

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA**



**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE
ENFERMERIA SOBRE MEDIDAS UNIVERSALES EN EL SERVICIO
DE EMERGENCIA DE CIRUGIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL
ROOSEVELT.**

MÓNICA ISIDORA SAPON AXPUAC

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

GUATEMALA, MAYO DEL 2008.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA**

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE
ENFERMERIA SOBRE MEDIDAS UNIVERSALES EN EL SERVICIO
DE EMERGENCIA DE CIRUGIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL
ROOSEVELT.**

Estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal realizado en el mes de abril del 2008.

MONICA ISIDORA SAPON AXPUC
CARNE: 2003 21 452

Asesora: Magíster Enma Judith Porras de Morales
Revisora: Magíster Rhina Orantes de De León

Tesis

Presentada a las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas –USAC-
Escuela de Enfermeras de Guatemala

Previo a optar el grado de Licenciada en Enfermería

GUATEMALA, MAYO DEL 2008.

INDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN	01
II. Definición y análisis del problema	02
1. Antecedentes del problema	02
2. Definición del problema	04
3. Delimitación del problema	05
4. Planteamiento del problema	05
III. JUSTIFICACIÓN	06
IV. OBJETIVO	08
V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	09
1. Conocimiento	09
1.2 Niveles de conocimiento	09
1.3 Conocimiento real científico	09
1.4 Conocimiento de la práctica	10
2. Practica de enfermería	10
2.1 Calidad de la Práctica de enfermería	11
3. Enfermería	11
3.1 Enfermera	11
3.2 Auxiliar de enfermería	12
4. Medidas Universales	12
5. Elementos de protección personal de barrera	13
6 Líquidos corporales	14
6.1 Líquidos de bajo y alto riesgo	14
6.2 Embarazo	15
6.3 Aislamiento de sustancias corporales	15
7. Lavado de manos	16
7.1 Tipos de lavado de manos	17
7.2 Indicaciones para el lavado de manos	17

7.3	Métodos de lavado de manos	18
8.	Protección del personal de salud	18
8.1	Rutas de transmisión	19
9.	Quimioprofilaxis	19
10.	Practicadas de Medidas Universales	21
11.	Uso de guantes	22
12.	Elementos de Protección de Barrera	23
13	Actuación ante salpicadura de sangre o fluido sobre superficies u objetos.	24
13.1	Actuación ante exposiciones accidentales con sangre	24
13.2	Recomendaciones sobre protección de riesgos	25
14.	Evaluar el riesgo de accidentes con corto punzantes.	26
15.	Precauciones al eliminar el material contaminado	27
16.	Manejo de ropa sucia	28
17	Desechos biológicos	28
18.	Transporte de cadáveres	28
19.	Normas de Medidas Universales para el área de cirugía	29
20.	Desechos sólidos hospitalarios	30
21.	Accidentes laborales	30
22.	Clasificación de desechos sólidos Hospitalarios	31
	VI. MATERIAL Y METODOS	35
1	Tipo de estudio	35
2	Unidad de análisis	35
3	Población y muestra	35
4	Definición y Operacionalización de variables	36
4.1	Variable independiente	37
4.2	Variable dependiente	38
5	Descripción detallada de técnicas, procedimientos e instrumentos	39

6	Criterios de Inclusión y Exclusión	40
7	Aspectos éticos de la investigación	40
7.1	Autodeterminación	40
7.2	Carta de consentimiento	40
7.3	Derecho a la intimidad	40
7.4	Anonimato y confidencialidad	41
7.5	Tratamiento justo	41
	VII ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	42
	VIII CONCLUSIONES	68
	IX RECOMENDACIONES	69
	BIBLIOGRAFIA	70
	ANEXOS	72

RESUMEN

La presente investigación se realizó en el servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Departamento de Medicina del Hospital Roosevelt de Guatemala, servicio en el que se brinda atención a pacientes del área metropolitana y a pacientes que vienen referidos de todos los departamentos del país.

El objetivo de este estudio es identificar y describir los conocimientos y las prácticas que el personal de enfermería tiene sobre medidas universales, ya que las premisas de las medidas universales dictan que no es posible identificar a todo paciente como infección transmisible por vía sanguínea al momento en que se le proporcionan cuidados de salud, por lo que debe recurrirse habitualmente a protección mediante barreras adecuadas en todos los pacientes. Las medidas universales se determinan en base a la posibilidad de que la enfermera tenga contacto con sangre o secreciones sanguíneas y no por la posibilidad de que el paciente se encuentra infectado.

El trabajo de campo se llevó a cabo en el servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt, con participación de 10 enfermeras y 33 auxiliares de enfermería, las que constituyen el total de la muestra, después de haber tabulado datos, se realizó el análisis de los mismos y luego se llegó a las siguientes conclusiones, entre ellas: déficit del conocimiento sobre las Medidas Universales; El personal refirió que debido a las emergencias que se presentan a cada momento y en donde ellos quedan expuestos a tantos riesgos de contaminación comprenden la necesidad de estar más informados sobre el tema. Además las observaciones por escrito de los sujetos sobre que es importante estar bien documentados y estar al día en cuanto a la información sobre este tema, ya que es necesario para todo trabajador de salud. Las recomendaciones de este estudio están dirigidas a las autoridades de la institución, a quienes se les agradece el apoyo brindado, como al personal que participó en el estudio.

I. INTRODUCCIÓN

Las Medidas Universales fueron descritas por primera vez en 1,987 constituyendo una estrategia para proteger a los prestadores de servicios asistenciales de la transmisión en el ámbito laboral de microorganismos que proliferan en el torrente sanguíneo. De estos trastornos los que han suscitado mayor preocupación en los años 90 son el virus de la inmunodeficiencia humana HIV y Hepatitis B y C¹.

Se llaman medidas universales porque involucran a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de reconocer o no su serología. Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y las membranas mucosas, en todas las instituciones 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, dependientemente de presentar o no patologías.

Enfermería en su que hacer incluye prácticas de auto cuidado que le permiten evitar riesgos laborales, por lo que la práctica de medidas universales son inherentes en todos los procedimientos que realiza a paciente a quien debe proteger de patologías adicionales, utilizando el modelo de Dorothea Orem y su teoría de auto cuidado que relaciona los siguientes conceptos: el auto cuidado, es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar.²

El objetivo del presente estudio fue identificar los conocimientos y prácticas que posee el personal de enfermería sobre medidas universales en el servicio de emergencia de cirugía de adultos del Hospital Roosevelt y se fundamentó en elementos teóricos realizando consultas bibliográficas y de campo, se aplicó la investigación de tipo descriptivo que permitió abordar los conocimientos y prácticas actuales del personal de enfermería.

Con base a los resultados obtenidos se recomienda la elaboración de un programa educativo sistematizado, dirigido al personal de enfermería del servicio para fortalecer los conocimientos y practicas sobre medidas universales.

¹ Brunner y Suddarth, 8ava.ed. Vol. II, S.C. S meltzer, B.G Bare, Editorial Interamericana, Mexico1997, Pág.1974.

² Marriner, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería, editorial Interamericana 4ta. Edición Madrid España 1987, Pág. 177.

II. DEFINICIÓN Y ANALISIS DEL PROBLEMA.

1. ANTECEDENTES:

Los hospitales desde su origen y hasta la fecha constituyen un lugar de riesgo para todo trabajador de salud, los accidentes laborales son frecuentes³. Es importante considerar que a un servicio de emergencia ingresan pacientes de diferente procedencia, con diferentes enfermedades, que deben ser atendidos de urgencia, la situación es más compleja porque se necesita eficiencia y eficacia con calidad y calidez en la atención que se brinda, ante todo dar la atención de urgencia en el mínimo de tiempo evitando riesgos o complicaciones. El personal de enfermería al brindar cuidados se expone a sufrir accidentes laborales o transmisión de enfermedades infectocontagiosas, debido en ocasiones al desconocimiento o a la no aplicación de las medidas universales en el quehacer profesional.

Según Brunner y Suddarth, las medidas universales constituyen una estrategia para proteger a los prestadores de servicios asistenciales de la transmisión en el ámbito laboral de microorganismos que se proliferan en el torrente sanguíneo. Se recomienda tener cuidado extremo en toda situación en que se utilicen agujas, bisturí y otros objetos punzo cortantes o cortantes, es importante que la enfermera utilice un dispositivo mecánico para sostener la cubierta de la aguja o que lo realice con una sola mano para disminuir la posibilidad de punción en la piel, cuando se siguen las medidas universales la enfermera reconoce que la sangre es la fuente potencial más importante de patógenos que se transmiten, se considera que los demás líquidos presentan menor riesgo de infección de esta índole, existen otros que no se consideran de riesgo de transmisión a menos que se encuentren visiblemente sanguinolentos como por ejemplo; heces, secreciones nasales, esputo, sudor, lagrimas, orina, vómitos o saliva.⁴

Considerando que en el servicio de Emergencia de cirugía de adultos se registra alto número de infecciones que no son fácilmente reconocibles en la población de pacientes que consultan, por consiguiente las precauciones universales recomendadas se deben aplicar al momento de brindar cuidados de enfermería especialmente si se manejan líquidos o fluidos corporales aunque no se conozca aun el diagnóstico del individuo.

Se debe tener en cuenta que hay que tener suma preocupación y que es necesario dirigir mayor atención preventiva a los patógenos que producen

³ LOBUE P. Adelina, Santamaría Mario, Castro José Luís. MANUAL DE BIOSEGURIDAD PARA INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS Gobierno de Mendoza, Ministerio de Desarrollo Social y Salud. República Argentina 1998.

⁴ Brunner y Suddarth, 8ava.ed. Vol. II, S.C. S meltzer, B.G Bare, Editorial interamericana, México1997, Pág.1974.

resultados graves o a las infecciones de fácil transmisión en el ámbito de cuidados de la salud.

Actualmente existe un comité de Infecciones Nosocomiales del Hospital Roosevelt que realiza acciones epidemiológicas que permiten el control de enfermedades, y se están elaborando protocolos de aplicación de medidas universales en los servicios de más riesgo.

La cantidad de pacientes que atiende el servicio de emergencia de cirugía de adultos es de 100 a 125 pacientes diarios, mensualmente se realizan un promedio de 851 cirugías menores y se atiende un promedio de 2,793 usuarios, las principales causas de consulta son: heridas corto contundentes, politraumatismo, trauma craneoencefálico, herida por arma de fuego, pie diabético, quemadura por diferentes causas, mordeduras de perro, infección de tejidos blandos, herida por arma blanca, conjuntivitis viral, hemorragias subconjuntival, quemadura de diferentes grados y otras.⁵

Se realizan cirugías de urgencia dentro del servicio como por ejemplo: amputación supracondilea, apendicetomía, colecistectomía, exploración de vasos por proyectil de armas de fuego, hernio plastia, laparotomías exploradoras por abdomen agudo, por arma de fuego, por heridas por arma blanca, lavado y desbridamiento de partes blandas, reexploraciones abdominales.

Las cirugías menores que se realizan son: drenaje de abscesos, introducción de catéter intercostal, catéter subclavio, disección de vena, sutura de diferentes partes del cuerpo, cistotomías por punción, y otras.⁶

Los datos anteriores muestran la necesidad que tiene el personal de enfermería de promover y practicar las medidas universales en su que hacer profesional diario y es de beneficio al personal pues permite identificar conocimientos y practicas de las Medidas Universales, por la cantidad de riesgos a los que se expone diariamente y también su aplicación en los diferentes procedimientos al paciente, para minimizar riesgo de infecciones cruzadas.

Soto Barrera Dilia Colombia; en el 2006, elaboró un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y con enfoque cuantitativo, para optar al grado de Licenciada de Enfermería en la Universidad de San Carlos de Guatemala, con el tema "Conocimientos del personal Auxiliar de Enfermería sobre la práctica en la prevención de Infecciones Nosocomiales", con el objetivo de identificar conocimientos y prácticas del personal de enfermería del servicio de Especialidades de Mujeres del Hospital del Seguro Social en Escuintla, entre las conclusiones se encontró que existe debilidad en el conocimiento del personal de

⁵ Oficina asuntos administrativos Emergencia de Adultos Hospital Roosevelt 2007.

⁶ Soto Barrera Dilia Colombia, Tesis, Licenciada en Enfermería USAC, Conocimientos del personal Auxiliar de Enfermería sobre Prácticas en la Prevención de Infecciones Nosocomiales, 2006. Pág. 6, 30,49.

enfermería sobre el proceso infeccioso y en la clasificación de desechos sólidos. El 100% menciona que el lavado de manos es importante como medida preventiva.

Describiendo los conocimientos que el personal de enfermería tiene sobre la practica para la prevención de infecciones nosocomiales, están los referentes a la definición de una infección nosocomial, de las cuales el 100% respondió que lavado de manos es importante no sólo como medida para prevención de infección sino como primer paso para realizar una curación, reconocen también la utilización de guantes sin que para ello dejen de lavarse las manos ya que una medida no sustituye a la otra. Entre las recomendaciones, menciona sistematizar un programa a personal de enfermería sobre aplicación de medidas universales.

En el personal de enfermería del servicio de emergencia de cirugía de adultos del Hospital Roosevelt, se observó algunas deficiencias sobre los conocimientos y prácticas de las medidas universales ya que se han presentado casos como por ejemplo, accidentes laborales por pincharse con una aguja contaminada, salpicaduras de sangre o de fluidos corporales en ojos, boca y otras partes del cuerpo, mal manejo de agujas o material punzo cortantes así como en la forma correcta de desecharlos, no utilización de guantes, pues es necesario la habilidad y destreza en urgencias sin olvidar la aplicación de Medidas Universales.

2. DEFINICION DEL PROBLEMA

El servicio de emergencia de cirugía de adultos pertenece al departamento de Medicina del hospital Roosevelt, el cual se brinda atención de enfermería a Pacientes del área metropolitana y de todos los departamentos de Guatemala que ingresan con diferentes patologías quirúrgicas y que necesitan de observación, cirugías de emergencia y procedimientos especiales, se hace necesario el conocimiento y la práctica correcta de las medidas universales para protección del trabajador de salud al brindar atención, la práctica de enfermería debe de ser oportuna con conocimiento fundamentado para brindar un cuidado de calidad, libre de riesgos al paciente, proyectada a prevenir a que el personal de enfermería adquiera patologías que compliquen su vida y lleguen inclusive a causarle la muerte.

El personal de enfermería brinda atención directa a pacientes las 24 horas del día en el servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos y es importante crear conciencia sólida sobre los conocimientos y precauciones que el personal que los atiende maneje en cuanto a las Medidas Universales y también en las diferentes circunstancias que se requiera, de esta forma prevenir accidentes y daños irreversibles que puede sufrir el personal de enfermería debido a la rapidez con que se deben atender a los pacientes que ingresan al servicio, esto lo refiere el

personal como una causa para que la práctica de las medidas universales no se realice en un 100% y que ellos hacen lo posible por tratar de utilizarlas.⁷

Debido a que ingresan pacientes con diferentes patologías y una diversidad de procedimientos dentro del servicio aumenta el riesgo para el personal de salud, encontrándose entonces la necesidad de conocer a plenitud y aplicar correctamente las Medidas Universales en el que hacer profesional.

