOS	31%	47%	22%	100%
16-20 AÑOS	21%	39%	40%	100%
MAS DE 21 AÑOS	31%	37%	32%	100%

Grafico 16. Observación de la aplicación de las medidas de bioseguridad según antigüedad en el cargo.



CONCLUSIONES

Luego de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos se evidenció que el personal que conforma el equipo de salud y asiste a usuarios en los servicios de Cirugía, Maternidad, Urgencias y Pediatría del Hospital Departamental de Flores Dr. Edison, manifiestan conocer del tema pero ante la observación demuestran no aplicar las medidas de bioseguridad para la óptima atención de los usuarios.

Se logró evidenciar que más del 70% del personal no utilizan EPP o los utiliza a veces en la asistencia a los usuarios, situación que resulta preocupante ya que deben darle cumplimiento a las medidas de bioseguridad para de esta manera protegerse, prevenir enfermedades infecciosas y disminuir los riesgos por exposición a agentes biológicos, por ende se averiguo si la institución proveía de insumos para la protección del personal y con las observaciones que se realizaron se constató que sí, pero es el personal el que no las utiliza, en ocasiones manifestando no poseer la indumentaria correspondiente.

Por otro lado el personal no utiliza guantes con la asiduidad que debería hacerlo, por lo tanto las medidas de bioseguridad no se cumplen, esto quiere decir que el personal se encuentra expuesto a sufrir accidentes laborales.

Además en lo que respecta al lavado de manos, se comprobó que el personal solo lo realiza en mayor porcentaje al terminar procedimientos en contacto con fluidos corporales, no siendo así en la asistencia a los usuarios, actividad que debe de ser considerada entre el equipo como fundamental debido a la importancia que tiene para evitar la transmisión de enfermedades

En lo que corresponde al manejo de residuos hospitalarios el personal en general no presta cuidado en la clasificación de los desechos, aunque la mayoría si descarta los residuos corto punzantes en el descarta dores adecuados.

Concluimos que nuestra investigación aporta datos valiosos que pueden ser tomados en cuenta por el equipo de gestión del Hospital como base para la realización de capacitaciones sobre el tema y así aumentar el conocimiento y la aplicación de las medidas de bioseguridad, mejorando la calidad de atención a los usuarios y disminuyendo los riesgos a los que el equipo se encuentra expuesto.

Para la población escogida se detectaron los siguientes diagnósticos de enfermería:

- Riesgo de infección
- Riesgo de lesión
- Protección ineficaz
- Riesgo de contaminación
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- Riesgo de infección nosocomial.

De esta manera se puede decir y considerar que más de la mitad del equipo de salud, no aplica las normas de bioseguridad como debería hacerlo al asistir a los usuarios y así se responde al problema planteado determinando que definitivamente las medidas aplicadas por el equipo de salud no son las adecuadas para prevenir accidentes laborales. Teniendo en cuenta lo anteriormente expresado en el análisis sobre la carencia de registros de accidentes laborales y considerándolo una debilidad institucional se puede decir que los integrantes del equipo de salud subestiman los procedimientos y los riesgos a los que se exponen diariamente suponiendo nunca ser víctima de uno de ellos.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos con la investigación realizada, se realizan sugerencias a las Autoridades del Hospital ya al equipo de salud con la finalidad de cumplir el tercer objetivo planteado que decía "Proponer sugerencias que contribuyan a mejorar la aplicación de medidas de bioseguridad en la atención de usuarios del Hospital de Flores Dr. Edison Camacho".

A LAS AUTORIDADES DEL HOSPITAL

Contar con una política de gestión basada en la promoción de la salud de los trabajadores que:

- Garantice la formación permanente al equipo de salud sobre riesgos a los que se encuentra expuestos, las medidas de protección la definición y aplicación de las medidas de bioseguridad.
- Tome medidas con respecto a la implementación de los registros de los accidentes laborales.
- Informe a los trabajadores sobre los trámites y la documentación básica tras un accidente biológico
- Protocolice los procedimientos que impliquen contacto directo y manipulación de los agentes biológicos así como también el almacenamiento y desecho de material bio contaminante y corto punzante.
- Nombre un profesional capacitado en el tema (Licenciado en Enfermería) que monitoree y mantenga una supervisión constante al personal y los servicios.
- Asegure el funcionamiento activo y constante del comité de infecciones y de seguridad del paciente liderado por enfermería profesional.
- Crear comisiones de salud laboral donde participan trabajadores para su empoderamiento.

➤ Enfatice en la importancia de la adecuada gestión de los residuos hospitalarios y el costo beneficio que ello implica.

AL EQUIPO DE SALUD.

➤ Adquirir el hábito para la protección personal ante la exposición de diferentes riesgos en su lugar de trabajo

➤ Participar en actividades educativas o de capacitación con respecto a medidas de bioseguridad y nuevos avances tecnológicos sobre la prevención de accidentes laborales.

