

“Año de la Consolidación del Mar de Grau”

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZAN”



SEGUNDA ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

INFORME DE TESIS

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE BIOSEGURIDAD DEL PERSONAL DE SALUD Y EL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HDCQ DAC-HYO-2014”

PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

TESISTAS:

- ❖ CASTRO PARODI, Eda Rayda
- ❖ HUILCA MARTINEZ, Nery Rosita
- ❖ SANTA MARIA CHIMBOR, Gloria

HUANUCO - PERÚ

2016

DEDICATORIA

A nuestros esposos e hijos, que con su
Acompañamiento y apoyo, estimulan día
a día nuestra superación.

AGRADECIMIENTO:

A Dios que nos permite vivir las experiencias profesionales,
A nuestras (o) Maestros por haber compartido con nosotras

Sus conocimientos,

Al personal del servicio de Emergencia que colaboraron en
la realización del presente trabajo

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos de bioseguridad del personal de salud y su relación con el manejo de residuos hospitalarios en el servicio de Emergencia del HDCQDAC-HYO-2014.

Método: Descriptivo, de corte transversal y prospectivo, con una población de 15 licenciadas de enfermería, 15 técnicos de Enfermería, 20 médicos personal de salud del servicio de Emergencia seleccionado por muestreo no probabilístico por conveniencia, haciendo un total de 50 personas.

Los datos se recopilaron a través del cuestionario sobre conocimientos de Bioseguridad y una Guía de Observación que nos permitió verificar el cumplimiento de las normas de acondicionamiento y segregación de residuos hospitalarios.

Resultados: El nivel de conocimientos del personal de salud del servicio de emergencia: 24% muestra nivel alto, 40% nivel medio y 36% nivel bajo.

El 100% de personal Enfermeras, Técnicos de enfermería realizan una buena caracterización de residuos hospitalarios, 30% del personal médico realiza una mala caracterización de residuos hospitalarios.

Conclusiones:

Existe una relación significativa estadísticamente entre el nivel de conocimiento de bioseguridad y el manejo de residuos sólidos ($p \leq 0.05$), el cuadro muestra que el 100% de los profesionales con nivel de conocimiento alto presentan un buen manejo de residuos sólidos hospitalarios, por otro lado de los 6 profesionales que tienen un mal del manejo de residuos sólidos hospitalarios, 5 (83.3%) tienen un nivel de conocimiento bajo respecto a bioseguridad.

Palabras claves: Nivel de conocimientos, bioseguridad, manejo de residuos hospitalarios, servicio de Emergencia.

SUMMARY

Objective: To determine the level of knowledge of biosecurity of health personnel and their relationship with the management of hospital waste in the Emergency service of HDCQDAC-HYO-2014.

Method: Descriptive, cross-sectional and prospective, with a population of 15 nursing graduates, 15 nursing technicians, 20 medical personnel of the emergency service selected by non-probabilistic sampling for convenience, making a total of 50 people.

The data were collected through the questionnaire on Biosafety knowledge and a Observation Guide that allowed us to verify the compliance with the rules of conditioning and segregation of hospital waste.

Results: The level of knowledge of the health personnel of the emergency service: 24% shows high level, 40% average level and 36% low level.

100% of staff Nurses, Nursing technicians perform a good characterization of hospital waste, 30% of medical staff performs poor characterization of hospital waste.

Conclusions:

There is a statistically significant relationship between the level of biosafety knowledge and the management of solid waste ($p \leq 0.05$), the table shows that 100% of professionals with a high level of knowledge have a good characterization in solid waste management, On the other hand, of the 6 professionals who have a poor characterization of solid waste management, 5 (83.3%) have a low level of knowledge regarding biosecurity.

Key words: *Biosecurity, biosecurity measures, hospital waste, contaminated waste, hospital waste management.*

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria.....	II
Agradecimiento.....	III
Resumen.....	IV
Summary.....	V
Índice.....	VI
Índice de tablas.....	VIII
Índice de gráficos.....	X
Introducción.....	XII
 CAPÍTULO I	
1. MARCO TEORICO	
1.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	17
1.2 BASES TEORICAS.....	22
1.3 HIPOTESIS.....	36
1.4 OBJETIVOS.....	37
1.5 VARIABLES.....	38
 CAPÍTULO II	
2. DISEÑO METODOLOGICO.	
2.1 Ámbito de estudio.....	40
2.2 Población.....	40
2.3 Muestra.....	40
2.4 Tipo de estudio.....	41

2.5 Diseño de investigación.....	41
2.6 Técnicas e instrumentos.....	42
2.7. Procedimientos.....	43
2.8. Plan de tabulación de datos.....	45