3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La delimitación del estudio, se dirige al personal de enfermería que labora en el servicio de emergencia de cirugía de adultos del hospital Roosevelt para identificar los conocimientos y las prácticas del personal de enfermería sobre las medidas universales al propio personal de enfermería que presta atención y al brindar cuidados al paciente, esta enmarcado en las dimensiones siguientes

- Dimensión geográfica: Departamento de Guatemala.
- Dimensión temporal: Abril del año 2008.
- Dimensión personal: Personal de enfermería de emergencia de adultos de cirugía del hospital Roosevelt de Guatemala.
- Dimensión institucional: Hospital Roosevelt Guatemala.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas de enfermería sobre las medidas universales, en el servicio de emergencia de cirugía de adultos del hospital Roosevelt durante el mes de Abril del año 2008?

⁷ Entrevista a personal del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt, febrero 22 de 2008 ,8:00 horas.

III. JUSTIFICACION

El presente estudio se realizó en el servicio de emergencia de cirugía de adultos del departamento de Medicina del Hospital Roosevelt de Guatemala.

El conocimiento y práctica de medidas universales son de vital importancia en la minimización de riesgos a los que se expone el personal de salud en su que hacer diario, especialmente el personal de enfermería, que tiene a su cargo el cuidado directo a paciente para lograr su comodidad.

Lo anteriormente mencionado, se ha convertido en una debilidad de las autoridades hospitalarias no sólo a nivel nacional sino también a nivel mundial y ha sido causa de daños irreversibles e incluso la muerte del personal de salud, se considera que existe registro de esta información, por lo que el CIE Consejo Nacional de Enfermeras 2003, hace un llamado a las enfermeras del mundo para protegerse ante el VIH/SIDA, hepatitis B y C y otras enfermedades del siglo⁸.

Esta investigación se apoyó en las políticas de salud existentes y beneficiará la calidad de vida laboral del personal de enfermería del servicio de emergencia, al mismo tiempo apoyará la autosatisfacción y a la vez del usuario, la institución se beneficia en su proyección, es de beneficio para la población que tiene acceso a este servicio el cual se brinda con una práctica basada en conocimientos lo que da como resultado la disminución de accidentes laborales y bienestar en el trabajador de salud.

Al mismo tiempo el presente estudio permite fortalecer el desarrollo de enfermería como profesión ya que contribuirá a identificar los conocimientos y las prácticas del personal de enfermería como el área de investigación en enfermería, aumentando el cuerpo de conocimientos con los resultados del estudio.

La factibilidad y viabilidad del presente estudio radica en que existe acceso directo a fuentes de información y apoyo institucional que hará posible el logro de objetivos y dejar recomendaciones factibles de aplicación especialmente en el servicio de estudio. El personal de enfermería tiene oportunidad de fortalecer los conocimientos de los riesgos que comprende el laborar en un servicio de urgencias de cirugía de adultos y aplicar las medidas universales para evitar daños y enfermedades irreversibles e incluso la muerte asimismo.

El estudio es importante porque se identificaron las prácticas que el personal de enfermería tiene actualmente y se describen los conocimientos que tienen al respecto, de acuerdo a los resultados se establecen estrategias que permiten fortalecer estas practicas y conocimientos.

⁸ Consejo Internacional de Enfermería, Boletín Informativo julio 2003.Pág. 22 ww.CIE.com.

Este estudio se basa en el modelo de Dorothea E. Orem y su teoría del auto cuidado que relaciona los siguientes conceptos: el auto cuidado, es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar. Las enfermedades o lesiones no sólo afectan a estructuras concretas y a mecanismos fisiológicos y psicológicos sino también el funcionamiento global del cuerpo.

El modelo de Orem (1985) analiza la capacidad de cada individuo para ocuparse de su auto cuidado, el cual se define como la práctica de actividades que los individuos inician y realizan por su cuenta para mantener la vida, la salud y el bienestar. La capacidad de cuidarse asimismo corresponde al auto cuidado, en tanto el cuidado proporcionado por otros se define como cuidado dependiente.⁹

Por lo anterior el presente estudio se basó en este modelo, ya que enfermería tiene la gran responsabilidad de cuidarse asimismo y al paciente. Entre las prácticas de auto cuidado, están las medidas y precauciones que el personal de salud debe tener en su quehacer para prevenir infecciones cruzadas y es importante recordar que, nadie más lo hará por uno mismo y es necesario tener la conciencia de practicar las medidas universales en todo momento.

Según el modelo de Orem, la meta de enfermería consiste en ayudar a las personas a hacer frente a sus propias demandas de auto cuidado terapéutico.

Este estudio es novedoso porque no se encontró ningún estudio sobre conocimientos y prácticas de medidas universales de personal de enfermería en esta institución, ni específicamente en este servicio, se espera que sea utilizado para estudios posteriores que realicen profesionales en enfermería u otros profesionales y que contribuya al desarrollo de la práctica investigativa de enfermería como al crecimiento de la disciplina.

⁹ Marriner, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería, editorial Interamericana 4ta. Edición Madrid España 1987, Pág. 177.

IV. OBJETIVOS

1. Describir los conocimientos que el personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt sobre las medidas universales.
2. Describir las prácticas de Medidas Universales que el personal de enfermería realiza del Servicio de emergencia de cirugía de adultos del hospital Roosevelt.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

1. CONOCIMIENTO:

Ann Marriner, describe el conocimiento como la conciencia o percepción de la realidad adquirida a través del aprendizaje y la investigación.

Conjunto de aproximaciones sucesivas a través de los cuales el objeto del estudio va siendo percibido en forma progresiva y real. Es producto de la investigación en la práctica para proporcionar una atención de enfermería rentable de calidad favoreciendo resultados positivos para el paciente y la familia. ¹⁰

El conocimiento es la base para el desempeño profesional de una disciplina o cualquier actividad que se desarrolle, en enfermería el conocimiento guía la práctica desde el conocimiento aparente hasta el científico, garantizando una práctica de calidad libre de riesgos.

1.1. NIVELES DE CONOCIMIENTO

Conocimiento aparente que se logra gracias a los sentidos, siendo la base de todo conocimiento científico, el punto de partida a través del cual se desarrolla y profundiza el proceso de comprensión real de la naturaleza.

El conocimiento exige la aprobación de su origen y la fuente de su verdad para alcanzar un conocimiento aparente, basta con percibir los hechos de la realidad en forma sensible. ¹¹

1.2 CONOCIMIENTO REAL CIENTIFICO:

Movimiento de la razón que va del conocimiento primario al saber, de lo superficial a lo profundo y multilateral por medio de la práctica. La esencia del conocimiento consiste en la autentica generalización de los hechos basada en un cuidado de calidad libre de riesgos. ¹²

El conocimiento científico tiene como objeto la realidad, es decir la naturaleza del movimiento, por lo tanto tiene dos exigencias básicas que son:

La comprobabilidad: que exige la explicación de su origen y la fuente de su verdad. El conocimiento científico aspira al conocimiento universal.

Las diferentes etapas de la vida del hombre, van aumentando el conocimiento mediante las experiencias vividas y así hay crecimiento del conocimiento universal.

¹⁰ Mariner. Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. México Pág. 102.

¹¹ Burns, Nancy, PHD, Investigación en Enfermería, El Sevier España, 2004, Págs. 20-23.

¹² IBID.

1.3. CONOCIMIENTO DE LA PRÁCTICA:

Es la acción y efecto de conocer; entendimiento, inteligencia, razón natural. Como producto de la investigación en la práctica para proporcionar una atención de enfermería rentable de calidad que favorece resultados positivos para el paciente y la familia. Según el diccionario Océano, Práctica: es realizar una cosa que se ha aprendido y especulado.

Es el ejercicio bajo la dirección de un superior, por un tiempo determinado para aprender un arte.¹³

Para Poulantzas, la práctica es un trabajo de transformación sobre un concepto determinado cuyo resultado es la producción de algo nuevo y para él la práctica es de dos tipos:

Es aquella cuya actividad se desarrolla fundamentalmente a nivel de la conceptualización y de la teorización, tales como la religión, la filosofía y las ciencias. Son aquellas en las cuales predominan la acción o el hacer, por ejemplo los ritos, la política y las prácticas profesionales como la medicina y la enfermería, cuya acción se apoya en los sistemas de pensamiento. En la práctica de enfermería generalmente se unen perfectamente estos dos tipos porque basa su práctica o sea la acción en el conocimiento de las diferentes ciencias. Enfermería es quizás la única profesión que para llevar a cabo la práctica se fundamenta a nivel de conceptualización, teorización y acción.¹⁴

Uno de los elementos fundamentales de la práctica de enfermería es la relación terapéutica enfermera persona, paciente que debe construirse sobre la confianza, el respeto y el amor.

2. PRACTICA DE ENFERMERIA:

Son todas las acciones y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modo de vida de los individuos, grupos e institución, con el fin de suministrar o apoyar el bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios.

El proceso de enfermería es el instrumento más importante en esta disciplina para la planificación del cuidado a través de la práctica para cada uno de los pacientes. Y para lograr la efectividad de este proceso debe llevarse a cada paciente su plan de cuidado con su respectivo seguimiento.

El ámbito de la práctica no se limita a determinadas tareas, funciones o responsabilidades, sino que incluye la prestación de cuidados directos y la

¹³ Diccionario Enciclopédico Océano Uno Color Pág. 1299.

¹⁴ Zapata Villa, Amparo, Desarrollo y Perspectivas de la Profesión de Enfermería, Memorias del Décimo primer curso de Actividad en Enfermería, Colombia 2003 Pág. 130

evaluación de sus resultados, la defensa de los pacientes y protección de riesgos.¹⁵

2.1 CALIDAD DE LA PRACTICA DE ENFERMERIA:

El bien interno de enfermería consiste en el cuidado de las personas, ya sea en la promoción de la salud, en la prevención de algún tipo de enfermedad o atendiendo a quienes se encuentran enfermos. Para alcanzar este bien interno es preciso dominar ciertas técnicas y habilidades, y saber hacer uso de estas enfocándolas en la mejor dirección; es decir, dominar los conocimientos y las técnicas y orientarlos al bien interno de la profesión, que es el bien de los pacientes, los colectivos o las comunidades.¹⁶

Para valorar la calidad del cuidado se debe comprender la dimensión de la práctica de enfermería como un enfoque integral para generar autonomía con las acciones del cuidado. La calidad es una preocupación constante y medida con diferentes indicadores como morbilidad, mortalidad, índice de infecciones e índice de complicaciones quirúrgicas, entre otros, además la calidad de los servicios de salud es una exigencia de carácter legal la OMS (Organización Mundial para la Salud) afirma que toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable y ha definido la calidad de la atención como un objetivo del macro proyecto de salud para todos. La evaluación constante de la práctica que el personal de enfermería realiza permite un mejor control de la calidad de la misma, lo que se convierte en otra herramienta en la prevención de las infecciones nosocomiales.¹⁷

3. ENFERMERIA:

Es una disciplina con un cuerpo de conocimientos, un código de ética, normas y reglamentos que los rigen.

Virginia Hender son, define a enfermería en términos funcionales así "la única función de enfermería, consiste en ayudar al individuo enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud, recuperación, a una muerte digna y tranquila" " que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad conocimientos necesarios haciéndolo de tal modo que se les facilite la consecución de la independencia lo más rápidamente posible".¹⁸

3.1 ENFERMERA:

Es un ser humano, funcional, no sólo actúa, sino que también piensa y siente.

¹⁵ Henderson-Niten, Enfermería Teórica y Practica, Vol.4, Problemas Específicos de Enfermería, Prensa Medica, Mexicana, México 1988 Pág.413.

¹⁶ Berwick, DM. En: Paganini, J.M. Novaes, HM. La Garantía de calidad, Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe. Serie SILOS No. 13 OPS/OMS. Washington, D.C.1992.

¹⁷ IBID

¹⁸ Mariner. Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. México Pág. 102.

Sus pensamientos y sentimientos en cometido de su trabajo son importantes y son reflejados tanto en lo que hace, como en el modo de cumplir con sus tareas. Subyacen en cada acción que realiza, la enfermera, ya sea en forma de comunicación escrita, actitud, o cualquier otro acto.

Entendemos al termino enfermera como una persona de ayuda, una persona que está presente pendiente de cambios, de necesidades y las pensadoras la definen como un ser con funciones en pro de la salud del enfermo. Con acciones a favor de la recuperación del enfermo. Por tanto, la mejor estrategia preventiva del personal de salud y en el cual la enfermera tiene a su cargo la función de supervisora de los cuidados que se brindan.

Otra función importante de la enfermera es luchar por prever de adecuados niveles de seguridad y salud en lo que a la exposición a agentes biológicos se refiere, lo constituye el cumplimiento de las Precauciones Universales o estándar y de las recomendaciones específicas por áreas o unidades; es fundamental la elaboración y adecuada difusión de protocolos preventivos y la actuación ante situaciones específicas.

3.2. AUXILIAR DE ENFERMERIA:

Es la persona responsable de brindar cuidado directo e integral de enfermería al paciente bajo la supervisión de la enfermera, además brinda atención a la familia y comunidad.

Su preparación teórico-práctica tiene una duración de diez meses, en Escuela o cursos autorizados por el Departamento de Formación de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.¹⁹

4. MEDIDAS UNIVERSALES

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) describieron estas precauciones por primera vez en 1987. Constituyen una estrategia para proteger a los prestadores de servicios asistenciales de la transmisión en el ámbito laboral de microorganismos que proliferan en el torrente sanguíneo. De estos trastornos, los que han suscitado mayor preocupación en los años 90 son el virus de la inmunodeficiencia humana inicial VIH y la Hepatitis de tipo B.²⁰

Brunner y Suddarth, menciona que, las premisas de las precauciones universales dictan que no es posible identificar a todo paciente con infección transmisible por vía sanguínea al momento en que se le proporcionan cuidados de salud y debe recurrirse habitualmente a protección mediante barreras adecuadas en todos los pacientes. Las precauciones por barreras se determinan en base a la posibilidad de que la enfermera tenga contacto con sangre o secreciones y no por la posibilidad de que el paciente se encuentra infectado.

19. Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

²⁰ Brunner y Suddarth, 8ava, ed. Vol.II, SC. Smelters, BG, Bare, México, 1997. Pág., 1974.

Todo trabajador que presta cuidados a la salud debe tener conocimiento de los planes institucionales con respecto al control de exposición a agentes que se transmiten por la sangre y a la tuberculosis. Además requiere que todos estos profesionales reciban periódicamente información educativa actualizada sobre la prevención de dichas enfermedades.²¹

5. ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE BARRERA

Las estrategias generales de prevención se basan en el establecimiento de una serie de barreras:

Barreras físicas: guantes, mascarilla, lentes protectores, batas y cualquier otro equipo de protección individual.

Barreras químicas: desinfectantes como hipoclorito sódico, formaldehído, glutaraldehido, N-duopropenida, providona yodada, gluconato de ciorhexidina, etcétera.

Barreras biológicas: vacunas, inmunoglobulinas y quimioprofilaxis²²

En el servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos se cuenta con las barreras físicas de seguridad personal descritas anteriormente y si el personal de salud las usara correctamente y con plena conciencia se evitarían accidentes lamentables e incluso irreversibles

El aspecto más importante de las medidas universales se relaciona con el hecho de evitar lesiones percutáneas. Se recomienda tener cuidado extremo en toda situación en que se utilicen agujas, bisturís y otros objetos punzantes y cortantes.

