

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**“CUIDADO DEL CUIDADOR Y GRADO DE ACCIDENTABILIDAD  
LABORAL DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL  
REGIONAL DE ICA - 2016”**

**Tesis presentada por la Maestra:**

**CARMEN ELVIA MEJÍA LENGUA**

Para optar el Grado Académico de Doctora en  
Ciencias: ENFERMERÍA

Asesora: Dra. Sonia Olinda Velásquez Rondón

**AREQUIPA – PERÚ**  
**2017**

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad San Agustín de Arequipa, por brindarme la oportunidad de alcanzar uno de mis más grandes objetivos y llegar a la meta de alcanzar tan alto grado.

Al director del Hospital Regional de Ica por las facilidades brindadas para la realización de la Investigación.

A la jefatura de Enfermería por el apoyo incondicional para así poder realizar la presente investigación.

A mi asesora por su valiosa colaboración, apoyo incondicional durante la elaboración de la tesis.

## **DEDICATORIA**

A mi madre, por brindarme su apoyo incondicional durante los momentos más difíciles de mi vida para así lograr alcanzar mis metas y no dejarme sola en momentos de flaqueza.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	
<b>ABSTRAC</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
B. OBJETIVOS	19
C. HIPÓTESIS	19
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
A. ANTECEDENTES	20
B. BASE TEÓRICA	24
C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	80
D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	80
E. ALCANCES Y LIMITACIONES	81
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>	
A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	82
B. POBLACIÓN	83
C. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN	83
D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	84
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	85
B. DISCUSIÓN	104
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
A. CONCLUSIONES	112
B. RECOMENDACIONES	113
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA 1	EDAD Y SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA – 2016	86
TABLA 2	TIEMPO EN EL SERVICIO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA – 2016	87
TABLA 3	USO DE GUANTES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016	88
TABLA 4	USO DE MASCARILLA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016	89
TABLA 5	USO DE PROTECTOR OCULAR POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016	90
TABLA 6	USO DE BATA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016	91
TABLA 7	USO DE GORRO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016	92
TABLA 8	USO DE BOTAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016	93
TABLA 9	USO DE BARRERAS PROTECTORAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016	94
TABLA 10	LAVADO DE MANOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016	95
TABLA 11	DISPOSICIÓN DE DESECHOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016	96
TABLA 12	INMUNOLOGÍA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016	97
TABLA 13	NIVEL DE ACCIDENTABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA – 2016	98

TABLA 14	USO DE BARRERAS PROTECTORAS Y NIVEL DE ACCIDENTABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016	99
TABLA 15	LAVADO DE MANOS Y NIVEL DE ACCIDENTABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016	100
TABLA 16	DISPONIBILIDAD DE DESECHOS Y NIVEL DE ACCIDENTABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016	101
TABLA 17	INMUNOLOGÍA Y NIVEL DE ACCIDENTABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL REGIONAL DE ICA – 2016	102
TABLA 18	CUIDADO DEL CUIDADOR Y EL NIVEL DE ACCIDENTABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL REGIONAL DE ICA – 2016	103

## RESUMEN

La Investigación Titulada **“CUIDADO DEL CUIDADOR Y GRADO DE ACCIDENTABILIDAD LABORAL DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016”**, tiene como propósito dar información respecto al cuidado del cuidador, papel que corresponde al profesional de enfermería, destacando la aplicación de medidas de bioseguridad.

El uso de barreras protectoras es un medio eficaz para evitar o disminuir la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminados; el personal de enfermería que trabaja en el Hospital Regional de Ica, en un 93.1%, presenta un inadecuado uso de barreras y solamente un 6.9% lo hace en forma adecuada.

El nivel de accidentabilidad de enfermeros que laboran en el Hospital Regional de Ica identificándose que el 70.3% de estos profesionales presentan un nivel de accidentabilidad medio, el 19.4% alto y un 10.3% bajo.

El cuidado del cuidador influye en el grado de accidentabilidad del personal de enfermería; de tal manera que ante cuidados inadecuados, el nivel de accidentabilidad es alto; en cambio cuando éste cuidado es adecuado el nivel de accidentabilidad 16.0% el nivel de accidentabilidad es alto; en cambio cuando éste cuidado es adecuado: 5.7% el nivel de accidentabilidad El estudio fue motivado por el aumento significativo de enfermedades infectocontagiosas, de manera directa e indirecta afecta al profesional de enfermería que brinda cuidados, convirtiéndose en un eslabón más de la cadena de transmisión, siendo la prevención, la única medida posible contra estas enfermedades. En tal sentido, el presente trabajo tiene como objetivo analizar la influencia del cuidado del cuidador con el grado de accidentabilidad laboral de las enfermeras del Hospital Regional de Ica 2016.

La Hipótesis, formulada es El cuidado del cuidador Influye en el grado de accidentabilidad laboral de las enfermeras del Hospital Regional de Ica 2016.

El diseño metodológico elegido fue de tipo: cuantitativo descriptivo, de corte transversal. Se ha considerado como población de estudio a un total de 175 enfermeras que laboran en los diferentes servicios del Hospital Regional de Ica.

El 88.6% del personal de enfermería son mujeres y un 11.4 % son varones; además se tiene que el 30.9% de estas mujeres tienen edades comprendidas entre 41 y 50 años, con predominio de mujeres, con tiempo de servicio mayor de 6 años.



## ABSTRACT

The study was motivated by the significant increase in infectious diseases, directly and indirectly affects the nursing professional who provides care, becoming a further link in the chain of transmission, with prevention being the only possible measure against these diseases. In this sense, the present study aims to analyze the care of the caregiver and degree of occupational accident in the nurses of the Regional Hospital of Ica, 2016. The Hypothesis, formulated is Care of the caregiver INFLUYE In the degree of occupational accidents of the nurses Of the Regional Hospital of Ica 2016.. The methodological design chosen was: descriptive, cross-sectional quantitative A total of 175 nurses working in the different services of the Ica Regional Hospital were considered as the study population.

88.6% of nursing staff are women and 11.4% are men; In addition, 30.9% of these women are aged between 41 and 50 years old, with a predominance of women, with a length of service of more than 6 years.

The use of protective barriers is an effective means of avoiding or reducing direct exposure to blood and other potentially contaminated organic fluids; The nursing staff working at the Regional Hospital of Ica, 93.1%, have inadequate use of barriers and only 6.9% do so in an adequate manner.

The level of accident rate of nurses working at the Regional Hospital of Ica identified that 70.3% of these professionals present an average accident rate, 19.4% high and 10.3% low.

The care of the caregiver influences the degree of accidentability of the nursing staff; In such a way that before inadequate care, the level of accident is high; However when this care is adequate the level of accidentability 16.0% the level of accident is high; However when this care is adequate: 5.7% the accident rate is low.

## INTRODUCCIÓN

La Investigación Titulada **“CUIDADO DEL CUIDADOR Y GRADO DE ACCIDENTABILIDAD LABORAL DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016”**, tiene como propósito dar información respecto al cuidado del cuidador, papel que corresponde al profesional de enfermería, destacando la aplicación de medidas de bioseguridad, así como también el estímulo y motivación acorde con la realidad de realizar programas de capacitación continua dirigidos a promover su propio cuidado protegiendo la salud del personal, paciente y comunidad, disminuyendo el riesgo de infecciones y mejorando la calidad de atención al usuario interno y externo.

Sería beneficioso para la sociedad el poder contar con personas saludables que trabajen y colaboren con la comunidad, además económicamente para una empresa de salud. Significaría no invertir en medicamentos, indemnizaciones, suplencias, reposos o redobles de turnos de trabajo de otro recurso humano.

El estudio permite difundirlo para incentivar su profundización, destacando la importancia de la educación sanitaria en la prevención de enfermedades ocupacionales.

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación, una interacción, que posibilita ver más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que promueve salud y el crecimiento de la persona, en ese sentido, solo es posible cuidar correctamente del otro si el sujeto que cuida se siente debidamente cuidado y si se sabe cuidar.

el auto-cuidado y el cuidado de los suyos, en interacción recíproca de cuidados mutuos, es necesario para desarrollar la posibilidad del cuidado del otro sin descuidarse a sí mismo. Muy frecuentemente se pierde de vista que el cuidador también es un sujeto que, en cuanto tal, es vulnerable y debe protegerse y cuidar de sí mismo para poder desarrollar correctamente su labor en la sociedad.

El auto-cuidado es, ante todo, una responsabilidad del cuidador, debe velar por su cuerpo y por su psiquismo, por su equilibrio emocional y la salud de su vida mental. Pero el cuidado del profesional de enfermería no sólo es una exigencia para el profesional, sino también para la institución y para el sistema, aspecto que debe ser considerado durante su trabajo aplicando, por ejemplo, las medidas de bioseguridad para cuidar al paciente sin dejar de cuidarse a sí mismo.

Los accidentes intrahospitalarios no son nada nuevo en la actualidad, pero se le ha dado más importancia en el ámbito hospitalario con la aparición de la Enfermedad del SIDA, porque constantemente el personal de salud está en contacto con sangre, fluidos y líquidos corporales que pueden transmitir no solo esta enfermedad sino otras que pueden causar la muerte.

Los accidentes y las enfermedades ocupacionales son el resultado de una serie de acontecimientos no planificados que ocurren en el proceso de trabajo, en las condiciones imperantes del ambiente de trabajo o las actitudes de los trabajadores.

La salud ocupacional, a nivel mundial es considerada como un pilar fundamental en el desarrollo de un país, constituyendo una estrategia de lucha contra la pobreza, dichos factores puede conducir a una ruptura del estado de salud y pueden causar accidentes, enfermedades profesionales y otras relacionadas con el ambiente laboral.

El cuidado se define como “un proceso interactivo de la enfermera y el usuario que se ayudan mutuamente para transformarse, actualizarse y desarrollarse hacia mayores niveles de bienestar”. El cuidado ha dado la pauta para establecer teorías y modelos de pensamiento, con una filosofía centrada en el cuidado que le permiten a la enfermera centrar su función principal para la cual fue formada. Sin embargo, son muchos y muy variados los modelos y los paradigmas respecto a la filosofía de enfermería, son distintos sociedad cultural en México, el conocimiento filosófico que han aportado cada uno de ellos es de gran relevancia en el desarrollo de la ciencia de la enfermería, la habilidad para manejarlos y emplearlos en cada una de las acciones y decisiones dentro del marco de actuación del profesional de enfermería actual, dista mucho de desarrollar una filosofía propia de acuerdo a las condiciones actuales de la sociedad.

El cuidado profesional de enfermería como eje primordial para su desarrollo y crecimiento en todas las connotaciones donde se desenvuelve. El reto que significa ejercer enfermería en el siglo XXI, vislumbra la necesidad de un análisis de su filosofía para entender los paradigmas, teorías y modelos con los cuales se está abordando el cuidado profesional de enfermería para guiar sus intervenciones hacia el cuidado de la vida. Es necesario contar con una base filosófica que fundamente su actuar dentro del cuidado profesional como eje de su praxis, además de un análisis de los conocimientos con los que sustenta su Ser y Hacer como profesional.

Comprender el "Ser" y el "Hacer" de la enfermería, requiere realizar indagaciones filosóficas y científicas que den sentido al cuidado. Los profesionales de enfermería son expertos en otorgar cuidados, esto les permite visualizar y tener una filosofía en el desempeño de su labor, lo que genera un poder de autonomía tan amplio como su experiencia, estableciendo el equilibrio correcto entre el poder y la búsqueda de la esencia de enfermería.

Por lo que enfermería en el rápido mundo actual, no puede estar ajena a estos cambios; su compromiso para el cuidado de la vida requiere, que además de los conocimientos de la técnica, de los aspectos instrumentales del cuidado y de la comprensión intelectual, exista conocimiento y el análisis de las bases filosóficas del cuidado, para poder comprender su actuar. Sin embargo, toda esa generación de conocimientos tiene una gran fortaleza propia y es parte del paradigma original de la enfermería; "el cuidado", es así como se muestra el eje de la profesión en una filosofía y la sensibilidad humana que idealmente la caracteriza.

El estudio fue motivado por el aumento significativo de enfermedades infectocontagiosas, de manera directa e indirecta afecta al profesional de enfermería que brinda cuidados, convirtiéndose en un eslabón más de la cadena de transmisión, siendo la prevención, la única medida posible contra estas enfermedades. En tal sentido, el presente trabajo tiene como objetivo analizar la influencia del cuidado del cuidador con el grado de accidentabilidad laboral en las enfermeras, La Hipótesis, formulada es el cuidado del cuidador influye En el grado de accidentabilidad laboral de las enfermeras, la población está conformada por 175 enfermeras que laboran en los diferentes servicios del Hospital Regional.

La accidentabilidad tomadas en cuenta en el profesional de enfermería registra un nivel medio, en razón de la proporción de hechos condicionados para la producción del accidente laboral entre ellos las condiciones mecánicas o físicas inseguras y actos inseguros.

El cuidado del cuidador influye en el grado de accidentabilidad del personal de enfermería; de tal manera que ante cuidados inadecuados, el nivel de accidentabilidad es alto; en cambio cuando éste cuidado es adecuado el nivel de accidentabilidad es bajo.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él, se manifiesta en la práctica inter personal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona.

Los accidentes intrahospitalarios no son nada nuevo en la actualidad, pero se le ha dado más importancia en el ámbito hospitalario con la aparición de la Enfermedad del SIDA, porque constantemente el personal de salud está en

Contacto con sangre, fluidos y líquidos corporales que pueden transmitir no solo esta enfermedad sino otras que pueden causar la muerte.

La Bioseguridad, es una doctrina de comportamientos encaminados a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio ambiente laboral, compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, ambiente que debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgos. Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes, estando o no previsto el contacto con cualquier agente capaz de producir riesgos.

Los accidentes y las enfermedades ocupacionales son el resultado de una serie de acontecimientos no planificados que ocurren en un proceso de trabajo, las condiciones imperantes en el ambiente de trabajo o las actitudes de los trabajadores. Diversos y numerosos estudios estadísticos demuestran la existencia de una asociación estrecha entre el número y la gravedad de los accidentes y las enfermedades ocupacionales, y las condiciones del ambiente de trabajo. Del mismo modo existen acciones que están dirigidas hacia la promoción y protección de la salud de los trabajadores, así como también a la prevención de accidentes de trabajo producido por diferentes factores de riesgos físicos, químicos, biológicos, psicosociales y ergonómicos, denominada salud ocupacional, a nivel mundial es considerada como un pilar fundamental en el desarrollo de un país, siendo ésta una estrategia de lucha contra la pobreza, dichos factores pueden conducir a una ruptura del estado de salud y pueden causar accidentes, enfermedades profesionales y otras relacionadas con el ambiente laboral.

Cada día mueren 6.300 personas a causa de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo – más de 2,3 millones de muertes por año. Anualmente ocurren más de 317 millones de accidentes en el trabajo, muchos de estos accidentes resultan en ausentismo laboral. El coste de esta adversidad diaria es enorme y la carga económica de las malas prácticas de seguridad y salud se estima en un 4% del Producto Interior Bruto global de cada año. Las

condiciones de seguridad y salud en el trabajo difieren enormemente entre países, sectores económicos y grupos sociales. (1)

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en el 2011 informa que alrededor de 337 millones de personas son víctimas de accidentes y enfermedades laborales cada año. Así mismo la organización mundial de la salud (OMS) indica que los incidentes laborales más frecuentes son los accidentes que ocurren con el personal de salud, un tercio de todas las lesiones se presentan en el personal de enfermería debido al uso inadecuado de las medidas de bioseguridad, además estima que la carga global de enfermedades por exposición ocupacional entre el personal de salud corresponde en un 40% a las infecciones por hepatitis B y C y un 2.5% de las infecciones por VIH. (2)

Según la Asociación de enfermeras de Ontario, afirman que los entornos de la práctica de enfermería tienen a menudo peligros biológicos, químicos, físicos y psicológicos. Estos factores ponen al personal en riesgo de desgaste profesional, estrés, enfermedades laborales, exposición a patógenos de transmisión sanguínea y desórdenes músculo- esqueléticos. (3) En el año 2010 sólo en los Estados Unidos se reportaron más de un millón accidentes laborales en personal de salud. Siendo este sector el que registra por ej. La más alta incidencia de trastornos músculo esqueléticos, más que cualquier otra industria. (4)

Arena S. (2011) en un estudio analítico relacionado al riesgo biológico destaca el alto riesgo que tiene el personal de enfermería durante su ejercicio profesional para accidentarse con exposición biológica, así como los factores de riesgo asociados a la accidentabilidad laboral de riesgo biológico, análisis extraído de la prevalencia de riesgos laborales existentes en años anteriores, en relación con la exposición accidental ocupacional de riesgo biológico para los trabajadores de salud, se ha observado un subregistro, hay estudios realizados en México, que demuestran un subregistro del 41% en el reporte de accidentes de trabajo, encontrando como causa el desinterés del trabajador al no considerarlo importante (53%), la no cobertura en el sistema de riesgos profesionales (24%) y la negligencia del patrón(10%); asimismo en otro estudio realizado en el mismo



país en diferentes instituciones de salud reportan un subregistro entre el 23% - 77%. (5)

Respecto a la aplicación de medidas de bioseguridad en el servicio de emergencias, un estudio realizado en Ecuador identifica mediante la observación in situ que el 70% de usuarios encuestados no toman las medidas de bioseguridad necesarias al momento de realizar la atención. A pesar de existir los materiales y equipos para la prevención de infección durante la atención pacientes en el área de emergencia así como el manejo de los desechos hospitalarios, muchos enfermeros y enfermeras no los utilizan adecuadamente, generando un alto riesgo biológico. Los enfermeros manifestaron que hace falta un programa de capacitación exhaustiva, para la aplicación correcta de atención a pacientes y protocolos para el manejo de desechos hospitalarios. (6)

En Colombia, la tuberculosis representa un riesgo ocupacional significativo, explica entre 5 y 5.361 casos por 100.000 casos con mayor incidencia en los trabajadores del área de salud sobre la población general, principalmente en los países en desarrollo. El personal de la salud es fundamental en la lucha contra la tuberculosis y, por lo tanto, debe estar protegido. Los factores de riesgo de contagio incluyen la frecuencia de pacientes con tuberculosis atendidos, la función y el lugar de trabajo del trabajador del área de salud, la demora en el diagnóstico, la presencia de pacientes con cepas multirresistentes, los inadecuados sistemas de ventilación, la falta de protección adecuada contra aerosoles y el personal con compromiso de su estado inmunológico o desnutrición. (7)

Es así que el Perú no es ajeno a esta realidad, en la cual se puede evidenciar en una investigación denominada "Accidentes con fluidos biológicos en el Hospital Nacional Dos de Mayo," en el 2009, donde se indica que las enfermeras ocupan el 2° lugar dentro del grupo ocupacional de los accidentes de este tipo, específicamente los accidentes fueron 81% con material punzo cortante: agujas hipodérmicas, y un 17% por salpicaduras en ojos y en mucosas; asimismo indica que los servicios donde ocurrieron los accidentes laborales son: emergencia 33%, Sala de Operaciones Central 10%; y las circunstancias donde ocurrieron

estos accidentes fue durante el procedimiento quirúrgico 37%, siendo esta realidad un problema que atenta contra el trabajo digno de los profesionales de la salud.

De tal manera, en el Hospital Regional de Ica se observa que las enfermeras de los diferentes servicios, corren el riesgo de estar expuestas al manejo de fluidos biológicos y/o riesgo a enfermedades ocupacionales debido a los procedimientos que realizan: canalización de vías endovenosa, aspiración de secreciones, transfusiones sanguíneas, curación de heridas, etc. No sólo al mayor contacto con sangre, secreciones en general, agujas, jeringas e instrumental contaminado; sino también a las condiciones laborales, es decir la presencia de material y equipos que permitan condiciones óptimas para proteger al profesional de enfermería del riesgo a sufrir accidentes laborales por inadecuadas prácticas en la prevención de riesgos biológicos. En tal sentido, en las instituciones del ministerio de salud (MINSa), se percibe una escasa implementación con respecto a los equipos bioseguridad como: mandiles, mascarillas, guantes, lentes protectores, etc. Además existe una gran demanda de pacientes en estas instituciones que no cuentan con recursos económicos, asumiendo ellos mismos la obtención del material para el paciente y la protección de las enfermeras, algunos no adquieren todos los materiales, por ende los profesionales de enfermería no tienen una adecuada protección al realizar los procedimientos por no contar con equipos de bioseguridad predisponiéndoles en muchas ocasiones a adquirir enfermedades por contacto con fluidos corporales derivados de la atención al paciente, dificultando la calidad de los cuidados de enfermería, como también su salud. Sin embargo esto sería minimizado si en estas instituciones hubiera una adecuada distribución de material así como también la capacitación cada cierto periodo de tiempo comprometiendo la asistencia de los trabajadores, asimismo proporcionando manuales que estén a la disposición de todos los trabajadores protegiendo de esta manera su salud e integridad.

A esto se le suma una deficiente responsabilidad y prácticas por parte de las enfermeras en la prevención de agentes biológicos en dicho nosocomio. Al respecto algunas enfermeras manifestaron: "No tener tiempo, porque hay

muchos pacientes, no hay material, no es de riesgo, realizan sus actividades con cuidado, el paciente no está infectado, etc. Las enfermeras como parte importante en la atención de pacientes son las encargadas de proporcionar minuciosamente los cuidados de enfermería a todos los pacientes que le son asignados, para ello requieren conocimientos, habilidades y actitudes que le permiten desarrollar una actividad digna y abnegada tomando en cuenta sus principios éticos y morales.

En tal sentido, se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la influencia del cuidado del cuidador en el grado de accidentabilidad de las enfermeras que laboran en el Hospital Regional de Ica, 2016?

## **B. OBJETIVOS**

### **1. OBJETIVO GENERAL**

Analizar influencia del cuidado del cuidador con el grado de accidentabilidad laboral de las enfermeras del Hospital Regional de Ica 2016.

### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 2.1. Caracterizar a la población en estudio por edad, sexo y tiempo de servicio.
- 2.2. Observar la aplicación de las medidas de bioseguridad, el lavado de manos, el uso correcto del manejo y tratamiento de los desechos.
- 2.3. Determinar el grado de accidentabilidad laboral en las enfermeras.