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	47
Conclusiones.....	80
Recomendaciones.....	82
Bibliografía.....	83
Anexos.....	88

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 01	47
Tabla N° 02	49
Tabla N° 03	50
Tabla N° 04	51
Tabla N° 05	52
Tabla N° 06	53
Tabla N° 07	55
Tabla N° 08	56
Tabla N° 09	58
Tabla N° 10	60
Tabla N° 11	61
Tabla N° 12	62
Tabla N° 13	64
Tabla N° 14	66
Tabla N° 15	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág
Gráfico N° 01	47
Gráfico N° 02	49
Gráfico N° 03	50
Gráfico N° 04	51
Gráfico N° 05	52
Gráfico N° 06	53
Gráfico N° 07	55
Gráfico N° 08	56
Gráfico N° 09	58
Gráfico N° 10	60
Gráfico N° 11	61
Gráfico N° 12	62
Gráfico N° 13	64
Gráfico N° 14	66
Gráfico N° 15	67

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud estima que entre el personal de salud la proporción de la carga mundial de morbilidad es atribuible a la exposición profesional del 40% en caso de la Hepatitis B y C; 2,5 % para los casos de VIH. Aunque el 90% de las notificaciones de infecciones profesionales se registran en Norte América y Europa.

De los 35 millones de trabajadores de la salud a nivel mundial, alrededor de 3 millones han experimentado anualmente exposiciones percutánea a patógenos sanguíneas; de éstos 2 millones se vieron expuestos a VHB, 0,9 millones a VHC Y 170,000 a VIH. Más del 90% de estas infecciones suceden en países en desarrollo .Ginebra 2006.

En general, la seroprevalencia de VHB en trabajadores de salud es de dos a cuatro veces mayor que en controles donantes de sangre. Las tasas más altas son vistas en médicos, laboratoristas, trabajadores de unidades de diálisis, empleados encargados del servicio de limpieza, y el personal de enfermería, incluyendo a los del servicio de emergencia.

Los servicios de urgencias, por las características de los pacientes que se atienden, en su mayoría con diagnósticos presuntivos y poli traumatizados, generan demasiado estrés que se suma a las condiciones ambientales y al riesgo biológico que debe afrontar el personal en el desarrollo de su labor. Esas características ubican a estos servicios entre los más vulnerables en cuanto a accidentalidad laboral y enfermedades profesionales. El riesgo de contacto con sangre y fluidos corporales se incrementa, por lo cual, el personal debe mantenerse alerta y preparado con los elementos de barrera

fácilmente disponibles que le permitan cumplir las normas de bioseguridad en forma permanente.

La ley N° 27314 Ley General de Residuos sólidos y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 057-04-pcm Decreto Legislativo N° 1065 que modifica algunos artículos, relativo al manejo, tratamiento y disposición segura de los desechos hospitalarios, señala que el establecimiento de salud debe consolidar un Plan de desechos sólidos hospitalarios, para mitigar los posibles impactos a la salud y al ambiente, derivados del riesgo que conlleva el manejo, el tratamiento y la disposición final de dichos residuos. El Manejo de los Residuos Sólidos Hospitalarios en nuestro país es uno de los aspectos de la gestión hospitalaria, que recién a partir de los últimos años ha concitado el interés de las instituciones públicas y privadas, impulsado por el desarrollo de la seguridad y salud en el trabajo hospitalario, la protección al medioambiente y la calidad en los servicios de salud.

Todo residuo sólido deberá ser clasificado, almacenado y acondicionado en la fuente de generación. Se deberá disponer de un número suficiente de recipientes y bolsas para el acondicionamiento de los residuos según su clasificación. Las vendas contaminadas con secreciones corporales de los pacientes quemados deberán segregarse en recipientes para residuos biocontaminados. Los residuos punzocortantes deberán ser segregados en el mismo lugar de generación.

Un "Diagnóstico Situacional del Manejo de los Residuos Sólidos en el Hospital Daniel A Carrión de Huancayo" realizado a través de encuestas y lista de chequeo permitió la caracterización de los residuos de los diferentes

servicios de atención a pacientes, estudio que permitió demostrar el estado precario del Saneamiento Ambiental Hospitalario en su componente de residuos sólidos; así mismo los errores de disposición en la segregación de los mismos que han producido accidentes laborales por punción en el personal de limpieza que realiza el acopio y traslado interno de los mismos.