No debe colocarse nuevamente la cubierta a las agujas usadas, sino que éstas deben depositarse directamente en envases resistentes a punciones en el área contigua a su gusto. Si una situación dicta que es necesario colocar una vez más la cubierta sobre la aguja, es importante que la enfermera utilice un dispositivo mecánico para sostener la cubierta o que lo realice con una sola mano para disminuir la probabilidad de punciones en la piel.

Otra medida de higiene personal en caso de una lesión es:

- Cubrir cortes y heridas con apósitos impermeables
- Cubrir lesiones cutáneas con guantes

²¹ Fuente SATSE, España http://www.satse.es/salud_laboral/guia_riesgos_biologicos.htm, Octubre 2007. 8hrs

²² Brunner y Suddarth, 8ava, ed. Vol.II, SC. Smelters, BG, Bare, México, 1997. Pág., 1974.

- Retirar anillos y otras joyas
- Lavado de manos antes y después de atender al paciente.²³

A las enfermeras (os) también les compete supervisar que su personal cumpla con todas las normas establecidas ya que una de sus responsabilidades a través de la buena comunicación y supervisión es conservar la salud y el bienestar del trabajador de salud a su cargo.

6. LIQUIDOS CORPORALES

Cuando se siguen las medidas universales, la enfermera reconoce que la sangre es la fuente potencial más importante de patógenos que se transmiten a través de ella. Se considera que los demás líquidos presentan menos riesgo de infección de esta índole y hay otros que no se consideran que acarreen riesgo de transmisión a menos que se encuentren visiblemente sanguinolentos.

6.1. LIQUIDOS CORPORALES DE ALTO Y BAJO RIESGO

Brunner y Suddarth, menciona que: Existen líquidos relacionados con la transmisión de patógenos que se diseminan por la sangre:

- Semen y secreciones vaginales
- Líquido céfalo raquídeo
- Líquido sinovial
- Líquido pleural
- Líquido peritoneal
- Líquido pericárdico
- Líquido amniótico.

Líquidos no considerados de riesgo de transmisión de patógenos diseminados por vía hemática excepto que sean visiblemente sanguinolentos:

- Heces
- Secreciones nasales
- Espudo
- Sudor
- Lagrimas
- Orina
- Vómitos
- Saliva.²⁴

Brunner y Suddarth, refiere que: Debido a la gran preocupación por transmisión de enfermedades diferentes a las que pueden contraerse mediante contacto con la sangre, se recomienda el uso de guantes cuando se tocan heces, secreciones

²³ Brunner y Suddarth, octava edición, Vol II, S.C. Smeltzer B.G. México 1997 Pág. 1998.

²⁴ IBID.

nasales, esputo, vómito y saliva. Es imperioso el lavado de mano antes y después de contacto con cada paciente y una vez que se retiran los guantes.

Toda vez que se anticipe razonablemente la posibilidad de salpicaduras, rocío, manchado o gota de sangre o de cualquier otro material potencialmente infeccioso al rostro, es necesario cubrir los ojos y boca. Aunque se admite que riesgo de infección por patógenos que se transmiten por vía sanguínea es muy bajo, de cualquier forma es importante disminuir esta exposición. El uso de vestimenta protectora como batas, delantales y ropa de laboratorio disminuye el riesgo de que la piel entre en contacto con la sangre las grietas diminutas en la piel pueden en teoría causar transmisión.

Las enfermeras y demás prestadores de servicios asistenciales que tienen lesiones abiertas o dermatitis profunda no deben tener contacto con pacientes o sus secreciones. Cubrirse la cabeza o zapatos, en caso de chorros de sangre es una medida prudente y sensata desde el punto de vista estético. Si bien no se ha implicado a la saliva en la transmisión del VIH, el personal debe tener fácil acceso a mascarillas, bolsas de reanimación y otros dispositivos de ventilación en áreas en que se anticipa que la necesidad de reanimación.²⁵

En la emergencia de cirugía del hospital Roosevelt, se cuenta con lo mínimo necesario de guantes, mascarillas, agua, jabón y toallas para el lavado de manos por lo que el personal en servicios de urgencia debe aplicar las medidas universales de protección para disminuir riesgos de contaminación tanto personal como a paciente.

6.2. Embarazo:

No se ha determinado que las enfermeras embarazadas corran mayor riesgo de contraer infecciones mediante el contacto con la sangre que aquellas que no lo están. Sin embargo si la enfermera adquiere una infección de este tipo durante la gestación, el lactante corre el riesgo de transmisión perinatal. Se recomienda enfáticamente que las profesionales de la salud que contemplan la posibilidad de embarazarse, reciban la serie completa de vacunas contra la hepatitis B y se familiaricen y acaten las medidas universales.²⁶

6.3. AISLAMIENTO DE SUSTANCIAS CORPORALES.

Algunas instituciones han adoptado el sistema de control y prevención de infecciones que se conoce como aislamiento de sustancias corporales en lugar de las medidas universales. Dicho sistema se elaboró debido a que se ha argumentado que se limitan estrictamente a la disminución en el riesgo de

²⁵ Brunner y Suddarth, 8ava, ed. Vol.II, SC. Smelters, BG, Bare, México, 1997. Pág., 1974,1975

²⁶ IBID.

contraer enfermedades por contacto con la sangre y que requieren que la enfermera utilice una estrategia preventiva para este riesgo y otra para otros riesgos de infección. Mientras que las medidas universales se centran en las enfermedades que se transmiten a través de la sangre, se dirige a todas las sustancias corporales potencialmente infecciosas. Se hace hincapié en el uso de guantes, el aspecto de control más importante y se usan ante la exposición a cualquier sustancia húmeda o mojada.

Los sistemas son virtualmente idénticos en lo referente al cuidado de pacientes con infección que se ha comprobado se contrajo por contacto con sangre o aire. Sin embargo, la diferencia es evidente en el cuidado de enfermos con otros padecimientos infecciosos.

El esquema de precauciones universales y de aislamiento de sustancias corporales exige el conocimiento de que muchas infecciones no son fácilmente reconocibles en la población de pacientes. Por consiguiente las precauciones recomendadas se basan en tareas de enfermería, antes que en el diagnóstico del individuo.²⁷

7. LAVADO DE MANOS

En el ámbito de servicios asistenciales es común que los empleados sean portadores de flora transitoria como, estreptococo áureos, pseudomonas aeruginosa y otros microorganismos con potencial patógeno elevado. En la mayor parte de los casos, los microorganismos no se adhieren con fuerza y se desprenden con la regeneración cutánea.

El lavado de manos es de gran importancia en el ámbito de los cuidados de la salud, ya que permite que los patógenos transitorios se eliminen con facilidad antes de poder transmitirse. El lavado de manos eficaz requiere un lavado vigoroso durante 10 segundos, con atención especial a la región entorno al lecho ungueal y entre los dedos, donde por lo general es mayor el número de microorganismos, es necesario enjuagar las manos completamente después de lavado.²⁸

La medida preventiva más importante para el control de infecciones es el lavado de manos. La flora microbiana de la piel de las manos consiste en organismos residentes y pasajeros. Los organismos residentes incluyen los estafilococos coagulasa negativos y los difteroides. Los organismos pasajeros son aquellos que sobreviven durante cortos períodos de tiempo, tales como bacilos Gram negativos o staphylococcus áureos adquiridos por contacto con pacientes colonizados o

²⁷ Brunner y Suddarth, 8ava, ed. Vol.II, SC. Smelters, BG, Bare, México, 1997. Pág., 1973.

²⁸ IBID.

infectados, o del entorno animado del hospital. La propagación de los patógenos por medio de las manos puede causar infecciones intrahospitalarias.

7.1 TIPOS DE LAVADO DE MANOS:

Se han descrito tres tipos básicos de lavado de manos: lavado común, lavado higiénico y lavado quirúrgico.

- **Lavado común;** con jabón y agua que es eficaz en remover la mayoría de los organismos de las manos moderadamente sucias.
- **Lavado higiénico;** o desinfección utiliza un antiséptico detergente o alcohol. Este método es más eficaz en remover y matar microorganismos.
- **Lavado quirúrgico;** tiene el objetivo de remover y matar microorganismos residentes y pasajeros de la piel para prevenir la potencial contaminación de las heridas en caso de daño a los guantes. Se utilizan los mismos antisépticos que en el proceso de lavado higiénico.

El consenso general es que es más importante tener una técnica apropiada para el lavado de manos que un antiséptico específico. Las recomendaciones de la federación internacional de control de infecciones para las indicaciones y métodos del lavado son descritas a continuación.²⁹

7.2 INDICACIONES PARA EL LAVADO DE MANOS

Se considera apropiado el lavado común de las manos en las siguientes situaciones:

- * Antes que manipular alimentos, alimentar al paciente o comer.
- * Después de utilizar en lavado
- * Antes y después de prestar atención al paciente
- * Después de ensuciarse las manos.

Se considera apropiado el lavado higiénico de las manos en las siguientes situaciones:

- * Antes de cualquier procedimiento invasor.
- * Antes de prestar atención a pacientes inmunocomprometidos.
- * Antes y después de tocar heridas, catéteres uretrales.
- * Antes y después de colocarse guantes.

²⁹ Damiani Esther D. Luís E. Jauregui, MD - Adela Panozo Meneses .Manual de procedimientos para la detección de infección intrahospitalarias .La Paz Bolivia 1999,Pág. 93-94

* Después de entrar en contacto con secreciones sanguíneas o secreciones contaminadas.³⁰

7.3. MÉTODO DE LAVADO DE MANOS:

En el lavado común de las manos se aplica jabón y fricción mecánica a todas las superficies de la mano durante un mínimo de 10 segundos. Luego se enjuaga las manos bajo un chorro de agua (o en una vasija limpia de agua que es lavado y cambiado después de cada uso) y se secan con una toalla de papel o de lino limpio. Las toallas de lino deben ser utilizadas sólo una vez y luego ser descartadas a la espera de su lavado y reutilización.

El lavado higiénico de las manos requiere el uso de un desinfectante acuoso o una solución en alcohol. Los desinfectantes acuosos incluyen las soluciones detergentes de gluconato de clorhexidina al 4% y de povidona_yodo con 0.75% de yodo disponible. Ambas soluciones requieren lavado durante 10 a 15 segundos con vigorosa fricción mecánica con una cantidad suficiente de la solución acuosa. Luego se enjuaga y seca de la misma manera que lavado común.

El lavado higiénico de las manos con una solución en alcohol incluye el uso de la clorhexidina o povidona-yodo al 0.5% en isopropanolol o etanol el 70%, isopropanolol al 60%, etanol al 70%, con el molientes (glicerol al 0.5%) se debe aplicar no menos de 3ml y frotar las manos hasta secarlas. El alcohol es más eficaz que las soluciones acuosas pero muchas veces es necesario un lavado preliminar si las manos se hallan muy sucias. Se considera el alcohol como una alternativa eficaz cuando se carece de agua o de toallas y se requiere desinfectar las manos rápidamente.³¹

El lavado quirúrgico utiliza los mismos desinfectantes pero el tiempo de frotación aumenta de tres a cinco minutos y se extiende a las muñecas y antebrazos. Si se utiliza una solución sobre la base del alcohol se sugieren dos aplicaciones de 5ml, cada una frotando hasta secar las manos.

8. PROTECCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD:

El programa de control de infecciones tienen por objetivo la prevención de infecciones nosocomiales en los pacientes pero también la protección del personal de salud, para tratar de evitar la transmisión de patógenos de los pacientes al personal de salud.

Para lograr dicho propósito el programa de control de infecciones debe elaborar recomendaciones para la vacunación del personal de salud, así como elaborar políticas diseñadas para minimizar los riesgos de contacto como objetos, órganos

³⁰ Damiani Esther D. Luís E. Jauregui, MD - Adela Panozo Meneses .Manual de procedimientos para la detección de infección intrahospitalarias .La Paz Bolivia 1999, Pág. 93-94.

³¹ IBID.

o secreciones potencialmente contaminadas. La implementación de las recomendaciones es efectuada por el departamento de salud profesional de Hospital, con el cual el programa de control de infección debe mantener estrechos nexos de trabajo.³²

8.1 RUTAS DE TRANSMISIÓN:

Se conocen cuatro rutas principales de transferencia de infección desde los pacientes hacia el personal:

Contacto directo: las manos del personal pueden contaminarse al entrar en contacto con líquidos corporales, secreciones o excreciones contaminadas o con el entorno inanimado del hospital contaminado por gotas grandes provenientes del tracto respiratorio del paciente. A los métodos preventivos de esta situación incluyen el uso de guantes desechables y el lavado de manos.

Introducción por la ruta fecal-oral: es decir insumo de comida o agua contaminadas con la flora fecal de los pacientes, o uso de las manos contaminadas para comer.

Inhalación: la expectoración de secreciones puede producir otras contaminadas que se dispersan por el aire y son inhalados por el personal.

Contacto con la sangre: la sangre de los pacientes puede llevar patógenos tales como la hepatitis B o C y el virus VIH y entrar en contacto con la sangre del personal de salud por medio de cortes o lesiones causados por objetos corto punzantes.³³

9. Quimioprofilaxis:

Deberían sopesarse los factores de riesgo de estar infectado frente a la toxicidad del tratamiento con antirretrovirales. La quimioprofilaxis se recomienda tras una exposición percutánea de alto riesgo con pacientes con infección HIV conocida.

La quimioprofilaxis deberá administrarse tras exposiciones de riesgo con pacientes HIV conocidos. Tras la exposición con pacientes con estado HIV desconocido, la decisión de realizar quimioprofilaxis debe de valorarse en cada caso.³⁴

Régimen de Profilaxis: Las últimas recomendaciones del Servicio Público de Salud, son la combinación de zidovudina con Lamibudina (EPIVIR), con la adición del inhibidor de la proteasa indinavir para las exposiciones de alto riesgo.

Estas medicaciones deberían iniciarse lo más pronto posible tras la exposición y continuarse durante cuatro semanas.

³² Damiani Esther D., Luís E. Jáuregui Manual de procedimientos para la detección de infecciones intrahospitalarias, MD. Lic. Adela Panozo Meneses. La Paz Bolivia. 1999 Pág.97.

³³ IBID.

³⁴ Fuente SATSE, España http://www.satse.es/salud_laboral/guia_riesgos_biologicos.htm, diciembre 2007, 18:00.

Las dosis recomendadas son las siguientes:

- ZIDOVUDINA, 200 MG. PO 3 veces al día
- LAMIBUDINA, 150 MG. PO 2 veces al día
- INDINAVIR, 800 MG. PO 3 veces al día

Seguimiento: Deben de realizarse controles de VIH 6 meses después de la exposición, tras los cuales la cero conversión es muy rara.³⁵

Los medicamentos preventivos antimicrobianos y las inmunizaciones activas o pasivas pueden evitar por aliviar el curso de una enfermedad en pacientes o personal expuesto.

Estas medidas deben considerarse como complemento del aislamiento para prevenir la propagación enfermedades. Además cómo se explica, el personal del hospital debe vacunarse de rutina contra aquellas enfermedades específicas que pueden propagarse en el hospital.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre), en su artículo 14 convierte al empresario y a las Administraciones Públicas respecto del personal a su servicio, en el garante de la Seguridad y la Salud de los trabajadores. En esta línea, deberá adoptar cuantas medidas sean necesarias para la protección permanente de estas condiciones de seguridad y salud.³⁶

En lo que respecta a la protección de los trabajadores frente a los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, la obligación genérica del empresario de garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores, se materializa en una norma legal, el RD. 664/1997, de 12 de mayo, donde se establecen una serie de obligaciones a cumplir por el empresario.

