GMD
Facultad Cs. Médicas
Biblioteca
PTE 2029

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

PROYECTO TESINA

Cumplimiento de las normas de bioseguridad y funciones del equipo de salud, según edad, sexo y nivel de estudio, en un hospital paraestatal sito en la ciudad de Rosario

Autor:
Enf. Cintia M Ibarra

Director de Tesina:
Mag. Mallen Camejo Marilina

Docente Asesor:
Dra. Graciela Simonetti

14 De Febrero 2018

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas las personas que estuvieron a mi alrededor para que pueda finalizar este trabajo, comenzando por mi hijito de corazón quien es el motor de mi vida, seguido por mi esposo, compañero de vida, quien vivencia conmigo mis fracasos y esfuerzos, a Dios sobre todas las cosas por ser mi supervisor y guía, en mi camino, al equipo docente en especial a la doctora Simonetti y lic Simón Acosta por el tiempo otorgado, dedicación y apoyo brindado, a mi directora de tesina Marilina Mallen, quien considero un pilar de soporte en este proceso de aprender, y por supuesto a mis amigos con quienes experimenté mis logros , esfuerzos, y fueron mi sostén durante la elaboración del mismo.

Gracias!

Enfermera Cintia M Ibarra

RESUMEN

Bioseguridad son aquellas medidas destinadas a establecer un mecanismo de barreras que impidan la transmisión de infecciones en todas aquellas actividades relacionadas con la salud. Nos encontramos con tres pilares que sustenta y dan origen a las precauciones, universalidad, barreras de protección, y medidas de eliminación, la cual establece la manera de desechar los elementos de riesgo patológicos. Es importante el cumplimiento de las normas de seguridad en los miembros del equipo de salud, dado a que se encuentra integrado por personas, con saberes y funciones diferentes, que comparten un mismo objetivo, responden a una organización, y tienen un coordinador. En el presente trabajo se involucrara solo al personal médico, enfermeros y mucamo.

Se realizará un abordaje a través de un estudio, descriptivo, observacional, transversal y prospectivo, cuyo objetivo es identificar qué relación existe entre el cumplimiento de las normas de bioseguridad con las funciones del equipo de salud, según edad, sexo y nivel de estudio, que se desempeña en un servicio de clínica de una institución hospitalaria paraestatal de Rosario, durante mayo, junio y julio del año 2018.

El instrumento que se utilizará es una lista de cotejo, la cual se basa en la observación de las acciones de los miembros del equipo de salud, sean médicos, enfermeros o mucamos, él mismo incluirá diversos ítems relacionados con el cumplimiento de las normas, en lo que respecta a lavado de manos, uso de barreras físicas y manipulación de desechos.

Se efectuará un análisis a través de una estadística descriptiva e inferencial utilizando el programa estadístico EpiInfo.

PALABRAS CLAVES: Normas de bioseguridad, y cumplimiento en miembros del equipo de salud, enfermeros, médicos, y mucamos.

INDICE GENERAL

	Pág.
Resumen y Palabras Clave	2
Índice General	3
Introducción	
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte	4
Planteamiento del Problema en Estudio	9
Hipótesis	9
Objetivos	9
Marco Teórico	11
Material y Métodos	
Tipo de estudio o Diseño	24
Sitio o contexto de la Investigación	25
Población y Muestra	25
Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos	26
Personal a cargo de la recolección de datos	30
Plan de análisis	31
Plan de trabajo y Cronograma	33
Anexos	
I Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios	36
II Instrumento de recolección de datos	37
III Resultado del estudio exploratorio	41
IV Resultado de la prueba piloto del instrumento	43
Bibliografía	

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación buscará evaluar, si se cumplen las medidas de bioseguridad, en las distintas funciones del equipo de salud.

A continuación se hace mención a un artículo científico, en el cual se analizó a los trabajadores de salud, que desempeñaban sus funciones en servicio de urgencias en una institución de salud en la ciudad de Bogotá, el mismo manifestó que el 44,6% no recibió capacitación sobre el tema bioseguridad, un 42,4%, no aplica el lavado de manos, el 31% re encapuchaban las agujas, en Argentina el 80% del personal médico no manipula, con precaución el material corto punzante (Ardila & Muñoz, 2009)

Según otros autores los médicos residentes y enfermeras son los más afectados, debido a su exposición a riesgos biológicos en procedimientos como, colocación de vías, en cambio en personal médico se relaciona con técnicas invasivas, en lo cual deben manipular secreciones y fluidos, sangre, a su vez se hace mención en diversos estudios, los cuales evidencian, que antes de que recibieran educación formal, ya existían conocimientos adecuados sobre la bioseguridad, precauciones universales, algunas enfermedades que se podían contraer si no se cumplen con las medidas de seguridad biológica, por otra parte hay estudios que demuestran no conocer o incumplir con medidas de prevención. Se manifiesta que la exposición accidental está condicionada, en base al área básica que se desempeñe el trabajador, y sobre todo en su actitud hacia la bioseguridad (Deyanira Carreño J., 2015)

Otro estudio realizado en una universidad de Bogotá, revela que el personal de limpieza conoce el protocolo del lugar siendo este del 99%, y solo el 1% respondió que no, otros manifestaron no cumplir con ciertas medidas protocolizadas en la manipulación de elementos de limpieza. .(Ávila Ladino, 2013)

En lo que respecta al uso de elementos de protección individual (epi) en áreas no críticas, se encontró que la mitad el 50%, usaban monogafas, guantes y máscaras, pero el otro 50% no utilizaba estos elementos, de hecho muchos de ellos confundían EPI con uniforme de trabajo. Con respecto al uso de máscara de prevención ante enfermedades como TBC, el 100%, eligió N95 y ninguno eligió el industrial o tradicional, en cuanto al lavado de manos, el 90% conocían el proceso pero manifestaban no aplicarlo aludiendo falta de tiempo.

Para finalizar en un estudio realizado en la universidad técnica de Machala, en su análisis relaciona, la categoría personal, con el cumplimiento de las normas de bioseguridad, en el cual se tomaron los valores solamente antes de la intervención, se pone en evidencia que el 47% cumplen con las normas, de ese resultado el 15% son médicos, mientras que el 52%, no cumplen con las normativas, el 21% corresponde al personal auxiliar de enfermería, dependiendo del área de intervención, 50% en área de centro quirúrgico, el 60% del área de emergencias cumplía con normativas, en laboratorio de análisis clínico cumplía en un 75%, en hospitalización en un 45% en consulta externa un 25%, con respecto al cumplimento de las normas de bioseguridad en personal de limpieza, en área de centro quirúrgico y laboratorio 50% en cada uno, en emergencia y hospitalización en un 40%, y 30% en consulta externa. Cumplimientos de las normas de bioseguridad de residuos hospitalarios fue de un 50%.(Apolo Valarezo, 2017)

Cabe mencionar que en diversos artículos hacen referencia al sexo y edad, en la cual el sexo femenino predomina en el desempeño de personal de limpieza, sexo masculino en personal médico y mixto en personal enfermero, con predominio del femenino, con respecto a la edad abarcan desde los 21 años, etapa en la que finalizaron sus estudios, hasta los 50 años, algunos autores manifiestan que el factor edad influye sobre todo en lo que refiere a nivel de estudios y experiencia, es decir aquellos que poseen menos experiencias, son propensos a cometer errores, y aquellos que tienen mayor experiencia en algunos casos puede caber un margen de error debido al quehacer cotidiano es decir, manipular lo conocido, y en otros casos, este margen de error es muchísimo menos.(Ávila Ladino, 2013)

La bioseguridad es un término que se ha empleado para definir y congregar las normas de comportamiento y manejo preventivo del personal de salud, frente a microorganismos potencialmente infecciosos; con la intención de reducir la posibilidad de adquirir infecciones en el medio laboral, haciendo hincapié en la prevención a través de la asepsia y el aislamiento.

Además se considera como una doctrina de comportamiento; que está enfocada en el logro de actitudes y conductas, con el propósito de minimizar el riesgo de quienes trabajan en la prestación de salud, a su vez desde una perspectiva bioética, el concepto de bioseguridad es definido como conjunto de actitudes de tipo preventivo, el cual tiene como base el conocimiento científico, motivación y conjunto de valores asumidos desde la reponsabilidad.Una base de sustentación constituye la siguiente frase “ LA BIOSEGURIDAD COMO UNA OBLIGACIÓN Y DERECHO”. (Gobierno nacional de la República del Ecuador, 2017)

Definimos a los miembros de un equipo de salud como un grupo de personas, con saberes y funciones diferentes, que comparten un mismo objetivo, responden a una organización, y tienen un coordinador. En el presente trabajo se involucrara solo al personal médico, enfermeros y personal de limpieza.(Universidad de Antofagasta, Chile, 2011)

Durante años, el término bioseguridad, adquirió un matiz importante, debido a la aparición de nuevas pandemias y epidemias en el mundo, un artículo científico manifiesta que es elevado el riesgo para el personal que se desempeña en las diversas áreas de la salud, pone énfasis en que el personal debe recibir información necesaria para seguir los procedimientos, que sean seguros, como el lavado de manos considerado como el más importante, también expresa, que en este estudio se denotó que si bien conocían respecto a cuales eran a las medidas de bioseguridad, y las aplicaban, no significaba, que las técnicas fueran correctas, es decir, podían realizar un lavado de manos antes y después de realizar un procedimiento siendo el lavado deficiente en su técnica, manifestaban que en algunos procedimientos como aplicación de inyectables, la asepsia y colocación eran utilizando técnicas insuficientes, a su vez no se cumplió con el manejo correcto de desechos, si se observó que resto del material se desechaba correctamente.(Alanez Cabrera Wendy Rebeca, 2011)

Otro estudio realizado por diversos autores menciona que en Argentina el 80% del personal médico no manipula con precaución el material corto punzante, contribuyendo al incremento de accidentes de este tipo. (Ardila, 2009)Por consiguiente otros autores manifiestan que los médicos residentes y/o estudiantes, son quienes infringen las medidas de bioseguridad, no utilizan gafas, máscaras, para la protección en prácticas clínicas, y al realizar pocos procedimientos invasivos, no utilizan las medidas necesarias, al igual al momento de realizar la ronda, tienen contacto directo con el paciente sin utilización de las medidas de bioseguridad, contribuyendo a la aparición de accidentes biológicos.(Alberth Cristianherrera Giraldo, 2003)

Por otra parte en un estudio, relacionado con aseo y limpieza, pone énfasis en el conocimiento de peligros biológicos, y medidas de bioseguridad, en el mismo se señala que en Brasil hay una relación entre los niveles de escolaridad deficiente y la falta de conocimiento respecto a las medidas de bioseguridad, en el personal.