## **C. HIPÓTESIS**

El cuidado del cuidador Influye en el grado de accidentabilidad laboral de las enfermeras del Hospital Regional de Ica 2016.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### A. ANTECEDENTES

**CABAL (2013) España** concluye que el conocimiento obtenido a través del test correspondiente puede considerarse como bueno, por el contrario, el cumplimiento de la normativa sobre bioseguridad es menor. El porcentaje de enfermeros que sufrieron un accidente biológico es alto (40.2%) siendo el pinchazo con la aguja y la salpicadura de líquidos biológicos las causas más frecuentes. El cumplimiento de las normas de bioseguridad se relacionó con la mayor edad con haber terminado la carrera antes, así como una mayor experiencia laboral en UCI. (8)

**PANIMBOZA Y PARDO (2013) Ecuador** manifiesta que las barreras físicas, se logró evidenciar que un porcentaje relevante del personal de enfermería no

utilizan las barreras físicas en el cuidado al paciente situación que resulta preocupante, ya que deben darle cumplimiento a las medidas de bioseguridad para de esta manera protegerse y prevenir enfermedades infecciosas y evitar el riesgo por exposición a agentes biológicos, por ende se indago si la institución proveía de insumos para la protección del personal y con las observaciones que se realizó se constató que sí, pero es el personal de enfermería que no utiliza la indumentaria correspondiente. Por otro lado el personal no utiliza los lentes protectores los cuales sirven para evitar infecciones por salpicaduras de cualquier sustancia contaminada, sin embargo casi siempre utilizan las mascarillas y los guantes, por lo tanto las medidas de bioseguridad no se cumplen a cabalidad esto quiere decir que el personal está expuesto a sufrir un accidente laboral. (9)

**TIRCIO M. (2012) Ecuador** indican que las normas de bioseguridad no son cumplidas a cabalidad, por un porcentaje minúsculo de la población estudiada, quienes no llevan un buen manejo de desechos hospitalarios, en particular no usan las uñas cortas. Esta situación viola la normativa legal sobre salud y seguridad vigente en el país, además de ser un atentado al bienestar e integridad de la comunidad. Con los resultados obtenidos se evidenció que existe una incidencia mínima de accidentes laborales del personal del área de estudio. (13)

**ALARCÓN Y RUBIÑOS (2012) Perú,** concluyen que la mayoría de profesionales de enfermería en estudio, tienen un conocimiento regular en la prevención de riesgos biológicos; con respecto a este porcentaje es una cifra que debería llevar a reflexionar y promover una rápida solución, se sabe que la carencia de conocimiento, determina comportamientos equivocados y erróneos. El mayor porcentaje de enfermeras realiza una práctica regular representado por el 55.81% y el 39.53% tienen una práctica deficiente, siendo necesario mejorarla, monitorizando y evaluando sus actividades. Cabe mencionar que las deficientes prácticas en cuanto al manejo de riesgos biológicos aumentan los accidentes laborales en el sector sanitario. Al establecer la relación entre conocimiento y la práctica en la prevención de riesgos biológicos de las

enfermeras del Hospital Belén- Lambayeque, se aplicó la prueba de chi-cuadrado mediante el cual se demostró que estadísticamente no existe relación significativa, observándose que el conocer sobre la prevención de riesgos biológicos no implica su práctica en las actividades laborales. (15)

**MIGUEZ H, YAÑEZ X, SALTO S. (2011) Ecuador**, considera que los riesgos a los que se encuentran más expuestos el personal en el área del centro quirúrgico , son los agentes físicos, el personal encuestado afirma ser prudente y cuidadoso en el manejo de desechos Corto Punzantes, infecciosos, comunes y especiales. Se evidencia que el personal encuestado afirma haber sufrido accidentes laborales en las que destacan las salpicaduras y cortaduras, los mismos que fueron reportados al departamento de epidemiología para realizar un seguimiento de reacciones adversas para el afectado (12)

**FLORES Y GASCO (2010) Venezuela** relevaron que el 48,0% del personal respondieron usar siempre guantes teniendo riesgo muy bajo de contaminarse; el 64,0% del personal respondieron usar siempre envases para desechar los objetos punzocortante, teniendo muy bajo riesgo; el 80,0% del personal respondieron realizarse siempre el lavado de mano antes y después de cada procedimiento, teniendo un riesgo muy bajo de contaminarse; el 44,0% del personal contestaron usar las medidas de asepsia y antisepsia en cada procedimiento, teniendo un riesgo muy bajo; el 60,0% contestaron tener contacto con fluido sanguíneo y secreciones, teniendo un riesgo muy alto; el 80,0% contestaron exponerse a enfermedades infecto contagiosas, teniendo un riesgo muy alto Los resultados demuestran que el personal de enfermería tiene un bajo riesgo de contaminarse.(10)

**BECERRA Y CALOJERO (2010) Venezuela** concluye con respecto al lavado de manos es excelente, ya que de acuerdo con la escala cualitativa el 95,31% y el 97,66% siempre se lavan las manos antes y después de cada procedimiento respectivamente. En relación al uso de guantes se determinó que en cuanto al nivel de aplicación son excelentes, ya que de acuerdo a la escala cualitativa siempre aplican las técnicas para colocación de guantes estériles y el retiro de guantes contaminados, así como el uso en la realización de procedimientos

invasivos. En cuanto al nivel de aplicación con respecto al uso correcto de la ropa impermeable del personal de enfermería se observó que a menudo tiene y utiliza correctamente el tapabocas, pocas veces las botas desechables y el gorro y nunca utilizan la bata. El 100% no utiliza lentes protectores durante las actividades que requieren protección ocular. Por lo tanto de acuerdo a la escala cualitativa nunca se aplica. De acuerdo a lo observado en el manejo de material punzocortante el nivel de aplicación es a menudo, debido a que el 74,29% del personal de enfermería practica el re-encapsulado de agujas con una sola mano. Finalmente, cabe destacar que el personal siempre cuenta con envases adecuados para el descarte de material punzocortante, y de acuerdo al nivel de aplicación siempre separan los desechos adecuadamente. (11)

**MAYORCA Y. (2010) Lima - Perú** refieren que del 100% de los internos el 56% presentan prácticas correctas y 44% prácticas incorrectas durante la canalización de vía periférica. Presentan aplicación correcta en los siguientes ítems: lavado de manos antes del procedimiento 61%, colocación de mandil 64%, permeabiliza el equipo (llave triple vía y extensión) 86%, prepara algodones limpios 83%, además se observó que hay prácticas incorrectas como son preparación de algodones con antiséptico 47%, uso de cubeta estéril 39%, uso de guantes 17%, entre otros. Significa que el uso de barreras de protección no se aplica en un 100% de los casos, siendo necesaria una capacitación más cuidadosa a los profesionales sobre las prácticas seguras de trabajo.(16)

**CÁRDENAS C. (2010) Lima – Perú**, concluye que el profesional de enfermería, el (56.7%) con conocimiento bajo, no cumple las medidas de bioseguridad (63.3%) en el servicio de emergencia. Lo obtenido permitió llegar a la conclusión que las enfermeras tienen un nivel de conocimiento bajo sobre las medidas de bioseguridad durante la atención de los pacientes. Existen errores comunes como son: mal uso de guantes, menor frecuencia de lavado de manos, re-encapuchado de las agujas, etc. (17)

**CORREA J, CARMO M. (2009) Brasil** evidenciaron la existencia de 298 accidentados (37,4%) entre los sujetos estudiados, totalizando 443 ocurrencias. La enseñanza sobre el tema ocurrió de manera no sistematizada, sin continuidad

y sin énfasis en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Sin embargo, se demostró a través del análisis estadístico inferencial que existe alguna evidencia de que la enseñanza recibida en los cursos de enfermería realizados contribuyó para una disminución en el número de accidentes. (14)

## **B. BASE TEÓRICA**

Es importante destacar que la alternativa teórica asumida para el proceso de investigación, se ha escogido el Modelo Teórico de Dorotea Orem.

Las teorías y modelos de enfermería son pieza clave para la intervención en el presente estudio fue adoptada la teoría de Dorotea Orem, etiqueta su teoría de déficit de auto cuidado como “una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de auto-cuidado, que describe el porqué y el cómo las persona cuidan de sí mismas; la teoría del déficit de auto cuidado, que describe y explica como la enfermería puede ayudar a la gente; y la teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado de la enfermería”. Dorotea concibe a la persona (trabajador) como ser bio-sico-social, capaz de aprender y satisfacer los principios de auto-cuidado, el cual es afectado por su entorno definido como factores físicos, biológicos, químicos, sociales, que puede influir o interactuar en la salud de la persona entendida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental” entendiéndola como un concepto inseparable de los factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales, la cual debe incluir la promoción, la prevención y la rehabilitación de ésta. Por lo tanto, el objetivo de enfermería es el cuidado de los trabajadores, buscando ayudarlos a mantener por sí mismo las acciones de autocuidado para conservar la salud; mediante los métodos de ayuda, que se dan mediante tres sistemas de enfermería:

1. Totalmente compensatorio, cuando todo el cuidado lo asume la enfermera.



2. Parcialmente compensatorio, las acciones de cuidado se dan entre la persona afectada y la enfermera.
3. De Apoyo educativo, cuando el trabajador puede aprender la forma de hacer su cuidado bajo orientación, instrucción y supervisión de la enfermera. Inicialmente compensa las limitaciones, da guía y apoyo físico, emocional y psicológico, ofreciendo un entorno que fomente el desarrollo de la persona además cumple la función más importante de orientar, enseñar y educar a los trabajadores en el cuidado y apropiación de su salud. “El auto-cuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y DONOHUE, J. Et al. Teoría déficit de autocuidado. Modelos Conceptuales. D. Orem. (2009) Pág. 181. 35 que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar.” El auto cuidado, es una estrategia para la promoción de salud, indica la capacidad y el poder de los trabajadores para el cuidado de su salud y bienestar.

Abello y Tobon (2009) hablan del auto-cuidado en la salud del trabajo y refieren la necesidad de que los multiplicadores de esta puedan inducir al personal de enfermería a identificar prácticas habituales voluntarias e intencionales para el cuidado de la salud, como factores esenciales en el entendimiento del significado del auto-cuidado, la posibilidad de empoderamiento y la conciencia de no delegar exclusivamente en otros, cuidados de la salud. (18)

Definición conceptual de la variable En el presente estudio se adopta la teoría de Dorotea Orem con el concepto definido por los autores Abello, L. y Tobon A. (2009), denominando al Nivel de Riesgo laboral como el grado de accidentabilidad en que todo aquel aspecto del trabajo que ostenta la potencialidad de causarle algún daño al trabajador. Estos daños o peligros presentes en los lugares de trabajo se pueden catalogar como:

- Agentes biológicos.

- Agentes químicos.
- Agentes físicos.
- Condiciones no ergonómicas.
- Agentes psicológicos. Para lograr disminuir estos riesgos, se consideran las acciones de autocuidado que llevan a cabo los trabajadores orientados a los agentes biológicos, químicos y físicos.

## **1. HISTORIA DEL CUIDADO**

Desde tiempos remotos, los hombres se preocuparon de asegurar la continuidad de la vida de grupo y perpetuar la especie, organizando las tareas para asegurar la cobertura de una serie de necesidades: alimentación, protección de intemperies, defensa del territorio, salvaguarda de los recursos y de las enfermedades.

A nivel de hipótesis se supone que debido a la división del trabajo, la mujer tuvo un papel destacado en la práctica de los cuidados durante la Prehistoria, un papel que tiene el objetivo de "asegurar el mantenimiento y la continuidad de la vida" (Collière). La mujer se convierte en cuidadora de los niños o enfermos, tomando el concepto de cuidar en el amplio sentido: alimentar, proteger del frío y calor, movilización..., es decir que "Cuidar, velar representa una serie de actos para asegurar la satisfacción de una serie de necesidades indispensables para la vida, con el objetivo de hacer retroceder a la muerte," utilizándose métodos elementales para responder a las necesidades de los individuos.

En la edad antigua, dos culturas (griega y romana) contribuyeron significativamente en la consolidación de la Medicina y de otras profesiones sanitarias y el cristianismo impulsó a muchas personas a cuidar a enfermos y favoreció también la creación de enfermerías en monasterios y hospitales. En la cultura griega, destaca Hipócrates, considerado el Padre de la medicina, reconocido por su espíritu dirigido a curar enfermedades con el compromiso de servir a quien lo necesite. La presencia de profesiones sanitarias menores

(masajista, obstetra) casas de algunos patricios, reservados para militares y gladiadores heridos o enfermos. Es destacable la presencia de mujeres en el ejercicio de la Medicina y una legislación muy completa de la profesión médica y colaboradores. En esta época los emperadores, reyes, personajes ilustres tenían acceso a los médicos formados, pero la mayoría de y la existencia de "Valetudinarios"<sup>7</sup>, especie de hospitales ubicados en las grandes la población estaban al cuidado de la mujer (8), quien a partir de las propias experiencias de su cuerpo, saberes transmitidos de madres a hijas y del empirismo adquirido por la observación, fue cuidando una serie de enfermedades a partir de regímenes y de extractos de plantas que se administraban de diferentes maneras (vahos, enemas, gargarismos, cataplasmas, infusiones, etc.). A esta Enfermería incipiente se la podría denominar "Enfermería intuitiva". El cristianismo fue un acontecimiento que influyó sin duda en el cuidado de los enfermos, a partir de una nueva filosofía de la vida- desprecio de las riquezas, ayuda al pobre y desvalido- que indujo a muchas personas a dedicarse con gran abnegación y escasos conocimientos a los enfermos sin recursos, quienes eran considerados desechos de la sociedad y morían solos y sin ayuda.

Las epístolas de San Pablo mencionan a Febe, mujer nombrada diaconisa a quienes algunos autores la consideran primera enfermera de la historia. Febe, al igual que las diaconisas de su época cuidaba de los enfermos en sus domicilios.

Otras organizaciones que se dedicaron al cuidado de los enfermos fueron las "Viudas y Vírgenes" y las "Matronas romanas", entre las últimas destaca: Fabiola que fundó el primer hospital de Roma en el año 390. Los cuidados de Enfermería prodigados por estas organizaciones se limitaban a cuidados elementales de higiene, alimentación, abrigo y confort al paciente en su sufrimiento. (19)

En la edad media aparecieron los monasterios se convirtieron en centros de cultura y de asistencia a los enfermos. En cada uno de ellos existía un hospital con salas de hombres a cargo de hombres y sala de mujeres a cargo de mujeres. Poco a poco los monjes y monjas fueron desplazando a las mujeres que siempre habían prodigado los cuidados de Enfermería, comenzando la

etapa que Collière denominada "Mujer Consagrada". A partir de aquí se pierden unas prácticas y rituales que durante siglos habían sido útiles. La filosofía de estas mujeres y hombres ordenados comportaba dar mucho valor al aspecto espiritual (dualismo cuerpo – mente alma), por medio de la oración, mientras que las técnicas de Enfermería eran muy elementales: abrigar a los pacientes, alimentarlos, lavarlos, colocarles agua fría de rosas para la fiebre, transportar y curar heridos. Estos cuidados, estaban dirigidos a enfermos pobres y humildes quienes se beneficiaron del aumento del número de personas dedicado a la atención de los enfermos.

Los árabes favorecieron el resurgir de la cultura al traer de nuevo las obras clásicas de los griegos por medio de sus recopilaciones y traducciones, lo que permitió conocer de nuevo a Hipócrates y a Galeno.

Las Cruzadas, que duraron casi dos siglos (1096-1271), fueron un acontecimiento que tuvo muchas consecuencias y repercusiones en el desarrollo de la sociedad y en campo sanitario. Estas expediciones destinadas a liberar Tierra Santa de manos de los turcos favorecieron una serie de problemas sanitarios, médicos y sociales a causa de la extensión de enfermedades como la lepra y epidemias por la gran movilización de masas no siempre bien alimentadas, presencia de huérfanos y abandono de los cultivos, con la escasez de alimentos que comporta.

La enseñanza de la Medicina se hizo inicialmente en los monasterios y las escuelas catedralicias (Salerno s. XI), hasta la llegada a la Universidad en el s. XIII, pero para ejercer como enfermera/o no se le exigía formación, la vocación se consideraba suficiente.

Una de las primeras referencias escritas de la profesión de Enfermería (en España) aparece en las "Ordinacions" (reglamento) del Hospital de la Santa Creu de Barcelona en 1417, donde se definen las funciones y responsabilidades del "Infermer" (enfermero) que llevan a considerar que la "Génesis de la profesión. El contenido de las funciones detalladas tenía en cuenta aspectos tan variados y completos como la dieta, higiene de los pacientes, prescripciones

médicas, relación con el enfermo, el respeto por sus pertenencias y por su libertad (referida a aceptar el tratamiento en el hospital) y la observación del enfermo.

El período histórico europeo, fijado entre mediados del siglo XV y mediados del XVI, significa el resurgimiento de la civilización, artes, estudios y un redescubrimiento de los saberes clásicos. Es una etapa de grandes descubrimientos en todos los campos especialmente en Medicina.

Mientras los progresos de la Medicina, son constantes y evidentes, la Enfermería va a entrar en período de decadencia debido a la Reforma protestante que se desarrolló a lo largo del siglo XVI ya que en los países que se adhirieron a la Reforma, desaparecieron las órdenes religiosas, quedando los cuidados de Enfermería en manos de sirvientas y asistentas sin preparación que trabajaban 48 horas seguidas, cobraban salarios de miseria y daban un atención ínfima al enfermo. Los hospitales se convirtieron en lugares de desesperación y horror. Más adelante hubo preocupación por crear manuales para las comadronas y diaconisas, sin embargo aún se restaba importancia el fundamento científico en el cuidado del que sufre.

Las diaconisas de Kaiserswerth fueron seleccionadas de entre un grupo de jóvenes de buena familia y vida ejemplar. Recibían clases de los médicos del centro y del propio Fliedner y esposa, él impartía Ética y ella clases prácticas. Aunque los conocimientos eran muy limitados su labor fue bastante eficaz y su fama se extendió por toda Europa.

Sin embargo la auténtica profesionalización de Enfermería, llegaría de mano de una mujer inglesa llamada Florence Nightingale (1823-1910). Nació en Florencia durante un viaje de sus padres en esta Ciudad. Creció en una atmósfera de lujo y confort. Inició los estudios de Enfermería, a pesar de la oposición de su familia y en 1851, estuvo en la Escuela de las Diaconisas de Kaiserwerth donde completó su formación. De nuevo en Inglaterra dirige una casa de salud en Londres, para institutrices enfermas, donde con la incorporación de sencillas mejoras como: agua caliente en las habitaciones, timbre para llamar cuando

fuera preciso, ascensores, búsqueda de un trabajo tras el alta, consiguió elevar de forma significativa los cuidados prestados.

## **2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

M. F. Collier, estudiosa de la materia dice que “los cuidados son un conjunto de actos de vida, habituales y cotidianos, que tienen por objeto permitir que esta continúe y se desarrolle”. En los orígenes, las “prácticas cuidadoras” ligadas a la conservación de la especie humana, o, dar cuidados o cuidar “...era una noción ligada a cualquier forma de vida, y proporcionar cuidados puede considerarse inseparable de la noción de supervivencia de los seres humanos, de la continuidad de la vida en grupo, del desarrollo y mantenimiento de la vida...”, “...que cuidar representa un conjunto de actos cuya finalidad es conservar la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida.

Los cuidados de enfermería, por lo tanto, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y asistir sanitariamente al paciente.

Cuando una persona se encuentra internada en un hospital (es decir, cuando debe pernoctar en el centro de salud), los cuidados de enfermería incluirán el control del suero, el monitoreo de sus parámetros vitales y el suministro de los medicamentos indicados por el médico, entre otras.

Los enfermeros también pueden, en algunos casos, desplazarse hasta el domicilio del paciente para brindarle ciertos cuidados. Ese es el caso de un enfermero que visita a un anciano para aplicarle una inyección de manera diaria o para tomarle la presión arterial.

Cabe destacar que, para proporcionar cuidados de enfermería, es necesario obtener un título que sirva como habilitación. Las características de la formación y de la titulación dependen de cada país, ya que la carrera de enfermería puede ser terciaria o universitaria y requerir de diversas capacidades.

Según Virginia Henderson, una enfermera norteamericana nacida en 1897 que se apoyó en la fisiología y la psicología para teorizar su propia visión de la enfermería, las enfermeras y los enfermeros tienen la función principal de atender a las personas enfermas o sanas para llevar a cabo las actividades que colaboran con su recuperación o bien a evitar que padezcan cuando se acerca su hora final. Los cuidados de enfermería son un servicio que compensa la falta de fuerza, conocimientos o voluntad, dependiendo del trastorno.

Henderson propuso un modelo que consta de 14 necesidades básicas, que responden a su idea de que todos los seres humanos tenemos las mismas y que los cuidados de enfermería surgen de analizarlas y buscar la forma de satisfacerlas:

- Respirar con normalidad.
- Comer y beber de manera adecuada.
- Eliminar los residuos del cuerpo.
- Moverse y cuidar la postura para evitar trastornos de tipo óseo y muscular.
- Respetar la cantidad de horas recomendadas de sueño y descansar durante el día para hacer un buen uso de las energías y evitar el desgaste excesivo.
- Escoger la vestimenta que se quiera usar a cada momento, según las diferentes variables que puedan involucrarse, tales como la temperatura y el tipo de actividades a realizar, y ponerse o quitarse la ropa por sus propios medios.
- Mantener la temperatura corporal, tomando recaudos como utilizar ropa abrigada, resguardarse del frío y del calor excesivo y ambientar el hogar.
- Cuidar la higiene y la integridad de cada parte del cuerpo.
- Evitar cualquier práctica que ponga en peligro o que perjudique a terceros, directa o indirectamente.

- Expresar las necesidades y emociones, temores y deseos a través de la comunicación con el resto de los seres vivos.
- En el caso de las personas religiosas, llevar a cabo las prácticas que necesitan para acercarse a sus creencias y alimentarse de sus enseñanzas.
- buscar la satisfacción de sentirse útiles a través del desarrollo de alguna actividad productiva, ya sea vocacional o meramente laboral, pero que devuelva algo y haga sentir independencia y provecho.
- Divertirse, jugar, participar de actividades en las que se sienta placer y dejar de lado las preocupaciones.
- Estudiar, aprender, descubrir nuevos mundos, explorar el conocimiento impulsados por la curiosidad, para poder desarrollar el intelecto.