Por tanto, la mejor estrategia preventiva que tenemos a nuestro alcance es el adecuado cumplimiento por parte de empresario de texto de este Real decreto. Otro aspecto importante es inculcar a los trabajadores la necesidad de notificar a Medicina Preventiva, al Servicio de Prevención o, en su defecto, al responsable inmediato, todos y cada uno de los accidentes que se produzcan, así como conseguir que estos Servicios encargados de la actividad preventiva, se encuentren operativos las 24 horas de día, ya que el accidente biológico puede precisar de tratamiento inmediato y puede ocurrir en cualquier momento.

Otro pilar fundamental donde se asienta la consecución de unos adecuados niveles de seguridad y salud en lo que a la exposición a agentes biológicos se refiere, lo constituye el cumplimiento de las Precauciones Universales o estándar y

³⁵ Fuente SATSE, España http://www.satse.es/salud_laboral/guia_riesgos_biologicos.htm, diciembre 2007, 18:00.

³⁶IBID.

de las recomendaciones específicas por áreas o unidades; es fundamental la elaboración y adecuada difusión de protocolos preventivos y la actuación ante situaciones específicas.

El mayor número de accidentes laborales con material biológico se producen en el colectivo de Enfermería y más concretamente en las áreas quirúrgicas y médicas, seguido de los laboratorios y servicios de extracciones.³⁷

El pinchazo es el accidente más frecuente, quizás debido a la costumbre de reencapsular las agujas o por no disponer de un sistema de eliminación de residuos adecuado con el suficiente número de contenedores rígidos; por este motivo, sería conveniente implantar en todos los centros sanitarios la utilización de material punzante que se autoprotege una vez utilizado.

Las actividades con mayor riesgo de accidente son la administración de medicación Intramuscular o intravenoso, recoger material usado, la manipulación de sangre, reencapsular, suturar y las agujas abandonadas.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de los accidentes de este tipo no se notifican a los Servicios de Prevención o de Medicina Preventiva, por lo que los datos podrían ser aún más alarmantes si existiese un adecuado registro de accidentes.³⁸

10. PRACTICAS DE MEDIDAS UNIVERSALES

- Zapatos: en las unidades estériles y quirófanos, el personal debe usar zapatos especiales, fáciles de limpiar.
- Gorros: en las unidades asépticas y el quirófano o durante la realización de ciertos procedimientos invasivos, el personal debe usar gorros o capuchas que cubran totalmente el pelo.³⁹
- Uso de mascarilla: Las mascarillas de lana de algodón, grasa o papel son ineficaces. Las de papel con material sintético para filtración son una barrera eficaz contra los microorganismos.

Las mascarillas se usan en varias situaciones: los requisitos al respecto varían según el fin.

Protección del personal: el personal debe usar mascarillas al cuidar a los pacientes con infecciones transmitidas por el aire o realizar una broncoscopia o un examen similar. Se recomienda una mascarilla de alto rendimiento.⁴⁰

³⁷ Fuente SATSE, España http://www.satse.es/salud_laboral/guia_riesgos_biologicos.htm, diciembre 2007, 16:00 HORAS.

³⁸ IBID.

³⁹ Washington Manual de Cirugía, Hospital Manua, Comité de Infecciones Nosocomiales.I, 2da. Edición, Marban, Washington University's Louis, 2002 Pag. 11

Protección de los pacientes: el personal usa mascarilla para trabajar en el quirófano, cuidar a los pacientes con inmunodeficiencia y perforar diversas cavidades del cuerpo. Basta con una mascarilla quirúrgica.

11. USO DE GUANTES:

Los guantes han sido una barrera importante de protecciones el cuidado de la salud durante mucho tiempo. Desde la introducción de las Medidas Universales y con el aumento en el conocimiento acerca de precauciones para otros tipos de infecciones, se ha incrementado notablemente el uso de guantes como medio de protección para el personal que presta servicios asistenciales.

Los guantes confieren una barrera cutánea eficaz contra la microflora que se relaciona con el cuidado de los pacientes. Los programas de control de infecciones recomiendan el uso de guantes siempre que la enfermera tenga contacto con secreciones o excreciones de un paciente.

Para ofrecer la máxima protección, los guantes deben amoldarse bien, no desgarrarse y no producir irritaciones a la piel que se relacionan con el uso de guantes, requieren investigación por parte del especialista en salud laboral o dermatólogo.

En estos casos el especialista debe decidir si es recomendable aplicar una loción cutánea aprobada, otro tipo de guantes o descanso temporal de actividades relacionadas con el cuidado de los pacientes.⁴¹

En virtud de que los guantes contaminados pueden ser una fuente de diseminación de microorganismos, es importante desecharlos y lavar las manos escrupulosamente cada vez que halla contacto con el paciente. Como portavoz del paciente, la enfermera desempeña un papel importante en fomentar el lavado de manos y el uso de guantes por parte de otros empleados del hospital.

LOS GUANTES SE USAN PARA LOS SIGUIENTES FINES:

- Protección de los pacientes: el personal usa guantes estériles para una intervención quirúrgica, el cuidado de pacientes con inmunodeficiencia y procedimientos masivos de las cavidades del cuerpo.

⁴⁰ Manual de Prevención de Infecciones Nosocomiales 2da, Edición, Organización Mundial de la Salud, Guía practica, Impreso en Malta, Pág.33.

⁴¹ Brunner y Suddarth, 8ava, ed. Vol.II, SC. Smelters, BG, Bare, México, 1997. Pág., 1973,1974.

- Se deben usar guantes sin esterilizar para el contacto con todos los pacientes en que hay posibilidad de contaminación de las manos o para el contacto con cualquier membrana mucosa.
- Protección del personal: el personal usa guantes sin esterilizar para cuidar los pacientes con enfermedades transmisibles por contacto y realizar una broncoscopia o un examen similar.
- Hay que lavarse las manos al quitarse o cambiarse los guantes.
- El látex y el cloruro de polivinilo son los materiales usados con más frecuencia para la fabricación de guantes. La calidad, es decir, la ausencia de porosidad o de perforaciones y la duración del uso, varían mucho de un tipo de guante a otro.⁴²

12. ELEMENTOS DE PROTECCION DE BARRERA:

- Uso de guantes al manejar sangre o fluidos corporales, objetos potencialmente infectados o al realizar procedimientos invasivos.
- Utilización de mascarillas cuando se prevea la producción de salpicaduras de sangre o fluidos a la mucosa nasal u oral.
- Protección ocular, cuando se prevea la producción de salpicaduras de sangre o fluidos corporales a la mucosa ocular.
- Utilización de batas y delantales impermeables, cuando se prevea la producción de grandes volúmenes de salpicaduras de sangre o líquidos orgánicos.

TENER EXTREMO CUIDADO EN EL MANEJO DE OBJETOS CORTANTES O PUNZANTES:

- No reencapsular las agujas.
- Eliminación en contenedores rígidos de seguridad.
- No dejarlos abandonados en cualquier sitio.
- Comprobar que no van entre ropas que se envían a lavandería.⁴³

⁴² Manual de Prevención de Infecciones Nosocomiales 2da, Edición, Organización Mundial de la Salud, Guía practica, Impreso en Malta, Pág.33.

⁴³ Fuente SATSE, España http://www.satse.es/salud_laboral/guia_riesgos_biologicos.htm, enero 2008,13:00

13. ACTUACIÓN ANTE SALPICADURAS O VERTIDOS DE SANGRE O FLUIDOS SOBRE SUPERFICIES U OBJETO

- Colocarse guantes resistentes.
- Verter lejía diluida al 10% sobre la superficie contaminada.
- Limpiar la superficie con toallas desechables.
- Quitarse los guantes y lavarse las manos.⁴⁴

13.1. ACTUACIÓN ANTE EXPOSICIONES ACCIDENTALES CON SANGRE.

Accidentes percutaneos (cortes, pinchazos);

- Retirar el objeto con el que se ha producido el accidente.
- Limpiar la herida con agua corriente, sin restregar, dejando fluir la sangre durante

2-3 minutos, induciendo el sangrado si es preciso.

- Desinfectar la herida con povidona yodada u otro desinfectante, y aclararla bien.
- Cubrir la herida con apósito impermeable.
- Salpicaduras de sangre o fluidos en la piel.
- Lavado con jabón y agua.
- Salpicaduras de sangre o fluidos en mucosas.
- Lavado inmediato con agua abundante.⁴⁵

Todos los accidentes deberán ser comunicados al servicio o unidad designada para registrarlos, aplicando en cada caso el protocolo de procedimiento del centro. Al personal expuesto accidentalmente al VHB, se le debe ofrecer profilaxis post-exposición.

Al personal expuesto al VHC, debe ofrecérsele profilaxis con gammaglobulina inespecífica.

A pesar de no haberse demostrado la eficacia del tratamiento con zidovudina (ZDV) para prevenir la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH, tras accidente laboral, la decisión de realizar este tratamiento debe ser individualizada, por lo que debe estar disponible a cualquier hora del día en los centros de trabajo.

⁴⁴ Fuente SATSE, España http://www.satse.es/salud_laboral/guia_riesgos_biologicos.htm, enero 2008,13:00.

⁴⁵ IBID.

13.2. RECOMENDACIONES SOBRE PROTECCIÓN DE RIESGOS

BIOLÓGICOS DEL EMPRESARIO AL PERSONAL.

El vehículo más importante de transmisión ocupacional es la sangre y sus derivados.

El profesional con mayor riesgo es aquél que está expuesto a un accidente con aguja hueca. (Más de la mitad de los accidentes biológicos los sufren los/as enfermeros/as).

Todos los pacientes deben considerarse potencialmente infecciosos.

El empresario debe cumplir las obligaciones recogidas en el R.D. 664/1997, entre ellas: Identificación y evaluación de los riesgos. Adecuada recepción, manipulación y transporte de los agentes biológicos y de sus residuos.

Establecimiento de adecuadas medidas higiénicas (aseos adecuados, fuentes, botiquín de primeros auxilios, almacenamiento de los equipos de protección, facilitar ropas de trabajo así como su lavado y desinfección, descontar de la jornada laboral el tiempo para el aseo, etcétera). Vigilancia de la salud de los trabajadores mediante la realización de reconocimientos médicos específicos previos a la exposición y periódicos. Conservar la documentación.

Formar e informar a todos los trabajadores sobre los riesgos a los que están expuestos y sus medidas de prevención. La vacunación contra la hepatitis B, Tétanos, Influenza, Sarampión y de otras enfermedades debe realizarse a todos los trabajadores sanitarios. El lavado de manos es importantísimo para controlar las infecciones en el medio sanitario.

No efectuar ninguna técnica invasiva sin equiparse con guantes estériles. Tras cualquier exposición accidental, aplicar inmediatamente medidas de arrastre del contaminante, tratamiento local y acudir al servicio de prevención para su tratamiento y registro.⁴⁶

El riesgo del personal de la salud de adquirir una infección durante la práctica profesional esta asociado principalmente a la exposición apropiado. Antes de comenzar el trabajo diario, deben cubrirse las lesiones cutáneas, los cortes y las heridas.⁴⁷

⁴⁶ Fuente SATSE, España http://www.satse.es/salud_laboral/guia_riesgos_biologicos.htm, , enero 2008,13:00

⁴⁷ IBID.

Es necesaria la implantación y difusión de una adecuada política de gestión de residuos. Los objetos punzantes y cortantes deben eliminarse en contenedores rígidos de bioseguridad.

No reencapsular las agujas. Sería conveniente la utilización de material punzante que se autoprotege una vez utilizado. Utilización de una señal de peligro biológico.

Es importante: Asegurar la calidad del aire interior y el buen estado de las conducciones de agua, mediante la revisión y el mantenimiento preventivo de las instalaciones.

Los servicios de prevención o de medicina preventiva deben garantizar de manera efectiva la asistencia inmediata a cualquier trabajador sanitario accidentado durante las 24 horas del día.

En las instituciones de salud debe implantarse un adecuado sistema de notificación y registro de accidentes que sea conocido por todos los trabajadores.

14. EVALUAR EL RIESGO DE ACCIDENTES CORTOPUNZANTE DURANTE LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS.

MATERIAL DESECHABLE: se utilizará agujas y hojas de bisturí desechables en todos los pacientes, las que en ningún caso se reutilizarán en otro paciente. Todo este material se desechará en cuanto cese su uso.

MANIPULACIÓN DE LAS AGUJAS: utilizadas: no deben ser encapsuladas, dobladas o quebradas intencionalmente o manipuladas con las manos.

La remoción de las agujas de las jeringas no deberá hacerse con las manos y deberá utilizarse una pinza o dispositivo de caja de seguridad.⁴⁸

MANIPULACIÓN DE HOJAS DE BISTURÍ Y MATERIAL CORTANTE.

Durante el acto quirúrgico se recomienda evitar el contacto a ciegas y el intercambio de instrumental quirúrgico directamente entre las manos del cirujano y el arsenal, se recomienda que éste se coloque en un lugar del campo operatorio para evitar lesiones en el momento de la intervención.

DESCONTAMINACIÓN DEL MATERIAL CONTAMINADO:

DESCONTAMINACIÓN: significa según el diccionario Océano, bajar la carga microbiana de una superficie sucia para minimizar los riesgos en el personal.

⁴⁸ Mandell, Benett, Enfermedades Infecciosas 3ra. Edición, Vol.2, Cáp. 276, Infecciones Nosocomiales, 1991.

CORTOPUNZANTE NO DESECHABLE:

Eliminar la materia orgánica sumergiendo el material con agua tibia y detergente, sin manipularlo en forma excesiva con las manos. El personal debe realizar el procedimiento con guante de goma grueso. Después esterilizar con los procedimientos habituales.

NO CORTOPUNZANTE: lavar con detergente y uso de guantes, después esterilizar con los procedimientos habituales.

- Todo material contaminado con fluido corporal que no se esterilice (frascos de medición de diuresis, frascos de exámenes no microbiológicos, otros), Posteriormente al lavado debe ser desinfectado sumergiéndolo en cloro al 0,5%.
- La descontaminación con agentes químicos previo al lavado no es eficiente, pues la acción de los desinfectantes se altera con la materia orgánica (sangre, secreciones, sueros, pus, etc.). el proceso de descontaminación con agentes químicos solo da una falsa sensación de seguridad.⁴⁹

15. PRECAUCIONES AL ELIMINAR EL MATERIAL CONTAMINADO

CORTOPUNZANTE DESECHABLE: Bisturí, hojas de rasurar, agujas, jeringas:

Debe ser eliminado por el personal que realiza el procedimiento. Debe ser eliminado en receptáculos resistentes a las punciones, deben llenarse solo a 2/3 de su capacidad, para evitar accidentes en la manipulación posterior del envase.

No manipular su contenido, ni cambiarse de envase.

Debe rotularse; CORTOPUNZANTE, CONTAMINADO, INCINERAR.