Por otro lado el personal de limpieza en muchas ocasiones se encuentra expuesto a accidentes laborales, por pinchazos, es decir al realizar limpieza de la unidad, posee una observación muy deficiente antes de realizar el procedimiento, por lo cual no suele detectar riesgos, como por ejemplo la presencia de una aguja en el piso al momento de pasar el trapo, o también al no utilizar el carro exprimidor, muchos manifestaron que el trapo de piso se mantenía húmedo,

motivo por el cual, culminaban el proceso con las manos, a su vez en muchas ocasiones, con el mismo material efectúan el proceso de limpieza y desinfección en diversos sectores, incluyendo salas de aislamientos, contribuyendo a la propagación de infecciones cruzadas.(Ávila Ladino, 2013)

La utilización y conocimiento de las normas de bioseguridad, son sumamente importantes e imprescindibles, su cumplimiento disminuye la incidencia de enfermedades infectocontagiosas, favoreciendo a la no reincidencia de pacientes, así como evitar también que el mismo, en el periodo de internación, contraiga una enfermedad o complicación sumada a su patología base, a su vez disminuiría la probabilidad de padecer accidentes biológicos, en personal de salud, con elementos corto punzantes, partes de enfermos prolongados, y se lograría protección para la familia del trabajador, cabe aclarar que la educación continua sobre las medidas de bioseguridad son esenciales en todo el personal de salud, ya sea este en contacto directo con el paciente o desempeñe su labor en una institución hospitalaria. (Médicos residentes, estudiantes de enfermería y médicos, personal de limpieza auxiliar, de nuevo ingreso, o que rota de sector, etc.).

Con el objeto de examinar el cumplimiento de las normas de bioseguridad sería importante, que la institución realice un seguimiento epidemiológico, además de cerciorarse la existencia de protocolos escritos, y de forma visible y accesible para todo el personal, según corresponda su función, dado a que la ausencia de ellos, puede ocasionar desinformación, al proceder ante alguna eventualidad.

El personal de limpieza no está exento, debido a que es expuesto a los diversos accidentes biológicos y es vehículo de infecciones cruzadas, y además está en contacto directo con residuos patológicos, lo cual ante una manipulación desacertada puede contribuir a generar infestaciones de microorganismos contagiosos.

En un estudio realizado en un hospital de IV nivel de complejidad de Bogotá en el año 2013, con alusión al proceso inicial de limpiar las camillas, se observa lo siguiente:

-Desinfecta de lo más limpio a lo más contaminado el 55%

-Observa que no haya ningún fluido corporal el 14%

-Observa que no halla elementos corto punzantes ni medicamentos del paciente el 17%

-Alista el kit de desinfección y desinfecta de lo más limpio a lo más contaminado el 14%

con respecto al proceso inicial que se desarrolla al limpiar la camilla, solo el 55% respondió desde lo más limpio a lo más contaminado, solo un 17%, respondió que observaba que no hubiere ningún elemento corto punzante, medicamentos, derrame de fluidos y pertenencias del paciente. La mayor parte de la población no realiza acciones seguras previas a la desinfección. Se observa que en el proceso de exprimir el trapero el 38% lo realizaba con el carro exprimidor,

el 21%, con las manos, y el 41% con el carro exprimidor y luego con las manos dividido en cuatro partes, Tal como lo denota el resultado la mayoría utiliza el carro y luego las manos, siendo estos los más propensos a sufrir accidentes con elementos corto punzantes por infringir las medidas de bioseguridad.

En el proceso para despapelar y trasladar bolsas de residuos se observó que el 84% anudaba la bolsa, al retirarla se cercioraba de que se encontrara rotulada con fecha hora y área y la depositaban en el carro, el 7% mencionaba que anudaba la bolsa, la retiraba, marcaba y depositaba en el carro y nadie respondió a la opción de retirar, anudar, marcar y depositar, la bolsa en el carro.

Con respecto al elemento de protección individual, se encontró que el 54%, utilizaba nonogafas, guantes negros o rojos y tapabocas, y para finalizar haciendo hincapié en el lavado de manos, la mayoría expreso tener conocimiento de todos los pasos, pero no los cumplían, otros en cambio identificaban en afiche los pasos correctos; pero manifestaban que ellos lo realizaban de otra manera, el personal subestima al riesgo que está expuesto por ende subestima el tema.(Ávila Ladino, 2013)

A continuación se hace mención a una estadística basada en la aplicación de precauciones universales según el manual de normas de bioseguridad, confeccionada por el ministerio de salud de Bolivia. Dicha estadística se aplicó a licenciados en enfermería, auxiliares de enfermería, internos de medicina, se evaluó los grados de aplicación de medidas universales en lo que respecta a manipulación de fluidos, desechos, técnicas cruentas y esterilización. Se utilizó escala de Likert con valores asignados como; deficiente (0 a 25%), suficiente (51 a 75%), insuficiente (26 a 50%), excelente (76 a 100%) y actividad no realizada. En lo que respecta a licenciados en enfermería arrojó un resultado de 44.6% el cual se consideró insuficiente, en lo relacionado con manipulación de fluidos, luego un 51.3% en manipulación de desechos (suficiente), 51.6% en técnicas cruentas, la cual se catalogó como suficiente, un 48.8% en esterilización, considerado insuficiente Y un 32.6% en protección personal, (insuficiente). En auxiliares de enfermería, se obtuvo como resultado 63.2 %, en lo referido a manipulación de fluidos (suficiente), con respecto a manipulación de desechos 61% suficiente, técnicas cruentas 55.1% suficiente, esterilización 65.4% suficiente, protección personal 41.6% insuficiente. En Internos de medicina, 48.5%, en manipulación de fluidos (insuficiente), en manipulación de desechos (actividad no realizada), técnicas cruentas 44.5% insuficientes, esterilización 63.6% suficiente, protección personal 37.5% insuficiente. Para culminar, se obtuvo un resultado total de 52,1% considerado suficiente en relación a manipulación de fluidos, 56.1% suficiente en relación a manipulación de

desechos, 50.4% insuficiente en técnicas cruentas, 59.2% suficiente en esterilización y 37.5% insuficiente en protección personal.

El grado de aplicación de las precauciones universales es suficiente para el grupo total, sin embargo es insuficiente para el grupo de licenciadas y de los internos de medicina. El grado de aplicación en el manejo de desechos fue suficiente para el grupo de licenciadas y auxiliares en enfermería, en cambio los internos de medicina no realizan dichas actividades. Es suficiente el resultado para el grado de aplicación en técnicas cruentas, para todo el grupo, en lo relacionado con técnicas de esterilización y desinfección fue suficiente de forma unánime, en cambio en la aplicación de protección personal fue insuficiente para todo el grupo.(Céspedes Oporto Victor Hugo, 2003)

Por consiguiente, suponemos que en base a artículos y estudios evaluados anteriormente, que el cumplimiento de las normas de bioseguridad será mayor en enfermería, que en otros miembros del equipo de salud.

PLANTEAMINETO DEL PROBLEMA

¿Qué relación existe entre el cumplimiento de las normas de bioseguridad con las funciones del equipo de salud, según edad, sexo y nivel de estudio en el personal que desempeña funciones en un hospital paraestatal, sito en la ciudad de Rosario, durante el primer semestre del año 2018?

HIPÓTESIS

El cumplimiento de las normas de bioseguridad será mayor en el personal de enfermería, que en los médicos y mucamos según edad, sexo y nivel de estudio, debido a que es el personal que se encuentra más en contacto con el paciente.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinarla relación que existe entre el cumplimiento de las normas de bioseguridad y las funciones del equipo de salud según edad, sexo y nivel de estudio, en el personal que desempeña su labor en un hospital paraestatal sito en la ciudad de Rosario en el primer semestre del año 2018.

Objetivos Específicos:

- ✓ Observar el cumplimiento en las normas de lavado de manos en personal médico según edad, sexo y nivel de estudio.
- ✓ Observar el cumplimiento de normas en el uso de barreras físicas en médicos según edad, sexo y nivel de estudio.
- ✓ Observar el cumplimiento de normas de manipulación de desechos en médicos según edad, sexo y nivel de estudio.
- ✓ Observar el cumplimento en las normas de lavado de manos en enfermeros, según, edad sexo y nivel de estudio
- ✓ Observar el cumplimiento de normas en el uso de barreras físicas en enfermeros según edad, sexo y nivel de estudio.
- ✓ Observar el cumplimento de manipulación de desechos en enfermeros según edad, sexo y nivel de estudio.
- ✓ Observar el cumplimiento en las normas de lavado de manos en mucamos según edad, sexo y nivel de estudio.
- ✓ Observar el cumplimiento de normas en el uso de barreras físicas en mucamos según edad, sexo y nivel de estudio.
- ✓ Observar el cumplimiento de normas de manipulación de desechos en mucamos según edad, sexo y nivel de estudio.

MARCO TEÓRICO

Según la Organización Mundial de la Salud (2000), los Sistemas de Salud comprenden a todos los recursos que una sociedad dedica a la protección y mejoramiento de la salud de las personas y abarca todas las actividades cuya finalidad sea promover, restablecer o atender la salud. Los sistemas de salud articulan tres componentes, la gestión, el financiamiento y la atención.

El sistema de salud se define como el conjunto de organizaciones integradas de forma coherente con un esquema organizacional normativo y operativo de intervención acorde a la realidad de las necesidades de salud y los de enfermedad de la población. (Organización Mundial de la Salud, 2005)

Por otro lado los hospitales son considerados sistemas abiertos, con un conjunto de elementos interrelacionados (recurso humano, tecnología, información), con objetos comunes como el de mejorar la salud, satisfacción de los pacientes y de la comunidad, lleva a cabo actividades como la de enseñanza (hospital escuela) e investigación.(Paganini, 1993)

La población que demanda y recibe atención, es la entrada y salida más importante , en este sitio se emplea el autocuidado terapéutico mencionado por la autora Dorothea Oren, dado a que se toman conjuntos de medidas para el cuidado, que se requerirán durante un cierto tiempo, y de esta forma cubrir las necesidades de autocuidados de la persona.(Martha Raile Alligood, 2011)

En el mismo, se debe tener en cuenta que está compuesto por una estructura determinada, y la integran diversos profesionales de la salud, entre ellos enfermeros, médicos y personal de limpieza. Se debe preservar la salud tanto en personal de la institución, cómo en los pacientes, lo cual no se logra al producir deficiencia y quebrantamiento del autocuidado en los individuos. En la actualidad, las infecciones intrahospitalarias constituyen un problema de salud pública, incrementándose las estadías de los pacientes, el costo hospitalario, utilización de nuevos tratamientos medicamentosos, y afectando a su vez la calidad de vida del personal de salud y su familia, generándose un círculo vicioso el cual puede desencadenar una epidemia. Para ello es importante que se respeten y cumplan, las normas de bioseguridad, la cual es considerada, como la protección de la vida humana, para que ello suceda se deben aplicar ciertas normas, es decir medidas que se implementan para proteger la salud y disminuir el mecanismo de transmisión de microorganismos, presentes en el ambiente particularmente el hospitalario, las personas que desempeñan su función, ya sean de manera permanente o temporal, expuestas a contagios sean directos o indirectos, con fluidos, sangre secreciones corporales, manipulación de instrumental contaminado, para ello es necesario, la aplicación de medidas de bioseguridad.