➤ Adoptar medidas de protección individual, cuando la exposición no pueda evitarse por otros medios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> [consulta: 22 nov 2014].
- (2)- Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud [Internet]. 2014. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5164&Itemid=3821&lang=es [consulta: 22 nov 2014].
- (3)-España. Hospital San Juan de Dios. Que es la salud ocupacional. [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehamplanreg.pdf [consulta: 22 nov 2014].
- (4)-Universidad de la República (Uruguay).Facultad de Medicina. Departamento de Salud Ocupacional. Programa de vigilancia de los accidentes laborales: Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. [Internet]. Disponible en: <http://www.dso.fmed.edu.uy/programa-de-vigilancia-de-los-accidentes-laborales-hospital-de-clinicas-dr-manuel-quintela> [consulta: 15 nov 2014].
- (5)-Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Medicina. Departamento de Salud Ocupacional. Seguridad en la construcción: manual para delegados de obra en seguridad e higiene. Manual: Movimiento de carga. [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.dso.fmed.edu.uy/materiales/materiales-de-lectura> [consulta: 15 nov 2014].
- (6)- Yus F. Prevención de riesgos laborales. [Internet]. Disponible en: <http://www.cleaedu.com/pdf/diplomados/aulas/salud/mdt/paginas/mdt014-3-prev-de-riesg-lab.pdf> [consulta: 22 nov 2014].
- (7)- Martín Zurro A. La organización de las actividades en atención primaria: el centro de salud y el equipo de salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 2a. ed. Elsevier: Barcelona; 2008. p. 20-41.
- (9)- Becerra N, Calojero E. Aplicación de las normas de bioseguridad de los profesionales de enfermería [tesis] [Internet]. Bolívar: Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad de Oriente Núcleo Bolívar; 2010. Disponible en: <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2198/1/15%20Tesis.%20QY9%20B>

389.pdf[consulta: 10 set 2014].

(10)- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Norma de bioseguridad. [Internet]. Disponible en: <http://www.infecto.edu.uy/prevencion/bioseguridad/bioseguridad.htm> [consulta: 23 set 2014].

(11)- Uruguay. Centro Nacional de Quemados. Gestión integral de residuos hospitalarios. [Internet]. 2010. Disponible en: http://www.cenaque.org.uy/documentos/gest_residuos.pdf [consulta: 27 set 2014].

(12)- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Gestión de residuos sólidos hospitalarios. Decreto 135/999 de 18 de mayo de 1999. [Internet] Disponible en: http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Uruguay/UY_Decreto_Deshechos_Hospitalarios.pdf [consulta: 27 set 2014].

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Aguirre JM. Análisis sobre conocimiento, actitudes y prácticas de normas de bioseguridad en el personal del Departamento de Cirugía del Hospital Manuel Y. Monteros V. (IESS-LOJA). Loja- Ecuador 2009 [tesis] [Internet]. Loja: Universidad técnica particular de Loja, Universidad Católica, Área biológica, escuela de Medicina; 2009. Disponible en: file:///C:/Users/jessi_000/Downloads/613X363.pdf [Consulta: 10 set 2014].
- Betancur A, Hernández K, Jaunarena D, Miraldo M, Silva L. Conocimiento y aplicación de las normas de bioseguridad en la prevención de accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales en el personal de enfermería [tesis] [Internet]. Montevideo: Facultad de Enfermería, UdelaR; 2009. Disponible en: <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2009/FE-0302TG.pdf> [consulta: 10 set 2014].
- Cuyubamba Damián NE. Conocimiento y actitudes del personal de salud hacia las aplicación de las medidas de bioseguridad del Hospital Félix Majorca Soto [tesis] [Internet]. Lima: Facultad de Medicina Humana, UNMSM; 2004. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/cuyubamba_dn/cuyubamba_dn.pdf [consulta: 10 set 2014].
- Díaz S, García L, Gómez C, López D. Conocimientos que poseen los enfermeros sobre las normas de bioseguridad y su aplicación [tesis] [Internet]. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Favaloro; 2012. Disponible en: http://200.123.150.149/favaloro/bases/Diaz_yOtros_ENFERMERIA_8292.pdf [consulta: 10 set 2014].
- Panimboza C, Pardo L. Medidas de bioseguridad que aplica el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria del paciente: Hospital Dr. José Garcés Rodríguez Salinas 2012-2013 [tesis] [Internet]. La Libertad: Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, UPSE; 2013. Disponible en: <http://repositorio.upse.edu.ec:8080/bitstream/123456789/1094/1/Tesis,%20Medidas%20de%20Bioseguridad.pdf> [consulta: 10 set 2014].
- Pineda EB, de Alvarado EL, Hernández de Canales F. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud. Washington: OPS; 1994.
- Uruguay. Banco de Seguros del Estado. Comité Prevención y Control Infecciones Hospitalarias. Manual de prevención y control en infecciones intrahospitalarias. [Internet]. 2011. Disponible en:

<http://www.bse.com.uy/wps/wcm/connect/30174526-e597-4388-910e-2579fb1b09e1/Manual+Control+Infecciones+2011.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=30174526-e597-4388-910e-2579fb1b09e1>
[consulta: 10 set 2014].

Uruguay. Ministerio de Trabajo y de la Seguridad Social. Ministerio de Salud Pública. Seguridad laboral. Decreto 406/88. Disponible en:
http://www.dso.fmed.edu.uy/sites/www.dso1.fmed.edu.uy/files/decreto406_88.pdf
[consulta: 10 nov 2014].

Anexos

Anexo 1

Con agua y jabón (si las manos están visiblemente sucias) o...

... con solución alcohólica (si las manos están «aparentemente» limpias).

Mójese las manos con agua y deposite en las palmas jabón líquido o...



...deposite en la palma de las manos secas una dosis de solución.

Frótese las palmas de las manos entre sí y entrelazando los dedos.



Frótese cada palma contra el dorso de la otra mano y entrelazando los dedos.



Frótese las puntas de los dedos...



Alrededor de los pulgares...



Y las muñecas.