El material de vidrio no contaminado debe ser eliminado en la basura común, protegido en cajas resistentes, rotulado vidrio, ejemplo: maderas, ampollas de medicamentos, debe rotularse; MATERIAL CORTANTE NO CONTAMINADO.

NO CORTOPUNZANTE: Apósitos de curaciones, secreciones con sangre, equipos de administración de transfusiones deben eliminarse en bolsa impermeables de color rojo .debe manipularse con barreras mecánicas y guantes de seguridad.

⁴⁹ Mandell, Benett, Enfermedades Infecciosas 3ra.Edición, Vol.2, Cáp. 276, Infecciones Nosocomiales, 1991.

16. MANEJO DE ROPA SUCIA:

La ropa sucia deberá ser almacenada en servicios clínicos en bolsas impermeables y debe ser transportada en carro cerrado.

El personal que manipula ropa sucia debe usar elementos de protección; guantes de goma gruesa, mascarilla, lentes y pecheras plásticas que permita el libre desplazamiento.⁵⁰

El personal que manipula ropa sucia debe hacerlo con zapatos y ropa de uso exclusivo, la que no debe salir del área sucia de Lavandería.

El personal de lavandería posterior a la manipulación de ropa sucia, debe ducharse.

El personal que labora en el sector de ropa sucia no debe ingerir alimentos en el interior del recinto.

17. DESECHOS BIOLÓGICOS

DESECHOS BIOLÓGICOS: Son el conjunto de residuos orgánicos constituidos por tejidos u órganos humanos o animales.

- Deben eliminarse separados de la basura común y rotulados.
- Deben ser incinerados o enviados a la fosa común del cementerio.
- La sangre líquida puede eliminarse al desagüe.
- La sangre líquida contenida en receptáculos de drenajes desechables herméticos debe ser eliminada en forma separada puesto que durante su incineración puede haber estallido del receptáculo con la consiguiente exposición de los manipuladores.
- Depositiones de los pacientes, aún en portadores de microorganismos que producen infecciones entéricas (virus de hepatitis A, Salmonella, Vibrio Cholerae, entre otras), no requieren tratamientos especiales para eliminarse por el W.C.⁵¹

18. TRANSPORTE DE CADÁVERES:

Deben ser transportados en bolsa de polietileno grueso, debidamente identificado.

El personal debe usar guantes para su manipulación.

El cumplimiento de la normativa es un deber de responsabilidad con nosotros mismos.⁵²

⁵⁰ Mandell, Benett, Enfermedades Infecciosas 3ra.Edición, Vol.2, Cáp. 276, Infecciones Nosocomiales, México1991.

⁵¹ IBID.

⁵² IBID.

19. NORMAS DE MEDIDAS UNIVERSALES PARA EL ÁREA DE CIRUGÍA.

- Utilice permanentemente el equipo de protección personal concerniente a gorro y tapabocas; en procedimientos invasivos utilice además, lentes protectores, guantes, braceras y bata.
- Utilice el equipo de aspiración mecánico el succionador para la aspiración de secreciones de boca y faringe. Evite su manipulación directa.
- Cambie oportunamente los recipientes de drenaje o aspiración del paciente, secreciones sangre, orina, materia fecal.
- Clasifique la ropa médica y quirúrgica utilizada en los diferentes procedimientos, teniendo en cuenta que puede ser contaminada o sucia. Disponga la ropa contaminada, es decir, aquella que contiene sangre, secreciones y otros fluidos, provenientes de pacientes, en bolsa roja; la ropa sucia en bolsa verde.
- Envíe las muestras de laboratorio en los recipientes adecuados, teniendo en cuenta las normas específicas para laboratorio clínico.
- Envíe a patología las muestras de tejidos u órganos, en recipientes adecuados que contengan formol a las concentraciones indicadas, debidamente rotulados y con tapa.
- Coloque el material ana tomo-patológico, las placentas y aquel resultante de amputaciones en bolsa plástica, rotulándola como “Riesgo Biológico - Material Anatomopatológico”, sellarla y entregarla al personal del Aseo para su disposición final.
- El material contaminado con fluidos corporales (guantes, gasas, compresas, etc.) debe ser depositado en bolsa roja separado del material anatomopatológico.
- Efectúe desinfección y limpieza en las áreas quirúrgicas empleando las técnicas correctas y las diluciones adecuadas de los desinfectantes, de acuerdo a los Procedimientos básicos de limpieza y desinfección.
- Maneje los equipos e instrumental siguiendo las técnicas de asepsia: desinfección, desgerminación y esterilización específicas para cada elemento.⁵³

⁵³ LOBUE P. Adelina, Santamaría Mario, Castro José Luís. MANUAL DE BIOSEGURIDAD PARA INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS Gobierno de Mendoza, Ministerio de Desarrollo Social y Salud. República Argentina 1998.

20. .DESECHOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS:

El programa regional de desechos sólidos hospitalarios, convenio ALA 91/33, es una iniciativa de cooperación entre la Unión Europea y los Gobiernos de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

El objetivo del programa es contribuir al mejoramiento de las condiciones sanitarias y ambientales en zonas de alta concentración de población, mediante un programa de formación y de actividades preparatorias para sentar las bases de sistemas autos sostenibles de recolección y tratamiento de los desechos sólidos de hospitales.

Se considera desechos sólidos cualquier material a partir del momento en que el descartado. Desechos sólidos hospitalarios, son aquellos generados por actividades médicas en las diferentes instalaciones de salud. Este es el término que se utiliza de aquí en adelante para definir estos residuos.

Los principales productores de desechos sólidos hospitalarios son:

- hospitales
- centros y puestos de salud
- laboratorios de análisis químicos
- clínicas veterinarias
- bancos de sangre
- farmacias
- clínicas o Odontológicas.⁵⁴

El problema representados por los desechos sólidos hospitalarios incide directamente en la alta tasa de enfermedades infecciosas que se registran en América Central su potencial patógeno es agravado por las malas prácticas de manejo, por la carencia de tecnología para su tratamiento y disposición final, por la falta de reglamentación específica y de personal capacitado para distinguir claramente cuáles desechos constituyen un riesgo y cuáles no.

El manejo inadecuado de los desechos hospitalarios peligrosos es causa directa de: accidentes laborales y enfermedades nosocomiales.

21. ACCIDENTES LABORALES:

Evidencias epidemiológicas en Canadá, Japón y Estados Unidos establecen que los desechos infecciosos de los hospitales han sido causantes directos en la transmisión del agente (VIH) que produce el SIDA y aún con mayor frecuencia,

⁵⁴ Capelli Luciano, Manual para técnicos e inspectores de saneamiento gestión y manejo de desechos sólidos hospitalarios, San José Costa Rica, 1998, Pág.3

del virus que transmite la hepatitis B o C, a través de las lesiones causadas por agujas y otros objetos. punzocortantes contaminados con sangre humana.

Los trabajadores de salud que se lesionan con más frecuencia son los auxiliares de enfermería, las enfermeras tituladas, el personal de limpieza y mantenimiento y el personal de cocina. Los relativos índices anuales de lesiones oscilan entre 10 y 20 por cada 1000 trabajadores.

Las situaciones mucho peor en el resto del continente, donde el manejo de los residuos peligrosos no está tan reglamentado y los recursos disponibles son menores. Un estudio realizado en México por la División de Epidemiología del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán señala que el 75% de los accidentes con desechos bioinfecciosos son causados por pinchaduras con agujas, el 11% por cortaduras, el 12% por salpicaduras, el 2% por otras causas.⁵⁵

Estos datos muestran que el 36% de los accidentes ocurren durante los procedimientos médicos y otro 43% en la fase de descartar material usado. La mayor parte de estos accidentes es evitable si se implementa un plan de gestión adecuado de los DSH/P.

22. CLASIFICACION DE DESECHOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS.

Se consideran desechos comunes los residuos generados principalmente por las actividades administrativas, auxiliares y generales, que no corresponden a ninguna de las categorías de desechos peligrosos.

Comida: todo lo que procede de las cocinas y los residuos alimenticios, con exclusión de los que hayan entrado en contacto con pacientes de salas de aislamiento.

Papelerías: desechos procedentes de las oficinas administrativas, talleres, embalajes de papel y/o cartón.

Envases y otros: contenedores de vidrio y/o plásticos para fármacos no peligrosos y alimentos, materiales metálicos o de madera, yesos que no hayan sido contaminados.

Desechos peligrosos: como desechos sólidos hospitalarios peligrosos (DSH/P) se entienden todos los residuos producidos en instalaciones de salud que pueden de una forma otra afectar la salud humana, animal o el medio ambiente

⁵⁵ Capelli Luciano, Manual para técnicos e inspectores de saneamiento gestión y manejo de desechos sólidos hospitalarios, San José Costa Rica, 1998, Pág 4,5.

Los desechos peligrosos se dividen en desechos bio infecciosos, químicos y radiactivos.⁵⁶

También se encuentran los desechos de materiales provenientes de salas de aislamiento, materiales biológicos, residuos anatómicos patológicos y quirúrgicos.

Elementos punzo cortantes que estuvieron en contacto con fluidos corporales o agentes infecciosos, incluyendo agujas hipodérmicas, jeringas, pipetas de Pasteur, agujas, bisturí es, tubos, placas de cultivos, cristalería entera o rota, etc. Se considera también cualquier objeto punzo cortante desechado, aún cuando no hayan sido utilizado.

Los punzo cortantes son responsables del 75% de los accidentes del personal de salud y representan la mayor amenaza por tres razones:

Las agujas actúan como reservorios donde los patógenos pueden sobrevivir por largo tiempo debido a la presencia de sangre.

Llegan los patógenos directamente al flujo sanguíneo al punzar la piel. Siguen teniendo un valor comercial y son codiciadas por parte de los buscadores de basura.

Por lo tanto deben extremarse las precauciones cumpliendo los siguientes pasos: Recolectar todos los punzo cortantes y las agujas en envases de plástico rígido estos recipientes no deberán llenarse mas de dos tercios de su capacidad una vez lleno el envase debe cerrarse herméticamente en la fuente de generación. Los contenedores pequeños pueden depositar se embolsa rojas y etiquetar las como punzo cortantes. Los contenedores grandes procedentes de las tareas que los consumen en importantes cantidades serán etiquetados y descartados de manera unitaria.⁵⁷

Para aquellos punzo cortantes que serán remitidos directamente al relleno sanitario sin ser sometidos a tratamiento previo se recomienda descontaminar los químicos llenando el envase donde fueron depositados que contienen los punzo cortantes con una solución desinfectante por ejemplo: hipoclorito de sodio al 5% o 10 %.

Una vez desechado los punzo cortantes no deben ser removidos de los contenedores por ningún motivo y deben permanecer en ellos cualquiera que sea el destino final de los DSH/P.

Los envases para punzo cortantes nunca deben colocarse en los contenedores para vidrio.

⁵⁶ Capelli Luciano, Manual para técnicos e inspectores de saneamiento gestión y manejo de desechos sólidos hospitalarios, San José Costa Rica, 1998, Pág. 14,15.

⁵⁷ IBID.

Características de los envases para la segregación de los desechos sólidos hospitalarios. Existen dos tipos básicos de envases:

- Bolsa
- envases rígidos.⁵⁸

Para desechos comunes: deben ser bolsas de color negro impermeables, de capacidad y resistencia adecuada.

Se debe utilizar bolsas negras para los desechos comunes a fin de facilitar eventuales operaciones de reciclaje de papel, vidrio y recipientes de plástico no contaminados se recomienda utilizar contenedores diferenciados.

Vidrio no contaminados: depositar en un contenedor especial para esta clase de desechos. El recipiente no debe llenarse en más de tres cuartas partes de su volumen, ya que ningún trozo de vidrio debe sobresalir del borde superior del contenedor.

Bajo ninguna circunstancia los recipientes de vidrio deben usarse como contenedores para agujas o punzo cortantes.

Las bolsas para desechos peligrosos deben responder a las siguientes características:

- ❖ Deben ser de color rojo y llevar el símbolo universal de peligrosidad correspondiente a cada clase de desechos,
- ❖ Ser de plástico impermeable, polietileno de baja densidad, suficientemente opaco con espesor pelicular entre 0,08 y 10 mm. Cuando no se disponga de bolsas rojas poner un rótulo visible especificando el tipo de desechos contenido.⁵⁹

Los envases rígidos para punzo cortantes Son básicamente de tres tipos: para punzo cortantes, recipientes herméticos y recipientes para residuos químicos. Para punzo cortantes: las agujas como todos los materiales punzo cortantes, necesitan contenedores que reúnan las siguientes condiciones técnicas:

- ❖ Fabricados con materiales rígido, impermeable y resistencia.
- ❖ De polipropileno y/o polietileno para no ser perforados por sus contenidos o quebrados por golpes o caídas.

⁵⁸ Capelli Luciano, Manual para técnicos e inspectores de saneamiento gestión y manejo de desechos sólidos hospitalarios, San José Costa Rica, 1998, Pág. 31.

⁵⁹ IBID.

- ❖ Estar provistos de tapa hermética y de un sistema que impida extraer los objetos desechados.
- ❖ Debe de ser de color rojo, o en su defecto fácilmente identificables, y llevar una etiqueta bien visible con la palabra PUNZOCORTANTE y el símbolo universal de bio peligrosidad

RECIPIENTES HERMÉTICOS PARA RESIDUOS QUÍMICOS:

Son envases para desechos-infecciosos sólidos que pueden drenar abundantes líquidos y para desechos bio infecciosos líquidos, para el almacenamiento de los residuos químicos se deben utilizar envases acordes al estado físico de cada desechos, a sus características de peligrosidad y que sean construidos en formas y materiales que reúnan las condiciones de seguridad y respondan a las normas ecológicas correspondientes.⁶⁰

⁶⁰ Capelli Luciano, Manual para técnicos e inspectores de saneamiento gestión y manejo de desechos sólidos hospitalarios, San José Costa Rica, 1998, Pág. 36,37.

VI. MATERIAL Y METODOS

1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo descriptivo, de corte transversal con abordaje cuantitativo:

- ❖ **DESCRIPTIVO:** porque su principal objetivo fue relatar hechos para conocer la realidad, en este caso, conocimientos y las prácticas que el personal de enfermería realiza sobre las medidas universales en el servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt y describir los conocimientos que el personal de enfermería tiene sobre ellas.
- ❖ **CON ABORDAJE CUANTITATIVO:** porque la información recolectada se realiza de forma sistemática y el análisis de la información numérica, por medio de procedimientos estadísticos.
- ❖ **DE CORTE TRANSVERSAL:** Porque la obtención de datos se da en un momento específico, abril del 2008.

2. UNIDAD DE ANALISIS

La muestra fue Constituida por el personal de enfermería que labora en el servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt. (10 enfermeras y 33 auxiliares de enfermería).

3. POBLACION Y MUESTRA

La población la conformaron 10 enfermeras (os) y 33 Auxiliares de Enfermería que laboran en el servicio de Emergencia de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala.

La muestra estuvo conformada por 10 enfermeras y 33 auxiliares de enfermería que conforman el personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de adultos del Hospital Roosevelt.

4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

El estudio maneja dos variables que son:

- Conocimientos del personal de enfermería sobre medidas universales
- Práctica del personal de enfermería sobre la aplicación de medidas universales.

4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:

Conocimientos Del Personal de Enfermería: son todos aquellos elementos teóricos y científicos que posee el personal de enfermería sobre la aplicación de las medidas universales en el servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos.