La profesión de Enfermería reconoce el carácter y la necesidad transdisciplinar de intervención para la solución de los problemas de salud de la población, más aun en los tiempos actuales de globalización económico-social y de reforma sectorial en la que se requiere de la acción humana corporativa y en equipo. La Enfermería es una profesión que requiere de un espacio de reflexión individual de recreación teórico-epistemológica, para reemprender nuevas respuestas prácticas a los desafíos y retos de la revolución científico - tecnológica y reposicionarse como profesión moderna para la interacción multidisciplinar de la salud, sustentadas en una renovación e incorporación conceptual del progreso humano. La Enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuya esencia es el respeto a la vida y el cuidado del ser humano; correspondiéndole para ello, realizar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud presentes o potenciales. (20)

La noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental y constituye un modo de ser. Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la Enfermería y se esboza como criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. Se consideran como elementos del cuidado aquellos aspectos afectivos que se relacionan con la



actitud y el compromiso de la Enfermera y, de otro lado, elementos técnicos y tecnológicos que no pueden ser separados para otorgar cuidados. Finalmente, un aspecto importante es considerar a la enfermera en su interacción con el paciente, el significado del cuidado para el que brinda y el que recibe el cuidado. El quehacer de la Enfermería requiere de conocimientos científicos, tecnológicos aplicados a través de un modelo teórico que permita dar sentido al mundo empírico y, por tanto, entender de una manera más coherente y controlada la práctica. Roger en 1967 planteó: «Sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional». Sucede sin embargo, que los profesionales de Enfermería han descuidado la aplicación de un modelo o sustento teórico en la práctica; la exigencia de que los profesionales de enfermería desarrollen un pensamiento crítico, aplicación de tecnología de último nivel, pero sin descuidar la sensibilidad humana, están haciendo que la Enfermera aplique el proceso de Enfermería sin un modelo teórico de referencia, lo que no es más que una simple secuencia de actividades que, probablemente, sólo encuentran significado para quien está aplicando este proceso. Finalmente, queda resaltar la necesidad de trabajar desde las entidades educadoras y desde la investigación, a fin de contribuir a fortalecer la aplicación de las teorías y modelos conceptuales de Enfermería en cada una de las actividades, así como desarrollar modelos de gestión del cuidado de enfermería. El cuidado en estudios recientes acerca del significado de cuidado por parte del profesional de enfermería se refieren a la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado. Por otra parte, el cuidado se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica. Si se entiende que el significado que se tenga de un fenómeno condiciona la forma en que va a ser representada la realidad en los sujetos, y que, de acuerdo con Levinas, las palabras introducen la franqueza de la revelación en la cual el mundo se orienta y adquiere un significado entre los individuos, entonces, la relación enfermera(o)-

paciente, como seres dialógicos, implica un encuentro humanizador, que tiene como propósito despertar la conciencia del otro a través de la reflexión de los cuidados, que incluye las creencias y los valores que impregnan la atmósfera en la que tienen lugar los hechos y las circunstancias del quehacer de enfermería . Por lo antes mencionado, es necesario comprender cómo representa la enfermera(o) su hacer profesional a través de formaciones subjetivas como: opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos; Daza CR, Torres PA, Prieto R. G. tal comprensión servirá para mejorar el cuidado de su práctica, que actualmente adolece de significado y, por tanto, de un reconocimiento propio. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici permite comprender de manera flexible la posición intermedia entre el concepto que se obtiene del sentido real, y la imagen que el personal de enfermería reelabora del cuidado. (Enfermero Mg. Natalie Loncharich-Vera)

### **3. EPISTEMOLOGÍA DEL CUIDADO ENFERMERO**

Para reflexionar sobre el desarrollo epistemológico de Enfermería, se hace necesario partir de la revisión de la definición de epistemología, ésta es la rama de la filosofía que considera la historia del conocimiento. Suscita y responde preguntas relacionadas con el conocimiento de su naturaleza, los métodos y las limitaciones del desarrollo del conocimiento y describe los diversos criterios con los cuales se acepta. Por esta razón los aspectos epistemológicos contribuyen a aumentar la conciencia sobre la complejidad y diversidad de las perspectivas, enfoques y teorías, en los progresos, la verdad y sus métodos; bajo esta perspectiva. Meleis, hace distinción entre los tipos de problemas en el conocimiento y desarrollo, por esto busca a aquellos que pueden parecer los más apropiados para el progreso teórico de una disciplina, en este caso, Enfermería; y maneja las restricciones epistemológicas potenciales aun cuando sean inadecuadas, que surgen de la aceptación de factor de enfoque de una teoría o de una perspectiva, sin hacer un estudio cuidadoso de las alternativas.

Todo conocimiento ha partido de una realidad que poco a poco se ha ido consolidando. Dentro de ese conocimiento cabe una gama de fenómenos muy

abstractos y otros muy concretos, sin importar que tan complejo sea siempre estará sujeto a un sustento teórico y a un pensamiento filosófico.

En el caso de Enfermería, el primer momento del desarrollo del conocimiento fue intuitivo; la experiencia frente al manejo de situaciones marchó fundamentada en el ensayo y error. Los conocimientos fueron transmitidos de una generación a otra mediante el lenguaje oral, convirtiéndose el cuidado en una vocación de ayuda y de servicio en la que se logra acumular una experiencia empírica y un quehacer que no se diferenciaba de otros oficios.

Posteriormente, siente la necesidad de buscar un fundamento teórico acorde con el desarrollo de otros conocimientos para prestar el cuidado. Se comienzan a gestar prácticas sanitarias orientadas al cuidado de las personas haciendo énfasis en las normas de higiene, de control del medio ambiente, hacia la observación de los pacientes y su comodidad, a la administración de medicamentos ordenados por el médico. En este momento se centra la práctica en el cumplimiento de un quehacer señalado por el médico, con poca autonomía frente al cuidado y un estricto cumplimiento de reglas, tradiciones entre otras que la reducían a un oficio, siendo necesario establecer programas de formación en esta profesión futura. (21)

En esta evolución del conocimiento de enfermería se reconocen dos paradigmas: el empirista y el interpretativo; los cuales representan una realidad opuesta, el empirismo basa su conocimiento en la comprobación por los sentidos, lo que se llama suposición ontológica, sin embargo el interpretativo, basado en una formación filosófica, sociológica tiene su visión ontológica en que la realidad es compleja, holística, y deriva del contexto. Los trabajos de Fawcet y Meleis evidencian dichas concepciones.

Los conceptos del metaparadigma de enfermería surgen con base en la búsqueda de aspectos comunes en la práctica, de los cuales se han identificado cuatro constructos: persona, la salud, la sociedad/ambiente o contexto y la enfermería.

En la actualidad, las enfermeras definen el cuidado; en acciones dirigidas a lograr la recuperación de la salud del paciente, sin olvidar el origen o residencia y la cultura en el que se desarrolla. Las enfermeras comprenden que los cuidados integrales los da una enfermera profesional que practica la enfermería y que tiene la responsabilidad del cuidado del paciente, entendiéndose como profesional, a una enfermera con habilidades, actitudes, valores culturales y éticos, necesarios, para practicar la enfermería. La enfermera se remite a un cuidado que se basa en la cultura de la persona que recibe el acto de cuidar, relacionando esta forma de pensar con el concepto de Leininger sobre la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado. De ahí que el cuidado siempre será único y diverso en cada paciente; ya que se desarrollan en diversas etapas de vida y de culturas distintas, es decir: cuidar profesionalmente es una acción que se puede realizar en toda la diversidad de estados del ser humano, en un estado de enfermedad física, mental, rehabilitación, nunca se deja de cuidar la salud, definitivamente el cuidado profesional es de los enfermeros, la enfermera es la única que sabe cuidar, de manera integral. El cuidado va intrínsecamente relacionado con la curación, la ética y la escala de valores de cuidado, curación, y salud; comprenden el contexto profesional, la misión de la enfermera y su razón de ser para la sociedad, La conceptualización de cuidado es entendida como la misión de la enfermera y su razón de ser para la sociedad, se observa en lo que refieren las enfermeras, sobre la definición del cuidado como una acción monopólica, y que, la enfermera es la profesional que da diversos cuidados integrales al individuo en cualquier nivel de salud en que se encuentre. Cuidar de la vida y la muerte como una dualidad Las prácticas primitivas del cuidado de la vida, de la preservación de la salud y de la curación, se han venido transformando con el paso del tiempo, a partir de la consideración de los nuevos descubrimientos en ciencia y tecnología, de los cambios sociales, políticos, culturales y económicos; de la globalización e internacionalización en la oferta de bienes y servicios y de la llamada revolución científica o era del conocimiento, sin embargo, los actos humanos siguen presentes. Por ejemplo, el cuidado de la vida inicia desde la etapa intrauterina, continúa durante todo el proceso biológico del ser humano y concluye con la muerte. Leonardo Boff, fundador de la

Teología de la Liberación, da a conocer que el cuidado es esencial, y que es un acompañamiento permanente en el ser humano. Bajo este punto de vista surge el cuidado con un enfoque social, en donde inician las ligazones entre lo espiritual, material, social, humano y cultural.

#### **4. CUIDADO DEL CUIDADOR**

Ser cuidador de los demás puede ser una importante fuente de gratificación narcisista y una situación de riesgo para la salud tanto para uno mismo como para quien es sujeto de cuidados.

El beneficio narcisista que se encuentra como cuidadores en el ejercicio de cuidar del otro puede hacer que “enganchemos” adictivamente a LA función o papel de cuidador. Un número importante de adultos cuidadores han sido en su infancia niños parentalizados, (en el sentido del término y concepto desarrollados por Boszormenyi-Nagy. es decir, han sido niños que demasiado precozmente se han convertido en los cuidadores de sus propios padres, al precio de descuidar aspectos básicos de su propio desarrollo. Esto es a la vez una gran ventaja y un gran inconveniente. Estos cuidadores pueden ser, debido a esta circunstancia biográfica y existencial, cuidadores vocacionales con una actitud adictiva en su papel y función de cuidador, descuidando sus propios cuidados así como el cuidado de lo suyo y de los suyos.

Dentro de esta modalidad de cuidadores, algunos pueden tener importantes dificultades para potenciar la independencia y la autonomía de la persona que cuidan debido a su actitud “adicto-dependiente” de la dependencia que generan en los otros hacia ellos. Esta actitud del cuidador, sea profesional o no, podría ser interpretada como un mecanismo de sublimación de sus pulsiones cuando en el fondo sería más bien un mecanismo de defensa contra su propia aidez y necesidad de cuidados, así como una protección frente a sus necesidades regresivas, con la finalidad de evitar, negándola, su necesidad de dependencia y el reconocimiento de su vulnerabilidad, así como de su propia necesidad de ser cuidado.

Verse con la obligación de ser cuidador, (causa externa) o sintiéndose “obligado” a serlo, (causa interna), aumenta la situación de riesgo para la salud del cuidador.

Ser cuidador familiar de referencia supone la mayoría de las veces una obligación que tiene que ejercer incluso sin estar preparado para ello. Representa para él una situación de riesgo mayor que la del cuidador profesional que en teoría ejerce su función por elección y contando con la preparación adecuada.

Ser cuidador supone poner a prueba en la realidad externa lo interiorizado de la experiencia, (realidad interna) de haber sido, y de ser cuidado por el otro. Todos los humanos han nacido para ser cuidados necesariamente por el otro.

Ser cuidador como su nombre indica, forma parte del “Ser”, de la naturaleza profunda del ser humano; forma parte del instinto de conservación de la especie humana o si se prefiere, de la “pulsión de autoconservación” del ser humano y es algo que se tiene potencialmente desde el nacimiento, si se desarrolla más o menos este aspecto de la personalidad estará condicionado por la experiencia de lo vivido en la interacción con el entorno.

La forma en que se desarrolle la función de cuidador estará influenciada, (consciente e inconscientemente) que no predeterminada, por la forma en que han sido cuidados y sobre todo, por lo que se ha hecho y se está haciendo “de y con” esos cuidados, los que se ha tenido, los que no se ha tenido, y los que se tendrá, tanto en el aspecto de dar como de recibir cuidados, (Larbán, J. 2009).  
(22)

Ser cuidador y ejercer la función de cuidador pueden ser aspectos complementarios pero también antagónicos. En este último caso el sujeto cuidador, mediante un mecanismo de defensa como la disociación puede separar y desconectar su vida personal de la profesional o de la de cuidador no profesional. Este mecanismo de defensa si es utilizado de forma parcial y transitoria por el sujeto cuidador es un mecanismo de defensa muy sano que

protege al cuidador de la patología de un exceso de empatía. Sin embargo, si como mecanismo de defensa se utiliza de forma preferente, de forma masiva, exclusiva y excluyente, se entraría en la patología por defecto de empatía. En ambos casos de exceso y defecto de empatía, la eficacia y calidad de los cuidados, además de la salud, puede verse afectada. La evolución personal y profesional del cuidador profesional no debería estar excesivamente dissociada si se quiere proteger su salud y ejercer adecuadamente la función de cuidadores.

### **Formación y cuidados del cuidador profesional**

La formación y competencia personal-profesional del cuidador tiene que ver con tres aspectos del saber en estrecha interacción entre sí:

El saber teórico, que está relacionado con el proceso cognitivo, permite acceder a un saber sobre sí mismo y sobre los demás, así como sobre la profesión y sobre la relación con los demás. Para saber es preciso cuestionarse, renovar las ideas, eliminar los prejuicios, mantener la mente abierta al mundo, ser capaces de relativizar, ser flexibles y escuchar.

El saber interroga el presente y prepara el futuro. El saber evita el dogmatismo e incorpora el sentido del humor. Los estudios, cursos, seminarios, lecturas y comentarios de textos, así como los programas de formación profesional reglada formarían parte de la adquisición y desarrollo de competencias en el ámbito de esta dimensión intelectual del acto de cuidar.

El saber hacer, está en relación con las habilidades técnicas y la destreza profesional. El saber hacer incorpora la práctica, la acción. Las habilidades que uno tiene y pone en juego, las destrezas al actuar y las técnicas que pueden suponer una mejora en las relaciones aportan un valor personal y profesional básico en el ejercicio de cuidar.

En este campo, para el profesional cuidador, la supervisión de casos y de la forma de llevarlos es una situación privilegiada para adquirir no solamente ese saber hacer del que se habla sino también la capacidad de interiorizar la función del “tercero observador”. En este caso, la función del tercer observador sería la

del supervisor, un profesional con experiencia clínica y formativa, externo a la institución donde se hace la supervisión grupal del equipo. La creación de un espacio profesional interno del profesional y del equipo, –que también tiene que desarrollar la capacidad de cuidar y de cuidarse– y también, la creación de un espacio institucional de acompañamiento del cuidador y su equipo a lo largo del camino recorrido con el sujeto de sus cuidados es fundamental. Espacio donde se pueda trabajar el grado de cooperación y de ayuda mutua entre sus miembros. Espacio también, donde se pueda pensar y hablar de lo que se hace u omite, de hacer en la interacción con el otro que se cuida, así como el poder efectuar un trabajo de elaboración-integración de los errores, ansiedades, miedos y dificultades en la relación de cuidados que se presta, no solamente es un elemento fundamental para el desarrollo de la calidad asistencial sino también, un importante factor protector de la salud como cuidadores profesionales (Larbán J. 2009).

Para los cuidadores no profesionales, las asociaciones de afectados y familiares, así como los grupos de autoayuda multifamiliares, pueden representar para ellos algo parecido a lo que se ha comentado sobre el espacio de cuidados para los cuidadores profesionales.

Dentro de los programas de formación continuada de los cuidadores, sean profesionales o no, debería tenerse siempre presente como telón de fondo de toda formación, la filosofía, la ética, y el enorme beneficio que representa la necesidad de potenciar y desarrollar los cuidados del cuidador.

“Para la organización, cuidar a los profesionales es, ante todo, quererlos, (Winnicott dice que “para cuidar hay que sentir amor”, y no es extraño ver a profesionales vividos como cargas por las administraciones), tenerlos en cuenta, permitir y favorecer su implicación en los diseños, desarrollo y evaluación de sus acciones, confiar en ellos, permitirles ser creativos y no quedar encorsetados en las cada vez más insoportables estrechuras de una gestión mecanicista y centrada en la dictadura de los números. Significa también reconocer las tensiones que genera la tarea y facilitar los remedios para hacerle frente”.



También sucede que en las instituciones de cuidados hay profesionales que esperan de su institución una actitud cuidadora-maternante-terapéutica que a veces es incompatible con la auto exigencia y la propia exigencia de calidad y de compromiso asistencial (profesional e institucional) que debería regir la práctica hacia la persona a la que van destinados los cuidados profesionales. También ocurre que a veces, los intereses personales y profesionales de los cuidadores predominan sobre los intereses de las personas que cuidan o que pueden ser objeto de sus cuidados.

El saber ser en las situaciones de trabajo dirigidas a “cuidar” sólo está parcialmente dirigido por la razón. La afectividad interviene de forma casi determinante. No cabe duda de que conocer, saber, razonar... evitan o limitan los malentendidos y pueden facilitar las relaciones. Las emociones, su conocimiento y su gestión adaptativa son muy importantes en las relaciones interpersonales. Las actitudes que adopte o tenga incorporadas el profesional cuidador van a jugar un papel esencial en los resultados de la relación de ayuda o cuidados.

Este conjunto de habilidades forman parte del concepto de “inteligencia emocional”. Si se olvida desarrollar alguna de las dimensiones profesionales mencionadas, no se llegaran a ser buenos profesionales-cuidadores. Se tiende a potenciar más la vertiente intelectual y las habilidades técnicas pudiendo quedar desatendida la parte más humana; el desarrollo del ser, de la vertiente afectiva.

### **Cuidado en la bioseguridad**

La bioseguridad es la aplicación de conocimientos, técnicas y equipamientos para prevenir a personas, laboratorios, Bañuelos, áreas hospitalarias y medio ambiente de la exposición a agentes potencialmente infecciosos o considerados de riesgo biológico.

La bioseguridad hospitalaria a través de medidas científicas organizativas define las condiciones de contención bajo las cuales los agentes infecciosos deben

ser manipulados con el objetivo de confinar el riesgo biológico y reducir la exposición potencial de:

- Personal de laboratorio y/o áreas hospitalarias críticas.
- Personal de áreas no críticas.
- Pacientes y público general.
- Medio ambiente de potenciales agentes infecciosos.

### **Medidas de Bioseguridad**

Es el conjunto de normas y procedimientos que garantizan el control de los factores de riesgo, la prevención de impactos nocivos y el respeto de los límites permisibles, sin atentar contra la salud de las personas que laboran y/o manipulan elementos biológicos, técnicas bioquímicas, experimentaciones genéticas y sus procesos conexos e igualmente garantizan que el producto de estas investigaciones y/o procesos no atenten. Bioseguridad es una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, ambiente este que debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgos.

Según el ministerio de Salud "Es el conjunto de medidas preventivas que tienen como objeto proteger la salud y seguridad del personal, de los pacientes y de la comunidad; frente a diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos".

La Bioseguridad es el término utilizado para definir y congregar las normas de comportamiento y manejo preventivo del personal de salud frente a microorganismos potencialmente patógenos. La disminución de la probabilidad de infección es la esencia del control de la contaminación microbiológica, relacionados con una correcta técnica aséptica y aislamiento apropiado.

Bioseguridad es entonces el término empleado para reunir o definir las normas relacionadas con el comportamiento preventivo del personal frente a riesgos propios de su actividad diaria.

Hoy se busca con la buena organización de la bioseguridad evitar cualquier tipo de problema, físico o psíquico y hace énfasis en los protocolos de cuidados especiales para quienes están expuestos al mayor riesgo, como laboratoristas, patólogos, personal de enfermería, internos y médicos. Sin las propias normas de Bioseguridad el personal de cualquier condición que trabaja dentro de una institución de salud, puede ser causante o víctima de riesgos prevenibles en su gran mayoría.

La bioseguridad muestra la forma correcta de proteger y protegernos de una posible contaminación y sus consecuencias.

La bioseguridad conforma la verdadera barrera de seguridad que existe en toda relación paciente- personal de salud. Pero la relación no culmina allí, una vez que el paciente se retira deja en el centro de salud elementos que pueden ser peligrosos. Por lo cual también es importante el manejo adecuado de material de desecho y de muestras. Finalmente en este proceso existe riesgo constante el cual conocemos como contaminación, el cual tiene su origen en una falla en la bioseguridad o error humano.

## **5. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD**

Debido a la importancia fundamental de la prevención en todos los niveles de atención se han establecido conjuntos de normas generales para proteger la seguridad y salud del personal en todos los países del mundo, creándose Manuales de las normas de bioseguridad.

Evidentemente las normas están dadas, escritas al alcance de todo el personal pero eso no constituye "bioseguridad", la bioseguridad no son las normas sino el adecuado cumplimiento de estas, con el conocimiento de su fundamento teórico

el cual permite discernir la conducta que brinda real bioseguridad de aquella que solo aparenta.

Teniendo en consideración que el nivel de conocimientos es la información que tiene el personal de salud sobre las normas de bioseguridad, y todo lo que esta implica; y como aplicación a las actividades que el personal realiza para eliminar los objetos animados e inanimados, elementos orgánicos e inorgánicos que conllevan a la contaminación y propagación de los mismos.

### **5.1. FINALIDAD DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD**

Las normas de bioseguridad tienen como finalidad:

Establecer disposiciones técnicas administrativas orientadas a proteger al trabajador de salud del riesgo biológico en todos los centros asistenciales de salud.

Incentivar la práctica de las medidas de bioseguridad.

Motivar la ejecución de procedimientos protocolizados por áreas de trabajo, a fin de brindar una atención de calidad en cada centro asistencial de salud, con la menor probabilidad de riesgo de contagio y contaminación en el personal de salud. (23).