Enjuáguese las manos con agua y séqueselas con una toalla de un solo uso o...



... deje que la solución se seque sola.

Decreto N° 586/009 –

Promulgación 21/12/2009

Publicación 5/01/2010

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA MINISTERIO DE VIVIENDA,
ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y MEDIO AMBIENTE

VISTO: el decreto del poder ejecutivo N 135/999 de 18 de mayo de 1999;

RESULTANDO:

- I) que el mismo reglamenta la gestión de los residuos sólidos hospitalarios;
- II) que, se ha constatado la necesidad de actualizar dicha norma reglamentaria;
- III) que, la Comisión Interinstitucional de Residuos Sólidos Hospitalarios ha formulado un conjunto de recomendaciones a tales efectos;
- IV) que, la reforma del Sistema de Salud, puesta en vigencia a partir del año 2007 procura la complementariedad de servicios entre los prestadores de salud que conforman el nuevo Sistema Nacional Integrado de salud;

CONSIDERANDO:

- I) que, el citado decreto reglamentario, vigente, data del año 1999, por lo que el paso del tiempo hace inevitable la introducción de modificaciones tendientes a adecuar la realidad de los centros generadores de residuos con riesgo biológico, dentro y fuera del ámbito hospitalario;
- II) que, es necesario contar con una mayor adhesión al sistema de los generadores de residuos que se encuentran fuera del ámbito hospitalario, como son los consultorios odontológicos, veterinarios y laboratorios de investigación y

experimentación animal;

- III) que la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública y la Dirección Nacional de Medio Ambiente del Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente comparten dichas recomendaciones;
- IV) que en virtud de lo expresado, corresponde proceder en consecuencia;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto, lo establecido por la Ley 9202 orgánica de salud pública, del 12 de enero de 1934, la Ley 16112 del 30 de mayo de 1990, el artículo 453 de la Ley 16170 del 28 de diciembre de 1990 y por el artículo 3° de la Ley 16466 del 19 de enero de 1994; la ley 17283 del 28 de noviembre del 2000 y lo dispuesto por los Decretos N 349/005 de 21 de setiembre del 2005, y N 135/ 999 del 18 de mayo de 1999, disposiciones concordantes y modificativas;

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DECRETA:

Capítulo I Disposiciones Introdutorias

ART. 1°.- Definiciones.

A los efectos del presente decreto se entiende por Residuo sanitario cualquier material sólido o semisólido, líquido o gaseoso que se encuentre contenido en un envase del cual su generador, se desprende o del que tenga la intención o la obligación de desprenderse, generado en los centros o Servicios de atención humana o animal, o relacionado a los mismos. Quedan excluidos los efluentes, los cuales serán regulados por la autoridad competente.

a) Residuo sanitario peligroso: se considera a todo residuo sanitario que presente o que

potencialmente pudiera presentar características infecciosas, corrosivas, reactivas, tóxicas, explosivas, inflamables, irritantes, cortantes, punzantes y/o radioactivas y que pueda en consecuencia constituir un riesgo para la salud o el ambiente.

b) Residuo sanitario común: es aquel residuo sólido hospitalario que no reviste ni potencialmente puede revestir ninguna de las características establecidas en el literal anterior que pueda ser asimilable a residuos sólidos urbanos.

c) Generadores de Residuos Sanitarios: se consideran generadores de residuos sanitarios a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas que, como resultado de las actividades habituales que practiquen en cualquiera de los niveles de atención de la salud humana o animal, generen residuos. Se incluyen Hospitales, sanatorios, Clínicas, Policlínicas, Centros médicos, consultorios, servicios de ambulancias, laboratorios, centros de investigación, morgues y todo aquel establecimiento donde se practique cualquiera de los niveles de atención a la salud humana o animal con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e investigación, que no se encuentren amparados a la normativa en la materia, establecida por la autoridad competente.

d) Transporte: toda operación de traslado de residuos sanitarios desde el lugar donde se generan hasta cualquier otro punto.

e) Tratamiento: toda operación de transformación de residuos peligrosos, realizada con el objeto de minimizar los riesgos inherentes a los residuos tratados.

f) Instalación de tratamiento: toda aquella instalación que realice el tratamiento de residuos sanitarios peligrosos, cualquiera sea la tecnología que se utilice.

g) Disposición final: es el confinamiento de residuos para minimizar la liberación de contaminantes al ambiente.

h) Manejo integral de residuos sanitarios: todas las actividades involucradas en la gestión de residuos sanitarios, desde su generación hasta su disposición final, incluyendo las actividades de manejo intra institucional (segregación, envasado o embalaje y almacenamiento transitorio), recolección, transporte, tratamiento y disposición final.

i) Centros de transferencia intermedios: se entiende por tal, el lugar de acopio transitorio para residuos de riesgos biológicos, a los efectos de realizar recepción, almacenamiento, carga y traslado de los envases conteniendo residuos en condiciones de seguridad e higiene y autorizados por la actividad competente. Deberán contar con sistemas refrigerados de conservación, cuando así se establezca en función del tiempo de permanencia en el recinto de residuos recolectados y del tiempo de transporte.

j) Micro, pequeños, medianos y grandes generadores: se refiere a la cantidad o volumen de residuos sanitarios peligrosos generados por ellos, acorde con las definiciones de la Autoridad Sanitaria.

ART. 2º.- Ámbito de aplicación.