OBJETIVO	VARIABLE No 1	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	INSTRUMENTO
Describir los conocimientos que el personal de enfermería tiene sobre las medidas universales en el servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos.	Conocimientos del personal de enfermería sobre las Medidas Universales en el servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos.	Son todos aquellos elementos teóricos, científicos que posee el personal de enfermería sobre la aplicación de las Medidas Universales en el Servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt.	1. Medidas Universales: definición. 2. protección personal de barrera. 3. Lavado de manos. 4. Uso de guantes. 5. Inmunización del personal de salud. 6. Procedimiento y actuación ante exposiciones accidentales a sangre. 7. Lesión percutánea. 8. Profilaxis. 9. Uso de mascarilla 10. Clasificación de desechos sólidos hospitalarios. 11. Fluido corporal	1. Preguntas: 1,2 2. Preguntas: 3 3. Pregunta: 4,5,14 4. Pregunta 6 5. Pregunta:7 6. Pregunta: 15 7. Pregunta: 13 8. Pregunta: 8 9. .Pregunta: 12 10. Pregunta: 11 11.pregunta 9,10

4.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Prácticas del Personal de Enfermería: son todas las acciones basadas en un conocimiento teórico y científico que realiza el personal de enfermería en relación a las medidas universales en el servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos

OBJETIVO	VARIABLE No. 2	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	INSTRUMENTO
Identificar las prácticas que el personal de enfermería realiza sobre las Medidas Universales en el servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos.	Prácticas del personal de enfermería sobre las Medidas Universales en el servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos.	Son todas las acciones basadas en un conocimiento teórico y científico que realiza el personal de enfermería en relación a las Medidas Universales en el servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos.	1. Uso de Mascarilla 2. Depósitos para desechos sólidos hospitalarios. 3. Fluido corporal 4. Lavado de manos 5. Uso de guantes 6. Guardianes.	Lista de Cotejo. Inciso No.2 Inciso No. 8,9,10 Inciso No.2, 3,4 Inciso No. 3,4,5,7 Inciso No. 1,6,7 Inciso: 9

5 DESCRIPCION DETALLADA DE TECNICAS, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS.

Para el presente estudio se utilizaron dos instrumentos elaborados para el efecto por la investigadora. El primer instrumento elaborado fue un cuestionario conformado por quince preguntas abiertas y los sujetos de estudio respondieron en los espacios en blanco utilizando la técnica de la encuesta, para identificar los conocimientos que el personal de enfermería tiene en cuanto a Medidas Universales. El segundo instrumento que se utilizó fue una lista de Cotejo conformado por 11 puntos de referencias y se utilizó la técnica de la observación que midieron las prácticas que el personal de enfermería realiza en el servicio en cuanto a las Medidas Universales.

La prueba piloto se realizó en el Hospital Nacional de Amatlán, en el servicio de Emergencia de Adultos por reunir las mismas características que los sujetos de estudio en la presente investigación y existen condiciones similares en cuanto a los procedimientos y aplicación de medidas universales, para lo cual se presentó solicitud de autorización por escrito a la Jefe del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional de Amatlán, Supervisora del Departamento clínico de Medicina y Jefe de servicio. El objetivo fue verificar si el instrumento era entendible e identificar los conocimientos que poseen como personal de enfermería. Con la lista de cotejo se midieron las prácticas a través de la observación de aplicación de medidas universales que el personal de enfermería realiza., en lo que no hubo ninguna dificultad Se contó con la colaboración de la Jefe de servicio, se tabuló, se analizó los resultados, y se elaboraron conclusiones y recomendaciones que se incluyen en el informe de la prueba piloto después se realizaron los ajustes correspondientes al cuestionario. El cuestionario que originalmente fue elaborado con 20 preguntas se le omitió 5 preguntas por presentar similitud con otras.

La muestra la constituyeron 6 auxiliares de enfermería y 2 enfermeras (os). El horario de pasar la prueba fue de 8 a 12 horas, la cuarta semana de marzo del año 2008. La investigadora reunió al grupo y estuvo pendiente de dudas que se presentasen. La lista de cotejo fue manejada por la investigadora, observando directamente al personal que incluyó en la muestra. El tiempo utilizado para pasar la observación fue de 2 días en turnos de mañana y tarde (15 minutos por participante)

El trabajo de campo se realizó en el servicio de Emergencia de adultos de Cirugía del Hospital Roosevelt, con 10 Enfermeras y 33 Auxiliares de enfermería, que representa el total de personal de enfermería del servicio, se solicitó el permiso respectivo con la misma metodología de la prueba piloto. Se realizó los días 8 al 15 de abril 2008, en los diferentes turnos del personal de enfermería, a fin de lograr el total de la muestra. En el momento que las encuestadas estaban llenando el cuestionario, la investigadora estuvo cerca para resolver dudas, habiendo concluido sin novedad. La lista de cotejo la manejó la investigadora,

observando directamente al personal que incluyó en la muestra. Luego se procedió a la tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones que se incluyen en el informe final.

6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

6.1. CRITERIOS DE INCLUSION

- a. Personal que aceptó participar voluntariamente.
- b. Personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos.

6.2. CRITERIOS DE EXCLUSION

Personal de enfermería que no labora en el servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos.

Se excluyó al personal al personal de la Medicina de Emergencia, que labora en el mismo espacio., personal que se encontraba de vacaciones

7. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 AUTODETERMINACION

Se le informó a cada sujeto de investigación sobre su derecho a la libertad de conducirse, se le brindó información sobre los objetivos del estudio y sobre el derecho a decidir si participa y que se permite abandonar el estudio si el lo desea. Todos firmaron la hoja de consentimiento informado y participaron.

7.2 CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA EL ESTUDIO

Antes de iniciar el estudio se dio a conocer a todos los sujetos de estudio sobre el consentimiento informado que describe el propósito del estudio, los beneficios del mismo, el derecho a la confidencialidad para obtener su autorización para participar, el cual fue firmado por todos los sujetos de estudio que conforman la muestra.

7.3 DERECHO A LA INTIMIDAD

Se les hizo saber a los sujetos de estudio que se respetaría sus opiniones, creencias y respuestas que consignó en los instrumentos, lo cual se cumplió en todo momento.

7.4 ANONIMATO Y CONFIDENCIALIDAD

Este aspecto se cumplió, pues ningún nombre fue revelado en ningún momento y la información fue utilizada únicamente para fines de esta investigación y para contribuir al mejoramiento del auto cuidado del personal de salud.

7.5 TRATAMIENTO JUSTO

Se les informó que fueron seleccionados en forma igualitaria y se les brindó el mismo trato con justicia, sin importar el estrato o rango de trabajo.

VII. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan están basados en el objetivo del estudio, utilizando para el análisis la revisión bibliográfica, los antecedentes, estudios realizados y la experiencia personal en el trabajo y la investigación realizada.

CUADRO No.1

¿Defina que son las Medidas Universales?

	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	Normas y estrategias para proteger al trabajador de salud y a los pacientes.	41	95
2	Sin respuesta	2	5
TOTAL		43	100

FUENTE: Encuesta realizada el 15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala.

El 95 % de personas encuestadas respondió que el concepto de Medidas Universales es: Normas y estrategias para proteger al trabajador de salud y a los pacientes. El 5% no respondió.

Para Brunner y Suddarth las medidas universales son estrategias para proteger a los prestadores de servicios asistenciales de salud de microorganismos que proliferan en el torrente sanguíneo.⁶¹, lo anterior indica que la mayoría de los encuestados conocen que son las medidas universales.

Sin embargo no debe pasar desapercibido el 5% que desconoce las medidas universales ya que se convierte en factor de riesgo para ellos y para los pacientes.

⁶¹ De Brunner y Suddarth, 8ava. Edición, vol.II.S.C., Smeltzer B.G. Bare, México 1997, pag1974.

CUADRO No. 2

¿Mencione las Medidas Universales más usadas?

	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	Uso de guantes y lavado de manos	41	95
2	Sin respuesta	2	5
TOTAL		43	100

FUENTE: Encuesta realizada el 15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala.

El 95 % del personal encuestado respondió que una de las principales medidas universales es uso de guantes y lavado de manos. El 5 % no respondió.

Brunner y Suddarth dice que;⁶² Entre las técnicas principales de las medidas universales están, el uso de guantes y el lavado de manos; El lavado de manos es de gran importancia en el ámbito de los cuidados de la salud y permite que los patógenos transitorios se eliminen con facilidad antes de poder transmitirse.

Los guantes confieren una barrera cutánea eficaz contra la microflora que se relaciona con el cuidado de los pacientes, los programas de control de infecciones recomiendan el uso de guantes siempre que la enfermera tenga contacto con el paciente. Es importante tomar en cuenta que el 95 % sabe que el lavado de manos y uso de guantes son una de las medidas universales más importantes que se deben practicar como trabajadores de salud.

⁶² De Brunner y Suddarth, 8ava. Edición, vol.II.S.C., Smeltzer B.G. Bare, México 1997, pag1973-1974.

CUADRO No. 3

¿Las barreras biológicas de las medidas universales son?

	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	Medicamentos	1	2
2	Vacunas	35	81
3	No respondieron	7	17
TOTAL		43	100

FUENTE: Encuesta realizada el 15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala.

El 2 % respondió que las barreras biológicas son; medicamentos, el 81 % respondió que son las vacunas y el 17 % no respondió.

Esto demuestra que hay déficit del conocimiento sobre las barreras biológicas de las Medidas Universales que permite disminuir el riesgo de adquirir enfermedades de riesgo laboral.

Las barreras biológicas lo constituyen: las vacunas, inmunoglobulinas y quimioprofilaxis⁶³, se recomienda que todo el personal de salud se vacune contra; Hepatitis B y C, Influenza, Sarampión, Rubéola, TB Pulmonar, Difteria y Tétanos, antes de trabajar en una institución de salud para prevenir enfermedades.

⁶³ Fuente SATSE, España http://www.satse.es/salud_laboral/guia_riesgos_biologicos.htm, enero 2008,13:00

CUADRO No. 4

¿Cuanto tiempo debe de durar el lavado de manos común?

	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	5 minutos	3	7
2	5 segundos	5	12
3	10 segundos	35	81
TOTAL		43	100

FUENTE: Encuesta realizada el 15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala.

El 7 % respondió que el lavado de manos común debe de durar 5 minutos, el 12 % respondió que debe de durar 5 segundos. El 81 % respondió que dura 10 segundos.

Damiani Esther dice que: en el lavado común de las manos se aplica jabón y fricción mecánica a todas las superficies de la mano durante un mínimo de 10 segundos, luego se enjuagan las manos bajo un chorro de agua y se seca con una toalla de papel o de lino limpio.⁶⁴ Esto demuestra que existe un déficit del conocimiento en el personal encuestado en cuanto al tiempo que debe de durar el lavado de manos común, practica importante para evitar enfermedades.

⁶⁴ Damiani Esther D. Luís E. Jauregui, MD - Adela Panozo Meneses .Manual de procedimientos para la detección de infección intrahospitalarias .La Paz Bolivia 1999, Pág. 93-94

CUADRO No. 5

¿Cuánto tiempo debe de durar el lavado de manos higiénico?

	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	10 minutos	5	12
2	15 segundos	35	81
3	20 segundos	3	7
TOTAL		43	100

FUENTE: Encuesta realizada el 15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala.

El 12 % respondió que el tiempo que debe de durar el lavado de manos higiénico es de 10 minutos, el 81 % respondió que debe de durar 15 segundos, el 7 % respondió que debe de durar 20 segundos, lo cual nos muestra que existe un déficit de conocimiento en cuanto al tiempo que debe durar el lavado de manos higiénico.

Damiani Esther afirma que; El lavado de manos higiénico requiere el uso de un desinfectante acuoso o una solución en alcohol, ambas soluciones requieren lavado durante 10 a 15 segundos con vigorosa fricción mecánica con una cantidad suficiente de solución acuosa, luego se enjuaga y seca de la misma manera que el lavado común.⁶⁵

⁶⁵ Damiani Esther D. Luís E. Jauregui, MD - Adela Panozo Meneses .Manual de procedimientos para la detección de infección intrahospitalarias .La Paz Bolivia 1999,Pág. 93-94

CUADRO No. 6

Describe los fines por los que se debe utilizar guantes:

	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	Para protección personal y protección al paciente	40	93
2	Evitar infecciones nosocomiales	3	7
TOTAL		43	100

FUENTE: Encuesta realizada el 15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala.

El 93 % de los encuestados respondió que los fines para utilizar los guantes son para protección personal y protección al paciente. El 7 % respondió para evitar infecciones nosocomiales.

Esto demuestra que si poseen los conocimientos sobre los fines por los que se debe de utilizar los guantes.

Según Brunner y Suddarth , los guantes han sido una barrera importante de protección en el cuidado de la salud durante mucho tiempo , desde la introducción de las medidas universales y para precaución en varios tipos de infecciones se ha incrementado notablemente el uso de guantes como medio de protección para el personal que presta servicios asistenciales , los guantes confieren una barrera cutánea eficaz contra la microflora que se relaciona con el cuidado de los pacientes , se recomienda el uso de guantes siempre que la enfermera tenga contacto con secreciones o excreciones de un paciente.⁶⁶

⁶⁶ De Brunner y Suddarth, 8ava. Edición, vol.II.S.C., Smeltzer B.G. Bare, México 1997, pag1973-1974.

CUADRO No. 7

Como trabajador de salud debe de vacunarse contra algunas enfermedades mencione como mínimo 3:

	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	Hepatitis B,C, influenza, tétanos, Sarampión	41	95
2	Hepatitis, meningitis, Fiebre amarilla	2	5
TOTAL		43	100

FUENTE: Encuesta realizada el 15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala.

El 95 % de las personas encuestadas respondió: que como trabajador de salud deben de vacunarse contra: la hepatitis B y C, influenza y tétanos Y Sarampión.

El 5 % respondió: que deben de vacunarse contra la hepatitis, meningitis y fiebre amarilla. Esto representa un déficit del conocimiento que no permite minimizar riesgos laborales.

La vacunación contra la hepatitis B, C, influenza, sarampión, rubéola, tuberculosis pulmonar, difteria y tétanos, deben de realizarlo todos los trabajadores sanitarios e informar a todos los trabajadores sobre los riesgos a los que están expuestos y sus medidas de prevención y conservar la documentación respectiva del personal.⁶⁷

⁶⁷ Fuente SATSE, España http://www.satse.es/salud_laboral/guia_riesgos_biologicos.htm, enero 2008,13:00

CUADRO No. 8

¿Escriba el nombre de los tres medicamentos prescritos para una quimioprofilaxia en caso de un accidente laboral?

	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	Lamibudina y Zidovudina	41	95
2	Retrovirales	2	5
TOTAL		43	100

FUENTE: Encuesta realizada el 15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala.

El 95 % de las personas encuestadas respondió que los medicamentos prescritos en caso de accidente laboral son: Zidovudina y Lamibudina. El 5 % respondió Retrovirales no especificando el nombre de los medicamentos.