Los residuos sólidos generados en establecimientos hospitalarios, cuando son manipulados de manera inadecuada, y sin un entrenamiento previo, pueden crear situaciones de serio riesgo para la salud, tanto de la población hospitalaria (personal y pacientes), como para la salud de la comunidad en general debido, fundamentalmente, al carácter infeccioso de algunas de sus fracciones componentes. Contribuyen también a acrecentar tales riesgos y dificultades la heterogeneidad de su composición, la presencia frecuente de objetos tóxicos, inflamables y radiactivos de baja intensidad. El personal asistencial de los establecimientos de salud (médicos, enfermeras, técnicos, auxiliares, etc.) también están en riesgo de sufrir algún daño potencial como consecuencia de la exposición o contacto a residuos peligrosos, destacándose los residuos punzo cortantes como los principalmente implicados en los "accidentes en trabajadores de salud", aunque la gran mayoría de accidentes por pinchazos con material punzo cortante ocurre durante la realización de algún procedimiento asistencial y antes de ser desechado, donde el "material médico implicado" aún no es considerado un residuo.

Los servicios de Emergencia hospitalaria no se encuentran exentos de riesgos de naturaleza física, química o biológica por las características de los

pacientes que se atienden, en su mayoría con diagnósticos presuntivos, y poli traumatizados, que generan estrés que se suman a las condiciones ambientales y al riesgo biológico que debe afrontar el personal en el desarrollo de su labor. Esas características ubican a estos servicios entre los más vulnerables en cuanto a accidentes laborales y deficiencias en el manejo de residuos hospitalarios que pueden crear riesgo para la salud de los trabajadores y población.

El propósito de la investigación es dar a conocer a la población el nivel de conocimientos de bioseguridad del personal de salud y el manejo de residuos hospitalarios en el servicio de emergencia, asimismo a los responsables de la administración del establecimiento de salud, encargados del manejo de los residuos y al personal del establecimiento de salud, los criterios técnicos organizativos , operativos y el nivel de participación activa y compromiso del personal del servicio de Emergencia para realizar un manejo correcto de los residuos sólidos hospitalarios, acorde con la normativa vigente desde el acondicionamiento, seguidamente de la segregación que es una etapa fundamental y cuya responsabilidad recae en el personal de salud que lo genera. El personal de salud debe ser capacitado, entrenado sobre un conjunto de medidas, normas y procedimientos destinados a minimizar y/o controlar los riesgos biológicos antes de desarrollar labores encomendadas.⁽¹⁾

Por lo expuesto nos planteamos el siguiente problema:

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimientos de bioseguridad del personal de salud y el manejo de residuos hospitalarios en el servicio de Emergencia del HDCQ DAC-HYO-2014?

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
VARIABLE INDEPENDIENTE Nivel de conocimiento de medidas de bioseguridad	Es el conjunto de ideas nociones y conceptos que posee el hombre como producto de la información adquirida mediante una educación del profesional de salud sobre medidas de bioseguridad con la finalidad de proteger la salud del personal, paciente y de la comunidad frente a diferentes riesgos que existe a nivel hospitalario.	Es la información sobre las medidas de Bioseguridad que va a referir el personal de salud del servicio de Emergencia.	<p>-Concepto de bioseguridad.</p> <p>-Conocimientos sobre barreras protectoras.</p> <p>-Conocimientos de riesgos de contaminación.</p> <p>-Conocimientos y procesamiento de equipos y materiales de limpieza, descontaminación y esterilización.</p> <p>-Conocimientos sobre el manejo de residuos hospitalarios</p>	<p>1.-Definición</p> <p>2.-Principios</p> <p>1.Lavado de Manos.</p> <p>2.Tipos de barreras protectoras (Respirador, guantes, bata)</p> <p>3.Areas de riesgo</p> <p>4.Riesgos biológicos de contaminación</p> <p>1.Diferencia los procedimientos invasivos y no invasivos</p> <p>2-Criterios de desinfección y esterilización</p> <p>1.Clasificación de residuos</p> <p>2. Fases en el manejo y eliminación de residuos.</p> <p>3, Caracterización de residuos generados.</p> <p>4 Tipos de residuos hospitalarios.</p> <p>ESCALA: Ordinal</p> <p>Alto: (55 – 72 puntos)</p> <p>Medio: (36– 54 puntos)</p> <p>Bajo: (18 – 35 puntos)</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>VARIABLE INTERVENIENTE</p> <p>Aspectos Socio demográficos del personal de salud</p>	<p>Variable de caracterización</p>	<p>Caracterización del personal de salud que labora en el servicio de Emergencia.</p>	<p>-Sexo</p> <p>-Edad</p> <p>-Tiempo de Servicio</p> <p>-Profesión u ocupación</p>	<p>ESCALA: Nominal</p>