Las disposiciones del presente Decreto se aplican a las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas que presten servicios de salud humana o animal e igualmente a las que generen, identifiquen, separen, desactiven, empaquen, recolecten, transporten, almacenen, manejen, recuperen, transformen, traten y dispongan finalmente los residuos sanitarios y similares en desarrollo de las actividades, manejo e instalaciones

relacionadas con:

- a) Prestación de servicios de salud, incluidas las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y diagnóstico precoz.
- b) Tratamiento y rehabilitación, la docencia e investigación con organismos vivos o con cadáveres, bioterios, laboratorios e Institutos de Biotecnología relacionados con la salud humana y animal.
- c) Morgues.
- d) Consultorios, Clínicas, Farmacias, Centros de Pigmentación y/o Tatuajes.
- e) Laboratorios y Clínicas Veterinarias.
- f) Centros de Zoonosis y Zoológicos.

Capítulo II Del manejo integral de residuos sanitarios. .



ART. 3º.- Del plan de manejo integral.

Todo generador de residuos sanitarios deberá contar con un plan de gestión de los mismos, que comprenda el manejo intra institucional, el transporte, el tratamiento y la disposición final en forma adecuada para la salud y el ambiente, y de conformidad con lo previsto en el presente Decreto. La clasificación de los residuos deberá ser realizada

por el propio generador. Otras operaciones asociadas según el plan de gestión correspondiente, podrán ser cumplidas directamente por el generador de los mismos o mediante la contratación con terceros habilitados o autorizadas según lo requerido por el presente. En el caso de requerir transferencia de residuos sanitarios, desde un generador a un Centro de transferencia intermedio, la misma deberá ser autorizada por la autoridad sanitaria.

ART. 4°.- Responsabilidad de los sujetos.

Las personas físicas o jurídicas que intervengan en el manejo integral de los residuos sanitarios serán responsables de las actividades incluidas en las operaciones que a cada uno le correspondan, de acuerdo al plan de manejo integral. Especialmente serán responsables de mantener las instalaciones, vehículos e instrumentos y realizar la totalidad de los procedimientos de acuerdo con lo previsto en el presente Decreto y demás normas aplicables, así como de las condiciones de aprobación, previniendo dañosa la salud y al ambiente.

ART. 5°.- Responsabilidad por daños.

Sin perjuicio de las autorizaciones, aprobaciones o habilitaciones que puedan otorgarse, las personas físicas o jurídicas serán siempre responsables por los daños que por su manejo de los residuos sanitarios puedan causar a la salud\ o al ambiente, sin perjuicio de las sanciones administrativas que puedan recaer.

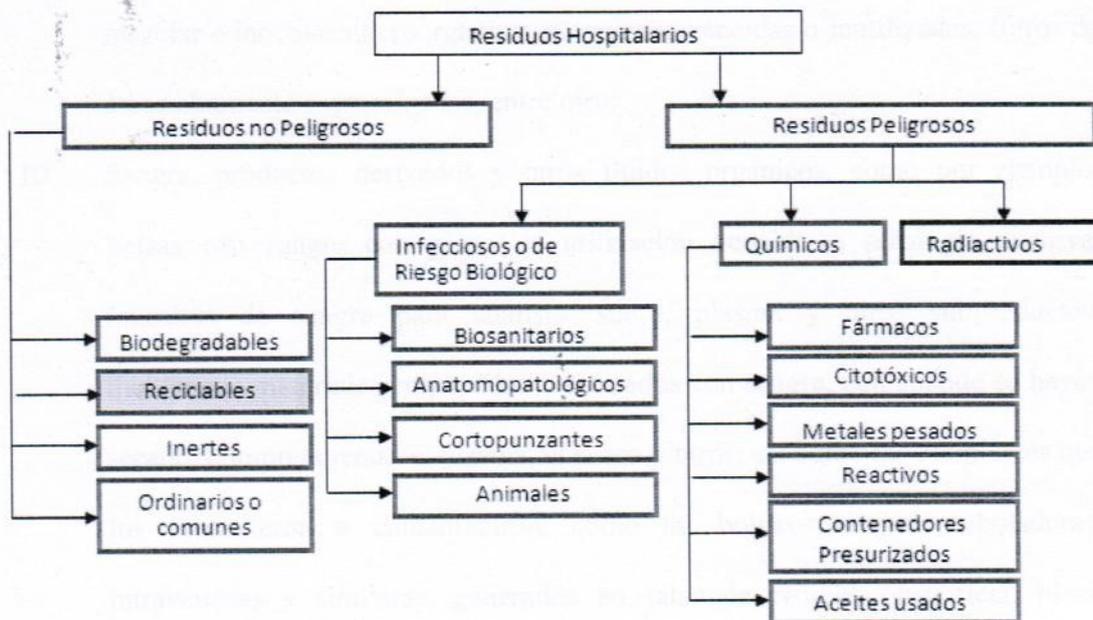
Capítulo III Clasificación y manejo intra institucional

ART. 6°.- Clasificación.

Los generadores de residuos en el momento de su generación, deberán clasificar los mismos, según las categorías que se describen a continuación, preparándolos para su transporte, tratamiento, recuperación o reciclaje. A tales efectos, deberán implementar Comités de Gestión de residuos sanitarios o designar personas responsables, de acuerdo a la magnitud de generación de los mismos, lo que será controlado por la autoridad competente.