La bioseguridad tuvo un gran avance hacia 1970 cuando en los Estados Unidos dimensionaron las pérdidas económicas, producto de las infecciones intrahospitalarias, entre los pacientes y los accidentes con material biológico entre los trabajadores de la salud. Las enfermedades emergentes así como pandemia del sida, impulsaron su desarrollo posterior. La bioseguridad es una disciplina preventiva, consiste en analizar los accidentes con material biológico, para dictar normas, procedimientos y promover el uso de instrumentos que permitan prevenirlo, a su vez se enfoca en elaboración de planes de contingencia. (Pertierra, 2014)
Por consiguiente las medidas de bioseguridad deben ser de practica rutinaria, y cumplidas por todo el personal que se desempeñe en cualquier institución de salud, independientemente del grado de riesgo, según su actividad y de las diferentes áreas que comprenden a las instituciones ya sean hospitalarias, centros de salud etc.(Ministerio de Salud, 2004)

Los principios de bioseguridad se resumen en, universalidad, debe incluir a todos los pacientes de todos los sectores, todo personal debe seguir las precauciones estándares, rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones, estando previsto o no el contacto con sangre o fluidos corporal del paciente. Por ejemplo el lavado de manos, el cual es considerado el de mayor importancia, en el ámbito hospitalario, y quizás la forma más eficaz de prevenir la contaminación cruzada, entre personal de salud y visitantes, pacientes etc. El objetivo de esta práctica es el de reducir la flora normal, transitoria, y transmisión de microorganismos infecciosos. (Rodríguez & Delgado Madrid, 2013)
El lavado de manos con agua y jabón, es el método más conocido, y fácil de realizar. El lavado de manos consta de una frotación vigorosa, con jabón, seguido de un enjuague con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, la materia orgánica, microbiota o habitual también llamada colonizante, las cuales son microorganismos que se encuentran habitualmente en la piel, no son fáciles de eliminar por fricción mecánica, al igual que la transitoria, llamada contaminante y no colonizante, son microrganismos que no se encuentran habitualmente en la piel, su importancia radican, en la agilidad, con la que se propagan, siendo este el inicio de la mayoría de las infecciones. (Dr. Ignacio de la Fuente Albarrán, 2016) Por eso se recomienda mantener las uñas cortas y sin esmalte, para facilitar la limpieza de las mismas, no utilizar anillos, pulsera, relojes que favorecen la colonización de gérmenes, al dificultarse el lavado de muñecas y manos. Se debe tener en cuenta la integridad de la piel, para ello se puede aplicar crema hidratante para manos, y de esta manera aumentamos la resistencia y disminuimos la posibilidad de contaminación de gérmenes.(Dr. Ignacio de la Fuente Albarrán, 2016)
Debemos mencionar que existen diversos tipos, en lo que respecta a lavados de manos, como ser, el lavado higiénico, lavado antiséptico, con solución alcohólica, y quirúrgico, cada uno se basará

en una técnica específica, la cual dependerá en función a su posterior utilización.(Dr. Ignacio de la Fuente Albarrán, 2016)

Dicha técnica implica, Humedecer las manos con agua corriente, preferiblemente templada, luego aplicar jabón líquido con dosificador y su distribución debe abarcar la totalidad de la mano, en caso de ser necesario realizar cepillado debajo de las uñas, a continuación se debe frotar las manos, palma con palma, sobre dorsos, en espacios interdigitales, mínimamente durante 10 minutos, luego aumentar el tiempo de lavado si las manos están visiblemente sucias, se enjuagara con abundante agua corriente, finalizando el mismo con secado de toalla desechable de papel, y se utilizará posteriormente para cerrar la canilla.Este lavado se denomina lavado higiénico, lo realizamos para eliminar la suciedad, materia orgánica y microbiota transitoria de las manos. Este lavado de manos es empleado, de manera preferente, entre los distintos miembros de salud, y es el lavado de manos en el cual nos basaremos en este trabajo.(Alejandra Navarro González, 2009)

Por consiguiente es de suma importancia la aplicación de una técnica, más que apropiada, certera, se debe realizar antes y después del contacto con cada paciente, entre dos procedimientos con el mismo paciente, antes de colocarse guantes, después de ir al baño, luego del contacto con suciedad o elementos contaminados, después de estornudar, toser, tocarse el cabello, etc.; y para finalizar al quitarse los guantes. El material que se utilizará es el jabón líquido neutro en dispensador desechable, con dosificador, y toallas de papel desechables.

Luego nos encontramos con el uso de barreras, el cual implica evitar exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, a través del empleo de material adecuado que interfiera el contacto con los mismos. (Ministerio de Salud, 2004)

A continuación se describirán medidas de bioseguridad catalogada como físicas o de contención, las mismas, se realizan a través del uso de elementos de protección personal, él cual es indispensable como método de control de riesgo, para proteger al trabajador, en instituciones se utilizan para protección de contaminación de campos quirúrgicos, y transmisión de microorganismos de paciente a paciente a través del personal de salud, por lo cual tienen esa doble función.(Organización Panamericana De la Salud, 2003) El uso adecuado de guantes, junto con una correcta higiene de manos, disminuye el riesgo a una exposición de agentes infecciosos por parte de los profesionales sanitarios, cabe aclara que el uso de guantes no sustituye el lavado de manos. A causa de ello, es importante tener en cuenta las recomendaciones de CDC (centro de control de infecciones), la cual menciona, que se debe realizar uso correcto de guantes, al estar en contacto con sangre o materiales potencialmente infecciosos, ante mucosas o piel que no se encuentre intacta, quitarse los guantes posterior a la atención de un paciente, y no reutilizar en

la atención de otro paciente, cambiar los guantes durante el cuidado del paciente si se va a trasladar de un sitio contaminado a otro limpio, no lavar guantes, con el fin de evitar problemas dermatológicos es importante secar bien las manos antes de colocárselos, la elección del tamaño de guantes debe ser la correcta, para evitar riesgos de roturas y pinchazos, sobre todo que no queden flojos, y en especial en punta de los dedos. En caso de utilizar soluciones hidroalcohólicas para el lavado de manos, no deben utilizarse guantes con polvo, y es importante el retiro del mismo tras la realización de una técnica y evitando el contacto con superficies, no se debe usar cremas hidratantes antes de su uso, llevar uñas cortas y no utilizar anillos, pulsera para evitar roturas, se debe proteger con apósitos las heridas de las manos. También se debe tener en cuenta el momento de realizar un cambio de guantes, este será al romperse, después de un uso de 30 minutos, entre enfermo y enfermo, y después de cambios de procedimiento en el mismo enfermo, al entrar en contacto con material contaminado, hay que recordar que para quitarlos se debe tirar desde la muñeca hasta los dedos, teniendo la precaución de que la parte exterior del guante no toque la piel. Otra consideración relacionada con el uso del guante, no hay que emplear el mismo para trasladar enfermos, para repartir comidas, para cambiar ropa de cama, excepto si esta manchada con fluidos corporales, para la toma de signos vitales, para cambio de goteros, realización de ecocardiogramas, radiografías, manipulación de material limpio, y exploraciones sobre la piel integra. Es decir es importante desecharlos siempre después de su uso y no guardar en los bolsillos. Debemos tener en cuenta la técnica de retirada de guantes la cual se realiza en primer lugar, pellizcando el borde interior del primer guante, retirar el guante, luego recogiéndolo a la vez en la palma del segundo guante, y recogida el primer guante, luego retirar el segundo guante introduciendo los dedos en el interior, se retira sin tocar la parte externa del mismo, retirar los dos guantes, arrojar los guantes al contenedor adecuado. Los tipo de guantes que solemos encontrar en el mercado son, látex sin polvo, vinilo sin polvo (se utiliza para personas con piel sensible o de alergias al látex), plástico, neopreno. De estos tipos el de vinilo y látex son los más utilizados en el ámbito hospitalarios.(Dr. Ignacio de la Fuente Albarrán, 2016)

En lo que refiere a Protección facial (ojos, nariz y boca). Según artículo de OMS, se debe utilizar ante riesgos de salpicadura, de elementos como spray de sangre, fluidos corporales, secreciones, y los cuales pueden generar contacto con las mucosas para ello se debe utilizar, máscara, antiparras. De este modo se evitarían los accidentes biológicos.(Organización Mundial de la Salud, 2007). Las mascarillas están destinadas a la protección de las mucosas y tiene tres propósitos básicos, el primero es el de precaución estándar, para proteger del contacto con secreciones respiratorias, o salpicaduras de sangre y otros fluidos corporales, en segundo lugar en la realización de procedimientos asépticos para proteger al paciente de agentes patógenos, que

porta el personal en la boca o nariz, y en pacientes tosedores o con sintomatología respiratorias, y para prevenir la transmisión de secreciones respiratoria infecciosa de persona a persona.

El uso de mascarillas, se empleará durante el contacto con pacientes, que se deban tomar recaudos de transmisión por gotas, se utilizan en combinación con gafas, protector ocular o cubiertas faciales, al realizar procedimientos de riesgo de salpicaduras (aspiración de secreciones, irrigación, intubación endotraqueal). Categoría IB, también implementarlo en situaciones catalogadas como etiqueta de tos e higiene respiratoria, desde el ingreso al servicio donde se tiene el primer contacto (recepción sala de espera, consultorio, urgencias), sobre todo se refiere a épocas, de infecciones respiratorias virales, estacionales, y en pacientes con síntomas de tos, rinorrea, congestión y aumento de las secreciones respiratorias (VSR, Influenza, adeno virus). Categoría IB. Se debe desechar en sitio correspondiente, lavarse las manos luego de quitársela. Categoría IB, se debe capacitar al personal y al paciente para el uso de mascarilla.(Morales, 2009)

A su vez dentro del uso de mascarillas, se incluyen las máscaras respiratorias N 95, se utiliza para proteger al personal de salud, otros pacientes y visitantes, de microorganismos potencialmente infecciosos, tales como los contenidos en secreción respiratoria, los cuales pueden contaminar rostro incluido nariz y boca, o ser inhalados o ingeridos, se debe utilizar durante todo el tiempo que dure el contacto con el paciente, no se debe tocar la parte delantera de la máscara, se utiliza sólo esta máscara sin protección adicional, y se debe retirar la misma luego de salir de la unidad de aislamiento. Esta máscara proporciona un alto nivel de protección y filtración de secreciones respiratorias, tanto como una máscara de cirugía, se debe cambiar hasta dos veces en el día, en personas que lo requiera, dependiendo de la humedad de boca u nariz, así como se puede utilizar todo el día, siempre que utilice la máscara del tamaño correcto, el tamaño incorrecto no solo no protegerá, sino que no pasará la prueba de protección, para fijar la máscara de forma segura el tamaño de nariz y boca son importantes. La máscara se debe cambiar si la toca, sí está altamente contaminada, no debe ser cambiada dentro del cuarto, o área de aislamiento, en presencia del paciente. (Organización Mundial de la Salud)