El régimen de Quimioprofilaxis: del servicio público de salud son; la combinación de Zidovudina con Lamibudina (EPIVIR), con la adición del inhibidor de la proteasa indinavir para las exposiciones de alto riesgo, estas medicaciones deberán iniciarse lo mas pronto posible después de la exposición y continuarse durante 4 semanas , las dosis recomendadas son las siguientes: zidovudina 200 mg, oral 3 veces al día, Lamibudina 150 MG, oral 2 veces al día, indinavir 800 mg oral 3 veces al día, y según el seguimiento deben de realizarse controles de VIH 6 meses después de la exposición , tras lo cual la cero conversión es muy rara.⁶⁸

El 95 % conoce el nombre de dos medicamentos de los tres indicados en caso de un accidente laboral, ninguno menciona el Indinavir como el tercer medicamento.

⁶⁸ Fuente SATSE, España http://www.satse.es/salud_laboral/guia_riesgos_biologicos.htm, diciembre 2007, 16:00

CUADRO No. 9

¿A que se le llama líquido o fluido corporal?

	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	Todo liquido que sale del cuerpo por los diferentes orificios	41	95
2	Sin respuesta	2	5
TOTAL		43	100

FUENTE: Encuesta realizada el 15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala.

El 95 % respondió que liquido o fluido corporal es; todo líquido que sale del cuerpo por los diferentes orificios. El 5% no respondió.

Brunner y Suddarth afirma que; Cuando se siguen las medidas universales, la enfermera reconoce que la sangre es la fuente potencial mas importante de patógenos que se transmiten a través de ella, se considera que los demás líquidos presentan menos riesgo de infección de esta índole y hay otros que no se consideran de riesgo de transmisión a menos que se encuentren visiblemente sanguinolentos. Existen líquidos relacionados con la transmisión de patógenos que se diseminan por la sangre como; semen, secreciones vaginales, liquido cefalorraquídeo, liquido sinovial, liquido amniótico, liquido pericardico, liquido peritoneal y liquido pleural⁶⁹,

⁶⁹ De Brunner y Suddarth, 8ava. Edición, vol.II.S.C., Smeltzer B.G. Bare, México 1997, pag1974-1975.

CUADRO No. 10

¿Cuál es un líquido o fluido corporal de alto riesgo?

	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	Sangre	38	88
2	Líquidos de los drenajes del paciente	5	12
TOTAL		43	100

FUENTE: Encuesta realizada el 15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala.

El 88 % respondió que un líquido o fluido corporal de alto riesgo es la sangre, el 12 % respondió que un fluido corporal de alto riesgo son los líquidos de los drenajes de todos los pacientes.

Estas respuestas indican que si tienen conocimientos sobre los fluidos corporales de alto riesgo.

Brunner y Suddarth refiere que; Los líquidos o fluidos corporales de alto riesgo relacionados con la transmisión de patógenos que se diseminan por la sangre son; semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial, líquido amniótico, líquido pericardico, líquido peritoneal y líquido pleural. Debido a la gran preocupación por transmisión de enfermedades diferentes a los que pueden contraerse mediante contacto con la sangre, se recomienda el uso de guantes cuando se manipulen otras excretas del paciente.⁷⁰

⁷⁰ De Brunner y Suddarth, 8ava. Edición, vol.II.S.C., Smeltzer B.G. Bare, México 1997, pag1974-1975.

CUADRO No. 11

¿En que consiste la Clasificación de los desechos hospitalarios?

	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	Clasificar correctamente los desechos sólidos hospitalarios en los respectivos recipientes para evitar accidentes laborales y enfermedades infecciosas.	41	95
2	Proteger el medio ambiente	2	5
TOTAL		43	100

FUENTE: Encuesta realizada el 15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala

El 95% respondió; que la clasificación de los desechos hospitalarios consiste en clasificar correctamente los desechos sólidos hospitalarios en los respectivos recipientes para evitar accidentes laborales y enfermedades infecciosas.

El 5% respondió que es para proteger el medio ambiente.

Capelli Luciano dice que; el objetivo del programa de Clasificación de desechos sólidos hospitalarios es contribuir al mejoramiento de las condiciones sanitarias y ambientales en zonas de alta concentración de trabajadores para evitar infecciones, accidentes laborales, contagio de infecciones graves.⁷¹

Los encuestados respondieron adecuadamente ya que coincidieron en que la clasificación de desechos sólidos hospitalarios es una medida de bioseguridad que se lleva a cabo para proteger al trabajador de salud y evitar infecciones.

⁷¹ Capella Luciano, Manual para técnicos e inspectores de saneamiento gestión y manejo de desechos sólidos hospitalarios, san José costa Rica, 1998, Pág.3.

CUADRO No. 12

¿Cuándo se utiliza la mascarilla?

	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	Cuando hay riesgo de salpicadura de sangre y otros fluidos del paciente.	41	95
2	Con pacientes que estén en aislamiento	2	5
TOTAL		43	100

FUENTE: Encuesta realizada el 15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala

El 95 % respondió que se debe utilizar mascarilla cuando hay riesgo de salpicadura de sangre y otros fluidos del paciente.

El 5 % contestó que la mascarilla se utiliza con pacientes en aislamiento. Esto demuestra que el personal si tiene conocimiento sobre en que momento se debe de utilizar la mascarilla.

Damiani Esther recomienda que; La mascarilla se utiliza en varias situaciones y los requisitos al respecto varían según el fin; protección del personal de salud y protección para el paciente y cuando se perfora alguna cavidad del cuerpo, basta usar una mascarilla para protección.⁷²

⁷² Damiani Esther D. Luís E. Jauregui, MD - Adela Panozo Meneses .Manual de procedimientos para la detección de infección intrahospitalarias .La Paz Bolivia 1999,Pág. 93-94

CUADRO No. 13

¿Al presentarse un accidente de cortadura o pinchazo se debe de realizar inmediatamente?

	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	Lavarse la herida con jabón desinfectante y abundante agua y avisar al Departamento de Infecciosas.	38	88
2	Avisar a la jefe del servicio	2	5
3	Realizarse la prueba de VIH	3	7
TOTAL		43	100

FUENTE: Encuesta realizada el 15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala

El 88 % respondió que ante un accidente de cortadura o pinchazo se debe de lavar la herida con jabón desinfectante y abundante agua y avisar al Departamento de infecciosas. El 5 % avisar al jefe del servicio. El 7 % realizarse la prueba de VIH.

Ante un accidente de cortadura o pinchazo se debe de retirar inmediatamente el objeto con que se ha producido el accidente, limpiar la herida con agua y jabón dejando fluir la sangre durante 2 a 3 minutos, induciendo al sangrado si es posible desinfectar la herida, cubrir la herida con un apósito, comunicar al servicio o unidad designada para registrar y tratar el accidente.⁷³

El personal si tiene conocimiento de lo que tiene que hacer al momento de tener un accidente laboral.

⁷³ Fuente SATSE, España http://www.satse.es/salud_laboral/guia_riesgos_biologicos.htm, diciembre 2007, 16:00

CUADRO No. 14

¿Cuándo esta indicado el lavarse las manos en un servicio?

	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	Antes y después de cada procedimiento	8	19
2	Antes y después de manipular al paciente	35	81
TOTAL		43	100

FUENTE: Encuesta realizada el 15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala

El 19 % respondió que se deben de lavar las manos antes y después de cada procedimiento. El 81 % contestó que antes y después de manipular al paciente.

Damiani Esther estipula que el lavado de manos se debe de realizar antes de cualquier procedimiento invasor, antes de prestar atención a pacientes inmuno comprometidos, antes y después de tocar heridas, catéteres uretrales, antes y después de colocarse guantes, después de entrar en contacto con secreciones sanguíneas y contaminadas.⁷⁴

El 100 % de los encuestados respondió correctamente a la pregunta en diferente forma pero coincidiendo con el mismo fin.

⁷⁴ Damiani Esther D. Luís E. Jauregui, MD - Adela Panozo Meneses .Manual de procedimientos para la detección de infección intrahospitalarias .La Paz Bolivia 1999, Pág. 93-94

CUADRO No. 15

¿Ante una salpicadura de sangre o fluido corporal en la piel se procede a?

	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	Lavar la parte contaminada con jabón desinfectante y abundante agua.	43	100
TOTAL		43	100

FUENTE: Encuesta realizada el 15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala

El 100 % de los encuestados respondió que lo que se procede a hacer inmediatamente es; lavarse la parte contaminada con jabón desinfectante y abundante agua.

Antes de cualquier procedimiento debe colocarse un par de guantes resistentes, si hubiere una salpicadura en la piel se debe de proceder a verter desinfectante acuoso (lejía al 10%) sobre la superficie contaminada y limpiar la superficie con toallas desechables, quitarse los guantes y lavarse las manos.

.Fuente SATSE, España http://www.satse.es/salud_laboral/guia_riesgos_biologicos.htm, diciembre 2007, 16:00

ANÁLISIS DE LA LISTA DE COTEJO PARA LA OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE APLICACIÓN DE MEDIDAS UNIVERSALES.

CUADRO No. 1

1. ¿Utiliza guantes cuando maneja sangre o fluidos corporales potencialmente infecciosos?

No.	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	SI	33	100
2	NO	0	0
	TOTAL	33	100

FUENTE: Observación realizada el 8, 9, 15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala.

El 100% de los sujetos de estudio si utiliza guantes al manejar sangre o fluidos corporales potencialmente infecciosos.

Damiani Esther menciona que ⁷⁵ antes de cualquier procedimiento debe colocarse un par de guantes resistentes, porque los guantes han sido una barrera importante de protección en el cuidado de la salud durante mucho tiempo, confieren una barrera cutánea eficaz contra la microflora que se relaciona con el cuidado de los pacientes, se recomienda el uso de guantes siempre que la enfermera tenga contacto con secreciones y excretas de un paciente.

El personal utiliza guantes en todos los procedimientos con cada paciente, esto es de beneficio porque el personal estará protegido del contacto directo con secreciones, fluidos corporales y sangre a través de la barrera de los guantes y el riesgo de contaminarse disminuye.

⁷⁵ Damiani Esther D. Luis E. Jauregui, MD - Adela Panozo Meneses .Manual de procedimientos para la detección de infección intrahospitalarias .La Paz Bolivia 1999, Pág. 93-94

CUADRO No. 2

¿Utiliza mascarilla cuando se prevea producción de salpicadura de sangre u otro fluido corporal?

No.	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	SI	31	94
2	NO	2	6
	TOTAL	33	100

FUENTE: Observación realizada el 8, 9,15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala.

Al 94 % de personal observado se coloca mascarilla cuando atiende a pacientes con riesgo de salpicadura con sangre u otro fluido. El 6 % no utilizó la mascarilla lo que representa un riesgo laboral.

Según Damiani Esther ⁷⁶La mascarilla se utiliza en varias situaciones y los requisitos al respecto varían según el fin; protección del personal de salud y protección para el paciente y cuando se perfora alguna cavidad del cuerpo, basta usar una mascarilla para protección personal.

Se evidencia que el personal de enfermería si utiliza la mascarilla cuando es necesario, siendo esta una práctica protectora, porque les protege de salpicarse con sangre y otros fluidos, disminuyendo el riesgo de sufrir algún accidente o exposición a estos.

⁷⁶ Damiani Esther D. Luis E. Jauregui, MD - Adela Panozo Meneses .Manual de procedimientos para la detección de infección intrahospitalarias .La Paz Bolivia 1999, Pág. 93-94

CUADRO No. 3

¿Ante una salpicadura de sangre o fluido corporal en la piel procede a; lavarse con agua y jabón desinfectante?

No.	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	SI	33	100
2	NO	0	0
	TOTAL	33	100

FUENTE: Observación realizada el 8, 9,15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala

El 100 % del personal observado, ante una salpicadura de sangre o fluido corporal procedieron a; lavarse con jabón desinfectante y abundante agua.

⁷⁷ Antes de cualquier procedimiento debe colocarse un par de guantes resistentes, si hubiere una salpicadura en la piel se debe de proceder a verter desinfectante acuoso (lejía al 10%) sobre la superficie contaminada y limpiar la superficie con toallas desechables, quitarse los guantes y lavarse las manos con jabón desinfectante.

Esto indica que el personal realiza lo correcto lavándose las manos con jabón y desinfectante, lo cual apoya la práctica de medidas universales.

⁷⁷ Fuente SATSE, España http://www.satse.es/salud_laboral/guia_riesgos_biologicos.htm, diciembre 2007, 16:00

CUADRO No. 4

¿Se lava las manos cuando tiene contacto con sangre y después de estar en contacto con el paciente?

No.	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	SI	33	100
2	NO	0	0
	TOTAL	33	100

FUENTE: Observación realizada el 8, 9,15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala

El 100% del personal de enfermería se lava las manos cuando tuvo contacto con sangre o con el paciente, lo cual es una práctica de Medidas Universales que permite proteger su salud.

Damiani Esther afirma que; El lavado de manos se debe de realizar antes de cualquier procedimiento invasor, antes de prestar atención a los pacientes, y pacientes con inmuno comprometido, antes y después de tocar heridas, catéteres uretrales, antes y después de colocarse guantes, después de entrar en contacto con secreciones sanguíneas y contaminadas.⁷⁸

⁷⁸ Damiani Esther D. Luís E. Jauregui,MD - Adela Panozo Meneses .Manual de procedimientos para la detección de infección intrahospitalarias .La Paz Bolivia 1999,Pág. 93-94

CUADRO No. 5

¿Realiza el lavado quirúrgico correctamente previo a un procedimiento quirúrgico?

No.	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	SI	33	100
2	NO	0	0
	TOTAL	33	100

FUENTE: Observación realizada el 8, 9,15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala

El 100 % del personal practica el lavado de manos quirúrgico y con mucha conciencia previo a asistir un procedimiento quirúrgico, utilizando para el efecto jabón yodado como desinfectante, esto es de beneficio para su salud laboral.

Según Damiani Esther ⁷⁹El lavado de manos quirúrgico requiere el uso de desinfectantes acuosos entre ellos; clorhexidina al 4 %, yodo al 0.75% de yodo disponible. El tiempo de frotación aumenta de 3 a 5 minutos y se extiende a las muñecas y antebrazos.

⁷⁹ Damiani Esther D. Luís E. Jauregui, MD - Adela Panozo Meneses .Manual de procedimientos para la detección de infección intrahospitalarias .La Paz Bolivia 1999,Pág. 93-94

CUADRO No. 6

¿El lavado común de las manos lo realiza en 10 segundos?

No.	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	SI	20	61
2	NO	13	39
	TOTAL	33	100

FUENTE: Observación realizada el 8, 9, 15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala

El 61% del personal de enfermería practica el lavado común de las manos en el parámetro de tiempo de 10 segundos, antes y después de manipular sus alimentos y antes y después de prestar atención a un paciente.

El 39 % practica el lavado de manos común en menos de 10 segundos

La practica es deficiente porque se lavan las manos pero no en el tiempo que se debe de realizar correctamente para evitar la transmisión de enfermedades y como una de las practicas importantes de las Medidas Universales.

Damiani Esther dice que: en el lavado común de las manos se aplica jabón y fricción mecánica a todas las superficies de la mano durante un mínimo de 10 segundos, luego se enjuagan las manos bajo un chorro de agua y se seca con una toalla de papel o de lino limpio y que se puede realizar antes de manipular alimentos y después de estar en contacto directo con pacientes.⁸⁰

⁸⁰ Damiani Esther D. Luís E. Jauregui, MD - Adela Panozo Meneses. Manual de procedimientos para la detección de infección intrahospitalarias. La Paz Bolivia 1999, Pág. 93-94

CUADRO No. 7

¿Los guantes desechables los utiliza cuando; tiene contacto con todos los pacientes en que hay posibilidad de contaminación en las manos y cuando hay contacto con cualquier membrana mucosa?