### **5.2. OBJETIVOS DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD**

Los objetivos son:

Normar la prevención de los riesgos biológicos que generan la atención de pacientes, a través del cumplimiento de medidas de Bioseguridad para todo el personal de los establecimientos de salud. Es decir, unificar criterios de elaboración e implementación de medidas de Bioseguridad para el control de riesgo biológico; establecer los lineamientos de aplicación de Bioseguridad en todos los niveles de atención y disminuir costos económicos y sociales derivados de la ausencia o deficiente aplicación de medidas de Bioseguridad.

### **5.3. ESTRATEGIAS DE BIOSEGURIDAD**

Es importante que las orientaciones sobre los riesgos inherentes a las distintas sustancias químicas se hagan disponibles, y sean constantemente señaladas, para que los profesionales de enfermería se hagan responsables por la adherencia a los EPI, así como el cumplimiento de otras medidas que reducen agravios. Las estrategias de intervención han sido propuestas a partir de las cargas de trabajo y los procesos de desgaste registrados y se destinan a prevenir agravios a los trabajadores de enfermería en el escenario hospitalario.. La implementación y la puesta en práctica de las estrategias deben comprometer a todas las personas involucradas en el proceso de trabajo, especialmente aquellas que tienen la capacidad de reconocer las necesidades del grupo y de apoyar las transformaciones. Es importante destacar que el uso de la herramienta tecnológica, para el monitoreo de la salud de los trabajadores de enfermería, representa un punto de partida para el desarrollo de estrategias dirigidas al perfil epidemiológico de cada realidad.

El concepto de bioseguridad se estableció con el propósito de reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas, o no de infección, en servicios de salud vinculados a accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales. Sin embargo otros autores ampliaron el concepto, y lo definieron como un sistema de conocimientos, actitudes y prácticas que promueven la prevención de accidentes laborales en el campo de laboratorio y práctica médica, o bien como una doctrina del comportamiento que compromete a todas las personas del ambiente asistencial con el fin de diseñar estrategias que disminuyan los riesgos.

Dentro del concepto de bioseguridad deben abarcarse también todos los aspectos que en relación al ambiente quirúrgico puedan afectar negativamente al personal de salud, incluso a pacientes, por lo tanto, debe prestarse atención al espacio físico, incluyendo riesgos químicos y físicos, a los servicios mínimos para una correcta funcionalidad, la limpieza e higiene del área y la capacitación adecuada del personal en funciones, sin olvidar que el trabajo en cirugía en una

interacción multidisciplinaria entre médicos, estudiantes, enfermeros(as) y personal de anestesia.

#### **5.4. PRINCIPIOS DE BIOSEGURIDAD**

##### **- Universalidad**

Se debe asumir que toda persona está infectada y que sus fluidos y todos los objetos que se ha usado en su atención son potencialmente infectantes, ya que es imposible saber a simple vista, si alguien tiene o no alguna enfermedad.

La sangre y todos los fluidos corporales de todo paciente que ingresa a los servicios hospitalarios y/o establecimientos de salud, deben ser considerados potencialmente infectados, hasta que no se demuestre lo contrario. Todo paciente debe asumirse como infeccioso para: Virus de hepatitis B, Virus de Inmunodeficiencia Humana y otros patógenos de transmisión sanguínea.

##### **- Uso de barreras protectoras**

Es un medio eficaz para evitar o disminuir la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminados; es colocar una barrera física, mecánica o química entre personas o entre personas y objetos.

##### **- Medios de eliminación del material contaminado.**

Es el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo.

#### **5.5. PRECAUCIONES UNIVERSALES**

- Lavado de manos cada vez que se haga un procedimiento.
- Manejar con cuidado los objetos afilados y punzocortantes.
- Desinfectar, esterilizar o descartar adecuadamente los instrumentos después de usarlos.

- Uso de guantes, mascarilla, bata de protección, anteojos de protección, etc. Según los requerimientos de cada procedimiento.

## **5.6. NORMAS DE BIOSEGURIDAD SOBRE EL USO DE BARRERAS**

### **- Lavado de Manos**

Las infecciones hospitalarias constituyen una preocupación desde hace mucho tiempo. Sin embargo, en el principio, no se daba la debida importancia a las medidas de prevención y control. Las prácticas adoptadas eran intuitivas, empíricas y casi siempre ineficaces. Un médico europeo del siglo pasado llamado SEMMELWEISS fue el primero en relacionar la falta del lavado de las manos con la mortalidad por infección.

Con la muerte de uno de sus colegas víctima de una infección contraída por una herida originada en una autopsia, SEMMELWEISS descubrió que muchos de estos casos se debían al hecho de que los estudiantes venían de la sala de exhumación de cadáveres para las salas de enfermería trayendo en las manos los microbios infectantes.

Orientado por este estudio, SEMMELWEISS recomendó que los estudiantes, después del procedimiento, se desinfectasen las manos con una solución de hipoclorito. Con esta medida, se logró reducir la mortalidad por infección puerperal. Este era el paso inicial para concientizar a los profesionales de todo el mundo acerca de la necesidad del lavado de manos.

Han pasado más de 150 años desde el descubrimiento de SEMMELWEISS acerca de los riesgos de la contaminación cruzada, esta continúa siendo aún hoy la mayor causa de las infecciones intrahospitalarias. Varios estudios comprueban que las manos constituyen el vehículo predominante para la diseminación de los microorganismos dado que ellas son las herramientas utilizadas; para el trabajo. La importancia de la asepsia de las manos fue destacada en 1891 por SEMMELWEISS cuando trazó las normas técnicas para la preparación de las manos del equipo que iría a participar en el acto quirúrgico.

El objetivo fundamental del **lavado de manos** del personal sanitario es reducir la flora residente y la flora contaminante de manos y antebrazos. Al respecto, Barbieri, P (1995) recomienda que: “se realice en 2 ó 3 veces, enjuagándose cada vez, con el fin de retirar el jabón contaminado. Se suele realizar con cepillos que llevan incorporado yodopovidona o clorhexidina. Se recomienda incidir sobre dedos, pliegues, uñas”.

El profesional de enfermería, procede a la realización del lavado quirúrgico de manos y antebrazos, donde según Atkinson, L y Fortunato, N (1998) actualmente lo define como:

El proceso dirigido a eliminar el mayor número posible de microorganismos de las manos y antebrazos mediante el lavado mecánico y antisepsia química antes de participar en un procedimiento quirúrgico. El lavado quirúrgico, se realiza inmediatamente antes de colocarse la bata y los guantes en cada intervención quirúrgica.

Se lava la parte dorsal de la mano, la superficie palmar de la o viceversa, desde el dedo pequeño hasta el pulgar sobre las muñecas y hacia el antebrazo, terminando 5 cm por arriba del codo.

#### - **Uso de Guantes**

El objetivo del uso de guantes es disminuir la transmisión de gérmenes del paciente a las manos del personal y viceversa. Se debe utilizar guantes cuando se prevea que la piel va a estar en contacto con fluidos corporales, membranas mucosas, superficies o elementos que han sido contaminados con estos fluidos. Hay diferentes tipos de guantes de uso en diferentes campos de quehacer cotidiano:

Guantes quirúrgicos estériles de uso en procedimientos quirúrgicos.

Guantes no estériles (en látex o vinil) apropiados para exámenes clínicos y procedimientos no quirúrgicos. Deben ser desechados después de su uso, ya que el látex tiende a deteriorarse cuando está sometido a tensión física, a



agentes desinfectantes, líquidos usados en odontología y tratamientos térmicos como el autoclave. Los guantes deben cambiarse cuando son perforados, en procedimientos que duren más de 60 minutos o cuando la superficie se vuelva pegajosa, en tanto la seguridad del paciente lo permita. También deben ser cambiados entre paciente y paciente.

Guantes industriales de polinitrilo o neopreno, son resistentes a los pinchazos, útiles durante el procesamiento de instrumental, desinfección del consultorio y el manejo de químicos. Estos pueden ser descontaminados y reusados; se deben desechar cuando estén pelados, rotos o decolorados en caso de que los guantes se perforen o rompan debe lavarse las manos antes de volverse a colocar un par de guantes nuevos. El uso de guantes cumple un rol importante en reducir el riesgo de transmisión de microorganismos. Son utilizados por dos importantes razones:

Proveen una eficaz barrera para el personal cuando se toca sangre o fluidos corporales.

Reducen la contaminación de las manos, cuando se tocan mucosas de pacientes o elementos contaminados con fluidos corporales o sangre.

Los guantes deben cambiarse entre pacientes y las manos deben lavarse al retirarlos. Estos no reemplazan el lavado de manos porque pueden tener imperceptibles defectos de fábrica o romperse durante el uso sin que lo hayamos percibido. (24)

Además, en nuestro país es común la práctica de reusar los guantes y estos tienen mayor número de imperfecciones que disminuyen la barrera de protección. En el caso de rehuso de guantes, cabe aclarar que deben esterilizarse aunque se utilicen para protección del personal, ya que gérmenes del paciente anterior pueden permanecer después del lavado y provocar su transmisión entre pacientes.

Los guantes deben utilizarse en las siguientes actividades:

- Procedimientos o técnicas sanitarias en los que se produzca contacto con sangre, tejidos y fluidos biológicos.
- Manipulación de objetos, materiales o superficies contaminados con sangre o fluidos biológicos.
- Curas de heridas y cualquier otro procedimiento invasivo que implique la penetración quirúrgica en tejidos, órganos o cavidades.
- Contacto con las mucosas o con piel no íntegra del paciente. Cuando exista indicación expresa del procedimiento (por ejemplo, en pacientes en estado crítico). Con carácter obligatorio, siempre que el trabajador sanitario presente cortes, heridas o lesiones cutáneas.

### **Cuándo no es necesario utilizar guantes**

- Trasladar pacientes.
- Repartir y recoger comidas.
- Cambiar o recoger ropa de cama, salvo en los casos en que esté manchada con fluidos corporales.
- Tomar signos vitales y realizar exploraciones sobre piel íntegra.
- Cambiar goteros o administrar medicación por vía oral.
- Realizar exploraciones complementarias: ECG, Rx...
- Manipular material limpio.

### **- Uso de Mascarilla o Barbijo**

Es una prenda que cubre totalmente la boca y nariz para su protección tiene dos cintas en la parte posterior. Tiene como objetivo prevenir la transmisión de microorganismos infecciosos que se propagan a través del aire y aquellas puertas de entrada y salida como el aparato respiratorio. Se deben utilizar

aquellos que nos brinden mayor protección, seleccionando uno que se ajuste bien a la cara para minimizar el paso de aire sin filtrar. Se utilizarán máscaras con visor cuando exista la posibilidad de salpicaduras de fluidos y/o secreciones potencialmente contaminadas.

Las características mínimas de los barbijos son:

Peso ligero.

Contar con una capa interna hipo alérgica y absorbente, una capa media que garantice el filtrado de partículas y bacterias, y una capa externa.

Los datos que demuestran el posible efecto protector del uso de máscaras o barbijos quirúrgicos en relación con el riesgo de infección en sala de operaciones, son limitados. Sin embargo, existe una fundada presunción que indica la necesidad de usar barbijos quirúrgicos siempre, durante todas las operaciones y mientras se permanezca en el quirófano. Deben ser descartables y de buena calidad. No obstante cabe recordar que la trama de los barbijos de tela permite el pasaje de microorganismos hacia el campo quirúrgico, por lo que no protege al operador del contacto con salpicaduras accidentales que pueden ser absorbidas por la tela, generalmente algodón. Por ello, deben estar confeccionados con tres capas, triple tableado y tiras ubicadas en forma vertical, hacia arriba y hacia abajo: las dos tiras superiores se atan en la parte superior de la cabeza y las dos tiras inferiores a la altura de la nuca. Al sujetar el barbijo, las tiras ubicadas en posición horizontal (hacia los costados) permiten que se formen ángulos que favorecen la expulsión de microorganismos del personal hacia el campo quirúrgico y a su vez exponen al operador al contacto con salpicaduras accidentales. Obviamente, entonces, se debe hablar lo menos posible y no masticar chicles o caramelos. Estas acciones producen mayor humedad en los barbijos, induciendo así a una mayor filtración de gérmenes hacia el paciente. (25)

En todos los casos, los barbijos se desecharán después de cada cirugía, utilizándose uno nuevo para cada una ellas, ya que el barbijo constituye una

barrera eficaz pero tiene un tiempo limitado de uso. En el mercado se consiguen barbijos de tipo cónico que se sujetan por medio de una banda elástica en la parte posterior de la cabeza y permiten, en algunas personas, un mejor ajuste (a los costados de la cara) y un mayor confort. Sin embargo, antes de su adquisición se debe tener en cuenta que no todos estos barbijos son impermeables a los líquidos, por lo que la calidad y los materiales empleados en su confección deben ser evaluados cuidadosamente. Por otra parte, habiendo un único tamaño, es lógico suponer que no siempre se adaptan a todos los tipos de rostros.

También existen en el mercado barbijos que cuentan con protección ocular simultánea. Son barbijos con el agregado superior de materiales plásticos transparentes y su objetivo es brindar una protección total a la cara, previniendo el impacto directo de salpicaduras u aerosoles. Esto puede lograrse también combinando el uso de barbijos con antiparras o protectores oculares, que se presentan en forma separada. Esta forma de uso combinado de ambos elementos de bioseguridad barbijo y antiparras (gafas) es la más aceptada. Al dañarse la máscara será cambiada y desechada adecuadamente. Para evitar la contaminación cruzada se aconseja descartar la máscara entre pacientes y en el caso del mismo paciente cambiarla por lo menos cada hora del tratamiento prolongado; por que la respiración del operador crea superficie húmeda en la cara interna de la máscara y favorece al crecimiento microbiano y cambiarlo obligatoriamente cuando esté húmedo o sucio.(26)

#### - **La Bata**

Los campos colocados entre las áreas estériles y no estériles del campo quirúrgico y el personal, actúan como barreras y protegen de esta forma contra la transmisión de bacterias de un área a otra. La característica más importante que debe tener la ropa quirúrgica es su impermeabilidad a la humedad, ya que el efecto capilar de un paño o uniforme mojado transmitirá bacterias de un lado a otro del material. Los uniformes quirúrgicos, cuando son reutilizables, deben ser de algodón con una densidad de tejido entre 420 y 810 hilos / metro. Además, para que se comporten como barrera a la humedad hay que tratarlos con una

sustancia impermeabilizante. Hoy se utilizan como alternativa batas desechables fabricadas con fibra de celulosa procesada y tratada, ya que las batas fabricadas con 810 hilos/m., son eficaces como barrera pero tienen el inconveniente de la pérdida de dicho efecto cuando se ha lavado más de 75 veces.

Resistentes a la penetración de líquidos; cómodas y no producir calor excesivo; deben ser desechables y de material de fibra de hilo no entrelazados; con la intención de proteger la ropa y la piel de las salpicaduras húmedas corporales que pueden empapar la ropa y ponerse en contacto con la piel del personal; las mangas de las batas deben ser preferiblemente largas, para mayor protección.

Cabe destacar que el uso de batas para realizar las actividades, es importante para el profesional de enfermería, ya que permitirá tener una protección específica en cierta parte del cuerpo.

#### - **Los Lentes Protectores**

Protegen los ojos durante la realización de procedimientos que puedan generar expulsión de gotas de sangre u otros fluidos corporales que estén contaminados. Los mismos deben utilizarse cuando se maneje material de vidrio a presión reducida, materiales criogénicos, sustancias cáusticas, irritantes o corrosivas, sustancias biológicas con riesgo para la salud.

#### - **El Gorro**

Se recomienda el uso del gorro para evitar que el cabello libere posibles microorganismos contaminantes al usuario. “el cabello facilita la retención de partículas contaminadas y cuando se agitan provocan su dispersión, por lo que se consideran al mismo tiempo, como fuentes de infección y vehículos de transmisión de microorganismos”. Por tal razón se recomienda usar el gorro como barrera protectora.

Los gorros surgieron desde que se estableció que el cabello era una vía de contaminación importante, es por ello que el profesional de enfermería debe

utilizar el gorro en toda situación en donde haya la posibilidad de salpicaduras o contacto con el paciente.

## **5.7. NORMAS DE BIOSEGURIDAD SOBRE DISPOSICIÓN DE DESECHOS**

### **a. RESIDUOS**

Este es uno de los puntos más críticos de la bioseguridad tanto por los elevados costos de una adecuada eliminación como por la falta de conciencia y formación respecto a la prevención de la salud. Todo residuo deberá ser clasificado y almacenado apropiadamente. Se tiene 3 tipos de desechos:

#### **- Residuos Comunes**

Son todos aquellos residuos que no son peligrosos, no representan riesgos de infecciones. Ejemplo: papeles, cajas, botellas no usadas para muestra, recipientes de plástico, desechos provenientes de la preparación de alimentos

#### **- Residuos Especiales**

Son aquellos con características físicas y químicas de potencial peligro por ser corrosivas, inflamables, tóxicas, explosivas, radioactivas y reactivas. Se identifican los siguientes tipos de residuos:

**Residuos radioactivos:** cualquier material contaminado con radionúclidos a concentraciones o niveles de radioactividad mayores a las cantidades establecidas por el instituto peruano de energía nuclear y para el que no se ha previsto su uso. Residuos generados en los servicios de medicina nuclear y otros similares.

**Residuos farmacéuticos:** Compuestos por medicamentos vencidos, de experimentación o utilizados. Generados en farmacias, almacenes y otros.

**Residuos químicos peligrosos:** Compuestos por residuos tóxicos, corrosivos, inflamables, explosivos, reactivos. Son generados en los laboratorios en los procesos de mantenimiento, etc.

## - **Residuos Biocontaminados**

Son aquellos residuos peligrosos que debido a su contaminación con agentes patógenos o por contener altas concentraciones de microorganismos son de potencial riesgo para la persona que está en contacto con ellos. Se identifican los siguientes tipos:

**Biológicos:** Compuestos por cultivos, inóculos, medios de cultivos, inoculados provenientes de laboratorios clínicos o de investigación: Vacunas vencidas, filtros de gas espirado de áreas contaminadas.

**Sangre o hemoderivados:** Compuestos por bolsas de sangre después de transfusión, muestras de sangre, suero y otros. Residuos generados en el banco de sangre, sala de operaciones, laboratorios y otros.

**Quirúrgicos anatómicos, patológicos:** Compuestos de tejidos, órganos, fetos, piezas anatómicas, sangre y otros líquidos orgánicos resultantes de cirugía.

**Punzo cortantes:** Agujas, ampollas, pipetas, hojas de bisturí, hojas de afeitar, vidrios quebrados o materiales que se quiebran fácilmente.

**Cadáveres de animales contaminados:** Compuestos por animales de experimentación o expuestos a microorganismos patógenos.

**Asistencia a pacientes:** Restos de alimentos, secreciones y demás líquidos orgánicos procedentes de pacientes, así como los residuos contaminados por estos materiales.

**Precauciones básica para desechos:**

Usar guantes y ropa adecuada. Tener cuidado de lesiones accidentales.

Usar respirador con filtro, lentes de seguridad.

Tener un lugar adecuado para el almacenamiento interno.

Recoger y manejar por separado los desechos, utilizando recipientes distintos, lavables y resistentes a la corrosión, cubierta con tapa de plástico o metal. El llenado de recipientes no debe exceder las 2/3 partes de su capacidad total.

Usar bolsas de polietileno con espesor de 3 milímetros con capacidad de acuerdo al volumen necesario, y distintos colores: residuos biocontaminados (bolsa roja), residuos especiales (bolsa amarilla), y residuos comunes (bolsa negra).

Para descartar material punzo cortante se debe utilizar un recipiente rotulado y resistente a pinchazos o cortaduras, dicho recipiente debe contener solución de lejía al 1% (1 parte de lejía más 9 partes de agua) en cantidad suficiente para que cubra las agujas y jeringas las cuales deben ser depositadas con ayuda de una pinza. Cuando las  $\frac{3}{4}$  partes del recipiente estén ocupadas eliminar la solución diluyendo previamente, cerrar herméticamente con la tapa y cinta adhesiva y enterrarlo, si no es posible incinerarlo adecuadamente.

Para eliminar desechos líquidos contaminados se debe tratar previamente con solución de hipoclorito por 20 a 30min. luego verterlos con cuidado por el drenaje de un fregadero de servicio o en un inodoro al que se le pueda pasar agua, también se puede vaciar en una letrina evitando las salpicaduras.

Para descartar recipientes de productos químicos; si son de vidrio, enjuagarlos, lavarlos con detergente común, enjuagarlos nuevamente y poder utilizarlos. Si son de plástico enjuagarlos tres veces con agua y enterrarlos agujereándolos previamente. Para descartar envases plásticos para esputo se debe añadir fenol al 5% antes de su eliminación.

## **b. RIESGOS**

Según Benavides (2011), riesgo es todo objeto o sustancia, forma de energía o característica de la organización del trabajo, que se pueda construir o provocar un accidente de trabajo, agravar las consecuencias del mismo o producir, aun a largo plazo daños en la salud de los trabajadores.



Según Benavides (2011), los principales riesgos laborales a los que están expuestos los trabajadores sanitarios se clasifican en:

Riesgos biológicos o infecciosos.

Riesgos químicos.

#### - **Riesgos Biológicos**

Es la posibilidad de adquirir enfermedad por el contacto con microorganismos reconocidamente patógenos, potencialmente patógenos o aquellos residuos contaminados con materia orgánica.

Los contaminantes biológicos los podemos clasificar de dos tipos: Organismos vivos: bacterias, protozoos, virus, hongos, parásitos; y los derivados animales y vegetales: excrementos, restos cutáneos como pelos y plumas, sustancias antigénicas como enzimas y proteínas; polen, polvo de madera, esporas fúngicas, etc.

La principal vía de absorción de los contaminantes biológicos es la vía dérmica, bien por contacto directo por heridas o por inoculación accidental. El riesgo contraer la infección depende de la frecuencia de exposiciones percutáneas o mucosas a sangre u otros líquidos contaminados como consecuencia de las actividades laborales, ya que los accidentes de trabajo, pueden estar presente en cualquier área de trabajo debido a que es un suceso imprevisto y repentino que sobrevienen por causa o por ocasión del trabajo y que produce una lesión orgánica o perturbación funcional; en donde todo el personal debe estar preparado para este momento.

Según la Agencia de Protección Ambiental (2011) de los Estados Unidos, clasifica los riesgos biológicos como:

#### **Según su composición**

- **Líquidos:** sangre, LCR, orina y otros fluidos corporales.