A causa de ello, para lograr una colocación correcta, primero debemos colocar la máscara sobre la palma de la mano con la cinta aseguradora colgando, libremente debajo de sus manos, luego se debe posicionar bajo el mentón con la parte delantera hacia arriba, se coloca la primera cinta sujetadora en la parte superior de la cabeza, mientras que la segunda alrededor de la cabeza, y posicionándola arriba del cuello y debajo de las orejas. Coloque los dedos sobre el metal de la nariz, moldeándolo, alrededor de la misma, a través de los movimientos con los dedos, a ambos lados del metal, si lo realiza con una sola mano, puede generarse una reducción de la efectividad

de la misma. Luego se puede realizar, prueba de sellado positivo, es decir debe exhalar profundamente, y una presión positiva debe ser sentida dentro del respirador, si algún escape es detectado, se debe ajustar la posición del tirante o respirador, repetir los paso hasta lograr un sellado apropiado. Prueba de sellado negativo, inhale profundamente, si no existe ningún escape, la presión negativa generada en la máscara deberá hacer que la misma quede adherida a su rostro. Un sellado deficiente resulta en pérdida de presión negativa, dentro de la máscara, debido a la entrada de aire por un mal sellado.(Organización Mundial de la Salud)

Por otra parte debemos hacer uso de las gafas, las cuales se asignan a cada personal al comienzo de su jornada laboral, colocárselas en el área, habitación de pacientes con Síndrome agudo respiratorio (SARS) al finalizar la jornada deben depositarlas en recipiente sitiado en antesala del área de aislamiento, para que sean lavados y desinfectados, deben ser utilizadas para cubrir el área de los ojos,con esta medida se puede prevenir la exposición de mucosas de nariz, ojos y boca, evitando la recepción de inóculos infectados.(Organización Mundial de la Salud). Las características de las monogafas son las de poseer ventilación indirecta mediante rejillas laterales, o las que las hace antiempañantes, permitir el uso de anteojos prescriptos, absorber rayos ultravioletas, tener lentes resistentes al impacto, la higiene de los mismos se realiza con agua y jabón de tocador, utilizar un pañuelo facial para secador, no emplear otro tipo de tela o material abrasivo, tampoco frotarla con las manos, evitar dejar caer o colocarlas con los lentes hacia abajo porque se rayan fácilmente, en lo posible guardar en estuche respectivo, se deben almacenar en sitio seguro y de óptimas condiciones de higiene, no utilizar sodas cáusticas para su lavado o desgerminación, y no esterilizar monogafas en autoclave.(Pérez Tejeda, Acuña Pardo, & Rúa Martínez, 2008) Están destinados al uso de cirujanos, obstetras médicos, instrumentadoras quirúrgicas, personal de enfermería, que realice procedimientos con factor de riesgo biológicos, personal de oficios varios, lavandería, laboratorio clínico y patológico, personal en entrenamiento como médicos residentes, internos y estudiantes. Para finalizar se debe tener en cuenta que el uso de lentes de contacto no reemplazan el uso de las gafas. Para retirar la protección ocular se levanta las gomas elásticas por encima de la cabeza, se retira lejos de la cara, se coloca la protección retirada en sitio asignado para limpieza. (Organización Mundial de la Salud, 2014).

En lo que respecta a batas de mangas largas deberán ser utilizadas cuando se entra en contacto directo con el paciente, las mismas deberán ser removidas antes de salir de la habitación o área del paciente, o en la antesala de la habitación o área, desechar las batas tan pronto como sea posible, particularmente cuando estén muy contaminadas, deben ser utilizadas durante el tiempo que se esté en contacto con el paciente e idealmente cambiar la misma, entre un paciente y otro.

Podemos hacer referencia a las batas desechables la cual se utiliza para cada paciente y se debe desechar ante visible contaminación, o batas reutilizables, de ser necesario ante la carencia de insumos, una misma bata deberá ser utilizada para el mismo paciente en más de una jornada laboral, se desecha inmediatamente ante contaminación visible, colgar la bata, con la superficie exterior para afuera, cuando la misma ya no se utilice, reemplazarla al final de cada jornada. (Organización Mundial de la Salud)

Deben ser usadas siempre que exista riesgo de salpicaduras o el contacto con sangre o líquidos corporales (peritoneal, cefalorraquídeo, pleural, articular, pericárdico, amniótico, semen, y secreciones vaginales). Se utilizará para entrar en contacto con el paciente, elementos del ambiente o superficies de la habitación, o si el pacientes esta inconsciente, tiene diarrea, ileostomía o colostomía o drenajes no contenidos por las gasas.(Manual de Normas y Procedimientos de Bioseguridad. Comité de Vigilancia Epidemiológica (cove) División de Talento Humano. Salud Ocupacional, 2003). La bata debe quitarse primero desatando los lazos de la misma, retirar la bata comenzando por el cuello y hombros, dar vuelta la bata con la parte contaminada hacia adentro, enrollar la bata de afuera hacia adentro y desechar en sitio correcto y lavarse las manos.(Organización Mundial de la Salud, 2014)

Para finalizar los medios de eliminación de material contaminado, el cual comprende no solo los dispositivos sino, también procedimientos adecuados, en donde los materiales utilizados en la asistencia del paciente son depositados y eliminados sin riesgo. Por tal motivo se debe tener en cuenta las medidas de precaución ya que están diseñadas para prevenir en hospitales la adquisición de infecciones o transmisión de las mismas. Estas medidas buscan proteger a pacientes, familiares, y trabajadores de la salud.

Por otro lado el equipo de salud debe desempeñar su función a la par de un comité de gestión ambiental para garantizar así un buen manejo en la disposición de residuos hospitalarios, los cuales se clasifican en, residuos no peligrosos, son aquellos que no presentan riesgo para la salud humana, o medio ambiente, dentro de los cuales encontramos aquellos de rápida descomposición en el medioambiente, tales como residuos alimenticios, papel detergentes, etc. Los reciclables que se destacan por su difícil descomposición y pueden ser utilizados como materia prima, entre ellos encontramos, papel, radiografías, plástico, etc. También hacemos hincapié en los inertes que resaltan por su larga descomposición y no son útiles como materia prima, tal como el plástico y el papel carbón, y por último los ordinarios o comunes se producen en establecimientos o sitios donde se realizan actividades de la vida común, es decir en cafeterías, oficinas, y demás. Luego encontramos los denominados residuos peligrosos, son los producidos con ciertas características ya sean infecciosas, combustibles, inflamables, explosivas, reactivas,

radioactivas, volátiles, corrosivas y o tóxicas, las cuales pueden ser perjudicial para la salud humana, y el medio ambiente. Así como se consideran peligrosos, los envases empaques y embalajes que hayan estado en contacto con ellos. La clasificación de este grupo de residuos ; se dividen en primer lugar los residuos biológico o infecciosos, los cuales contiene microorganismos como bacterias, parásitos y hongos, virus pueden producir cualquier tipo de enfermedad, a su vez este residuo infecciosos es clasificado como biosanitarios, abarcan aquellos materiales, objetos; o instrumentos que tiene contacto directo con algún fluido corporal es decir sangre, orina, semen, entre otros, los anatomopatológicos, caracterizados por ser provenientes de los seres humanos, ya sean por biopsias, tejidos corporales, miembros amputados, etc. Y para finalizar los residuos corto punzantes, se diferencian por causar daño percutáneo que pueden generar infección, como lancetas, hojas de bisturí, agujas, etc.

Del mismo modo se deben mencionar los residuos químicos los cuales son resto de sustancias químicas y sus empaques o cualquier otro residuo contaminado con estos, los mismos dependen de la concentración, tiempo de exposición; pueden causar la muerte, lesiones de gravedad; y efectos adversos en la salud y medio ambiente. Este grupo a su vez se cataloga en citotóxicos, metales pesados, radioactivos, contenedores presurizados, aceites usados y residuos radioactivos. (Ávila Ladino, 2013)

Además los residuos son identificados por código de colores, en todos los centros hospitalarios o lugares destinados a la prestación de servicios en salud, deben recolectarse en recipientes específicos, es decir en lo que respecta a residuos no reciclables se agrupan en biodegradables cuyo código de color es verde y su etiqueta no peligrosos biodegradables. Los reciclables cuyo código de color es gris y con etiqueta de material reciclable, inerte; no peligroso, ordinario o común, con código color verde y etiquetado como ordinarios y/o inertes.

Del mismo modo los residuos peligrosos o de riesgo biológicos; se clasifican en biosanitarios, anatomopatológicos, corto punzantes, con código de color rojo, de animales de riesgo biológico. Asimismo los residuos químicos como fármacos, con etiqueta de riesgo químico, citotóxicos; cuyo código de color es rojo y le pertenece etiqueta de riesgo biológico; metales pesados, cual etiqueta corresponde a riesgo químico, reactivos, aceites usados, en los cuales se deben reutilizar envases originales asegurando la inutilización de botellas, con etiquetado de residuos peligrosos químicos radioactivos, con código color púrpura y etiqueta radioactivos. De este modo se logra una segregación de la fuente, es decir gestión adecuada de acuerdo a la clasificación de los canastos y contenedores adecuados de acuerdo al código de colores, vigentes por la legislación.(Ávila Ladino, 2013)

Por otra parte el transporte interno, se refiere a la recolección realizada por el personal de limpieza, desde su sitio de generación hasta el cuarto de almacenamiento, mediante carros transportadores de color verde para los residuos ordinarios, y de color gris para los reciclables. En caso de los residuos peligrosos deben anudar la bolsa, retirarla de la canasta; rotularla con fecha, servicio y trasladarla al cuarto que corresponda a su almacenamiento para luego entregarla a la empresa prestadora de dicho servicio. Para este proceso es imprescindible que el personal de limpieza adopte los elementos de protección personal. También encontramos aquellos de almacenamiento temporal, deben contar con buena luz, ventilación, de fácil acceso para su limpieza y desinfección, y estar fraccionado en cuatro partes para mantener la clasificación de los residuos. A Su vez el transporte interno es de acuerdo al tipo de residuo, y los horarios establecidos por las instituciones para su recolección y frecuencia guiada por el instituto nacional de salud. Y para culminar; la eliminación final de los residuos hospitalarios; se realiza en base al tipo de residuo, es decir aquel residuo no peligroso, biodegradable, inertes y comunes, se emplean para relleno sanitario; en cambio los residuos no peligrosos y reciclables son empleados en reciclaje de material para volver a ser utilizado, no así con residuos peligrosos y biosanitarios en los cuales se produce una desactivación con autoclave; y relleno sanitario; en cambio los residuos anatomopatológicos su disposición final es la de termodestrucción, relleno sanitario, celda de seguridad; aquel residuos corto punzante se destina a la termodestrucción controlada, relleno sanitario, celda de seguridad, respecto a los residuos peligrosos de animales se emplea termodestrucción controlada para animales (anatomopatológicos) o desactivación con autoclave (biosanitario de animales), relleno sanitario, celda de seguridad; por el contrario los residuos peligrosos, químicos fármacos (residuos vencidos), residuos peligrosos químicos reactivos, se entrega a terceros autorizados por la autoridad ambiental para su destrucción y disposición final en relleno sanitario posterior al encapsulamiento de cenizas.(Ávila Ladino, 2013)

En lo que respecta a la manipulación de objetos corto punzantes, los centros prestadores de servicios destinados a la salud deben disponer de recipientes especiales, para desechar los elementos corto punzante en todas las áreas que se requieran; con excepción en áreas de salud mental y especial precaución en pediatría. Dichos recipientes deben ser rotulados como riesgo biológicos, debido a su fácil accesibilidad su altura debe ser adecuada para que el personal pueda observar la boca del depositario. (Ávila Ladino, 2013)

En cambio el personal de limpieza deberá cumplir con ciertas recomendaciones y manejo técnico; es decir usará elementos protectores de manera individual exprimir trapero con dispositivo diseñado en carros de aseo, el traslado de las bolsas deberá realizarse con carros destinados a tal fin; estar alerta a la presencia de agujas u otro elemento corto punzante en las

sábanas, ropa, pasillos, entre otros, y descartar toda posibilidad de desocupar recipientes de objetos corto punzantes o pasar los residuos de una bolsa a otra.