(*)Notas: Ver en esta norma, artículos: 12 y 23

“La clasificación o segregación de los residuos es la clave de todo proceso de manejo GIRH debido a que en esta etapa se separan los desechos y una clasificación incorrecta ocasiona problemas posteriores. La separación de los RH contaminados de los no contaminados, es de suma importancia ya que una separación inadecuada puede exponer a residuos infecciosos al personal, público y comunidad en general, o en un sentido inverso elevar considerablemente los costos a la organización al darle un tratamiento especial a grandes cantidades RSC en forma innecesaria”.(7)



ART. 7º.-Categorías.

Los residuos sanitarios contaminados se clasifican en:

a) Infecciosos: aquellos generados durante las diferentes etapas de la atención a la salud (diagnóstico, tratamiento, cirugía, inmunización, investigación, etc.) y que comprendan algunos de los siguientes grupos:

- I. Materiales provenientes del tratamiento de pacientes con enfermedades infectocontagiosas, como por ejemplo los residuos biológicos, excreciones, exudados o materiales de desecho provenientes de salas de aislamiento de pacientes con enfermedades altamente transmisibles, así como cualquier tipo de material desechable que haya estado en contacto con los pacientes de estas salas, entre otros.
- II. Materiales biológicos, como por ejemplo cultivos, muestras almacenadas de agentes infecciosos, medios de cultivo, instrumentos usados para manipular,

mezclar e inocular microorganismos, vacunas vencidas o inutilizadas, filtros de áreas altamente contaminadas, entre otros.

- III. Sangre, productos derivados y otros fluidos orgánicos, como por ejemplo: bolsas con sangre con plazo de utilización vencido o serología positiva, muestras de sangre para análisis, suero, plasma y otros subproductos, incluyendo materiales empapados o saturados con sangre, aun cuando se hayan secado, comprendiendo el plasma, el suero y otros, así como los recipientes que los contuvieron o contaminaron, como las bolsas plásticas, tubuladuras, intravenosas y similares, generados en salas de cirugía, obstetricia, block operatorio, servicios de hemodiálisis, sectores de enfermería sucia, en servicios de emergencia, áreas de intensivos, laboratorios de análisis clínicos, anatomía patológica, laboratorios de hemoterapia, laboratorios de investigación, policlínicas, etc.
- IV. Piezas anatómicas, patológicas y quirúrgicas, como por ejemplo los tejidos, órganos, partes y fluidos corporales que se remueven durante las autopsias, la cirugía u otros, incluyendo las muestras para análisis clínicos, anatomía patológica, laboratorios de investigación, entre otros.
- V. Residuos de animales, como por ejemplo los cadáveres, órganos, partes o fluidos de animales.

b) Punzantes o cortantes: aquellos elementos punzo-cortantes aun cuando se desecharan sin haber sido utilizados, como por ejemplo las agujas, jeringas de vidrio, bisturís, entre otros.

c) Especiales: aquellos generados en las actividades auxiliares de centros de atención de

salud que, si bien no han entrado en contacto con agentes infecciosos, constituyen un riesgo para la salud o el ambiente por sus propiedades de corrosividad, reactividad, toxicidad, explosividad, inflamabilidad, irritabilidad y/o radiactividad y, que queden comprendidos en alguno de los siguientes grupos:

- I. químicos y farmacéuticos, como por ejemplo las sustancias o productos químicos con alguna de las características referidas o que sean genotóxicos o muta génicas, medicamentos vencidos, contaminados, deteriorados o desactualizados, aun cuando se desechen sin haber sido utilizados;
- II. medicación oncológica, y,
- III. radiactivos, los cuales quedan excluidos de las disposiciones del presente decreto, pero sujetos a la normativa en la materia establecida por la autoridad competente.

(*)Notas: Ver en esta norma, artículos: 8 y 12.

ART. 8º.- Residuos sanitarios comunes.

Se clasificarán como residuos sanitarios comunes, todos aquellos residuos que no queden comprendidos en ninguna de las categorías establecidas en el artículo anterior, cuyas características sean similares a los residuos sólidos, domésticos comunes, como por ejemplo los residuos generados en actividades administrativas y auxiliares, restos de cocina y alimentación provenientes de salas generales, residuos provenientes de barrido, aspiración y limpieza de salas comunes de circulación, de espera, entre otros.

Aquellos residuos que por sus características sean pasibles de reciclaje y que no

presenten riesgos, deberán incluirse en un Plan de Gestión como garantía de su recuperación.

(*)Notas: Ver en esta norma, artículos: 9 y 12.

ART. 9º.- Envasado.

Los residuos sanitarios deberán ser envasados para su posterior recolección, según el siguiente detalle:

a) Los contaminados deberán depositarse en bolsas de polietileno virgen, de espesor mínimo de 80 (ochenta) micras y de tamaño mínimo de 60 (sesenta) centímetros de largo y 80 (ochenta) centímetros de alto, de color rojo, con pictograma de color negro e identificación del generador, fecha de generación y lugar de origen, que puedan ser cerradas con un dispositivo que garantice su hermeticidad durante su traslado.



b) Los comunes deberán ser envasados en bolsas negras de polietileno o en contenedores compatibles con los equipos utilizados por los servicios de recolección y transporte de los residuos sólidos urbanos.

Los residuos comunes reciclables de acuerdo al Artículo 8, deberán ser envasados en bolsas del color que la reglamentación posterior especificará para ello, y depositados en

contenedores compatibles con los equipos utilizados por los servicios de recolección y transporte de este tipo de los residuos, promoviendo todas las acciones que faciliten la clasificación en origen.