- **Sólidos:** desechos anatomopatológicos (tejidos).
- **Gaseosos:** vapores de Hg.

#### **Según su patogenicidad**

- **Patógenos (material biológico):** Son líquidos, secreciones, órganos o tejidos que provienen directamente del paciente, sangre, excretas, vómitos, entre otros.
- **Desechos tóxicos:** Aquellos residuos contaminados con productos químicos que le confieren el carácter de residuo peligroso, entre éstos mercurio, cistostáticos, material usado en la reconstrucción o aplicación del fármaco.
- **Desechos radiactivos:** Son aquellos contaminados con sustancias radioactivas líquidas o sólidas.
- **No patógeno:** Son residuos que no tienen la capacidad de producir enfermedades pero alteran el medio ambiente: polvo, vidrio, plástico, etc.

#### **Según su destino final**

- **Reciclables o aprovechables:** Son sólidos no patógenos que presentan ventajas de tipo económico y operativo para la institución. Requiere adecuada clasificación y almacenamiento que agilicen su recolección y presenta posibilidades de reciclarlos para la elaboración de otro producto.
- **No reciclables:** Son desechos productos de la actividad cotidiana y de atención de los pacientes, su destino final es el relleno sanitario y requiere tratamiento previo según la naturaleza.

#### **- Riesgos Químicos**

Son todas aquellas sustancias químicas a las que puede estar expuesto el trabajador de manera consciente o inconsciente capaces de provocar reacciones alérgicas, irritaciones, daños órganos, malformaciones congénitas, mutaciones

incluso cáncer, ya que la principal vía de entrada de estos compuestos químicos es por la vía respiratoria y por la vía cutánea. De las numerosas sustancias que se utilizan y cuyos efectos nocivos para la salud son conocidos, como glicoles, bencol, xilol, toluenos, etc., merecen especial atención el glutaraldehído, formol, óxido etilino (utilizados para la desinfección y esterilización).

#### - **Riesgos Físicos**

Es toda probabilidad de sufrir accidentes, bien sean eléctricos, incendios, explosiones, pérdidas, radiaciones. Las radiaciones ionizantes son uno de los riesgos mejor conocidos y frente a ellos se han adoptado medidas preventivas, que hacen que los trabajadores de las radiaciones apenas tengan riesgos. Entre estos riesgos se encuentran las patologías asociadas a ruidos, iluminación inadecuada, temperaturas extremas que afectan determinados órganos y sistemas.

Cuando un factor de riesgo se sale de control, los efectos que se pueden presentar en los trabajadores son: el accidente de trabajo y la enfermedad laboral (antes conocida como enfermedad profesional), estos dos conceptos están normatizados en nuestro país bajo la ley 1562 del 11 de julio de 2012.

Ley 1562 del 11 de julio de 2012. Artículo 3o. Accidente de Trabajo: (27)

Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo. Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. También se considera accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en

cumplimiento de dicha función. De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

Revisando las definiciones aclaremos los elementos que hacen que un evento sea considerado accidente de trabajo:

- Suceso repentino: el accidente ocurre de un momento a otro, nadie lo espera ni lo planea, es inesperado.
- Por causa: es decir, producido por el trabajo en si, por ejemplo, la auxiliar debe lavar el material y se encuentra allí una aguja o un bisturí y se corta con este o el médico que está realizando una cirugía y realizando la sutura se punciona con la aguja.
- Con ocasión: cuando el accidente ocurre durante una actividad no habitual ni relacionada directamente con el trabajo, por ejemplo, para realizar la limpieza se acabó el detergente enzimático y la operaria fue a buscarlo al almacén y cuando iba se resbaló por la escalera y se fracturo el húmero.
- Produzca lesión orgánica o psicológica, invalidez, disfunción o muerte: Para que un evento sea considerado accidente debe producir lesión (orgánica o psicológica), disfunción, invalidez o muerte, es decir, si una persona por ejemplo se resbala, pierde el equilibrio pero no se golpea ni cae, o si cae pero no tiene ninguna lesión, ni dolor, esto no se considera accidente, pero si el evento provoca que la persona tenga una fractura (lesión orgánica), entre en un trauma psicológico (lesión psicológica), muera o quede inválida si es accidente; pero si ninguno de estos efectos se produce en el trabajador surge aquí el concepto del Incidente, es decir el evento que casi llega a ser un accidente.

Los accidentes de trabajo deben ser reportados a gestión humana una vez suceden (se puede realizar también a través de la página web) y el trabajador

debe dirigirse al servicio de urgencias para ser atendido. La atención de urgencias es muy importante ya que esta es la que define las lesiones iniciales sufridas por el trabajador en el accidente.

## **Perú**

Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. DS 005-2012-TR refiere lo siguiente:

Accidente de trabajo es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, y aun fuera del lugar y horas de trabajo.

**El punto de vista de la seguridad:** Para la Seguridad del Trabajo se define el accidente como “un acontecimiento no deseado que produce daño a las personas, daño a la propiedad o pérdidas en el proceso productivo. Es el resultado del contacto con una sustancia o fuente de energía (mecánica, eléctrica, química, acústica, etc.) superior al umbral límite del cuerpo o estructura con el que se realiza el contacto”.

**El punto de vista médico:** El accidente de trabajo se define como una patología traumática quirúrgica aguda provocada generalmente por factores mecánicos ambientales. Médicamente se habla de accidente de trabajo o accidentado, cuando algún trabajador ha sufrido una lesión como consecuencia del trabajo que realiza. (28)

**El punto de vista legal:** El accidente de trabajo, desde la perspectiva legal, queda definido en el artículo 115 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social

1) Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra como consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. En el caso

de trabajadores autónomos, se entenderá como accidente de trabajo el ocurrido como consecuencia directa e inmediata del trabajo que realiza por su propia cuenta, con las particularidades recogidos en el Real Decreto 1273/2003, en el cual se hace referencia al accidente de trabajo sufrido por el trabajador autónomo.

2) Tendrán la consideración de accidente de trabajo:

a) Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo (no en el caso de autónomos).

b) Los que sufra el trabajador, en o como, consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar en que se ejecuten las funciones propias de dicho cargo.

c) Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aún siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.

d) Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.

e) Las enfermedades que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.

f) Las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

g) Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tenga su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.

La legislación determina que “un accidente de trabajo es toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena” (art. 115 LGSS) esta definición sigue siendo válida para contar los accidentes de trabajo, pero con la aprobación de la ley 20/2008 los trabajadores autónomos (no trabajan por cuenta ajena) si tienen derecho a las prestaciones por contingencia profesionales, en el caso de los autónomos económicamente dependientes es obligatoria la cotización y por tanto la prestación y para el resto de los autónomos esta cotización es voluntaria.

En el mismo caso nos encontramos a las empleadas del hogar después de la aprobación del RD 1596/2011.

Por lo tanto, para que un accidente tenga esta consideración es necesario que:

1. Que el trabajador/a sufra una lesión corporal. Entendiendo por lesión todo daño o detrimento corporal causado por una herida, golpe o enfermedad. Se asimilan a la lesión corporal las secuelas o enfermedades psíquicas o psicológicas.
2. Que el accidente sea con ocasión o por consecuencia del trabajo, es decir, que exista una relación de causalidad directa entre trabajo - lesión. La lesión no constituye, por sí sola, accidente de trabajo. (29)

## **6. ACCIDENTABILIDAD LABORAL**

Un accidente laboral es un hecho condicionado por múltiples causas. En la producción del accidente laboral pueden concurrir condiciones mecánicas o físicas inseguras como también actos inseguros de las personas.

Las variables asociadas con causalidad de los accidentes de trabajo hacen alusión a edad, género (mayor en hombres), tipo de personalidad (trabajadores agresivos, compulsivos, dominantes y apresurados), experiencia, calificación profesional, enfermedades preexistentes (artrosis, enfermedad osteo-muscular, enfermedad vascular, diabetes con sus complicaciones, anomalías congénitas o deformidades) y consumo de medicamentos (efectos secundarios de

antihistamínicos, algunos antibióticos, benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, narcóticos, insulina, hipoglicemiantes orales y diuréticos), consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. Se adicionan tipo y sitio de trabajo, turnos y horarios de trabajo.

También se asocian la actividad económica de la empresa, tamaño de la empresa, exposición simultánea a otros agresores (ruido, temperaturas extremas, etc.), programas de educación sobre seguridad industrial, uso de elementos de protección personal, programas de prevención, sistemas de compensación laboral, sistemas de contratación y actitud y desempeño de jefes y supervisores. Ocasionalmente para las empresas costos directos (gastos médicos, daño a instalaciones o equipos, pérdida de materia prima, pérdida de mercado) y costos indirectos. (30)

Por otro lado, se considera, accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo. Y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. Es también Accidente de Trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aun fuera del lugar y horas de trabajo.

### **Elementos esenciales de un accidente de trabajo**

- Ocurrencia de un suceso repentino.
- Que ocurra por causa u ocasión del trabajo.

Que produzca:

- a. Una lesión orgánica
- Una perturbación funcional.
- Una invalidez.
- La muerte.



## **Accidentes laborales en enfermería**

Los accidentes de trabajo con material corto-punzante vienen atrayendo la atención debido a los perjuicios que causan a los trabajadores y a las instituciones. Los estudios realizados analizan las implicaciones negativas de la ocurrencia de tales accidentes debidas al contacto con patógenos que causan enfermedades. El Center for Disease Control (CDC) comunicó que el 80% de la exposición ocupacional ocurrida a través del contacto con sangre y fluidos corporales de individuos contaminados por el VIH (responsable del SIDA) ocurren a través de lesiones percutáneas y que algunos estudios han demostrado que los profesionales de enfermería son los mayores afectados debido a su frecuente exposición y contacto con individuos infectados

La probabilidad de adquisición de enfermedades como el SIDA y la hepatitis después de la exposición ocupacional, debe ser analizada según la vía, profundidad y tamaño de la lesión, el tiempo de contacto entre la fuente y el profesional, la fuente de infección, las características del profesional accidentado y el tiempo transcurrido para la búsqueda de la atención después de la ocurrencia del accidente de trabajo. La evaluación de todos los tipos de exposición, ya sea percutánea, de mucosa o de piel se hace necesaria según el CENTER FOR DISEASE CONTROL. (31)

## **Riesgos ocupacionales en el personal de salud**

### **a. Riesgo Laboral**

Todas las profesiones llevan implícito un riesgo inherente a la naturaleza misma de la especialidad y al ambiente donde se desenvuelve. La medicina como profesión al fin y en ella específicamente, el personal de enfermería que labora en las áreas quirúrgicas y quirófanos no escapan a esta situación y sufren en su organismo una serie de agresiones por parte del medio donde actúan por efecto de los agentes con que trabajan y de las situaciones en que cotidianamente se ven envueltos que producen en ellos una serie de modificaciones. (32)

## **b. Riesgo Biológico**

Las enfermedades infecciosas tienen relevancia para el personal de salud, ya que su práctica involucra una alta manipulación de elementos corto punzantes; así como por el manejo de líquidos orgánicos potencialmente infecciosos, que pueden representar un riesgo a la salud del trabajador.

Debido a esto, el personal de salud (Enfermeras, médicos, bioanalistas, auxiliares y personal de mantenimiento) está potencialmente expuestos a una concentración más elevada de patógenos humanos que la población general, por ello han de conocer y seguir una serie de recomendaciones en materia de seguridad biológica.

Pueden ser infecciones agudas y crónicas, reacciones alérgicas o tóxicas causadas por agentes biológicos y sus derivados, o productos de ADN recombinante y manipulaciones genéticas. También son riesgos biológicos las mordeduras, picaduras o arañazos producidos por animales domésticos, salvajes o insectos.

De lo señalado por los autores, se puede decir que las enfermedades infecciosas constituyen uno de los principales riesgos para el personal que labora en el área quirúrgica, tanto por la alta posibilidad que un paciente enfermo infecte al profesional, como por el descuido en medidas de bioseguridad durante la atención del mismo. (33)

Agentes biológicos derivados de los mismos Dado que ambos pueden generar una enfermedad como consecuencia de la exposición de los trabajadores a tales agentes. En definitiva el concepto de agente biológico incluye, pero no está limitado, a bacterias, hongos, virus, clamidias, endoparásitos humanos, productos de recombinación, cultivos celulares humanos o de animales, y los agentes biológicos potencialmente infecciosos que estas células puedan contener, priones y otros agentes infecciosos. Las vías de transmisión se dan a nivel respiratorio, digestivo, a través de la piel o mucosas, por heridas y parenteral entre otras. Los efectos y/o consecuencias de los agentes Biológicos

en el personal de enfermería expuesto son, enfermedades infectocontagiosas Hepatitis A, B, C, VIH/Sida, Tuberculosis, Varicela, Tuberculosis, Rubeola, Citomegalovirus, entre otras enfermedades trasmisibles, alergias, dermatitis y asma. La Organización Panamericana de la Salud - OPS - (Citado por Moreno, R. et al 2010) considera que los fluidos que presentan alto riesgo de transmisión del VIH, la hepatitis B, la hepatitis C y otros patógenos son: sangre, líquido amniótico, líquido pericárdico, líquido peritoneal, líquido pleural, líquido sinovial, semen y secreciones vaginales. La saliva, el sudor, las lágrimas, la orina, el vómito, las heces y las secreciones bronquiales no se consideran de alto riesgo a menos que estén contaminados con sangre; sin embargo, todos los líquidos orgánicos deben manejarse de la misma forma. Según la Sociedad Española de Enfermería en Urgencias y Emergencias (SEEUE, 2010), El 42,6% de los accidentados son enfermeros, y el 14,8% de las lesiones se han producido en el área de urgencias. La exposición percutánea constituye el 93,6% de los casos donde la punción aparece en el 79,8% de los mismos. Respecto al material biológico, la sangre y derivados ocupan un 94,1%. Las actividades de uso, punción y eliminación constituyen el 55,2% de los casos en los que se ha producido lesión. Las agujas de pequeño calibre son el objeto lesional en un 79,8% de accidentes. OMS - CIE Citado (SUSSAN, Q. et al 2010). Determinantes de los pinchazos con 27 agujas, incluyen:

- Uso innecesario de inyecciones y objetos corto-punzantes.
- Falta de suministros: jeringas desechables, dispositivos más seguros para las agujas y recipientes para desechar los objetos corto punzante.
- Falta de accesibilidad y fracaso en el uso de recipientes para desechar los objetos corto punzantes inmediatamente después de administrar las inyecciones.
- Falta de personal o personal inadecuado.
- Re encapuchado de las agujas después de ser usadas.
- Falta de controles de ingeniería tales como dispositivos más seguros para las agujas.
- Traspaso manual de instrumentos de una a otra persona, en los quirófanos.
- Falta de información sobre los riesgos y falta de entrenamiento.

La Bioseguridad, dentro de los peligros Biológicos se considera importante, definida como: “el conjunto de medidas preventivas, destinadas a mantener el control de factores de riesgo laborales procedentes de agentes biológicos, físicos, químicos,

logrando la prevención de impactos nocivos, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la salud del trabajador, pacientes, visitantes y el medio ambiente.” Existen los elementos de protección personal -EPP-, los cuales son un complemento indispensable de los métodos de control para proteger de una infección por peligros biológicos, químicos y físicos, elementos como guantes de látex, mono gafas, caretas, tapabocas, vestuario anti-fluidos, gorro, polainas entre otros EPP específicos. Otro de los métodos importantes para el control del peligro biológico es la vacunación por lo tanto, cuando exista riesgo por exposición a agentes biológicos para los que haya vacunas eficaces, éstas deberán estar a disposición de los trabajadores, ya que algunas de las patologías transmisibles pueden tener origen MINISTERIO DE SALUD. Manual de Conductas Básicas en Bioseguridad: Manejo integral. Capítulo Bioseguridad. Bogotá, ocupacional, de esta manera ser prevenibles por medio de la vacunación y evaluar su efectividad por medio de titulación de anticuerpos. En el personal de salud es conveniente la vacunación contra hepatitis B, HA, tuberculosis, influenza, tétanos, triple viral para de esta manera proteger a los trabajadores y disminuir el riesgo de contraer posibles infecciones por contacto dentro del servicio laboral. Así mismo, dentro de las medidas de precaución el desecho de residuos se convierte en una práctica necesaria e importante porque no solamente se pueden ver afectados los profesionales de la salud, sino que pueden poner en riesgo a los empleados que manipulan las basuras, como las conserjes, quienes las transportan y demás trabajadores. El Instituto de Seguridad Social (I.S.S., 2010) señala que para esto se maneja un protocolo de seguridad según su peligrosidad, existiendo residuos no peligrosos, ordinarios e inertes, que no presentan ningún riesgo para la salud y el medio ambiente; estos se desechan en canecas destinadas e identificadas con el color verde para aquellas que son biodegradables, esto quiere decir que son sustancias que se descomponen fácilmente en el ambiente. Los inertes como vidrio, plástico, cartón papel son desechos reciclables que se deben depositar en canecas destinadas a este tipo de residuos y son de color gris. Según Forero de Saade, M. los residuos peligrosos “son aquellos que pueden afectar la salud y el medio ambiente, algunos de ellos son de tipo biológico e

infecciosos, como fluidos, muestras y material contaminado, entre otros, los cuales se desechan en canecas de color rojo, también SE encontra residuos de tipo químico como medicamentos que se desechan en sitios destinados con el color amarillo para los radioactivos existen especiales de color violeta o purpura, entre otros”. Para Tolosa, R. (2010) los peligros químicos, son toda sustancia orgánica e inorgánica, natural o sintética que durante la fabricación, manejo, transporte, almacenamiento o uso, puede incorporarse al aire ambiente en forma de polvos, humos, gases o vapores, con efectos irritantes, corrosivos, asfixiantes o tóxicos . Ministro de Salud. Conductas básicas en Bioseguridad. Manejo Integral. (34)

A nivel de medicamentos peligrosos, se consideran los citostáticos o citotóxicos utilizados en los pacientes con cáncer o medicamentos para pacientes con VIH. La exposición a este tipo de medicamentos puede darse mediante la inhalación, el contacto con la piel, la absorción cutánea, la ingestión o la inyección. La inhalación o el contacto con la piel y la absorción son las formas más probables para que un trabajador quede expuesto a medicamentos peligrosos. Sin embargo también es posible la ingestión (de la mano a la boca) o la inyección a través de una punción o de una herida penetrante. • Los químicos tipo líquidos entran en contacto con los profesionales mediante el jabón tipo antiséptico, desinfectante, los cuales por su contenido de clorhexidina digluconato, cetrimida, excipientes como isopropanol 0.9%, viscosante, humectantes, emolientes desinfectantes, evidenciamos que los TOLOSA, R. Riesgo Profesional en anestesia Mito o Realidad? Rev. Col. Anest. 2010. 30 profesionales pueden sufrir un impacto de manos secas, debido al múltiple lavado de manos y el uso de guantes de látex, produciendo dermatitis. • Pico, M. E. y Escobar, A. (2009) señalan que “la clorhexidina es un antiséptico y desinfectante con acción frente a una amplia gama de bacterias grampositivas y gramnegativas, anaerobios facultativos, aerobios y levaduras. Algunas especies de pseudomonas y proteus tienen baja sensibilidad, es ineficaz frente amicobacterias; a baja concentración es bacteriostático; a concentración más elevada se comporta como bactericida. Puede producir alergias, irritación, urticaria y reacciones anafilácticas”. • La cetrimida es un antiséptico de amplio espectro utilizado para la desinfección y

limpieza, es nocivo por ingestión, irrita los ojos, la piel y las vías respiratorias. Los peligros físicos, son todos aquellos factores ambientales de naturaleza física que pueden provocar efectos adversos a la salud según sea la intensidad, exposición y concentración de los mismos. Dentro de estos encontramos la iluminación, el ruido, las radiaciones ionizantes., según el Ministerio de Protección Social (2011) son “todos aquellos factores que involucran la carga dinámica como posturas y la carga estática como movimientos y esfuerzos, que traen consigo problemas de tipo osteomuscular, evidenciado anteriormente como las primeras causas de enfermedad profesional”. La carga de pesos, como los movimientos frecuentes de tronco y la exposición a vibración han sido aceptados como factores de riesgo relacionados con el dolor lumbar en el trabajo. Los efectos dorso lumbares de la manipulación de cargas van desde molestias ligeras hasta la existencia de una incapacidad permanente. Se trata de un problema del que se deriva un elevado costo social y económico en términos de incapacidades, pérdidas de jornada de trabajo y gasto resultante de prestaciones asistenciales, pruebas complementarias y tratamientos. De tal forma que estos efectos dorso lumbares han llegado a ser considerados como uno de los puntos de actuación más importantes en la prevención en el que hacer de la salud ocupacional y específicamente de la ergonomía. Salvador, L. y Moncada, C. (2011) manifiestan que los peligros psicolaborales “se refieren a aquellos aspectos intrínsecos y organizativos de trabajo, y a las relaciones humanas, que al interactuar con factores humanos endógenos, (edad, patrimonio genético, antecedentes psicológicos) y exógenos (vida familiar, cultural, etc.)” El trabajo es considerado como una fuente de bienestar tanto económico como psicológico y social valioso para el ser humano y tiene gran significado. BRISEÑO, C. E. et al. Riesgos ergonómicos en el personal de enfermería. Hospital Ángel C. Padilla – Tucumán – Argentina. Publicación de portales médicos.com. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías de atención integral de salud ocupacional basadas en la evidencia. . Bogotá, 2011. SALVADOR, L.; MONCADA, C. Presentación del Un instrumento para la prevención de riesgos Psicosociales. 2010. trabajadores por que constituye gran parte de su vida; sin embargo puede provocar efectos negativos como lo son el

estrés, la fatiga, la irritación, la intolerancia, la insatisfacción que son efectos propios de los peligros psicolaborales. (35)

**SIDA:** Más de 25 millones de personas han muerto como consecuencia del síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA), causado por el VIH, y según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), divulgado en noviembre del 2007, “alrededor de 33,2 millones de personas son portadoras del virus en todo el mundo”. Así mismo, el mismo documento indica que “este año se produjeron unos 2,5 millones de nuevas infecciones, mientras se calcula que aproximadamente 2,1 millones de personas han muerto en el 2007 debido al SIDA”. (36)

Los portadores de VIH asintomáticos, constituyen una amenaza de infección para el personal de salas de urgencias, salas de terapia intensiva y quirófanos. Aun cuando el riesgo de transmisión ocupacional del SIDA sea bajo, si es comparado con la facilidad de la infección de la hepatitis B y la hepatitis C, si se contrae el SIDA, el pronóstico en general es considerado como fatal.