En lo que respecta al personal médico y de enfermería no debe re encapuchar agujas, no realizar otro tipo de manipulación que implique utilización de las dos manos, no realizar maniobras que implique dirigir el extremo de la aguja hacia parte del cuerpo, no remover agujas de las jeringas con las manos, no doblarlas, quebrarlas, ni manipularlas a tal caso que produzca un riesgo de lesión y llevar consigo dicho recipiente ante la realización de procedimientos que lo requieran, y para culminar no retirar la tapa de los depositarios.(Organización Mundial de la Salud, 2014)

Por consiguiente nos referimos a la Limpieza ambiental, como procedimientos adecuados para la desinfección, de, paredes, azulejos y techos, limpieza de camillas, pisos y todo sitio en dónde halla derrame de fluidos, secreciones, etc. El personal de limpieza debe cerciorarse de no utilizar elementos de higiene, que corresponden a un área de aislamiento, en otra que no posea misma condición. De este modo se previene diseminación de microorganismos infectocontagiosos.

La ropa blanca, se debe manipular con cuidado y el traslado debe ser meticuloso para evitar contacto con secreciones y demás fluidos, para evitar, que se produzca contaminación. En lo que respecta a eliminación de desechos, se debe tratar los elementos con fluidos y secreciones, en base al protocolo de desechos que halla en el lugar, se proporcionará un trato cuidadoso a los artículos descartables, corto punzante, ya que se deben clasificar y rotular, según medidas y protocolo del lugar. Si incumplimos con dichas medidas se provocarían lesiones indeseadas, por tal motivo se contemplarán todos los factores físicos, químicos, biológicos y sociales, que puedan influir e interactuar con la persona.(Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2016)

Por otra parte debemos, hacer referencia a las funciones y tareas que realizan los trabajadores de la salud son múltiples y variadas están determinadas por la necesidad de emplear un buen cuidado al ciudadano, teniendo en cuenta a la organización de la institución, complejidad del servicio, y división de trabajo establecida. El trabajo de salud no es individual sino que involucra la conformación de equipos de salud; integrados por distintos trabajadores; dado a que los mismos asumen objetivos comunes para brindar y resolver problemas relacionados con la calidad de atención; garantizando el derecho a la salud. (Sandra Regina da Costa Saar, 2007). Por lo tanto la/el mucama/o; es esencial dentro del equipo de salud, ya que no sólo cumple su función de rutina cotidiana sino que establece vínculos, garantizando atención humanizada y personalizada, al margen de que es necesario su desempeño; en lo que refiere a habilidades y destrezas para ejecutar sus tareas; las cuales involucran, conocer, adecuar, conservar, disponer, inventariar los elementos de trabajo, conocer las distintas técnicas de limpieza, conocer los tipos

de superficies a limpiar, es decir en áreas críticas deben mantener el orden y limpieza acorde a últimas normas establecidas para así asegurar condiciones de higiene y bioseguridad que compriman las posibilidades de infecciones hospitalarias. Para ello es necesario no utilizar método seco (plumeros, escobillón, escobas, aserrín, etc.) para evitar esparcimiento de polvos o suciedad que puedan contener microorganismos. A su vez la desinfección el cual es el proceso dónde se elimina microorganismos de las superficies por medio de agentes químicos, a excepción de esporas bacterianas; utilizando desinfectantes como amonios cuaternarios; derivados fenólicos, derivados clorados (hipoclorito de sodio), persulfato de potasio, las técnicas de limpieza e higiene varían según las áreas; es decir para una habitación o box lo primero es reunir los elementos necesarios; en segundo lugar lavarse las manos, colocarse los guantes, llenar un balde (10L) con agua tibia y detergente (cantidad necesaria para producir espuma); y el otro balde con agua caliente, luego debe observar que no halla elementos corto punzantes; en el piso o sobre la superficie a limpiar y manchas de sangre. Debe limpiar primero con una rejilla y agua con detergente todas las superficies altamente tocadas (mesa de luz, de comer, barandas, respaldar, etc.) Todo lo relacionado al entorno del paciente y familiar; luego enjuagar con la misma rejilla y agua corriente del segundo balde, todo lo anteriormente limpiado, de igual forma deberá proceder con el piso, desechar el agua de ambos baldes, volver a cargar un balde y agregar 100cc de lavandina para realizar la desinfección. Embeber la segunda rejilla en agua con lavandina y realizar la desinfección de todo lo anteriormente limpiado o utilizar un pulverizador; proceder de la misma manera con el piso, al limpiar el baño debe emplear una tercera rejilla, aplicando misma técnica mencionada anteriormente. Al terminar la limpieza de cada habitación deberá retirarse los guantes y lavarse las manos. En lo que respecta a la limpieza de sangre y otros fluidos, deberá lavarse las manos colocarse guantes, absorber el líquido con papel o trapos, descartar, en bolsa roja conjuntamente con guantes empleados en el procedimiento; cerrar la bolsa y descartarla con el resto de la basura patológica. Lavarse las manos y proseguir con pasos de limpieza habitual. Hacemos hincapié en la limpieza de aislamientos en la cual deberán contar con elementos exclusivos (dentro de la habitación), el personal de servicio deberá indagar sobre el tipo de aislamiento y se colocará los elementos de protección necesarios (batas, guantes, barbijo); y los trapos de piso (piso + rejilla).(Gobierno De Santa Fe, 2016)

Con respecto a las personas que integran los miembros del equipo de salud haremos referencia sobre enfermería; el cual es el responsable de los cuidados, este es el eje sobre el que gira el entorno sanitario, el trabajo de estos profesionales requiere estandarización de intervenciones y actividades a fin de asegurar una calidad autónoma de la institución sanitaria.

Durante el proceso asistencial; son muchas las decisiones que recaen sobre el profesional en lo referido al cuidado, es imprescindible contar con instrumentos consciente, explicita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible. Si bien la enfermera/o actúa a nivel interdisciplinario no deja de ser el/la responsable de brindar cuidados de forma individual y de calidad al usuario. Para lograr dicha calidad y cuidado individualizado debe adoptar medidas ante pacientes hospitalizados, independientemente de la patología que padezcan; siempre que vayan a entrar en contacto, con sangre, fluidos corporales; excepto sudor; piel no intacta y membranas mucosas, con el objetivo de prevenir la transmisión de patógenos que se vehiculizan a través de la sangre o fluidos corporales, piel que no se encuentre intacta membranas mucosas mediante las aplicación de barreras adecuadas, un procedimiento estándar en el cual debe manejarse enfermería comienza en primer lugar por informar al paciente y familia sobre las medidas adoptadas y fundamentación de la misma. Luego ponerse guantes; sobre todo si requiere entrar en contacto con cualquier mucosa del paciente o fluidos corporales excepto el sudor, retirarse los guantes tras el contacto con el paciente; y no circular con ellos, el enfermero debe lavarse las manos antes y después de la asistencia al paciente y al ponerse o quitarse los guantes, utilizar mascarilla, gafas y bata siempre que exista el riesgo de salpicadura; también cambiar inmediatamente tras encontrarse manchadas. En caso de salpicadura con sangre o fluidos en mucosas lavar de forma abundante con suero salino, o con agua y jabón posteriormente aplicar antiséptico. Si la salpicadura se produce a nivel ocular se debe aplicar colirio antiséptico. Las agujas no deben encapsularse, manipularlas y los objetos corto punzantes depositarlos en recipiente correspondiente. Ante un paro cardiorrespiratorio se debe emplear el ambú, para favorecer la ventilación en el paciente La muestras de laboratorios relacionadas con sangre y líquidos corporales deben trasladarse en recipientes cerrados, si existe derramamiento accidental sobre la piel, este intacta o no debe lavarse con abundante agua y jabón y utilizar antiséptico; la eliminación de los residuos se harán de acuerdo a la política de gestión de residuos con riesgos biológicos**.**

Para concluir no podemos hacer a un lado otro integrante del equipo de salud, en este caso el personal médico; es considerado como puerta de entrada del paciente; le brinda atención, diagnóstico y tratamiento; realizando de ser ineludibles las interconsultas necesarias; en este sentido el diagnóstico clínico es de su competencia. El médico es visto como coordinador del equipo de salud; es decir es responsable en la orientación y supervisión de la labor del resto de los profesionales; se define como profesional de poca visión; prejuicioso; resistente al trabajo en equipo; centralizador de acciones; "el todo poderoso**".**

Por otro lado; es necesario que exista una buena relación entre médicos, los cuales en muchas ocasiones participan en la atención de un mismo paciente, sin embargo hay ciertos factores que intervienen en esta relación interfiriendo la coordinación e intereses entre profesionales, ellos son los aspectos organizacionales, académicos, económicos o de poder; y pueden hacer ruido respecto al interés primario; el cual está ligado al bienestar del paciente, y por tal motivo logra influir en su correcta atención. En este sentido el médico es protagonista de dos escenarios; el relacionado con la cooperación, coordinación, y otro relacionado con la disputa, competencia. También es verdad que en el llamado referencia y contra referencia, puedan señalar la intención del profesional de deshacerse del paciente con el cual mantiene una relación basada en la apatía, y a pesar de ello la visión debe ser la misma; direccionarse hacia la mejor alternativa para el enfermo, el médico se maneja bajo una absoluta autonomía, no es subordinado por nadie, y las jerarquías se establecen si se encuentran explícitas en la organización con antelación, el contexto es diferente con los residentes y alumnos, puesto que la responsabilidad legal de la atención del paciente recae sobre el médico tratante. En esta relación se entablan jerarquías, pero no se deja de lado el respeto, la naturaleza del trabajo médico, no siempre puede ser comprendida plenamente por el público, para ello se encuentran los pares para juzgar las actuaciones de los médicos, lo cual no significa justificar, encubrir errores, dado a que la prioridad gira entorno al paciente**.** El médico ética y moralmente tiene la obligación de preservar la salud del paciente, ya sea a través de un tratamiento, diagnóstico, u empleando técnicas correctas y cuidadosas al estar en contacto con el paciente, empleando de ser necesario elementos de bioseguridad para preservar la integridad del mismo.(Lifshitz, 2011)

Con el fin de salvaguardar, no solo la integridad de la población que asiste a centros asistenciales sino también, la salud de los miembros que integran el equipo de salud. Para abordar la problemática planteada en el presente estudio, se decidió apelar a los conceptos prácticos expuestos por la autora Dorothea Orem, la cual hace referencia a las necesidades de autocuidado, el cual consiste en la práctica de las actividades, que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y de desarrollo.