“Luego de completarse la capacidad de la bolsa (hasta 3/4 partes) es necesario cerrarla con el precinto y depositarla en un sitio destinado exclusivamente para esto. Los residuos deben permanecer el menor tiempo posible en las áreas técnicas.”(7)

Recordar:

- Las bolsas se deben trasladar sin arrastrar.
- Deben estar identificadas con el lugar de generación y fecha
- Una vez de precintadas las bolsas no deben ser comprimidas para evitar roturas(7)

(*)Notas: Ver en esta norma, artículo: 12.

ART. 10.- Actividades previas al envasado.

A los efectos del envasado de los residuos sanitarios contaminados que se establecen a

continuación se deberá identificar al generador y la fecha de generación así como:

a) los punzo-cortantes, colocarlos en recipientes rígidos, con un distintivo o adhesivo de color rojo, con pictograma en color negro; teniendo en cuenta el sistema de tratamiento al que serán sometidos.



Recomendaciones para el desecho de material punzo-cortante.

- No re encapuchar las agujas
- No doblar las agujas
- No romper las agujas
- No manipularlas para separarlas de la jeringa (usar pinza)
- No retornar al paquete original el bisturí
- No llenar el descartador más de $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad
- Colocar el envase una vez cerrado en bolsa roja con pictograma (7)

“Ante un accidente con material corto punzante realizar el procedimiento administrativo de inmediato (para dar un adecuado seguimiento y/o profilaxis” (7)

b) las sustancias y productos químicos, farmacéuticos y los oncológicos, se neutralizaran o desactivaran en forma previa a su colocación en recipientes rígidos,

según las instrucciones del fabricante y/o importador, teniendo en cuenta el sistema de tratamiento al que serán sometidos.

(*)Notas: Ver en esta norma, artículo: 12.

ART. 11.- Almacenamiento.

Los residuos sanitarios deberán ser almacenados en forma transitoria y adecuadamente delimitados, separando en recintos diferenciados: los residuos contaminados, de los asimilables a residuos urbanos y los reciclables. El lugar de almacenamiento transitorio, deberá encontrarse dentro de las instalaciones del propio generador, accesibles para su retiro y en condiciones que aseguren la higiene y seguridad del local, de acuerdo a las directrices que imparta la autoridad sanitaria, de forma de prevenir daños a la salud y al ambiente. En ningún caso los residuos sanitarios contaminados podrán quedar expuestos en la vía pública o al libre acceso por terceros ajenos al personal asignado para su manejo, impidiendo el ingreso de vectores.

El almacenamiento transitorio de los residuos contaminados no deberá superar las 48 horas. Para casos debidamente justificados, los mismos deberán permanecer refrigerados y mantenerse una temperatura que no supere los 10°C. En el local del almacenamiento transitorio se llevará un registro de ingresos y egresos de los residuos contaminados. Del mismo modo en los locales de almacenamiento y transferencias se llevará un registro de ingresos y egresos de los residuos contaminados.

(*)Notas: Ver en esta norma, artículo: 12.

Almacenamiento Transitorio para el nosocomio estudiado:

En las áreas asistenciales las bolsas precintadas e identificadas se retiran una vez por

turno, siendo trasladadas desde el lugar de su generación hasta el depósito estipulado e identificados para tal fin.

El lugar tiene capacidad suficiente, cuenta con 22b tarrinas de 150ls. Uso exclusivo para dicho fin.

Se lleva un registro de ingresos y egreso de residuos contaminados en número de tarrinas ya que no se pesan.

Dicho lugar se deja bajo llave, la cual queda bajo la responsabilidad del encargado del lugar en el turno de 6 a 12 (empleado de la empresa tercerizada) y los demás turnos el guardia de seguridad.

Transporte:

Una vez por semana (jueves), el horario no es fijo ya que el transportista de la empresa contratada no llega siempre a la misma hora, es recibido por el Auxiliar de limpieza designado para tal fin (de encontrarse en el turno de la mañana) o de lo contrario por el guardia de seguridad que se encuentre en el momento, que será el encargado de abrir el lugar de guardado de las tarrinas.

Posterior a éste procedimiento se procede a realizar la higiene del área.

En Hospital de Flores Dr. Edison Camacho como se mencionó anteriormente se realiza la transferencia de residuos contaminados, para su almacenamiento intermedio en el área correspondiente para dicho fin que se encuentran en las afueras del mismo, adecuadamente acondicionado, luego son retirados y transportados por la empresa Aborgama.

ART. 12.- Control.

El Ministerio de Salud Pública controlará el cumplimiento de las disposiciones del

presente capítulo. A tales efectos, cuando así corresponda, expedirá una constancia de manejo intra institucional de los residuos sanitarios.

Capítulo IV Del transporte.

ART. 13.- Condiciones del transporte.

El transporte de residuos sanitarios contaminados deberá efectuarse de acuerdo con las condiciones que se establecen a continuación:

- a) Sólo podrá ser realizado por transportistas públicos o privados debidamente habilitados para la prestación de esos servicios, de conformidad con lo que se establece en el presente decreto. Las mismas disposiciones serán de aplicación a los centros de atención de salud generadores que realicen directamente el transporte de sus propios residuos.
- b) La transferencia de residuos contaminados, para su almacenamiento o depósito intermedio en Centros de transferencia intermedios deberá ser aprobada por la autoridad Sanitaria y su transporte regulado de acuerdo a lo indicado en el presente Capítulo.
- c) Sólo podrán ser recolectados y transportados aquellos residuos que hubieran sido clasificados, envasados y almacenados de conformidad con lo establecido en el presente decreto.
- d) En ningún caso los residuos transportados podrán quedar expuestos en la vía pública o al libre acceso por terceros ajenos al personal asignado para su manejo.
- e) De conformidad con los demás requisitos que establezca la normativa nacional o

departamental.