En este sentido, es vital que el profesional de enfermería que labora en el área quirúrgica use las barreras físicas cuando preste los cuidados a los pacientes, ya que cualquier contacto de la sangre o con los fluidos corporales de la otra persona puede causar una infección.

El modo de transmisión de la hepatitis C es similar al de la hepatitis B, es por ello, que el profesional de enfermería debe aplicar las medidas preventivas de bioseguridad con la sangre y líquidos corporales, con todo paciente que llegue al centro de salud, independientemente del diagnóstico, para evitar el contagio.

### **c. Actuación ante un accidente**

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud establece que todo trabajador que sufra accidente punzo – cortante con sangre de un usuario deberá informarlo al servicio responsable: Infectología, Epidemiología, y salud ocupacional; en donde se tomarán las muestras para determinar serologías y establecer su situación. Simultáneamente se realizará

un interrogatorio en relación a las características del accidente se recomienda (a menos que el usuario sea serología negativa) iniciar tratamiento antirretroviral durante cuatro semanas, siendo el tiempo ideal para iniciarlo una hora después del accidente. Si el usuario es serología positiva a HIV, una demora en el inicio de la terapia mayor de 72 horas disminuye la efectividad del mismo. (37)

### **Actuación inmediata tras un accidente biológico**

Idealmente el personal sanitario deberá conocer la primera actuación en caso de accidente biológico y aplicarla inmediatamente después del mismo, minimizando así el riesgo de infección. En el caso de que esto no haya sido así, cuando sea atendido en el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública se llevarán a cabo esas primeras actuaciones, que varían en función del tipo de exposición acaecida:

#### **Exposición parenteral (corte o pinchazo) y mordedura humana**

- Dejar fluir la sangre libremente bajo el agua corriente (durante un minuto aproximadamente).
- Lavar en profundidad la zona lesionada con agua y jabón. –
- Aplicar un antiséptico, que puede ser cualquiera de los siguientes: alcohol 70°, clorhexidina o povidona yodada.

#### **Exposición en piel (intacta o lesionada)**

- Lavar en profundidad la zona con agua y jabón.
- Aplicar un antiséptico (alcohol 70°, clorhexidina o povidona yodada).
- Aplicación de un apósito para cubrir la herida.

#### **Exposición mucosa**

Lavar con abundante agua ó solución salina (suero fisiológico), durante dos minutos aproximadamente. No se debe utilizar nunca lejía como desinfectante,



ya que es menos eficaz que los mencionados antisépticos y puede además producir quemaduras importantes. Se recomienda cubrir la lesión con un apósito después del tratamiento inmediato de la misma, salvo en el caso de la mordedura. (38)

### **Actuación cuando la persona fuente es desconocida**

En general se consideran accidentes de bajo riesgo infeccioso (aunque habrá que valorar cada caso individualmente). En estos casos es necesario realizar un seguimiento serológico de la persona expuesta. Las posibles medidas preventivas que pueden aplicarse varían según los gérmenes.

Tétanos: valoración en las exposiciones parenterales como en cualquier otra herida. VHC: no hay medidas preventivas disponibles, solamente seguimiento en el tiempo por medio de analíticas repetidas y la posibilidad de tratamiento precoz en caso de seroconversión. VIH: no se aplicará en general quimioprofilaxis con antirretrovirales (39)

### **Actuación cuando la persona fuente es conocida**

1. Actuación sobre la persona fuente: Habrá que recabar datos en su historia clínica sobre su estado serológico previo para VHB, VHC y VIH, tomando en cuenta solamente aquellos resultados de los tres últimos meses (y siempre que no haya existido una exposición de riesgo posterior a dichos resultados). En caso de que no dispongamos de estos datos, habrá que proceder a solicitar su consentimiento (verbal, anotándolo en la historia clínica) para realizar una extracción de sangre de 15 ml con las siguientes peticiones al Servicio de Microbiología: ° AntiVIH: se solicitará de manera urgente cuando se prevea indicación de profilaxis antirretroviral al trabajador expuesto (por las características de la exposición y tras comentar los riesgos y beneficios con el mismo). En caso contrario, se solicitará de modo no urgente. ° AgHBs: se solicitará de manera urgente cuando el expuesto no esté correctamente vacunado para el VHB ni haya pasado la infección por este virus; si no es así, solicitaremos este antígeno de manera no urgente. ° AntiVHC: siempre se

solicitará no urgente, ya que no existen medidas profilácticas. ÁREA VIGILANCIA DE LA SALUD Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública, Siempre habrá que comentar personalmente las peticiones urgentes con el Servicio de Microbiología. Cuando la situación clínica de la persona fuente no le permita darnos su consentimiento para la extracción de sangre, se procederá a solicitarlo a la familia o tutor legal. En caso de negativa a la extracción de sangre por parte de la persona fuente (o de su familia/tutor legal si no puede otorgarnos el consentimiento) se deberá valorar el riesgo según antecedentes de la persona fuente: promiscuidad sexual, adicción a drogas por vía parenteral, antecedentes de transfusiones, tatuajes sin garantías sanitarias (40)

2. Actuación sobre la persona expuesta: Previamente a proceder a las actuaciones preventivas habrá que conocer de esta persona: ° Estado vacunal para VHB (antecedentes de vacunación y niveles de anticuerpos antiHBs) y tétanos (antecedentes de vacunación). ° Infección pasada o presente por VHB, VHC o VIH. Inicialmente se cumplimentará el protocolo de accidente biológico correspondiente y se realizará una extracción de sangre para analítica basal no urgente (siempre antes de realizar cualquier profilaxis para que no se alteren sus resultados). En dicha analítica se solicitará bioquímica con perfil hepático (GOT, GPT, GGT, FA, bilirrubina total y bilirrubina directa) y serología VHB (antiHBs, antiHBc y AgHBs), antiVHC y antiVIH. Además se solicitará hemograma cuando se prevea aplicar profilaxis con antirretrovirales para el VIH.(41)

2.1. Medidas preventivas sobre la persona expuesta: varían según los microorganismos que estemos valorando.

a) Tétanos: valoración como en cualquier otra herida).

b) VHC: no existe profilaxis efectiva post-exposición frente a este virus cuando el accidente biológico ocurre con una fuente VHC positiva. Por lo tanto sólo es posible realizar el seguimiento del expuesto y en caso de seroconversión derivarlo lo más pronto posible al Servicio de Digestivo para valoración de tratamiento precoz.

c) VHB: se procederá a aplicar medidas preventivas según las características del accidente, el estado serológico de la persona fuente para el VHB y el estado vacunal de la persona expuesta

Se dispone actualmente de dos medidas para prevenir el contagio: - Inmunoglobulina hiperinmune antiVHB, de administración i.m.: la dosis es de una ampolla de 5 ml. en los adultos. No está contraindicada su administración en embarazadas. Se administrará en deltoides dentro de las primeras 48-72 horas (útil hasta la primera semana). - Vacuna recombinante: es importante insistir en que todo el personal sanitario que pueda sufrir un accidente biológico esté correctamente vacunado, con tres dosis (0,1 y 6 meses) y comprobación de niveles protectores de anticuerpos antiHBs en sangre ( $\geq 10$  UI/ml). Cuando se comienza la vacunación como consecuencia de un accidente laboral se deberá siempre confirmar la presencia de antiHBs a títulos protectores antes de considerar bien vacunada a la persona expuesta. No está contraindicada la administración de esta vacuna en embarazadas. ÁREA VIGILANCIA DE LA SALUD Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública 6 Cuando se administren la vacuna y la inmunoglobulina en un solo acto, en un deltoides se pondrá la vacuna y en el otro la inmunoglobulina. (42)

d) VIH: ante un accidente biológico en él se demuestre que la persona fuente es VIH positiva (por medio de la serología urgente para este virus que habremos solicitado o porque se sabe que es VIH positivo previamente) puede ser preciso administrar tratamiento con antirretrovirales (“profilaxis antirretroviral” o PAR) al trabajador expuesto para evitar esta infección. La evidencia sobre su eficacia es limitada, aunque hay datos que apoyan que pueda ser cercana al 80%. La administración de la PAR debe iniciarse precozmente, preferiblemente en las dos primeras horas después de la exposición. Se suele considerar que por encima de 48-72 horas tras la exposición la PAR es poco eficaz, aunque se puede comenzar la misma incluso después de un intervalo de tiempo más largo desde el accidente (1 ó 2 semanas) en exposiciones de alto riesgo, ya que aunque la infección no se evitase, el tratamiento precoz de la infección aguda de VIH puede mejorar el pronóstico. Durante los siguientes 12 meses al accidente

laboral y hasta que se descarte completamente la infección, cuando la persona fuente sea VIH positiva el trabajador expuesto deberá seguir las recomendaciones para prevenir la posibilidad de transmisión del VIH a otras personas: no donar sangre, semen u órganos, tomar medidas para prevenir la transmisión en la relación sexual (uso de preservativo) y evitar el embarazo y la lactancia.

## **7. MANEJO DEL ACCIDENTE DE TRABAJO**

El accidente de trabajo con riesgo biológico exige un análisis rápido de sus posibles consecuencias según el diagnóstico del paciente fuente y las características de exposición, con los cuales se determinará la necesidad o no de un tratamiento profiláctico. Inmediatamente ocurra o se detecte la exposición, el trabajador accidentado elaborará el autoreporte de exposición a material biológico que será analizado conjuntamente por el trabajador y una persona capacitada para calificar la exposición y decidir si se remite o no inmediatamente a la IPS. (43)

### **PROCEDIMIENTO INMEDIATO**

- Limpieza del área del cuerpo expuesta del trabajador afectado.
- Evaluación y atención inmediata por parte del médico de urgencias de turno en la institución, con respectiva apertura de la historia clínica.
- Evaluación de la exposición, del paciente fuente y diligenciamiento del
- Formato Único para el Reporte de Accidente de Trabajo (autoreporte) en original y copia.

### **PROCEDIMIENTOS POSTERIORES**

- Investigar el paciente fuente del accidente de trabajo tomar o verificar la toma de pruebas respectivas de laboratorio. En el caso de desconocimiento del estado serológico del paciente fuente, debe obtenerse un consentimiento informado previo a la toma de los exámenes.

- Si la exposición fue a una enfermedad infecciosa diferente a VIH o HB, considerar el caso particular y actuar en consecuencia.

### **Notificación del Accidente**

- La notificación oficial del accidente mediante el Informe Patronal de Accidente de Trabajo (IPAT) es la base para la intervención de la IPS y de la ARP; a partir del mismo se generan acciones de tipo preventivo y cobertura de prestaciones asistenciales y económicas; la notificación y el registro permiten a la empresa hacer acopio de información para adoptar medidas correctivas.
- El responsable del Departamento de Salud Ocupacional, el jefe Inmediato o el responsable del área, llena el reporte oficial del Accidente de Trabajo.
- El trabajador acude a su IPS, o a la IPS autorizada por la ARP, preferiblemente con el formato diligenciado.
- La empresa notifica a la ARP mediante remisión del formato diligenciado.

### **Investigación y medidas de control**

Salud Ocupacional de la empresa, el Comité Paritario de Salud Ocupacional y el Comité de Infecciones realizarán investigación sistemática de los accidentes de trabajo biológicos, con el fin de determinar las causas que los precipitaron, mediante la recolección de información que más adelante puede ser utilizada para establecer medidas de prevención y control de riesgos. La investigación no pretende señalar culpables, sino encontrar causas mediatas e inmediatas y los factores coadyuvantes susceptibles de intervención. Los documentos base para generar la investigación son el autoreporte y el IPAT.

Al conocer las causas de los accidentes, se establecerán las medidas correctivas necesarias, que pueden ser en el ambiente o la implantación de la norma de seguridad requerida. Además se comunicará a la administración las necesidades de apoyo para controlar el riesgo. Igualmente, como resultado de la

investigación, se debe programar una actividad educativa referente a los hallazgos y a las medidas de control adoptadas por la empresa.

El trabajador accidentado debe participar en la identificación de las causas del accidente y en la adopción de medidas correctivas. Las sugerencias del trabajador para corregir las condiciones de trabajo que precipitaron el accidente deben ser tenidas en cuenta por los equipos de salud ocupacional y por la gerencia de la empresa. (44)

### **Supervisar el seguimiento clínico y paraclínico**

Es responsabilidad del programa de salud ocupacional de la empresa supervisar el seguimiento a la salud de los trabajadores y remitir a los accidentados con riesgo biológico a la IPS con el propósito de garantizarles conductas médicas acordes con su evolución.

Salud Ocupacional de la empresa recopila y analiza los auto reportes de exposición a material biológico y a los que ameritan seguimiento, les adjunta el formato para seguimiento del trabajador, donde registrará los resultados de exámenes que practica la IPS. Este formato no sustituye al IPAT ni a la historia clínica que elabora la IPS. Se mantendrá vigilancia de las fechas en que deben repetirse los exámenes, para cumplirlas.

Salud ocupacional promoverá en el accidentado conductas de autocuidado que incluyan la oportuna asistencia a sus controles de seguimiento y la protección de sus familiares.

El programa de salud ocupacional de la empresa vigilará el cumplimiento de los protocolos de vacunación y el manejo del accidente de trabajo.

El trabajador accidentado debe conocer que a partir del accidente de trabajo, se le realizarán pruebas de laboratorio tendientes a vigilar su evolución. El equipo de salud ocupacional de la empresa diligenciará un registro de seguimiento y recopilará la información pertinente. Los exámenes de seguimiento forman parte

del sistema de vigilancia epidemiológica bajo la responsabilidad del programa de Salud Ocupacional de la empresa.

El trabajador debe estar atento a cumplir las citas, tratamientos, vacunación y exámenes necesarios durante el seguimiento.

### **Inmunoprofilaxis**

En el caso que un profesional se pinchó con una aguja de un paciente HIV positivo, es aconsejable un tratamiento profiláctico con terapia anti- 30retroviral y controles de serología posteriores. Se emplea en la actualidad, la inmunización activa con vacuna recombinante genéticamente modificada, para sintetizar AgHBs (vacuna hep b). Esta vacuna es de aplicación intramuscular (zona deltoidea en adultos y antero externa del muslo en niños). El esquema recomendado es de tres dosis, la primera aplicación en el día cero, posteriormente al mes de esta aplicación y a los seis meses se coloca la tercera dosis. (45)

La única forma de prevención en forma pasiva de la enfermedad es el uso de inmunoglobulinas contra hepatitis B (IgHB), que confiere inmunidad temporal y se prepara con una mezcla de plasmas obtenidos de donantes seleccionados, que tienen títulos altos de anticuerpos contra el antígeno de superficie (AgHBs). Esta inmunización, es recomendada como profilaxis bajo las siguientes condiciones según Sánchez, D.

- Exposición accidental percutánea o de mucosas con sangre contaminada (con AgHBs positivo). Administrar conjuntamente la vacuna en todo el todo en los que no sea posible la colocación de inmunoglobulinas. Se emplea el esquema rápido, que consiste en dosis a los cero, uno y dos meses, con una dosis de refuerzo a los doce meses de la primera aplicación.
- Las inmunizaciones constituyen una de las medidas de prevención :

Constituye el proceso por el que una persona se vuelve inmune o es capaz de oponerse a una infección, la inmunidad para enfermedades específicas

son posibles porque dentro del equipo unos sustancias llamados anticuerpos destruyen o debilitan el agente protector de la enfermedad o neutralizar sus toxinas". (46)

El proceso destinado a inducir o transferir inmunidad artificialmente mediante la administración de un inmunológico, lo cual le va a producir anticuerpos como respuesta a la aplicación de una vacuna. Las vacunas consisten en la suspensión de microorganismos atenuados o mucitos que se administran para prevenir mejorar o tratar ciertas enfermedades infecciosas.

## **C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES**

### **1. VARIABLE PRINCIPAL**

Grado de accidentabilidad laboral.

### **2. VARIABLE SECUNDARIA**

Cuidado del cuidador.

## **D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

### **1. CUIDADO**

Es el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, esté basada en la vigencia de los derechos humanos. El cuidado será medido como adecuado e inadecuado.

### **2. CUIDADOR**

Es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.



### **3. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD**

“Conjunto de normas o medidas preventivas que deben tomar el personal que trabaja en áreas de la salud, para evitar el contagio de enfermedades de los pacientes en el área hospitalaria y en el medio en general, por la exposición de agentes infecciosos”.

### **4. GRADO DE ACCIDENTABILIDAD LABORAL**

Es la proporción de hechos condicionados por múltiples causas. En la producción del accidente laboral pueden concurrir condiciones mecánicas o físicas inseguras como también actos inseguros de las personas. Son ocurrencias tomadas en cuenta en el profesional de enfermería cuyos valores finales serán considerados como: alto, medio y bajo.

### **5. RIESGOS LABORALES**

Son los accidentes o contratiempos, a los que está expuesto el personal de enfermería, durante la jornada laboral en el área quirúrgica, lo pone en riesgo y desmejora su calidad de vida. Serán tomados en cuenta para identificar la ocurrencia de accidentes laborales. Serán considerados como presentes y ausentes.

## **E. ALCANCES Y LIMITACIONES**

Es importante mencionar que los resultados a obtener podrán servir para que los riesgos y accidentes identificados, además de ser informados y registrados, puedan disminuir en ocurrencia haciendo posible la toma de conciencia respecto a la importancia del cuidado del cuidador que corresponde al profesional de enfermería y utilice protocolos en su actuar lo cual permite establecer y poner en práctica normas de bioseguridad conjuntamente con el equipo de salud.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO**

El tipo de estudio es descriptivo, de corte transversal, de correlación.

#### **PROCEDIMIENTO**

1. Se coordinó con el área de capacitación del hospital Regional. Para el respectivo permiso, luego realizar la encuestas a las enfermeras de los diferentes servicios.
2. Se realizó las coordinaciones con la Jefa del departamento de enfermería para la aplicación del instrumento de investigación.

3. Se aplicó el instrumento de investigación a cada li. Enfermería teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, la misma que duró aproximadamente 15 minutos.
4. Se realizó el procesamiento y análisis de los datos para la recolección de los resultados.
5. Finalmente se procedió a la redacción del informe final de la tesis de investigación.

## **B. POBLACIÓN**

La población de este estudio está conformada por la totalidad de profesionales de enfermería que suman 175 que laboran en," Hospital Regional" de Ica, las cuales están distribuidas en los turnos, mañana, tarde y noche, en diversos tipos de condiciones laborales.

En tal sentido, los criterios de inclusión son los siguientes:

- Que las personas observadas sean profesionales de enfermería que laboren en áreas hospitalarias, en los diferentes turnos de trabajo, proporcionando cuidados a los pacientes del Hospital Regional de Ica año 2016.

Los criterios de Exclusión:

- Enfermeras de vacaciones.
- Enfermeras de licencia.

## **C. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN**

A pesar de ser imprescindibles las condiciones de seguridad para la realización de cualquier actividad laboral, es común encontrarnos con situaciones peligrosas, en las cuales las exigencias legales para el control de los riesgos

ocupacionales no se tienen en cuenta por negligencia, causando así accidentes y enfermedades en los trabajadores. Dentro de las áreas de actuación laboral está el hospital, donde se realizan actividades insalubres, es decir, aquellas que por su naturaleza, condiciones o métodos de trabajo exponen al trabajador a agentes nocivos para su salud.

Del mismo modo existen acciones que están dirigidas hacia la promoción y protección de la salud de los trabajadores, así como también a la prevención de accidentes de trabajo producido por diferentes factores de riesgos físicos, químicos, biológicos, psicosociales y ergonómicos, denominada salud ocupacional, a nivel mundial es considerada como un pilar fundamental en el desarrollo de un país, siendo ésta una estrategia de lucha contra la pobreza, dichos factores pueden conducir a una ruptura del estado de salud y pueden causar accidentes, enfermedades profesionales y otras relacionadas con él.

Las condiciones laborales en el hospital aun suelen ser deficientes, a pesar de contar con una construcción reciente, la sobrepoblación de pacientes y aun deficiente número de recursos humanos para la atención de calidad, si a ello le sumamos la escasa percepción del autocuidado de los profesionales de salud la realidad es preocupante.

#### **D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En el recojo de datos y específicamente de acuerdo a las características de trabajo y estudio se utilizará el método deductivo, analítico y sintético y métodos específicos a fin de poder determinar el cuidado del cuidador en este caso enfermería a través del método de la encuesta, observación como técnica el cuestionario y como instrumento el formulario y análisis documental.

La validez del cuestionario fue mediante la aplicación de una prueba piloto a 5 personas con las mismas características de la Población estudiada, esta fue realizada en el Hospital regional de Ica.

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

**A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

**TABLA 1****EDAD Y SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL  
REGIONAL DE ICA – 2016**

<b>EDAD</b>	<b>MASCULINO</b>		<b>FEMENINO</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
2 0 a 30 años	2	1.1	49	28.0	51	29.1
31 a 40 años	10	5.7	41	23.4	51	29.1
41 a 50 años	5	2.9	54	30.9	59	33.7
Más de 51 años	3	1.7	11	6.3	14	8.0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>11.4</b>	<b>155</b>	<b>88.6</b>	<b>175</b>	<b>100.0</b>

Se tiene en la presente tabla que el 88.6% del personal de enfermería son mujeres y un 11.4 % son varones; además se tiene que el 30.9% de estas mujeres tienen edades comprendidas entre 41 y 50 años.

**TABLA 2****TIEMPO EN EL SERVICIO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA  
DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA – 2016**

<b>TIEMPO EN EL SERVICIO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Manos de 1 año	12	6.9
1 a 5 años	27	15.4
6 a 10 años	71	40.6
11 a 29 años	65	37.1
<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>100.0</b>

En la presente tabla podemos observar que el 40.6% del personal de enfermería tiene un tiempo de servicio entre 6 a 10 años, el 37.1% entre 11 y 29 años y el 15.4% entre 1 y 5 años.