De este concepto se deriva el autocuidado terapéutico, el cual está constituido por el conjunto de medidas de cuidados que son necesarios en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para controlar factores

identificados con las necesidades, en el cual los valores regulan el funcionamiento humano, como ser el mantenimiento de aporte suficiente de aire, alimentos, agua, provisión de cuidados asociados a procesos de eliminación, mantener un equilibrio entre actividad y descanso, entre la interacción social y la soledad, en la "prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano", la promoción del funcionamiento humano y desarrollo de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y limitaciones humanas conocidas. La necesidad terapéutica describe los factores del paciente o entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores, entre ellos el del cumplimiento de las normas de bioseguridad como agentes de salud, y de este modo lograr salud, bienestar del paciente. En caso contrario estaríamos contribuyendo a un déficit de autocuidado, el mismo se define como una relación de las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectadas.

En resumen, conservar la integridad del paciente, depende del autocuidado, no sólo del usuario que asiste al centro asistencial sino también de la función del equipo de salud, quién a través del cumplimiento de las normas de bioseguridad, y empleando técnicas correctas y específicas mantendría estable el entorno del paciente dentro de la gama de valores, salud y bienestar, y no se favorecería al déficit de autocuidado.(Tomey, 2007)

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se utilizará un estudio cuantitativo, no experimental, ya que no se va a intervenir o manipular a las variables de estudio, analítico, dado a que las variables se estudiarán, tal como se presentan, en su ambiente natural, describiéndolas, pretendiendo lograr asociación entre ellas y observacional, ya que se detallará con antelación, datos que habremos de recoger, transversal, puesto que, los datos serán recabados de la fuente primaria en un único momento, y prospectivo, durante abril, mayo y junio 2018, en una población compuesta por miembros del equipo de salud, según función, integrado pormédicos, enfermeros, ymucamos, donde se tendrá en cuenta la edad, sexo, antigüedad laboral nivel de estudios, que desempeñen sus labores en un servicio de clínica médica, en una institución hospitalaria paraestatal de la ciudad de Rosario .

SITIO Y CONTEXTO

El sitio seleccionado para la investigación, es un servicio perteneciente a una institución hospitalaria, paraestatal de la ciudad de Rosario. La misma brinda un servicio de atención medica integral a mayores de 70 años y ex combatientes de Malvinas, que ingresan al servicio por diversas patologías y que al momento de brindar los cuidados se deben tener en cuenta la aplicación de, normas de bioseguridad, y cumplimiento de las mismas por parte de enfermeros; médicos y mucamos que integran el equipo de salud. El servicio se encuentra dividido en cuatro sectores, cada uno de ellos cuenta con una jefatura a cargo y una dotación de enfermería, mucamos y médicos fija; el sector médico clínico cuenta con un total de 20 profesionales, en lo que respecta al personal de enfermería son 85 en total, y personal de mucamos 10 en total, en dicha área. Referido a médicos residentes y de práctica final obligatorio nos encontramos con 4.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población que formará parte de la investigación estará conformada por 85 enfermeros, del área médico clínica, 20 médicos y 10 mucamos, esta cifra nos da la pauta para realizar un muestreo de la población en estudio. No se utilizará muestreo, ya que se abordaran todas las unidades de análisis, médicos, enfermeros y mucamos, que presten asistencia en un sector de internación medica clínica, de una institución hospitalaria, y que reúnan los siguientes criterios de inclusión/ exclusión.

Las unidades de análisis no deben presentar condición de tareas livianas, prestando servicios en otros sectores como ser entrega de medicación y retiro de pedidos para farmacia, mensajería, etc. Así como aquellos que no pertenezcan a las profesiones mencionadas, y también médicos, enfermeros y mucamos que se encuentren con licencia al momento de la recolección de datos y para culminar a aquellos profesionales mencionados que posean una antigüedad menor a 6 meses, y dentro del área médica aquellos residentes y los que se encuentren transitando la práctica final obligatoria; con el fin de asegurar el segundo control de validez interna. Por consiguiente Se debe destacar, que los resultados obtenidos, no podrán ser generalizados hacia otros servicios u otros miembros del equipo de salud; debido a que dicho estudio solo se realiza en el servicio de clínica médica y con los miembros del equipo que cumplan funciones médicas de enfermería y mucamos.

TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable 1

Cumplimiento de las normas de bioseguridad

Concepto: medidas que se deben implementar durante el desempeño de las funciones, con el fin de protección ante la exposición de riesgo biológicos.

Tipo: cualitativa

Función: dependiente

Escala: Nominal

- SI
- NO

Dimensión 1

-Cumplimiento de las normas de lavado de manos

Concepto: es un estado en el cual algo o alguien están de acuerdo con las directrices de limpiar las manos

Indicadores:

- Realiza el lavado de manos con agua y jabón
- Durante el lavado de manos frota deforma vigorosa manos, muñecas, espacios interdigitales y dorso.
- Al enjuagarse mantiene la punta de los dedos hacia arriba
- Después del secado utiliza la toalla para cerrar la llave
- Realiza lavado de manos al iniciar y concluir la jornada
- Realiza el lavado de manos al inicio y termino de cada procedimiento y valoración del paciente.
- Realiza el lavado de manos al regresar del sanitario.

Dimensión 2

Cumplimiento de normas en el uso de barreras físicas

Concepto: es un estado en el cual algo o alguien están de acuerdo con las directrices en el uso de dispositivos de protección individual.

Indicadores:

- Los miembros del equipo de salud utilizan guantes para evitar las exposiciones directas con sangre y otros fluidos corporales.
- Los miembros del equipo de salud se colocan la máscara antes de ingresar a salas de aislamiento respiratorio.
- Los miembros del equipo de salud utilizan protectores oculares en todo procedimiento donde implique manipulación de fluidos, sangre y secreciones.
- Los miembros del equipo de salud utilizan bata, gorro en todo paciente que tenga aislamiento de contacto

Dimensión 3

Cumplimiento de las normas de manipulación de desechos

Concepto: es un estado en el cual algo o alguien están de acuerdo con las directrices, de la eliminación, tratamiento, reciclajes, etc. de materiales producidos por la actividad humana.

Indicadores:

- Los miembros del equipo de salud desechan los objetos corto punzante (agujas, bisturíes), en descartadores. (Depositarios regulares con tapa)
- Los miembros del equipo de salud desechan los objetos no corto punzantes contaminados con sangre o fluidos corporales en bolsa roja. (Algodón, gasas, vendas).

Variable 2

Funciones del equipo de salud

Concepto: son funciones que desempeñan un grupo de personas que poseen saberes y tareas diferentes y que persiguen un mismo objetivo el cual es brindar la atención de calidad en paciente hospitalizado. Entre ellos podemos mencionar Enfermeros/as; Médicos/as, Mucamos/as

Tipo: Cualitativa

Función: independiente

Escala: Nominal

- Médico/a
- Enfermero/a
- Mucamo/a

Variable 3

Edad

Concepto: Tiempo que ha vivido una persona

Tipo: cuantitativa simple

Función: independiente

Escala: ordinal

De 20 a 25 Años

De 26 a35 años

De 35 a 45 años

Más de 46 años

Variable 4

Sexo

Concepto: condición orgánica

Tipo. Cualitativa

Función: independiente

Escala: Nominal

- Femenino
- Masculino

Variable 5

Nivel de estudio

Concepto: es el nivel de instrucción de una persona, el grado más elevado.

Tipo: cualitativo

Función: independiente

Escala: ordinal

- Primario
- Secundario
- Terciario
- Universitario

El instrumento seleccionado, que se aplicará en este proyecto, es una lista de cotejo, la cual se basa en la observación de las funciones desarrolladas del equipo de salud.

La lista se encuentra encabezada por la variable cualitativa funciones del equipo de salud, aquí se empleará una escala nominal e involucra tres opciones, médico, enfermero y mucamos, la variable cuantitativa edad, la cual se medirá a través de una escala ordinal; luego continúa con la variable cualitativa sexo, la cual se medirá a través de escala nominal dicotómica, proporcionando solo dos opciones (Femenino/Masculino). Por consiguiente se encuentra la variable cualitativa nivel de estudio en la cual se aplicará escala ordinal. Para ir finalizando se conformó una lista de cotejo compuesta por la variable cumplimiento de normas de bioseguridad la cual en la primera dimensión, hace referencia al cumplimiento de normas del lavado de manos, la misma está integrada por siete indicadores que hacen referencia a las acciones que deberían emplear. Contiguamente se ubica la segunda dimensión cumplimiento de normas en el uso de barreras físicas; compuesta por cuatro ítems indicadores, hacen hincapié en los recursos materiales que deben utilizar ante determinadas situaciones de riesgo biológico; y para finalizar se hace referencia a la dimensión cumplimiento de normas de manipulación de desechos, la cual engloba solo dos ítems indicadores.

Cabe aclarar que en las dimensiones relacionadas con el cumplimiento de normas compuestas por los diversos indicadores, se empleará en su medición una escala nominal dicotómica; conformada por dos casilleros (si/no), la cual deberá ser rellenada por medio de una cruz por el observador.

El instrumento y técnica seleccionada son ventajosos, en función a que se puede recopilar mucha información de manera fácil y rápida, es factible de observar y completar, permite a su vez documentar lo observado, detallando un comportamiento individualizado, el cual se probó anteriormente a través de una prueba piloto y no necesitó realizar ninguna modificación, en un sector del área médico clínica; en 5 médicos tratantes, de los cuales 1 pertenecía a médicos residentes, 3 mucamos y 5 enfermeros

Su desventaja radica en que al ser dicotómicas, no permiten realizar ningún comentario sobre lo observado, no se puede apreciar los grados de conducta.; se centra en la aparición o no del comportamiento durante el período de observación.

En relación a la técnica que se utilizará para la recolección de datos “observación”, la desventaja radica en la probabilidad de perder la objetividad, debido a que ante la presencia del observador se pueda provocar una alteración o modificación en la conducta de las personas observadas, destruyendo la espontaneidad de los mismos a aportando datos pocos fiables, por tal motivo se implementará una estrategia, para disminuir la desnaturalización, o alteraciones, consistirá, en

asistir durante una semana, para realizar recabación de datos y lograr la adaptación del personal a mi presencia, y concluir durante la segunda semana la recolección de datos con personal adaptado ,a mi presencia naturalmente.

Se aplicará a todas las unidades de análisis sumando un total de 115 personas, de las cuales; 30 enfermeros/as pertenecen al 2do P."A"; 23 enfermeros al 2 do piso B; 16 enfermeros/as al sector Hemicuerpo, y 16 enfermeros/as al 3er piso; en lo que respecta al cuerpo médico se abarcara la suma total de 20, y para culminar se conformara con un total de 10 mucamos/as.

En relación a los principios éticos, se mantendrá el anonimato, no se realizara ningún prejuicio u omisión de opiniones por parte del observador, antes de poner en práctica el instrumento se contará con la autorización, a través de información previa brindada, de forma detallada y completa, explicitando contenido en el cual se basa el trabajo, dirigida al departamento de investigación y docencia de la institución hospitalaria, con posterior información al jefe de Departamento de Enfermería.