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

INTERNACIONALES

Ecuador, Panimboza Cabrera, Pardo Moreno (2013), en su estudio “Medidas de bioseguridad que aplica el personal de Enfermería en la atención hospitalaria del paciente Hospital Dr. José Garcés Rodríguez” con el objetivo de identificar si el conocimiento del personal sobre bioseguridad influye sobre los mismos, concluye que la influencia es directa al verificar que el cumplimiento de la aplicación de medidas de bioseguridad es de un 75%.⁽²⁾

En Ciudad Bolívar (2008), en el estudio “Medidas de Bioseguridad en el manejo y control de desechos biológicos para prevenir las enfermedades ocupacionales en el equipo de salud que labora en la unidad de gineco- obstetricia del Complejo Universitario Ruíz y Panéz, con el objetivo de Identificar el manejo de desechos biológicos que ponen en riesgo la salud de los trabajadores de salud en el servicio de gineco-obstetricia y las medidas de protección usadas, concluye que existe un manejo deficiente y que el 70% del personal no usa medidas de protección visual.⁽³⁾

En Chile (2014), se hizo una investigación sobre el “Manejo interno de los residuos de las clínicas periféricas de la FESI”, con el objetivo de conocer si los alumnos de las clínicas odontológicas periféricas de la FESI, tenían conocimiento sobre la clasificación y el adecuado

manejo de los desechos tóxicos que genera su clínica y su depósito en los envases correspondientes, concluyendo que los alumnos saben de la toxicidad de los desechos y no aplican las medidas preventivas indicadas en la NOM-288-280-281. ⁽⁴⁾

En Cuba, La Habana (2004), González Díaz I, realizó un trabajo de Investigación “Valoración del manejo de los desechos peligrosos hospitalarios en una institución de atención primaria de salud”, una investigación descriptiva y observacional de corte transversal desde el mes de junio del año 2004 hasta el mes de abril del año 2005 con el objetivo de valorar la situación actual en el Policlínico Docente Playa en cuanto al correcto manejo de los desechos peligrosos, utilizando como herramientas, lista de chequeo, encuesta anónima y entrevista. La población objeto de estudio estuvo representada por 186 personas, trabajadoras del Policlínico Docente de Playa y aplicando la técnica de muestreo aleatorio simple y luego el estratificado se obtuvo una muestra de 64 personas a las cuales se les entregó el cuestionario. Como principales resultados se pudo constatar y demostrar que el manejo de los mismos es completamente incorrecto y que existe desconocimiento acerca del tema entre el personal de la institución la que ha implementado una serie de medidas de bioseguridad por departamentos y puestos de trabajo entre las que se destacan algunas referentes al manejo de algún tipo de desecho aunque no se identifican como tal. ⁽⁵⁾

Nacionales

En el año 2011, en el estudio "Diagnóstico Situacional del Manejo de los Residuos Sólidos en el Hospital Daniel A Carrión de Huancayo" realizado por la Oficina de Saneamiento Ambiental, Epidemiología y Salud Ocupacional a través de encuestas y lista de chequeo permitió la caracterización de los residuos de los diferentes servicios de atención a pacientes, estudio que permitió demostrar el estado precario del Saneamiento Ambiental hospitalario en su componente de residuos sólidos; así mismo los errores de disposición en la segregación de los mismos que han producido accidentes laborales por punción en el personal de limpieza que realiza el acopio y traslado interno de los mismos.⁽⁶⁾

En el 2010, Arévalo, Benavides en su estudio denominado "Manejo de desechos hospitalarios por los pacientes, familiares y personal del servicio en relación al riesgo de infecciones cruzadas en la sala de pediatría del Hospital provincial general docente Riobamba", con el objetivo de buscar soluciones a fin de disminuir el riesgo de morbilidad debido al inadecuado manejo de desechos hospitalarios por los pacientes y familiares del servicio de Pediatría, concluye que hay insuficiente capacitación del personal en el momento del ingreso; sobre el manejo de desechos hospitalarios por pacientes y familiares también lo hacen incorrectamente y no en el contenedor adecuado; a su vez los resultados de la guía de observación indican que no se cumple al 100% el manejo de los desechos hospitalarios. ⁽⁷⁾

En Lima (2009), Cifuentes Cecilia, Iglesias Silvia, realizaron la investigación "Gestión Ambiental de residuos sólidos hospitalarios del Hospital Cayetano"; cuya investigación tiene como principal objetivo proponer un adecuado manejo de los residuos desde la fuente hasta su disposición final; permitiendo la formulación de un plan de gestión de los mismos. ⁽⁸⁾