**TABLA 3**

**USO DE GUANTES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA  
DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016**

<b>USO DE GUANTES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adecuado	7	4.0
Inadecuado	168	96.0
<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>100.0</b>

Teniendo en cuenta que el objetivo del uso de guantes es disminuir la transmisión de gérmenes del paciente a las manos del personal y viceversa, la siguiente tabla nos muestra que el 96.0% del personal de enfermería que labora en el Hospital regional de Ica presenta un inadecuado uso de guantes en sus procedimientos de trabajo.



**TABLA 4**

**USO DE MASCARILLA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA  
DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016**

<b>USO DE MASCARILLA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adecuado	4	2.3
Inadecuado	171	97.7
<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>100.0</b>

El uso de la mascarilla tiene como objetivo prevenir la transmisión de microorganismos infecciosos que se propagan a través del aire y aquellas puertas de entrada y salida como el aparato respiratorio.

La tabla nos permite identificar que el 97.7% del personal de enfermería que labora en el Hospital regional de Ica presenta un inadecuado uso de mascarilla.

**TABLA 5**

**USO DE PROTECTOR OCULAR POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA  
DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016**

<b>USO DE PROTECTOR OCULAR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adecuado	91	52.0
Inadecuado	84	48.0
<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>100.0</b>

Los lentes protectores protegen los ojos durante la realización de procedimientos que puedan generar expulsión de gotas de sangre u otros fluidos corporales que estén contaminados.

Se tiene en esta tabla que el 52.0% del personal de enfermería usa protector ocular en forma adecuada y un 48.0% lo hace inadecuadamente.

**TABLA 6**

**USO DE BATA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA  
DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016**

<b>USO DE BATA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adecuado	27	15.4
Inadecuado	148	84.6
<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>100.0</b>

La bata actúa como barreras y protegen de esta forma la transmisión de bacterias de un área a otra.

La presente tabla nos permite determinar que el 84.6% del personal en estudio usa en una forma inadecuada su bata y sólo un 15.4 lo hace en forma adecuada.

**TABLA 7**

**USO DE GORRO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA  
DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016**

<b>USO DE GORRO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adecuado	72	41.1
Inadecuado	103	58.9
<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>100.0</b>

El uso del gorro es para evitar que el cabello libere posibles microorganismos contaminantes al usuario.

Por la presente tabla se establece que el 58.9% del personal de enfermería que labora en el Hospital regional de Ica presenta un inadecuado uso del gorro y un 41.1% lo hace en forma adecuada.

**TABLA 8**

**USO DE BOTAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA  
DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016**

<b>USO DE BOTAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adecuado	73	41.7
Inadecuado	102	58.3
<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>100.0</b>

El uso de botas también es importante en la bioseguridad de los procedimientos realizados, por la presente tabla se puede establecer que el 58.3% del personal de enfermería las usa inadecuadamente y un 41.7% lo hace adecuadamente.

**TABLA 9**

**USO DE BARRERAS PROTECTORAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA  
DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016**

<b>USO DE BARRERAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adecuado	12	6.9
Inadecuado	163	93.1
<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>100.0</b>

El uso de barreras protectoras es un medio eficaz para evitar o disminuir la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminados; sin embargo la presente tabla nos permite identificar que el personal de enfermería que trabaja en el Hospital Regional de Ica, en un 93.1%, presenta un inadecuado uso de barreras y solamente un 6.9% lo hace en forma adecuada.

**TABLA 10**

**LAVADO DE MANOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA  
DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016**

<b>LAVADO DE MANOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adecuado	20	11.4
Inadecuado	155	88.6
<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>100.0</b>

El objetivo fundamental del lavado de manos del personal sanitario es reducir la flora residente y la flora contaminante de manos y antebrazos.

Tenemos en la presente tabla, que el lavado de manos que realiza el personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Ica, identificándose que el 88.6% realizan dicho lavado en forma inadecuada y sólo un 11.4% lo hace en forma adecuada.

**TABLA 11****DISPOSICIÓN DE DESECHOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA  
DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016**

<b>DESECHOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adecuado	29	16.6
Inadecuado	146	83.4
<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>100.0</b>

Según la tabla, el 83.4% del personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Ica dispone los desechos de una manera inadecuada y sólo el 16.6% lo hace adecuadamente.



**TABLA 12**

**INMUNOLOGÍA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA  
DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016**

<b>INMUNOLOGÍA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adecuado	131	74.9
Inadecuado	44	25.1
<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>100.0</b>

Las inmunizaciones constituyen una de las medidas de prevención, es un proceso por el que una persona se vuelve inmune o es capaz de oponerse a una infección.

La tabla indica que el 74.9% del personal de enfermería realiza el proceso de inmunología en forma adecuada y una cuarta parte: 25.1% lo hace inadecuadamente.

**TABLA 13****NIVEL DE ACCIDENTABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA  
DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA – 2016**

<b>NIVEL DE ACCIDENTABILIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Alto	34	19.4
Medio	123	70.3
Bajo	18	10.3
<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>100.0</b>

La presente tabla permite identificar el nivel de accidentabilidad de enfermeros que laboran en el Hospital Regional de Ica identificándose que el 70.3% de estos profesionales presentan un nivel de accidentabilidad medio, el 19.4% alto y un 10.3% bajo.

**TABLA 14**

**USO DE BARRERAS PROTECTORAS Y NIVEL DE ACCIDENTABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016**

USO DE BARRERAS PROTECTORAS	NIVEL DE ACCIDENTABILIDAD						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuado	3	1.7	7	4.0	2	1.1	12	6.9
Inadecuado	31	17.7	116	66.3	16	9.1	163	93.1
TOTAL	34	19.4	123	70.3	18	10.3	175	100.0

g.l. (2)

$$X^2_c = 1.0 < X^2_t = 5.991$$

Por la prueba estadística ji cuadrado, con un 5% de probabilidad de error, se establece que el uso de barreras protectoras no influye en el grado de accidentabilidad del personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Ica.

En la tabla se tiene que el 70.3% de los enfermeros en estudio presenta un nivel de accidentabilidad medio.

**TABLA 15**

**LAVADO DE MANOS Y NIVEL DE ACCIDENTABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016**

LAVADO DE MANOS	NIVEL DE ACCIDENTABILIDAD						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuado	8	4.6	5	2.9	7	4.0	20	11.4
Inadecuado	26	14.9	118	67.4	11	6.3	155	88.6
TOTAL	34	19.4	123	70.3	18	10.3	175	100.0

g.l. (2)       $X^2_c = 24.9 > X^2_t = 5.991$

El resultado de la prueba estadística utilizada: ji cuadrado, expresa que existe influencia entre el lavado de manos y el nivel de accidentabilidad del personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Ica.

Se puede observar en la presente tabla que ante un alto nivel de accidentabilidad por parte del personal en estudio: 14.9% existe un lavado de manos inadecuado. Los resultados obtenidos:

**TABLA 16**

**DISPONIBILIDAD DE DESECHOS Y NIVEL DE ACCIDENTABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2016**

DESECHOS	NIVEL DE ACCIDENTABILIDAD						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuado	6	3.4	22	12.6	1	0.6	29	16.6
Inadecuado	28	16.0	101	57.7	17	9.7	146	83.4
TOTAL	34	19.4	123	70.3	18	10.3	175	100.0

g.l. (2)

$$X^2_C = 1.8 < X^2_t = 5.99$$

El resultado de la prueba estadística aplicada determina que la disponibilidad de los desechos no influye en el nivel de accidentabilidad del personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Ica.

En la tabla se tiene que el 70.3% de los enfermeros en estudio presenta un nivel de accidentabilidad medio.

**TABLA 17**

**INMUNOLOGÍA Y NIVEL DE ACCIDENTABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL REGIONAL DE ICA – 2016**

INMUNOLOGÍA	NIVEL DE ACCIDENTABILIDAD						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuado	17	9.7	99	56.6	15	8.6	131	74.9
Inadecuado	17	9.7	24	13.7	3	1.7	44	25.1
TOTAL	34	19.4	123	70.3	18	10.3	175	100.0

g.l. (2)       $X^2_c = 13.9 > X^2_t = 5.991$

Con una probabilidad de error del 5%, la prueba estadística ji cuadrado establece que la inmunología influye en el grado de accidentabilidad del personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Ica.

Se tiene en la presente tabla que los enfermeros que han realizado una adecuada inmunología presentan un bajo nivel de accidentabilidad: 8.6%.

**TABLA 18**

**CUIDADO DEL CUIDADOR Y EL NIVEL DE ACCIDENTABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL REGIONAL DE ICA – 2016**

CUIDADO DEL CUIDADOR	NIVEL DE ACCIDENTABILIDAD						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuado	6	3.4	42	24.0	10	5.7	58	33.1
Inadecuado	28	16.0	81	46.3	8	4.6	117	66.9
TOTAL	34	19.4	123	70.3	18	10.3	175	100.0

g.l. (2)

$$X^2_c = 7.8 > X^2_t = 5.991$$

Con una confiabilidad del 95% y una probabilidad de error del 5% la prueba estadística ji cuadrado establece que el cuidado del cuidador influye en el grado de accidentabilidad del personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Ica.

La tabla nos permite identificar que cuando el cuidado es inadecuado: 16.0% el nivel de accidentabilidad es alto; en cambio cuando éste cuidado es adecuado: 5.7% el nivel de accidentabilidad es baja.

## **B. DISCUSIÓN**

### **TABLA 1**

Se tiene en la presente tabla que el 88.6% del personal de enfermería son mujeres y un 11.4% son varones; además se tiene que el 30.9% de estas mujeres tienen edades comprendidas entre 41 y 50 años. El cuidar es una actividad humana. En enfermería el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también en la e Según la Asociación de enfermeras de Ontario, afirman que los entornos de la práctica de enfermería tienen a menudo peligros biológicos, químicos, físicos y psicológicos. Estos factores ponen al personal en riesgo de desgaste profesional, estrés, enfermedades laborales, exposición a patógenos de transmisión sanguínea y desórdenes músculo- esqueléticos. En el año 2010 sólo en los Estados Unidos se reportaron más de un millón accidentes laborales en personal de salud. Siendo este sector el que registra por ej. La más alta incidencia de trastornos músculo esqueléticos, más que cualquier otra industria generalmente se presentaba en el sexo femenino.

### **TABLA 2**

En la presente tabla podemos observar que el 40.6% del personal de enfermería tiene un tiempo de servicio entre 6 a 10 años, el 37.1% entre 11 y 29 años y el 15.4% entre 1 y 5 años.

El cuidado del profesional de enfermería como eje primordial para su desarrollo y crecimiento, comprender el “ser” y el Hacer los profesionales de enfermería de acuerdo a los años de experiencia se convierten en expertos lo cual le permite tener una mejor visualización y cuidados sobre si mismo.

### **TABLA 3**

Teniendo en cuenta que el objetivo del uso de guantes es disminuir la transmisión de gérmenes del paciente a las manos del personal y viceversa, la siguiente tabla nos muestra que el 96.0% del personal de enfermería que labora



en el Hospital regional de Ica presenta un inadecuado uso de guantes en sus procedimientos de trabajo. Cuyo objetivo es disminuir la transmisión de gérmenes del paciente a las manos del personal y viceversa. Se debe utilizar guantes cuando se prevea que la piel va a estar en contacto con fluidos corporales, membranas mucosas, superficies o elementos que han sido contaminados con estos fluidos.

#### **TABLA 4**

El uso de la mascarilla tiene como objetivo prevenir la transmisión de microorganismos infecciosos que se propagan a través del aire y aquellas puertas de entrada y salida como el aparato respiratorio.

La tabla nos permite identificar que el 97.7% del personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Ica presenta un inadecuado uso de mascarilla. Según el ministerio de Salud "Es el conjunto de medidas preventivas que tienen como objeto proteger la salud y seguridad del personal, de los pacientes y de la comunidad; frente a diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos". La Bioseguridad es el término utilizado para definir y congregar las normas de comportamiento y manejo preventivo del personal de salud frente a microorganismos potencialmente patógenos. La disminución de la probabilidad de infección es la esencia del control de la contaminación microbiológica, relacionados con una correcta técnica en el uso de las mascarillas.

#### **TABLA 5**

Los lentes protectores protegen los ojos durante la realización de procedimientos que puedan generar expulsión de gotas de sangre u otros fluidos corporales que estén contaminados.

Se tiene en esta tabla que el 52.0% del personal de enfermería usa protector ocular en forma adecuada y un 48.0% lo hace inadecuadamente.

## **TABLA 6**

La bata actúa como barreras y protegen de esta forma la transmisión de bacterias de un área a otra.

La presente tabla nos permite determinar que el 84.6% del personal en estudio usa en una forma inadecuada su bata y sólo un 15.4 lo hace en forma adecuada. Perú, concluye que el profesional de enfermería, el (56.7%) con conocimiento bajo, no cumple las medidas de bioseguridad (63.3%) en el servicio de emergencia. Lo obtenido permitió llegar a la conclusión que las enfermeras tienen un nivel de conocimiento bajo sobre las medidas de bioseguridad durante la atención de los pacientes, y el poco uso de la indumentaria de protección en la aplicación de procedimientos.

## **TABLA 7**

Por la presente tabla se establece que el 58.9% del personal de enfermería que labora en el Hospital regional de Ica presenta un inadecuado uso del gorro y un 41.1% lo hace en forma adecuada. Se recomienda el uso del gorro para evitar que el cabello libere posibles microorganismos contaminantes al usuario. “el cabello facilita la retención de partículas contaminadas y cuando se agitan provocan su dispersión, por lo que se consideran al mismo tiempo, como fuentes de infección y vehículos de transmisión de microorganismos”. Por tal razón se recomienda usar el gorro como barrera protectora.

## **TABLA 8**

El uso de botas también es importante en la bioseguridad de los procedimientos realizados, por la presente tabla se puede establecer que el 58.3% del personal de enfermería las usa inadecuadamente y un 41.7% lo hace adecuadamente. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en el 2011 informa que alrededor de 337 millones de personas son víctimas de accidentes y enfermedades laborales cada año. Así mismo la organización mundial de la salud (OMS) indica que los incidentes laborales más frecuentes son los accidentes que ocurren con el personal de salud, un tercio de todas las lesiones

se presentan en el personal de enfermería debido al uso inadecuado de las medidas de bioseguridad

#### **TABLA 9**

El uso de barreras protectoras es un medio eficaz para evitar o disminuir la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminados; sin embargo la presente tabla nos permite identificar que el personal de enfermería que trabaja en el Hospital Regional de Ica, en un 93.1%, presenta un inadecuado uso de barreras y solamente un 6.9% lo hace en forma adecuada.

#### **TABLA 10**

El objetivo fundamental del lavado de manos del personal sanitario es reducir la flora residente y la flora contaminante de manos y antebrazos.

Tenemos en la presente tabla, que el lavado de manos que realiza el personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Ica, identificándose que el 88.6% realizan dicho lavado en forma inadecuada y sólo un 11.4% lo hace en forma adecuada.

#### **TABLA 11**

Según la tabla, el 83.4% del personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Ica dispone los desechos de una manera inadecuada y sólo el 16.6% lo hace adecuadamente. Organización mundial de la salud (OMS) indica que los incidentes laborales más frecuentes son los accidentes que ocurren con el personal de salud, un tercio de todas las lesiones se presentan en el personal de enfermería debido al uso inadecuado de las medidas de bioseguridad, además estima que la carga global de enfermedades por exposición ocupacional entre el personal de salud corresponde en un 40% a las infecciones por hepatitis B y C y un 2.5% de las infecciones por VIH. (2)

## **TABLA 12**

Las inmunizaciones constituyen una de las medidas de prevención, es un proceso por el que una persona se vuelve inmune o es capaz de oponerse a una infección.

La tabla indica que el 74.9% del personal de enfermería realiza el proceso de inmunología en forma adecuada y una cuarta parte: 25.1% lo hace inadecuadamente.

## **TABLA 13**

La presente tabla permite identificar el nivel de accidentabilidad de enfermeros que laboran en el Hospital Regional de Ica identificándose que el 70.3% de estos profesionales presentan un nivel de accidentabilidad medio, el 19.4% alto y un 10.3% bajo. Arena S. (2011) en un estudio analítico relacionado al riesgo biológico destaca el alto riesgo que tiene el personal de enfermería durante su ejercicio profesional para accidentarse con exposición biológica, así como los factores de riesgo asociados a la accidentabilidad laboral de riesgo biológico, análisis extraído de la prevalencia de riesgos laborales existentes en años anteriores, en relación con la exposición accidental ocupacional de riesgo biológico para los trabajadores de salud, se ha observado un subregistro, hay estudios realizados en México, que demuestran un subregistro del 41% en el reporte de accidentes de trabajo, encontrando como causa el desinterés del trabajador al no considerarlo importante (53%), la no cobertura en el sistema de riesgos profesionales (24%) y la negligencia del patrón(10%); asimismo en otro estudio realizado en el mismo país en diferentes instituciones de salud reportan un subregistro entre el 23% - 77%.

## **TABLA 14**

Por la prueba estadística ji cuadrado, con un 5% de probabilidad de error, se establece que el uso de barreras protectoras no influye en el grado de accidentabilidad del personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Ica.

En la tabla se tiene que el 70.3% de los enfermeros en estudio presenta un nivel de accidentabilidad medio.

Los resultados obtenidos por Panimboza y Pardo. Estudio realizado en el Ecuador evidenciaba que el uso de las barreras físicas se logró evidenciar un porcentaje relevante del personal de enfermería, no utilizaban las barreras físicas en el cuidado, situación que resulta preocupante, ya que se deben de dar cumplimiento a las medidas de bioseguridad para proteger y prevenir enfermedades y evitar riesgos por exposición a agentes , se investigó si la institución proveía de insumos y se constató que sí, pero el personal de enfermería no lo utilizaba la indumentaria ni cumplía con el uso de las barreras protectoras, por lo expuesto el personal no cumple a cabalidad esto significa que el personal de enfermería está expuesto a sufrir un accidente laboral.

#### **TABLA 15**

El resultado de la prueba estadística utilizada: ji cuadrado, expresa que existe influencia entre el lavado de manos y el nivel de accidentabilidad del personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Ica.

Se puede observar en la presente tabla que ante un alto nivel de accidentabilidad por parte del personal en estudio: 14.9% existe un lavado de manos inadecuado. Los resultados obtenidos: según Becerra y Calojero, realizaron una investigación y sus resultados permiten hacer las siguientes conclusiones en cuanto al nivel de aplicación con respecto al lavado de manos es excelente, ya que de acuerdo a la escala cualitativa el 95,31% y el 97,66% siempre se lavan las manos antes y después de cada procedimiento respectivamente.

#### **TABLA 16**

El resultado de la prueba estadística aplicada determina que la disponibilidad de los desechos no influye en el nivel de accidentabilidad del personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Ica.

En la tabla se tiene que el 70.3% de los enfermeros en estudio presenta un nivel de accidentabilidad medio. Según Alarcón y Rubiños en Perú, concluyen que la mayoría de profesionales de enfermería en estudio, tienen un conocimiento regular en la prevención de riesgos biológicos; con respecto a este porcentaje es una cifra que debería llevar a reflexionar y promover una rápida solución, se sabe que la carencia de conocimiento, determina comportamientos equivocados y erróneos. El mayor porcentaje de enfermeras realiza una práctica regular representado por el 55.81% y el 39.53% tienen una práctica deficiente, siendo necesario mejorarla, monitorizando y evaluando sus actividades. Cabe mencionar que las deficientes prácticas en cuanto al manejo de riesgos biológicos aumentan los accidentes laborales en el sector sanitario.

#### **TABLA 17**

Con una probabilidad de error del 5%, la prueba estadística ji cuadrado establece que la inmunología influye en el grado de accidentabilidad del personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Ica.

Se tiene en la presente tabla que los enfermeros que han realizado una adecuada inmunología presentan un bajo nivel de accidentabilidad: 8.6%.

#### **TABLA 18**

Con una confiabilidad del 95% y una probabilidad de error del 5% la prueba estadística ji cuadrado establece que el cuidado del cuidador influye en el grado de accidentabilidad del personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Ica. La tabla nos permite identificar que cuando el cuidado es inadecuado: 16.0% el nivel de accidentabilidad es alto; en cambio cuando éste cuidado es adecuado: 5.7% el nivel de accidentabilidad es bajo. Según Flores y Gasco, Venezuela, realizaron una investigación respecto a las prácticas de bioseguridad, cuyos resultados relevaron que el 48,0% del personal respondieron usar siempre guantes teniendo riesgo muy bajo de contaminarse; el 64,0% del personal respondieron usar siempre envases para desechar los objetos punzocortante, teniendo muy bajo riesgo; el 80,0% del personal

respondieron realizarse siempre el lavado de mano antes y después de cada procedimiento, teniendo un riesgo muy bajo de contaminarse; el 44,0% del personal contestaron usar las medidas de asepsia y antisepsia en cada procedimiento, teniendo un resultados demuestran que el personal de enfermería tiene un bajo riesgo de contaminarse.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **A. CONCLUSIONES**

- PRIMERA:** La población se caracteriza por la edad mayor de 40 años con predominio de mujeres, con tiempo de servicio mayor de 6 años.
- SEGUNDA:** El cuidado del cuidador es inadecuado en razón al no uso de barreras, mala práctica e inadecuado lavado de manos, así como el inadecuado manejo de residuos sólidos.
- TERCERA:** La accidentabilidad tomadas en cuenta en el profesional de enfermería registra un nivel medio, en razón de la proporción de hechos condicionados para la producción del accidente laboral



entre ellos las condiciones mecánicas o físicas inseguras y actos inseguros.

**CUARTA:** El cuidado del cuidador influye en el grado de accidentabilidad del personal de enfermería; de tal manera que ante cuidados inadecuados, el nivel de accidentabilidad es alto; en cambio cuando éste cuidado es adecuado el nivel de accidentabilidad es bajo.