Por consiguiente en la autorización se detallará de manera fehaciente en que consiste la investigación, objetivos, y propósitos, de manera legible, se informará de la predisposición en todo momento ante consulta o falta de entendimiento de lo expresado, para posteriormente brindar respuesta clara, no se brindará ningún incentivo por la participación, se informará respecto a en quienes se aplicará dicho instrumento, es decir a las funciones del equipo de salud que formarán parte de la población en estudio.

El instrumento se aplicará durante el periodo comprendido del 1 al 31 de mayo, del 2018, en horarios rotativos; es decir en los distintos turnos; y los cuatro sectores del área médico clínica de lunes a domingos; de modo de cumplimentar la recolección de datos y hasta completar la totalidad de las unidades de análisis y en donde se podrá observar si las normas de bioseguridad son aplicadas o no por parte de la población en estudio, en relación a esto se eligió este lugar.

PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCION DE DATOS

Para emplear este instrumento se necesita entrenamiento de personal extra, debido a que en un mismo momento, se debe observar a distintos miembros del equipo, durante el desempeño de sus funciones, para ello se entrenará un total de 18 profesionales, que no pertenecen a los servicios en donde se llevará a cabo la investigación, la capacitación se llevará a cabo durante la segunda quincena del mes de abril en donde se programará reuniones que tendrán como objetivo exponer al personal colaborador los objetivos de la investigación y los criterios que se deben tener en cuenta para cumplimentar el instrumento de recolección de datos a los fines de disminuir los sesgos en los resultados.

PLAN DE ANÁLISIS

El abordaje del análisis se realizará a través de un informe cuantitativo, multivariado, utilizando estadísticas inferenciales, con un nivel de error aceptado del 5%,también se establece un nivel de significancia de un 95%.,dado a que se trata de establecer relación entre variables.

En lo que respecta a la variable cualitativa, Cumplimiento de las normas de bioseguridad; se empleará una escala nominal, dicotómica, con codificación:

- No **(1)**
- Si **(2)**

La variable se compone de tres dimensiones cada una de ellas contiene una serie de indicadores que permiten medir la dimensión y la totalidad de los mismos miden la variable. En función a la codificación anteriormente mencionada las dimensiones se cuantifican de la siguiente manera:

Dimensión 1 Cumplimiento de las normas de lavado de manos, la cual se compone de 7 indicadores, dando como resultado una puntuación mínima de 7 y una máxima de 14

A continuación en la dimensión 2 Cumplimiento de normas en el uso de barreras físicas, la cual se compone de 4 indicadores, dando como resultado una puntuación mínima de 4 y una máxima de 8

Para finalizar en la dimensión 3 de cumplimiento de normas manipulación de desechos, la cual se compone de 2 indicadores, dando como resultado una puntuación mínima de 2 y una máxima de 4.

A tal fin la sumatoria total de las dimensiones con sus correspondientes indicadores arrojará como resultado un valor mínimo de 13 y un máximo de 26; reconstruyendo la variable de la siguiente manera:

Cumplimiento de las normas insuficiente de 13 a 17

Cumplimiento de las normas casi insuficiente de 18 a 22

Cumplimiento de las normas suficiente de 23 a 26

Por otro lado la variable cualitativa funciones del equipo de salud, aquí se empleará una escala nominal con tres opciones, médico, enfermero y mucamos. Aquí se asignará una codificación

- Médicos **(1)**
- Enfermeros **(2)**
- Mucamos **(3)**

Por consiguiente en la variable cuantitativa edad, se medirá a través de una escala ordinal, y se asignará una codificación de valores, se empleará barras agrupadas

De 20 a 25 Años **(1)**

De 26 a35 años **(2)**

De 36 a 45 años **(3)**

Más de 46 años **(4)**

La variable cuantitativo sexo, la cual se medirá a través de escala nominal proporcionando solo dos opciones, por medio de una codificación

- Femenino **(1)**
- Masculino **(2)**

En lo que respecta a la variable cualitativa nivel de estudio en la cual se aplicará escala ordinal, se emplearán barras agrupadas y se asignará codificación.

- Primario **(1)**
- Secundario **(2)**
- Terciario **(3)**
- Universitario **(4)**

El resultado total de todas las variables se relacionarán a través de la estadística descriptivas inferencialesy se representará a través de una matriz utilizando el programa informático EpiInfo.

PLAN DE TRABAJO

Actividad	**Abril (inicio Lunes 2)**		**Mayo**				**Junio**	
	1° quincena	**2° quincena**	**1° semana**	**2° semana**	**3° semana**	**4° semana**	**1° quincena**	**2° quincena**
Preparación de instrumentos de recolección de datos reclutar recurso humanos 18 profesionales formularios de observación, en cantidad igualitaria a las unidades de estudio, y biromes								
Capacitar a personal colaborador mediante reuniones programadas 18,formularios,y18recursos humanos, y la firma de consentimiento								

Recolección de datos 18 recursos humanos								
Tabulación de los datos.18 recursos humanos Computadora individualizada								
Análisis e interpretación de datos de los datos.1 recurso humano. 1 computadora. Y consulta a especialista de ser necesario en estadísticas inferenciales								
Elaboración de los resultados.								
Conclusiones.								

ANEXOS

ANEXO I

GUIA DE CONVALIDACIÓN DE SITIO

Guía de convalidación de sitio

1-¿Cuáles son las instituciones de programa de atención médica integral, en la cual se desempeñen médicos, enfermeros y mucamos?

Guía de relevamiento

1-¿A qué tipo de gestión responde, Municipal, provincial, privada o paraestatal?

2-¿Cuál es su ubicación, y a qué grupo etario brinda servicios?

3-¿La institución brinda la autorización para realizar el proyecto de investigación?

4-¿Cómo se distribuye ediliciamente las áreas medico clínicas y de prestación?

5-¿Con cuántas salas clínicas de internación cuenta?

6-¿Cuenta con salas de aislamientos y en qué áreas o pisos se encuentran?

7-¿La institución cuenta con personal de limpieza, médicos y enfermeros?

8-¿Cuál es la antigüedad en la institución, de médicos, mucamos y enfermeros?

9-¿con cuántos médicos cuenta el sector de médica clínica?

10-¿Cuál es la dotación de enfermería de pisos de médica clínica?

11-¿Cuántos mucamos se desempeñan en el área de médica clínica?

12-¿Cuántos médicos residentes y de Practica Final Obligatoria, hay en el área médica clínica?

13¿La institución cuenta con recursos materiales necesarios para la atención del usuario hospitalizado?

14¿La institución cuenta con normas y protocolos de seguridad?

15-¿Los miembros del equipo de salud cuentan con protocolos de atención en cada sector?

16-¿Los miembros del equipo de salud, tiene acceso rápido y fácil a los protocolos y normas?

17-¿La institución cuenta con áreas limpias y áreas sucias?

18- ¿La institución cuenta con elementos esenciales para mantener la higiene de manos, ambiente libre de residuos y depositarios de objetos corto punzante?

19-¿la institución cuenta con contenedores de residuos patológicos?

20-¿La institución cuenta con recolección de residuos comunes y patológicos?

ANEXO II

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

LISTA DE COTEJO

Funciones que desempeñan

Médico ○

Enfermero ○

Mucamo ○

Edad

De 20 a 25 Años ○

De 26 a35 años ○

De 36 a 45 años ○

Más de 46 años ○

Sexo: F ○ ○

Nivel de estudio

Primario ○

Secundario ○

Terciario ○

Universitario ○

Dimensión	indicadores	Escala	
		SI	NO
	Enfermería		
Cumplimiento de normas de Lavado de manos	**1**- Realiza el lavado de manos con agua y jabón		
	2-Durante el lavado de manos frota de manera vigorosa,manos,muñecas,espacios interdigitales, y dorso		
	3-Al enjuague mantiene las puntas de los dedos hacia arriba		
	4-realiza lavado de manos al iniciar y concluir la jornada		
	5-Realiza el lavado de manos al inicio y termino de cada procedimiento, y valoración del paciente.		
	6-Realiza el lavado de manos al regresar del sanitario		
Cumplimientos de normas En el uso de barreras físicas	**1-**Los miembros del equipo de salud, utilizan guantes para evitar exposiciones directas con sangre y otros fluidos corporales		
	2-Los miembros del equipo de salud se colocan la máscara antes de ingresar a las salas de aislamientos respiratorios		

Dimensión	indicadores	Escala	
		SI	NO
	3-Los miembros del equipo de salud utilizan protectores oculares, en todo procedimiento donde implique manipulación de fluidos, sangre y secreciones		
	4-Los miembros del equipo de salud utilizan batas,gorros,en todo paciente que tenga aislamiento de contacto		
Cumplimiento de normas de manipulación de desechos	**1**-Los miembros del equipo de salud desechan los objetos corto punzantes (agujas,bisturíes,abocath en descartadores o depositarios reguladores con tapa		
	2-Los miembros del equipo de salud desechan los objetos no corto punzantes contaminados con sangre o fluidos corporales en bolsa roja.(algodón, gasas, vendas)		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Rosario,……

Mi nombre es Cintia M Ibarra, actualmente me desempeño como enfermera profesional, estoy investigando acerca de la relación que existe entre las normas de bioseguridad y el cumplimiento de los miembros del equipo de salud según edad, sexo y nivel de estudio. Por tal motivo, realizo este formulario de consentimiento informado, dirigido a médicos, enfermeros y mucamos, No se proporcionará ningún tipo de remuneración en la participación de esta investigación es libres y voluntaria, no se padecerá ningún tipo de riesgo. La información que se recolecte para la investigación será confidencial, los datos obtenidos serán utilizados para esta investigación y si fuera necesario la información obtenida para otros estudios, se la/o contactará para pedirle nuevamente una autorización.

Cabe aclara ante cualquier duda puede contactarme a mi número personal. El propósito de esta investigación, es el de determinar si se da en mayor medida, el cumplimiento de las normas de bioseguridad y en que función del equipo de salud según edad, sexo y nivel de estudio.

La investigación será publicada para poder aportar el conocimiento adquirido y resultados al equipo de salud y comunidad en general, preservando la identidad e integridad de los participantes.

Nombre y Apellido:……..

Firma: ……..

Teléfono:……

Correo electrónico:…….