(*)Notas: Ver en esta norma, artículo: 16.

ART. 14.- Características de los vehículos.

Los vehículos de transporte de residuos sanitarios, deberán:

- a) Estar debidamente identificados acorde con su función.
- b) Ser utilizados exclusivamente para el transporte de este tipo de residuos, salvo excepción expresa contenida en la respectiva habilitación de funcionamiento.
- c) Poseer caja de carga rígida, completamente cerrada, impermeable cuya superficie interior sea lisa, sin cantos ni vivos interiores, de fácil limpieza y desinfección, quedando prohibido los mecanismos de compactación o trituración.
- d) Permitir el transporte de los recipientes con los residuos hasta el lugar de tratamiento o el lugar de transferencia en forma adecuada, así como su descarga en condiciones de seguridad e higiene.
- e) Contar con sistemas refrigerados de conservación, cuando así se establezca en función de la antigüedad de los residuos recolectados y del tiempo de transporte.
- f) Ser lavados y desinfectados después de cada descarga y antes de abandonar las instalaciones de tratamiento de acuerdo al protocolo que apruebe la autoridad sanitaria.

(*)Notas: Ver en esta norma, artículo: 16

ART. 15.- Otras obligaciones de los transportistas.

Los transportistas deberán además:

a) Adoptar las precauciones necesarias para que el personal cuente con la indumentaria, los elementos de higiene y protección personal correspondientes, y, para que reciba las instrucciones necesarias para el adecuado manejo de los residuos, sin entrar en contacto directamente con los mismos durante la carga, la descarga o el transporte.

b) Implementar sistemas de control de las operaciones, mediante el uso de recibos, hojas de ruta y partes diarios que acompañen en todo momento el vehículo y la carga, según los casos. Tales documentos deberán permitir identificar y acreditar el origen, la cantidad y el destino de los residuos, la fecha y hora del retiro y la entrega de los mismos, y, todo otro dato relevante para el servicio (trazabilidad).

c) Contar con planes de contingencia para el caso de deficiencias o accidentes en la prestación del servicio, los que deberán ser aprobados conjuntamente con la respectiva habilitación de funcionamiento.

d) Mantener su flota y el cumplimiento de las operaciones involucradas en el transporte, en forma adecuada, de acuerdo con las condiciones estipuladas en la autorización o habilitación correspondiente y previniendo daños a la salud y al medio ambiente.

(*)Notas: Ver en esta norma, artículo: 16.

ART. 16.- Control.

El Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente controlará el cumplimiento de las disposiciones del presente capítulo.

Capítulo V Del tratamiento

ART. 17.- Condiciones del tratamiento.

El tratamiento de residuos sanitarios contaminados deberá efectuarse de acuerdo con las condiciones que se establecen a continuación:

a) Únicamente podrá realizarse en instalaciones públicas o privadas que hubieran sido autorizadas para la prestación de esos servicios, de conformidad con lo que se establece en el presente decreto. Las mismas disposiciones serán de aplicación a los centros de atención de salud generadores que realicen directamente el tratamiento de sus propios residuos.

b) Sólo podrán ser sometidos a tratamiento, aquellos residuos recolectados y transportados por transportistas debidamente autorizados de conformidad con lo establecido en el presente decreto: En ningún caso los residuos a ser tratados podrán quedar expuestos en la vía pública o al libre acceso por terceros ajenos al personal asignado para su manejo.

c) El personal deberá contar con la indumentaria y con los elementos de higiene y protección personal correspondientes, así como haber recibido las instrucciones necesarias para el adecuado manejo de los residuos, sin entrar en contacto directamente con los mismos, durante su descarga y tratamiento.

d) Implementar sistemas de control de las operaciones, mediante registros de entradas y salidas de vehículos y cargas y partes diarios de los procesos, que en todos los casos permitan identificar y acreditar el origen, la cantidad y el transportista de los residuos, la fecha y hora del retiro, la entrega y el procesamiento de los mismos, y, todo otro dato

relevante para el servicio (trazabilidad)

e) Posibilitar el lavado y la desinfección de los vehículos utilizados para el transporte de los residuos, después de cada descarga y antes de abandonar las instalaciones de tratamiento.

f) Contar con planes de contingencia para el caso de deficiencia o accidentes en la prestación del servicio, los que deberán ser aprobados conjuntamente con la respectiva autorización.

g) Mantener las instalaciones y el cumplimiento de las operaciones en forma adecuada, de acuerdo con las condiciones estipuladas en la autorización correspondiente y previniendo daños a la salud y al ambiente.

h) Para todos aquellos tratamientos de residuos sanitarios, distintos de la esterilización por auto clavado y a la incineración, deberá contar con un valor de probabilidad de muerte de 99,99%, además de las especificaciones que puedan indicarse por el Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, en acuerdo con el Ministerio de Salud Pública.

i) Condiciones para la Esterilización por auto clavado.(8)

Anexo 3

Encuesta para la investigación sobre “Medidas de bioseguridad
que aplica el Equipo de salud, en la atención a los usuarios asistidos en los Servicios de
Cirugía, Maternidad, Urgencias y Pediatría del
“Hospital de Flores
Dr. Edison Camacho”

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento y la aplicación de las medidas de bioseguridad, por parte del equipo de salud, en la atención a los usuarios asistidos en los servicios de urgencias, cirugía, maternidad y pediatría del Hospital de Flores Dr. Edison Camacho, y en base a los resultados obtenidos plantear una propuesta de intervención. Setiembre- Noviembre 2014.