## **B. RECOMENDACIONES**

1. La programación de capacitaciones en el servicio sobre medidas de bioseguridad y medidas de protección, las cuales pueden ser evaluadas y si el caso lo requiere retroalimentar estos conocimientos.
2. La participación en actividades educativas o de capacitación con respecto a medidas de bioseguridad y nuevos avances tecnológicos sobre la prevención de accidentes laborales.
3. Adoptar medidas de protección individual, cuando la exposición no pueda evitarse por otros medios.
4. Solicitar material de bioseguridad a las autoridades competentes tomando en cuenta que la cuestión económica no debe ser determinante ya que los estudios de costo-beneficio no pueden cuantificar el impacto psicológico derivado de los accidentes con exposición a sangre.
5. Informar a los trabajadores sobre los trámites y la documentación básica tras un accidente biológico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seguridad y salud en el trabajo. [Acceso 08 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--es/index.htm>
2. Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2011 [Acceso 25 de diciembre del 2011]. Disponible: <http://www.un.org/org/spanish/new/fullstorynew.asp?Newl>
3. Registered Nurses' Asociacion of Ontario (RNAO). Salud laboral, seguridad y bienestar de la enfermera. España; 2008.
4. Advisory Board. Report. Safety rules fail to protect health care workers. EUA; 2010.
5. Arena A. Pinzon A. Riesgo Biológico en el Personal de Enfermería: Una Revisión Práctica. Revista Cuidarte. Colombia. 2011. [Fecha de acceso: 23 de noviembre del 2013]. disponible en: <http://cuidarte.udes.edu.co/attachments/article/59/riesgo%20biologicos.pdf>
6. Bajaña L, Alvarez H. Aplicación de medida de bioseguridad en el área de emergencia del Hospital Sagrado Corazón De Jesús, de la ciudad de Quevedo, provincia de los Ríos. Ecuador; 2009. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:SZ-nBZaAdyMJ:190.63.130.199:8080/bitstream/123456789/185/1/TESIS%2520BIOSEGURIDAD.docx+&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>
7. Hidalgo P, Moreno A, Roldán T. Tuberculosis, un riesgo presente para los trabajadores en el área de la salud. Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 52 (2): 227-236, abril-junio, 2011 Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v52n2/TUBERCULOSIS.pdf>
8. Cabal A. Conocimiento y cumplimiento de las medidas de bioseguridad relacionada con el riesgo biológico en enfermeros de una unidad de cuidados intensivos, Hospital General [tesis].Universidad de Oviedo; 2013. [Acceso 05 de

diciembre de 2013]. Disponible en:

<http://dspace.sheol.uniovi.es/dspace/handle/10651/17745>

9. Panimboza C. Pardo L. Medidas de Bioseguridad que aplica el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria del paciente. [tesis] Salinas-La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena: 2012-2013.[Acceso 07 de diciembre de 2013]. Disponible en:  
<http://repositorio.upse.edu.ec:8080/handle/123456789/1094>
10. Alarcon M. Rubiños S. Conocimientos y Prácticas en la Prevención de Riesgos Biológicos de las Enfermeras del Hospital Belén [tesis]. Lambayeque: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012. [Acceso 05 de diciembre de 2013]. Disponible <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/131>
11. Flores M. Gascon J. Riesgo ocupacional biológico en el personal de enfermería en Emergencia Adulto. Hospital (IVSS) Dr. Héctor Noel Joubert [tesis]. Ciudad Bolívar: Universidad de Oriente; 2010.[Acceso 05 de diciembre de 2013]. Disponible <http://ri.bib.udo.edu.ve/handle/123456789/2225>
12. Becerra N, Calojero E. Aplicación de las Normas de Bioseguridad de los Profesionales de Enfermería en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Julio Criollo Rivas [tesis] Ciudad de Bolívar: Universidad del Oriente; 2010.[Acceso 07 de diciembre de 2013]. Disponible en:  
<http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2198/1/15%20Tesis.%20QY9%20B389.pdf>
13. Lozada M, Rodriguez G, Tovar Y. Medidas para la prevención de riesgos biológicos que aplica el personal de enfermería que labora en la Unidad de Emergencia del Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero [tesis] San Félix Estado de Bolívar: Universidad Central de Venezuela; 2009. [Acceso 05 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/jspui/handle/123456789/1147>
14. Núñez L. Medidas de bioseguridad que aplican los profesionales de enfermería en el cuidado al paciente con VIH/SIDA. Servicio de Medicina Interna. Hospital Dr. Victorino Santaella Ruíz [tesis] Los Teques Estado de Miranda: Universidad

Central de Venezuela; 2008. [Acceso 05 de diciembre de 2013]. Disponible en:  
<http://saber.ucv.ve/jspui/handle/123456789/1173>

15. Manual de Bioseguridad en el Laboratorio, 3ra edición; Organización Mundial de la Salud Ginebra Suiza, 2005. En:  
[http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/CDS\\_CSR\\_LYO\\_2004\\_11SP.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/CDS_CSR_LYO_2004_11SP.pdf); consultado el 23 de julio de 2009.
16. Heredia A. Faizal GF. Valderrama E. Riesgos biológicos y bioseguridad. 2a. ed. Colombia: Ecoe Ediciones 2010. [Acceso 08 de diciembre de 2013]. Disponible en:  
<http://site.ebrary.com/lib/colecciones/docDetail.action?docID=10560180&p00=bioseguridad>
17. Leal Rubio, J. 2002. "Cuidarse, cuidar, ser cuidado. La soledad del cuidador". III Jornadas del Centro Alberto Campo. Ed. CRIPS- Societat Catalana de Rorschach i métodos projectius. Barcelona.
18. Apolaya SM, Galan RE. Evidencias en bioseguridad en el proceso de atención de su salud (partel). Rev. cuerpo méd. HNAAA 5(4) 2012.
19. Historia del cuidado. Disponible en:  
[http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2906/02.RVM\\_PARTE\\_I.pdf?sequence=3](http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2906/02.RVM_PARTE_I.pdf?sequence=3)
20. Funes EF, Panozo MA, Cardozo ST. Bioseguridad y Seguridad Química en Laboratorios. 1a ed. Bolivia: 2005.
21. Gambino ND. Bioseguridad en hospitales. Revista Cubana de Salud y Trabajo 2007;8(1):62-662
22. Normas de Bioseguridad del Ministerio de Salud pública, Uruguay [fecha de acceso 23 de mayo de 2011]. URL Disponible en:  
<http://www.infecto.edu.uy/prevencion/bioseguridad/bioseguridad.htm>

23. Lavado de Manos Ordinario o Clínico. Apuntes Auxiliares Enfermería. 2010. [Fecha de acceso 8 enero de 2013]. URL Disponible en:  
<http://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com/2010/10/lavado-de-manos-ordinario.html>
24. OMS. Normas de Bioseguridad. 2009 [fecha de acceso 24 de mayo de 2011]. URL Disponible en: [www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/gc-bioseguridad.pdf](http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/gc-bioseguridad.pdf)
25. Bioseguridad. 2008 [fecha de acceso el 24 de mayo de 2011]. URL Disponible en: <http://www.losoriginales.blogspot.com/>
26. Zabala, Marcia. Manual para el Manejo de Desechos en Establecimientos de Salud. [fecha de acceso el 23 de mayo de 2011]. URL Disponible en:  
<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsair/e/repindex/rep62/guiamane/manuma.html>
27. Exposiciones Ocupacionales a Patógenos de Transmisión Sanguínea. [fecha de acceso el 23 de mayo de 2011]. URL Disponible en:  
<http://www.dominolandia.com/infectios/pdf/18.pdf>
28. Accidentes laborales. [fecha de acceso el 23 de mayo de 2011].  
[http://saludocupacional.univalle.edu.co/aspectos\\_AT.pdf](http://saludocupacional.univalle.edu.co/aspectos_AT.pdf)
29. Korstanje, M. 2010. "Reconsiderando el Concepto de Riesgo en Niklas Luhmann". Mad, Revista. N. 22: 1-20. Universidad de Chile.
30. Korstanje, M. 2012. Una introducción al pensamiento de Cass Sunstein. A Contracorriente. Una revista de Historial Social y Literatura de América Latina. Vol. 9 (3): 291-315. NC State University, USA.
31. Korstanje, M. 2010. Reconsiderando el Concepto de Riesgo en Niklas Luhmann. Mad, Revista. N. 22: 1-20. Universidad de Chile.
32. Las Enfermedades Transmisibles. Salud Autonomía y Bienestar Social. 2011. [Fecha de acceso 15 enero de 2013]. URL Disponible en:  
[https://www5.uva.es/guia\\_docente/uploads/2012/477/46133/1/Documento9.pdf](https://www5.uva.es/guia_docente/uploads/2012/477/46133/1/Documento9.pdf)

33. Riesgo. 2004 [fecha de acceso 25 de mayo de 2011]. URL Disponible en:[http://www.unisdr.org/eng/public\\_aware/world\\_camp/2004/booklet-spa/page9-spa.pdf](http://www.unisdr.org/eng/public_aware/world_camp/2004/booklet-spa/page9-spa.pdf)
34. Frola Lizama, Ana María. Precauciones Estándar. Accidentes con sangre y fluido. [diapositiva]. 2010. 36 diapositivas. URL Disponible en: <http://www.ua.es/va/sep/Primeros%20Auxilios/PRECAUCIONES%20ESTANDAR.pdf>
35. Schonpflug W. Coping efficiency and situational demands. En: Hockey, G.R.J. de. Stress and fatigue in human performance. New York, NY: John Wiley & Son Inc: 100 – 238, 1983.
36. Mckay D, Blake RI, Colwill JM. Social supports and stress as predictors of illness. Rev J Fam Pract 1985; 20: 575 – 81.
37. Almirall P. Efectos negativos de las cargas de trabajo. Ciudad de la Habana: Instituto de Medicina del Trabajo. Departamento de psicología, 1995.
38. Leonova Ab, Nedvedov Vi. Estados funcionales del hombre en la actividad laboral. Moscú: Ediciones de la Universidad Estatal de Moscú, 1981.
39. Instituto de Seguros Sociales. Seccional Antioquía. Estrés ocupacional. Antioquía: Ediciones del ministerio de trabajo y seguridad social, 1995.
40. Accidentes de Exposición a Sangre o Fluidos Corporales. Manual de bioseguridad Estomatología. [fecha de acceso el 23 de mayo de 2011]. URL Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-000-00---0estomato--00-0-0dc.Date--0prompt-10---4-----0-1l--1-es-50---20-about---00031-001-1-0utfZz-8-00&a=d&c=estomato&cl=CL1&d=HASH019916bc947831049c5fd98b.9.1>
41. Sánchez Cruz, Y. O.; Aguilar Escalona, D.; Viyella Claussel, M. Normas de Bioseguridad Relacionadas al SIDA y Hepatitis. [fecha de acceso el 24 de mayo de 2011]. URL Disponible en: <http://fcmfajardo.sld.cu/cev2002/trabajos/estomatologia/04normasbioseguridad/introduccion.htm>

42. Hernández, Eudo. Enfermería y bioseguridad. Noticias de Salud y Enfermería. 14 de febrero de 2010 [fecha de acceso 20 de mayo de 2011]. URL Disponible en: <http://noti-enfermeria.blogspot.com/2010/02/enfermeria-y-bioseguridad.html>
43. Ticona M. C, Arteaga Vera. Guía de Manejo de Residuos Sólidos en el Hospital “San Bartolomé”. Oficina de Epidemiología; Unidad de Saneamiento Ambiental. Lima - Perú [fecha de acceso 22 de diciembre de 2012]. URL Disponible en: <http://www.sanbartolome.gob.pe/Transparencia/Publicacion2012/Epidemiologia/GUIA%20DE%20MANEJO%20DE%20RESIDUOS%20SOLIDOS%20HOSPITALARIOS.pdf>
44. Li C. Bioseguridad en la Sala Reanimación. [Diapositiva]. 48 diapositivas. URL Disponible en: <http://www.reeme.arizona.edu/materials/Medidas%20de%20Bioseguridad.pdf>
45. Caballero E, Cooper De J. Manual de Salud Ocupacional. [Fecha de acceso 10 enero de 2013]. URL Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos5/salocu/salocu.shtml#noti>
46. Federación de sanidad y sectores socio sanitarios de castilla y león. Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario. 2011.

## **ANEXOS**



## ANEXO N° 1

### ESCALA DE APRECIACIÓN

INICIALES: .....

#### GUÍA DE OBSERVACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA.

**Objetivo:** Relacionar el conocimiento con el cumplimiento de las medidas de bioseguridad que aplica el personal de enfermería.

#### GUÍA DE OBSERVACIÓN 1. BARRERAS FÍSICAS

Nro.	ACTIVIDAD/PROCEDIMIENTO	SÍ	NO
1.	Guantes Usa guantes de acuerdo a las indicaciones estandarizadas para las mismas.		
2.	Se retira los anillos y joyas antes de ponerse los guantes		
3.	Evita el uso de guantes excesivamente grandes		
4.	Ubica adecuadamente los guantes		
5.	Se retira los guantes inmediatamente tras haber finalizado el procedimiento		
6.	Descarta los guantes inmediatamente después de su uso		
7.	Evita contaminar los guantes (técnica estéril)		
8.	Evita contaminar con los guantes (objetos y/o superficies)		
9.	Se coloca la mascarilla antes del lavado de manos		
10.	Evita manipular la mascarilla mientras está colocada		
11.	Cambia la mascarilla de manera oportuna (húmeda, sucia)		
12.	Se retira la mascarilla adecuadamente		
13.	Hace uso de la bata o mandil en caso necesario		
14.	Descarta la bata inmediatamente después de su uso		
15.	Usa gafas protectoras cuando es oportuno		
16.	Usa gorro en técnicas estériles/invasivas		
17.	Utiliza zapatos cerrados que cubren completamente los pies		

**GUÍA DE OBSERVACIÓN 2. LAVADO DE MANOS  
MEDIDAS PREVENTIVAS**

<b>Nro.</b>	<b>ACTIVIDAD/PROCEDIMIENTO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
18.	Manos libres de ornamentos		
19.	Uñas cortas sin esmaltes		
20.	Se lava las manos de inmediato antes y después del contacto entre pacientes		
21.	Se lava las manos entre diferentes procedimientos no invasivo efectuados en el mismo paciente		
22.	Se lava las manos después de ensuciarse		
23.	Se aplica antiséptico después del lavado de manos		
24.	Se lava las manos con la técnica correcta		
25.	Se lava las manos antes del procedimiento		
26.	Se lava las manos después del procedimiento		
27.	Lava las manos y después del uso de guantes		

**GUÍA DE OBSERVACIÓN 3. TRATAMIENTO DE DESECHOS**

<b>Nro.</b>	<b>ACTIVIDAD/PROCEDIMIENTO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
28.	Realiza correcta disposición de desechos (desechos infecciosos, desechos comunes)		
29.	Coloca los desechos punzo cortante en envases rígidos (agujas, bisturí, ampollas, etc.)		
30.	Evita re-enfundar agujas		

## ANEXO Nº 2 CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene por objeto investigar acerca de la información que posee el/la profesional de enfermería sobre las medidas de bioseguridad y accidentabilidad y es realizado con fines estrictamente académicos como requisito para optar el Grado Académico de Doctora en Ciencias: Enfermería con Mención en Salud del Adulto y del Anciano. Por favor responda las preguntas que se formulan a continuación. Gracias.

### **DATOS PERSONALES**

Encierre en círculo la respuesta de su elección.

1. Edad: (señale el rango de edad en la que Ud. Se encuentra)
  - a. 20-30 años
  - b. 31-40 años
  - c. 41-50 años
  - d. Más de 51 años
2. Sexo:
  - a. Masculino
  - b. Femenino
3. Tiempo transcurrido de trabajo realizado en el servicio donde labora
  - a. Menos de 1 año
  - b. 1-5 años
  - c. 6-10 años
  - d. 11-29 años
  - e. Más de 30 años

**MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD:**

**1. BARRERAS FÍSICAS. (Marque con un aspa su respuesta a las siguientes preguntas)**

<b>Nro.</b>	<b>ACTIVIDAD/PROCEDIMIENTO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
	<b>USO DE GUANTES</b>		
1.	Me protejo con guantes para atender al paciente con enfermedad infecto contagiosa		
2.	Utilizo guantes al momento de preparar el tratamiento		
3.	Durante los procedimientos invasivos utilizo guantes para manipular sangre y sus derivados		
4.	Pongo en práctica las técnicas establecidas para la colocación de guantes estériles		
5.	Pongo en práctica las técnicas establecidas para la colocación de guantes estériles		
6.	Pongo en práctica las técnicas establecidas para el retiro de guantes contaminados.		
	<b>USO DE MASCARILLAS/RESPIRADOS</b>		
7.	Me cubro con la mascarilla cuando atiendo a los pacientes.		
8.	Utilizo la mascarilla/respirados N95 para realizar los procedimientos que requieran de su uso: como aspiración de secreciones.		
9.	Me coloco el respirador correctamente cumpliendo los pasos en forma correcta, cubriendo nariz y boca		
	<b>USO DE PROTECTOR OCULAR</b>		
10.	Uso de protector ocular en los procedimientos invasivos (solo si la respuesta es NUNCA continúe con el ítems 11		
11.	El protector ocular que uso está en buenas condiciones.		
	<b>USO DE MANDILÓN</b>		
12.	Utilizo mandilón en el desenvolvimiento de mis labores con pacientes infectados		
13.	Me coloco el mandilón correctamente cumpliendo los pasos en forma correcta con la abertura en la parte posterior.		
	<b>USO DE GORROS</b>		
14.	Utilizo gorro durante mis actividades en el servicio		
15.	Me coloco el gorro correctamente cumpliendo los pasos en forma correcta cubriendo completamente el cabello.		
	<b>USO DE BOTAS</b>		
16.	Hago uso de botas cuando ejecuto mis labores en ambientes especiales donde se requiere su uso.		
17.	Me coloco las botas correctamente cumpliendo con los pasos de forma correcta.		

### LAVADO DE MANOS

Nro.	ACTIVIDADES RELACIONADAS	SÍ	NO
18.	Utilizo jabón antiséptico para realizar el lavado de manos.		
19.	Me lavo las manos antes de realizar un procedimiento a un paciente.		
20.	Me lavo las manos después de realizar un procedimiento a un paciente.		
21.	Me lavo las manos correctamente cumpliendo con los 10 pasos para el correcto lavado de manos		
22.	Me lavo las manos antes de preparar los tratamientos.		
23.	Me lavo las manos antes de comer		
24.	Me lavo las manos antes de usar los servicios higiénicos.		
25.	Me lavo las manos al ingresar a mi servicio.		
26.	Me lavo las manos al retirarme de mi servicio		

### DISPONIBILIDAD DE DESECHOS

Nro.	ACTIVIDAD/PROCEDIMIENTO	SÍ	NO
27.	Dispongo de recipientes correctos y en buen estado para eliminar los desechos.		
28.	Clasifico los desechos en el recipiente que le corresponden según su origen.		
29.	Los recipientes de desecho se encuentran ubicados en zonas estratégicas en mi servicio.		
30.	Identifico el color de recipiente que debo usar para eliminar los desechos.		

31. VACUNA: Hepatitis B (marque con un aspa su respuesta)

- Ninguna dosis ( )
- He recibido solo la 1ra dosis ( )
- He recibido solo hasta la 2da dosis ( )
- He recibido las 3 dosis completas ( )

32. VACUNA: Toxoide Tetánico (marque con un aspa su respuesta)

- Ninguna dosis ( )
- He recibido solo la 1ra dosis ( )
- He recibido solo hasta la 2da dosis ( )
- He recibido las 3 dosis completas ( )

33. VACUNA: Influenza (marque con un aspa su respuesta)

- He recibido 1 dosis de esta vacuna en los últimos 12 meses:

SÍ ( ) NO ( )

### **ACCIDENTABILIDAD LABORAL**

Este apartado será llenado únicamente si usted ha tenido accidente laboral con exposición de riesgo biológico, caso contrario, el cuestionario quedaría culminado.

34. Accidentabilidad laboral con exposición de riesgo biológico:

- a. SÍ ( ) b. NO ( )

35. Ha tenido algún accidente por exposición a fluidos corporales y/o secreciones en:

- a. El último año
- b. Los dos últimos años
- c. Los últimos 4 años
- d. Los últimos 6 años

36. ¿Cuál ha sido el número de veces que ha sufrido accidente con riesgo biológico durante los últimos cinco años? (entiéndase contacto accidental con fluidos corporales o sangre bien con ruptura de la piel o sin ella)

- a. Una vez
- b. 2 o 4 veces
- c. 4 a 6 veces
- d. Más de seis veces

37. ¿Qué tipo de exposición causó el accidente?

- a. E Pinchazo
- b. Corte de la piel
- c. Contacto con membrana mucosa
- d. Contacto de la piel

38. ¿Qué objeto causó el accidente?

- a. Agujas
- b. Bisturí
- c. Lencería o material contaminado

39. ¿Cuando ocurrió el accidente que tipo de protección estaba utilizando?

- a. Guantes

- b. Mascarilla
- c. Gorro
- d. Protectores oculares
- e. Bata descartable
- f. Ninguna

40. Señale como ocurrió el accidente:

- a. Re- enfundando la aguja
- b. Doblando la aguja
- c. Desechando la aguja en el envase
- d. Desechando hojillas de bisturí
- e. Al momento de realizar venopunciones / accesos venosos
- f. Al momento de retirar el catéter
- g. Salpicaduras de fluidos
- h. Manipulando desechos

41. ¿Con que tipo de líquido corporal del paciente tuvo contacto accidental?

- a. Saliva
- b. Sangre
- c. Orinas
- d. LCR (líquido cefalorraquídeo)
- e. Líquido ascítico

42. ¿Cuál de las siguientes condiciones cree usted que provocaron el accidente?

- a. Equipo defectuoso
- b. Falta de equipos y material
- c. Desorden
- d. Exceso de trabajo
- e. Inobservancia de las normas de bioseguridad
- f. Mal manejo de desecho

Para las tablas se ha considerado:

### **GRADO DE ACCIDENTABILIDAD LABORAL**

alto, medio y bajo

ALTO 30 a 38

MEDIO 21 a 29

BAJO 9 a 20

### **CUIDADO DEL CUIDADOR**

Inadecuado= 0 a 12

Adecuado= 13 a 26

### **USO DE BARRERAS FÍSICAS**

Inadecuado= 0 a 8

Adecuado= 9 a 17

### **LAVADO DE MANOS**

Inadecuado= 0 a 4

Adecuado= 5 a 9

### **DESECHOS**

Inadec= 0 a 2

Adec= 3 a 4