ANEXO III

RESULTADO GUÍA DE CONVALIDACIÓN DE SITIO

Se inició realizando una búsqueda web, respecto a instituciones públicas que contengan programa de atención medica integral, en la ciudad de Rosario y en la cual se desempeñen médicos, enfermeros y mucamos, se logró el hallazgo de una institución hospitalaria paraestatal, es una obra social de jubilados y pensionados, bajo el control estatal federal. Se realizó una aproximación al sitio, realizando una guía de relevamiento de datos, para su posterior elección en esta investigación. Funciona en estructura edilicia donada, y a su vez se encuentra dentro del programa, de preservación y rehabilitación del patrimonio arquitectónico de la ciudad, es decir el edificio pertenece a la provincia pero fue construido y donado por una familia, (Freyre), el instituto toma posesión en la década del 80 a través de un contrato de locación y lo acondiciona tal cual se lo puede apreciar en la actualidad, se encuentra localizada en zona norte de la ciudad de Rosario, está situada a unas cuadras de la Av. Alberdi. Estratégicamente cuenta con varias líneas de colectivo que pasan por allí. Dicha institución brinda servicios a mayores de 70 años sin jubilación y a ex combatientes de Malvinas. Para el abordaje de la investigación, se solicitó autorización por escrita al personal pertinente de la institución, es decir el director. Por consiguiente dicha institución está constituida por dos plantas separadas, las cuales se conectan por un pasillo interno, la primera planta está compuesta por tres pisos, y un subsuelo, allí desempeña su función, el departamento de nutrición, laboratorio, farmacia, hemoterapia, y comedor, en planta baja se encuentra guardia clínica, consultorios externos de diversas especialidades, al igual que consultorios de atención de enfermería, en el primer piso se sitúa en ala con orientación hacia el este, las salas destinadas a pre y post quirúrgicos, no cuenta con salas para aislamientos. Hacia el oeste está situado quirófano, gabinete de cocina, seguido de unidad coronaria, la cual no cuenta con sala de aislamiento, contiguo a esta unidad de terapia intensiva, la cual si cuenta con sitio de aislamiento, luego departamento de camilleros, y mucamos, y para culminar, central de materiales, en el 2do piso se sitúa el área médica clínica, hacia el este el sector A, el cual cuenta con 5 salas, de las cuales, una es para aislamientos respiratorios y otra para contacto, al oeste el sector B, el cual cuenta con 5 salas de las cuales una sola es de aislamiento, ya sea de contacto, respiratorio o para pacientes inmunodeprimidos, y en medio de ambos, el ala llamada hemicuerpo, el cual no cuenta con sala de aislamiento, y está integrado por 4 Salas, y para finalizar en el tercer piso podemos encontrar 4 salas en general de clínica médica, de las cuales una es para aislamientos exclusivos de neutropénicos, o pacientes trasplantados y con orientación hacia el oeste el departamento de supervisión de enfermería, y de personal de

atención domiciliaria. La segunda planta, se compone de 2 pisos, y podemos encontrar en planta baja, al personal de recursos humanos, telefonista, gabinete de especialidad en psicología, neurología, y servicio de hemodiálisis, y en el primer piso, a personal administrativo, director de la institución, recursos humanos de dotación de personal, y aula de capacitación, como así también jefe de departamento de enfermería, y para finalizar en el segundo piso nos encontramos con el personal de higiene y seguridad, informática y departamento de docencia. También cuenta con diversos terapeutas como profesores de educación física, asistente social, entre otros. Cabe destacar que esta institución cuenta con cuerpo de profesionales altamente entrenados en gerontología y abordaje interdisciplinario para la adultez mayor, entre ellos, podemos mencionar en lo que respecta a prestaciones de enfermería, la cual, cuenta con dos modalidades, es decir, una dotación de personal desempeña sus funciones de lunes a viernes, mientras que la otra dotación desempeña sus funciones como feriantes, es decir sábados, domingos y feriados. En lo que respecta a cuerpo médico encontramos a aquellos que desempeñan su labor los días de semana, y los fines de semana solo se cuenta con médicos de guardia, en donde también se desempeñan médicos residentes, y de práctica final obligatoria, y en la actualidad se encuentra en tratativa el nuevo ingreso de personal de mucamos y camilleros con modalidad de feriante, dado a que dicho personal es escaso ante la demanda. La antigüedad de permanencia y labor de médicos, enfermeros y mucamos, es diversa, en líneas generales se estipula que abarcan desde los 6 meses hasta más de 10 años. La institución cuenta con recursos materiales destinados a la atención de los usuarios, el cual es proveído por diversos laboratorios, distribuidoras de insumos en salud, Por otro lado, se hace mención a que la institución dispone de protocolos y normas vigentes las cuales se puede hallar de forma individual en cada piso, ubicadas y ordenadas en carpetas en la que se destacan, aquellos indicadores de aislamientos, los mismos se distinguen por color, es decir para aislamientos de contacto (naranja) o respiratorio (azul). Como así también se detallan los procedimientos técnicos, que se emplean en la práctica profesional, los mismos se encuentran ubicados en sitios visibles y al alcance del personal. Por otra parte, se puede denotar que en cada piso destinado a la atención del usuario se encuentran delimitadas dentro del área de trabajo, las áreas limpias y sucias, con su consiguiente lavatorio de manos, dispensador de jabón, tachos de residuos, descartadores de objetos cortó punzantes, etc. Para culminar se pueden divisar contenedores de residuos patológicos, y por otro lado residuos comunes, en zona de planta baja en la parte externa, es decir en el patio trasero de la institución, y cuenta con servicio de retiro de los mismos.

ANEXO IV

RESULTADO DE LA PRUEBA PILOTO

La aplicación de la prueba piloto fue de carácter observacional, en una institución hospitalaria paraestatal de la ciudad de Rosario, la unidad de análisis fueron los miembros del equipo de salud, principalmente en aquellos que cumplen funciones de enfermería, médicos, mucamos, se realizó durante un día de la semana en compañía de un colaborador que participará de la recolección de datos. La misma tuvo como objetivo poner a prueba el instrumento que se utilizará para medir las variables en estudio.

La lista de cotejo debía ser probada para realizar el control de validez interna, a los fines de comprobar si todos los indicadores a observar estaban expresados en forma clara,a su vez Valorar si se debía realizar alguna modificación en la misma para que brinde mejores datos al momento de investigar, y los cuales sustenten las variables.

La misma se aplicó a cinco médicos tratantes, de los cuales uno pertenecía a al equipo de, médicos residentes, a tres mucamos del sector, y para finalizar a 5 enfermeros.

El instrumento resulto claro y conciso, motivo por el cual no hubo que realizar modificación alguna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alanez Cabrera Wendy Rebeca, A. T. (2011). Cumplimiento de las normas de bioseguridad por el personal de salud la sala de emergencias del Hospital La Paz. *Revista SCientifica, 9*(1), 22-24.

Alberth Cristianherrera Giraldo, R. G. (Mayo de 2003). Accidentes por riesgos biológicos en estudiantes de Medicina y Médicos Internosde la Universidad Tecnológica de Pereira. *REVISTA MÉDICA DE RISARALDA, 9*(1), 1 -10.

Alejandra Navarro González, A. C. (15 de 07 de 2009). Protocolo de lavado de manos y uso correcto de guantes en Atención Primaria De Asturias. 14. Asturias, España: Plaza del Carbayón, 1 y 2 – 33001 Oviedo.

Apolo Valarezo, M. V. (Febrero de 2017). *Cumplimiento de las normas de bioseguridad del personal de salud en el hospital básico Luis Moscoso Zambrano del cantón de Piñas.* Recuperado el 10 de Noviembre de 2017, de http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/10353

Ardila, A. M. (14 de Diciembre de 2009). Bioseguridad con énfasis en contaminantes biológicos en trabajadores de la salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2135-2141.

Ávila Ladino, A. Y. (2013). Conocimiento tiene el personal de aseo y limpieza, acerca del peligro biológico y las medidas de bioseguridad. Bogota, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

Céspedes Oporto Victor Hugo, C. B. (2003). NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y RIESGO BIOLÓGICO PARA EL PERSONAL DE SALUD QUE PRESTA ATENCIÓN DIRECTA AL USUARIO HOSPITALIZADO. *Ciencia y Medicina*(4), 49-52.

Deyanira Carreño J., R. H. (2015). Conocimiento del personal médico sobre el manejo de punzocortantes. *Ciencia Uanl. 18 (73)*.

Dr. Ignacio de la Fuente Albarrán, D. C. (3 de mayo de 2016). Mutua MAZ. Guía de higiene de manos y uso del guante sanitario -. En D. I. Cristina, *Servicio de Prevención Propio Y*

Medio Ambiente. Medicina Preventiva y Salud Pública Hospital MAZ. (Vol. 3). Maz Suma intermutual.

Gobierno De Santa Fe. (8 de 10 de 2016). *www.santafe.gob.ar.* Recuperado el 20 de 08 de 2017, de https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/231254/1209044/

Gobierno nacional de la República del Ecuador. (2017). Proceso control y mejoramiento de la salud pública. En N. V. Garcès, *Manual de normas de bioseguridad para la red servicios de salud en el Ecuador* (pág. 10). República del Ecuador: Mcp.Gov Ec.

Lifshitz, A. (Junio de 2011). Relación del médico con el personal de salud. *Cirujano General, 33*, 139 - 140.

Manual de Normas y Procedimientos de Bioseguridad. Comité de Vigilancia Epidemiológica (cove) División de Talento Humano. Salud Ocupacional. (2003).

Martha Raile Alligood, A. M. (9 de junio de 2011). *Modelos y teorias en Enfermeria.* Barcelona, España: ELSERVIER.

Ministerio de Salud. (2004). Sistema de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS - MANUAL DE BIOSEGURIDAD. *1(15)*. Lima, Peru.

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. (2016). Manual de Mucamo/a. Santa Fe.

Ministerio De Salud De Santa Fe. (18 de 10 de 2016). *www.santafe.gob.ar.* Recuperado el 20 de 08 de 2017, de https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/231254/1209044/

Morales, S. V. (Mayo de 2009). La Estandarización del Uso de los Elementos de Protección Personal. *Revista de Actualizaciones en Enfermería, 12*(3), 30 - 36 .

Organización Mundial de la Salud. (9 de Noviembre de 2005). *www.who.int*. Recuperado el 23 de octubre de 2017, de www.who.int: http://www.who.int/features/qa/28/es/

Organización Mundial de la Salud. (octubre de 2007). Precauciones estándares en la atención de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (Agosto de 2014). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 22 de novienbre de 2017, de http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ppe-steps/es/

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *SINDROME AGUDO RESPIRATORIO SEVERO (SARS).* Recuperado el 25 de Noviembre de 2017, de Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS) - BVSDE: http://www.bvsde.paho.org/bvsea/matedu/sars_equipo.pdf

Organización Panamericana De la Salud. (2003). MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE BIOSEGURIDAD. Washington: OPS.

Paganini, J. M. (1993). Calidad y eficiencia en hospitales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 483-484.

Pérez Tejeda, A. A., Acuña Pardo, A., & Rúa Martínez, R. (Diciembre de 2008). Repercusión visual del uso de las computadoras sobre. *Revista Cubana de Salud Pública, 34*(4), 1 -9.

Pertierra, A. M. (3 de Febrero de 2014). Protección en salud - FABA. *BIOSEGA*, pág. 8.

Rodríguez, L., & Delgado Madrid, C. (29 de Octubre - Diciembre de 2013). *Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería*. Recuperado el 27 de octubre de 2017, de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4698254.pdf

Sandra Regina da Costa Saar, M. A. (Enero - Febrero de 2007). LOS ROLES PROFESIONALES DE UN EQUIPO DE SALUD: LA VISIÓN DE SUS INTEGRANTES. *Latino - Americana de Enfermagem, 15*(1).

Tomey, A. M. (2007). *Modelos y Teorías en enfermería.* Barcelona: Elsevier.

Universidad de Antofagasta, Chile. (10 de 05 de 2011). *SlideShare*. Recuperado el 27 de Octubre de 2017, de SlideShare: https://es.slideshare.net/edomarino/equipo-de-salud