INSTRUCCIONES: No es necesario escribir su nombre, A continuación encontrará una serie de preguntas puede haber más de una respuesta. Marque con una X en el casillero que usted designe. Por favor responda de acuerdo a su conocimiento los resultados obtenidos serán confidenciales

Fecha: _____

Encuesta N _____

DATOS DE IDENTIFICACION.

Edad	
25-35 años	
36- 45 años	
46-55 años	
Más de 55 años	

Sexo	
Femenino	
Masculino	

Experiencia en el cargo	
1-5 años	
6-10 años	
11- 15 años	
16- 20 años	
Más de 21 años	

Cargo	
Medico	
Partera	
Licenciados Enfermería	
Auxiliares Enfermería	

CUESTIONARIO. Conocimiento.

	SI	NO
¿Conoce Ud. las normas de bioseguridad establecidas por el MSP?		
¿Conoce Ud. Cuáles son los elementos de protección personal (EPP)?		
¿Considera Ud. Tener dichos EPP a su disposición en cantidad suficiente?		
¿Cree Ud. Necesaria la utilización de mencionados EPP durante la atención a los usuarios?		
¿Ud. Considera incorrecto el ingreso y egreso a la institución con el uniforme y/o túnica con la cual asiste a sus usuarios?		
¿Considera Ud. Necesario desinfectar los termómetros y estetoscopios luego de ser utilizados Con cada usuario?		
¿Utiliza Ud. EPP?		
¿Conoce Ud. La técnica correcta para la colocación de guantes estériles?		
¿Considera Ud. Relevante la utilización de guantes al colocar un acceso venoso?		
¿Aunque le resulte incomodo consideran Ud. Que debe utilizar guantes en situaciones de urgencia?		
¿Considera Ud. Necesario lavarse las manos después de concluir una actividad?		
¿Conoce Ud. la adecuada técnica de lavado de manos?		
¿Considera Ud. Importante el lavado de manos?		
¿Cree Ud. Que la institución brinda los materiales adecuados para el lavado de manos?		
¿Conoce Ud. acerca de la utilización y manejo de antisépticos y desinfectantes?		
¿Considera que en el servicio en el que Ud. Se desempeña cuenta con los descartadores necesarios para el correcto descarte de los mismos?		
¿Cree necesario recibir capacitación sobre manejo de residuos hospitalarios?		
¿Considera Ud. que descarta adecuadamente los residuos?		
¿Considera Ud. Que las agujas luego de ser utilizadas no se deben de re encapuchar?		
¿Se lava Ud. las manos antes y después del contacto con el usuario?		
¿Considera Ud. apropiado el descarte de jeringas en descartadores de residuos contaminados?		
¿Ud. desecha los objetos corto punzante en descartadores rígidos?		

Anexo 4

Guía de observación, para investigación sobre “Medidas de bioseguridad que aplica el Equipo de salud, en la atención a los usuarios asistidos en los Servicios de Cirugía, Maternidad, Urgencias y Pediatría del “Hospital de Flores Dr. Edison Camacho”

OBJETIVO: recolectar datos para el estudio de la investigación.

ITEMS A OBSERVAR	Siempre	A veces	Nunca
Utiliza guantes en procedimientos invasivos en contacto con fluidos corporales.			
Si tiene que manipular algún tipo de muestra, usa guantes.			
Luego de realizar algún procedimiento al paciente desecha los guantes			
El individuo utiliza guantes al momento de preparar medicación.			
El individuo utiliza guantes al momento de administrar medicación.			
El individuo cuenta con lentes protectores para realizar procedimientos que ameriten su uso.			
El individuo utiliza mascarilla para realizar los procedimientos que requieran de su uso.			
Utiliza mascarilla durante la atención directa al paciente.			
Utiliza el individuo gorro para realizar los procedimientos que requieran de su uso.			
Utiliza el individuo observado batas desechables para realizar procedimientos que requieran su uso.			
El individuo observado se coloca el uniforme al ingresar a trabajar y se lo retira al irse			

Realiza el lavado de manos antes de realizar procedimientos en contacto con fluidos corporales.			
Realiza el lavado de manos después de realizar procedimientos en contacto con fluidos corporales			
Realiza el lavado de manos antes de atender a cada paciente			
Realiza el lavado de manos después de atender a cada paciente			
El individuo observado se toma el tiempo adecuado (15 segundos) para el lavado de manos			
El individuo observado utiliza los recursos materiales adecuados para el lavado de manos (Agua y jabón antiséptico).			
El individuo observado realiza los procedimientos y técnicas adecuadas al momento de lavarse las manos.			
Utiliza antiséptico para desinfectar superficies del cuerpo.			
Utiliza desinfectante para limpiar el área de trabajo.			
Al descartar el material utilizado el individuo observado separa los desechos sólidos del material corto punzante			
Elimina el material corto punzante en recipientes adecuados			
Descarta material, según el tipo de contaminación.			
Practica el individuo observado el re encapuchado de las agujas con una sola mano			
El individuo observado descarta las jeringas en residuos contaminados			
El individuo observado descarta sachet de sueros en residuos contaminados			
El individuo observado presta cuidado de descartar toallas de papel y envolturas en residuos comunes			