No.	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	SI	33	100
2	NO	0	0
	TOTAL	33	100

FUENTE: Observación realizada el 8, 9, 15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala

El 100 % del personal de enfermería si utiliza los guantes desechables cuando tienen contacto con todos los pacientes en donde hay posibilidad de contaminación en las manos y cuando hay contacto con cualquier membrana mucosa.

Brunner y Suddarth afirma que; Los guantes han sido una barrera importante de protección en el cuidado de la salud durante mucho tiempo , desde la introducción de las medidas universales y para precaución en varios tipos de infecciones se ha incrementado notablemente el uso de guantes como medio de protección para el personal que presta servicios asistenciales , los guantes confieren una barrera cutánea eficaz contra la microflora que se relaciona con el cuidado de los pacientes , se recomienda el uso de guantes siempre que la enfermera tenga contacto con secreciones o excreciones de un paciente.⁸¹

⁸¹ De Brunner y Suddarth, 8ava. Edición, vol.II.S.C., Smeltzer B.G. Bare, México 1997, pag1973-1974.

CUADRO No. 8

¿Al quitarse o cambiarse los guantes procede inmediatamente a lavarse las manos?

No.	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	SI	33	100
2	NO	0	0
	TOTAL	33	100

FUENTE: Observación realizada el 8, 9,15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala

Al 100% del personal de enfermería se le observa que si se lavan las manos inmediatamente después de retirarse o de cambiarse los guantes, el personal realiza el lavado de manos como medida de protección.

Damiani Esther dice que ⁸²los guantes han sido una barrera importante de protección en el cuidado de la salud durante mucho tiempo, confieren una barrera cutánea eficaz contra la microflora que se relaciona con el cuidado de los pacientes.

Pueden ser una fuente de diseminación de microorganismos, es importante desecharlos y lavarse las manos inmediatamente.

⁸² Damiani Esther D. Luís E. Jauregui, MD - Adela Panozo Meneses .Manual de procedimientos para la detección de infección intrahospitalarias .La Paz Bolivia 1999,Pág. 93-94

CUADRO No. 9

¿Los desechos hospitalarios que deposita en el bote con bolsa roja son; sonda foley, sonda naso gástrica, pañales desechables, canales de yeso con sangre, curaciones, gasas, algodón con sangre, drenajes, jeringas sin agujas y guantes contaminados?

No.	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	SI	33	100
2	NO	0	0
	TOTAL	33	100

FUENTE: Observación realizada el 8, 9,15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala

El 100% del personal deposita en los botes con bolsa roja todo material contaminado con sangre, excreta del paciente o fluido corporal, existen buenas técnicas de clasificación de desechos sólidos hospitalarios.

⁸³Capelli Luciano dice que; las bolsas para desechos peligrosos responden a las siguientes características, ser de color rojo, llevar el símbolo universal de peligrosidad correspondiente a cada clase de desechos como por ejemplo todos los apósitos, curaciones, gasas y todo objeto contaminado con sangre, así como todo lo que se retire de un paciente u objetos en contacto con fluido corporal del paciente

⁸³ Capella Luciano, Manual para técnicos e inspectores de saneamiento, gestión y manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios, San José Costa Rica, 1998, Pág., 35,36.

CUADRO No. 10.

En los guardianes deposita desechos punzo cortantes correctamente como; agujas, angiocats, etcétera.

No.	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	SI	33	100
2	NO	0	0
	TOTAL	33	100

FUENTE: Observación realizada el 8, 9,15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala

El 100 % de los sujetos de estudio deposita desechos punzo cortantes correctamente en los guardianes, como agujas, bisturí, angiocats contaminados.

Capelli Luciano dice que;⁸⁴ Para material punzo cortante como las agujas y otros similares necesitan contenedores que reúnan las condiciones siguientes; hechos de material rígido, impermeable, resistencia(polipropileno, polietileno) para no ser perforados por sus contenidos o quebrados por golpes y caídas, estar provistos de tapa hermética y de un sistema que impida extraer los objetos desechados, ser de color rojo o en su defecto fácilmente identificables y llevar una etiqueta bien visible con la palabra PUNZOCORTANTE y el símbolo universal de bio peligrosidad.

⁸⁴ Capella Luciano, Manual para técnicos e inspectores de saneamiento, gestión y manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios, San José Costa Rica, 1998, Pág., 35,36.

CUADRO NO. 11

En los botes de basura con bolsa negra deposita; restos alimenticios, papel, bolsas plástica, servilletas de secado de manos y embases plásticos.

No.	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1	SI	33	100
2	NO	0	0
	TOTAL	33	100

FUENTE: Observación realizada el 8, 9,15 y 16 de abril del 2008 al personal de enfermería del servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala

El 100% del personal de enfermería deposito en los botes con bolsa negra, restos alimenticios, papel, bolsa plástica y servilletas de secado común.

No se observa a nadie depositar algún desecho contaminado en botes con bolsa negra por lo que se deduce que el personal realiza la buena clasificación de desechos comunes.

Según Capelli Luciano las bolsas de color negro son para desechos comunes, deben de ser impermeables de capacidad y resistencia adecuada, se debe utilizar bolsas negras para desechos comunes a fin de facilitar eventuales operaciones de reciclaje de papel, plástico (bolsas, recipientes) siempre y cuando no estén contaminados⁸⁵.

⁸⁵ Capella Luciano, Manual para técnicos e inspectores de saneamiento, gestión y manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios, San José Costa Rica, 1998, Pág., 35,36.

IX. CONCLUSIONES

1. Al concluir el estudio de campo y habiendo utilizado un cuestionario para evaluar la variable conocimiento y una lista de cotejo para evaluar la variable practica del personal de Enfermería, se concluye que si existe déficit del conocimiento sobre las Medidas Universales en el personal de enfermería del servicio de Emergencia de cirugía de adultos.
2. Los sujetos de estudio tienen deficiencias en cuanto a los conocimientos sobre las Medidas Universales, en lo referente a las barreras biológicas ya que un 17% no respondió y el resto lo respondió incompleto. Respecto al tiempo que dura el lavado de manos común, Un 81% respondió correctamente, el 19% respondió que es menos de 10 segundos, lo cual es incorrecto. En caso de los medicamentos prescritos en un accidente laboral un 95% mencionó 2 de los tres medicamentos prescritos, no mencionando el tercer medicamento llamado Indinavir.
3. En la observación por medio de lista de cotejo las deficiencias encontradas fueron en el tiempo que dura el lavado de manos común e higiénico, pues la mayoría lo realizó en menos del tiempo determinado que es de 10 segundos el primero y de 15 segundos el higiénico
4. En lo que respecta al tiempo de duración del lavado de manos común, existe relación entre el déficit de conocimiento y la práctica del personal de enfermería del servicio de Emergencia de cirugía de adultos.

X. RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones se recomienda lo siguiente:

1. Sistematizar un programa de Educación permanente al personal de Enfermería que permita ampliar más sus conocimientos sobre las Medidas Universales por ser personal que labora en un área de cirugía de urgencias.
2. Presentar los resultados a las autoridades del Hospital. Roosevelt y al personal de enfermería del Servicio de Emergencia de Cirugía de Adultos y otros servicios en donde puedan aplicarse o utilizarse los resultados del presente estudio.
3. Implementar un sistema de auto evaluación con el personal de enfermería sobre el lavado de manos a través de una lista de verificación.
4. Elaboración y/o actualización constante de Manuales de procedimientos utilizadas en el servicio de Emergencia de Cirugía del Hospital Roosevelt.

BIBLIOGRAFIA

1. AILIFFE GA., Hambreus A, Mehtar S., Eds. Adaptado con permiso de: Federación Internacional del control de infecciones, programa educativo para el control de infecciones.
2. BARBIERI Pedro, Bioseguridad En Quirófano. Conceptos básicos y adiestramiento REV ARG. ANEST. 1995; 53: 147-160.
3. BERWICK, DM, En Paganini, JM, Novaes, HM, La garantía de calidad, Acreditacion de hospitales para América Latina y el Caribe. Serie SILOS No. 13 OPS/ OMS. Washington DC, 1992.
4. BRUNNER Y SUDDARTH, octava edición, Vol.II, S.C, Smeltzer B.G. Bare, México 1997, Pág. 1974.
5. Comité de Vigilancia Epidemiológica: Manual de normas y Procedimientos de Bioseguridad 2003
6. DAMIANI Esther, JAUREGU Luis E., MD. Lic. PANOZO Adela, Manual de procedimientos para la detección de infecciones Intrahospitalarias, La Paz, Bolivia 1999. Pág.93, 94. 97.
7. Federación Internacional de control de infecciones, ARJO, Canadá, 1999
8. FuenteSATSE,Españahttp://www.satse.es/salud_laboral/guia_riesgos_biologicos.htm, 12noviembre 2007, 15.00 hrs.
9. HENDERSON, Virginia , Enfermería Teórica y Practica, Vol.4, Problemas Específicos de Enfermería, Prensa Medica, Mexicana, México 1988 Pág.413
10. <http://www.infecto.edu.uy/prevencion/bioseguridad/bioseguridad.htm> 15 de octubre, 16:00 HR.
11. LEAL ALARCON, Nora, Enfermera Comité I IH, Hospital Base Valdivia- Dra. M. Carolina Cruz Paredes Medico Comité de I IH, Hospital Base Valdivia.
12. LOBUE P. Adelina, SANTAMARIA Mario, CASTRO José Luís. MANUAL DE BIOSEGURIDAD PARA INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS Gobierno de Mendoza, Ministerio de Desarrollo Social y Salud. República Argentina 1997.

13. MANDELL Benett, Enfermedades infecciosas 3ª ED. Vol.2, Cáp. 276 Infecciones Nosocomiales. 1991.
14. Manual de Prevención de las Infecciones Nosocomiales. 2da. Edición, Organización Mundial de la Salud Guía practica, Impreso en Malta Pág. 33.
15. MARRINER TOMEY Ann, PHD Modelos y Teorías en Enfermería, Cuarta Edición, España 1999. pp.558.
16. Oficina asuntos Administrativos de Emergencia de Adultos Hospital Roosevelt 2007
17. Precauciones Universales con sangre y fluidos corporales. Actualización de Circular 3/F 17 1988. Circular 3F/68 MINSAL 1989.
18. SOTO BARRERA Dilia Colombia, Tesis Licenciada en Enfermería, Prevención de Infecciones Nosocomiales, 2006, Pág.6, 30,49, 51.
19. VEGA RAMOS Rodolfo, Riesgos profesionales del anestesiólogo y del personal de quirófano. Programa de Actualización Continua para Anestesiólogos, Tomo A-1 Pág. 65-69. 1997 Actualización octubre del 2001. Actualización septiembre 1997 Elaboración junio 1994.
20. VIDAL JALHEL Jorge. Normas de Bioseguridad del Ministerio de Salud Pública, Uruguay 1999.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA CODIGO: _____
ESTUDIANTE: MONICA ISIDORA SAPON AXPUAC. FECHA: _____

CUESTIONARIO PARA RECOLECTAR INFORMACION PARA EL ESTUDIO DE INVESTIGACION:

“CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA SOBRE LAS MEDIDAS UNIVERSALES “.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Obtener información sobre el conocimiento y prácticas del personal de enfermería de la Emergencia de cirugía de adultos sobre las Medidas Universales.

INSTRUCCIONES: Este instrumento tiene el objetivo de identificar los conocimientos del personal de enfermería sobre Medidas universales, en los espacios en blanco responda a las preguntas que se le planteen.

1. Defina que son las Medidas Universales:

2. Mencione las medidas universales mas usadas:

3. ¿Las barreras biológicas de las medidas universales son?

4. ¿Cuanto tiempo debe de durar el lavado de manos común?

5. ¿Mencione cuanto tiempo debe de durar el lavado de manos higiénico?

6. Describa los fines por los que se debe utilizar guantes:

7. Como trabajador de salud debe de vacunarse contra algunas enfermedades mencione como mínimo 3:

8. Escriba el nombre de los tres medicamentos prescritos para una quimioprofilaxia en caso de un accidente laboral:

9. ¿A que se le llama liquido o fluido corporal?

10. . ¿Cuál es un líquido o fluido corporal de alto riesgo?

11. ¿En que consiste la clasificación de los desechos hospitalarios?

12. ¿Cuándo se utiliza la mascarilla?

13. ¿Al presentarse un accidente de cortadura o pinchazo se debe realizar inmediatamente?

14. ¿Cuándo esta indicado el lavarse las manos en un servicio?

15. ¿Ante una salpicadura de sangre o fluido corporal en la piel, se procede a?

Observaciones: _____

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACION!

LISTA DE COTEJO PARA OBSERVAR LAS PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE LAS MEDIDAS UNIVERSALES.

ACTIVIDAD	SI	NO
1. Utiliza guantes cuando maneja sangre o fluidos corporales potencialmente infecciosos.		
2. Utiliza mascarilla cuando se prevea producción de salpicadura de sangre u otro fluido corporal.		
3. Ante una salpicadura de sangre o fluido corporal en la piel procede a: lavarse con agua y jabón desinfectante.		
4. Se lava las manos cuando tiene contacto con sangre y antes y después de estar en contacto con el paciente.		
5. Realiza el lavado quirúrgico correctamente previo a un procedimiento quirúrgico.		
6. El lavado común de las manos lo realiza en 10 segundos.		
7. Los guantes desechables lo utiliza cuando: tiene contacto con los pacientes en donde hay posibilidad de contaminación en las manos y cuando hay contacto con cualquier membrana mucosa o sangre.		

8. Al quitarse o cambiarse los guantes procede a lavarse las manos inmediatamente.		
9. Los desechos hospitalarios que deposita en el bote con bolsa roja son: Sonda foley, sonda naso gástrica, pañales desechables, canales de yeso, curaciones, gasas y algodón con sangre, drenajes, jeringas sin agujas y guantes contaminados con sangre.		
10. ¿En los guardianes deposita desechos punzo cortantes correctamente como agujas, angiocats, etcétera?		
11. En los botes de basura con bolsa negra deposita: restos alimenticios, papel, bolsas plásticas, servilletas de secado de manos y embases plásticos.		

OBSERVACIONES: _____

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Mediante la firma de este documento doy mi consentimiento para participar en el estudio de campo en la investigación científica sobre: "CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE LAS MEDIDAS UNIVERSALES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE CIRUGIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL ROOSEVELT".

Se me ha informado que la presente investigación ha sido coordinada y autorizada por el Departamento de Enfermería del Hospital Roosevelt del departamento de Guatemala la cual será dirigida por la EP. Mónica Isidora Sapon Apxuac, quien estudia la Licenciatura en Enfermería en la Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala.

También se me ha informado que la información será manejada de manera confidencial y se utilizara únicamente para los objetivos de la investigación, así que la investigación es voluntaria y que puedo retirarme en el momento que yo decida y la decisión tomada no interferirá en la atención que yo pueda recibir en esta Institución.

Firma del participante: _____

Nombre y firma del investigador: _____

Lugar y fecha: _____