Chaves J., (Perú 2005), en un estudio sobre "El nivel de Conocimiento y Aplicación de las normas de Bioseguridad de 80 alumnos regulares del último año de la Facultad de Odontología de dos Universidades Nacionales de Lima" aplicó un test/prueba, para recabar información acerca del nivel de conocimiento y una lista de cotejo informo que el 70% tenía un conocimiento entre bueno y muy bueno en cuanto al uso de colutorios a protección, el 92.5% presenta un conocimiento entre regular y bueno, el porcentaje de aplicación fue de 22.5%. En relación al uso de mascarilla, el 92.5% tenía un conocimiento entre regular y muy bueno y el 52.5% no lo aplicaba. ⁽⁹⁾

Moreno Z., (Perú 2005) en su investigación "Nivel de conocimientos y aplicación de medidas de bioseguridad en internos previamente capacitados del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2004-2005" Lima informó que la capacitación del Interno mejora el nivel de conocimientos y aplicación de las medidas de Bioseguridad. El nivel de conocimientos es mejor desde el 3º mes, a su vez se debe normar la capacitación de los internos y realizar monitoreo continuo para lograr una adecuada aplicación de las medidas. ⁽¹⁰⁾

También dentro del Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, el MINSA, en 1998 elaboró un documento técnico sobre “Tecnologías de Tratamiento de Residuos Sólidos de Establecimientos de Salud”. Este documento identificó las 04 tecnologías de tratamiento más empleadas en el ámbito mundial que son incineración, esterilización a vapor (autoclave), desinfección por microondas y tratamiento químico. Para este trabajo se realizaron encuestas y la caracterización de los residuos en 06 hospitales de distintas ciudades del interior del país. Este estudio permitió demostrar el estado precario del Saneamiento Ambiental en los seis centros hospitalarios en su componente de residuos sólidos. ⁽¹¹⁾

LOCALES

En Huánuco (2010) Alata Velásquez, Ramos Isidro en su estudio titulado Nivel de conocimiento de los alumnos de la EAP de Odontología y aplicación de las medidas de bioseguridad para reducir el riesgo de contagio de enfermedades en la Clínica Dental de la UNHEVAL – Huánuco – Octubre 2010 – Febrer0 2011; buscaron determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de las medidas de bioseguridad para reducir el riesgo de contagio de enfermedades. Este estudio fue de corte observacional – analítico con un diseño prospectivo – transversal, en el cual participaron 95 alumnos de la Escuela Profesional ya mencionada.

Se aplicó un cuestionario para medir el nivel de conocimiento acerca de las medidas de bioseguridad de los alumnos y los clasificaba como “bueno”, “regular” y “malo” de acuerdo al puntaje obtenido, y se les

observó de manera anónima para evaluar su actitud frente a las medidas de bioseguridad durante su práctica clínica, obteniendo los resultados “si cumple”, “cumple a veces” y “no cumple” de acuerdo a los datos recaudados. A su vez se mostró una asociación estadísticamente significativa con la aplicación de las medidas de bioseguridad; del 100% de la población, el 41.1% calificaron en el grado de conocimientos como regular, de los cuales el 21.1% cumplen a veces con dichas 4 medida; asimismo, el 30.5% calificaron en el grado de conocimiento como malo de los cuales, el 21.1% no cumplen con las medidas y finalmente, el 28.4% calificaron como bueno con respecto al grado de conocimientos de los cuales el 25.3% cumplen siempre con las medidas. ⁽¹²⁾

1.2 BASES TEORICAS

El conocimiento, ha sido históricamente tratado por filósofos y psicólogos ya que es la piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología, su acertada comprensión depende de la concepción que se tenga del mundo. El conocimiento es un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes de la sociedad está unido a la actividad práctica. ⁽¹³⁾

Asimismo implica una relación de dualidad el sujeto que conoce y el objeto conocido, en éste proceso el sujeto se empodera en cierta forma del objeto conocido, como lo hizo desde los inicios de la existencia para garantizar los medios de su vida, tuvo que conocer las características, los nexos y las relaciones entre los objetos, definiendo entonces el conocimiento como: “acción de conocer y ello implica tener la idea o la noción de una persona o cosa”. ⁽¹⁴⁾

Por otro lado conocimiento es un proceso mental que refleja la realidad objetiva en la conciencia del hombre, tiene carácter histórico y social porque está ligado a la experiencia.

AFANASTEV define conocimiento como “La asimilación espiritual de la realidad, indispensable para la actividad práctica, en el proceso del cual se crean los conceptos y teorías. Esta asimilación refleja de manera creadora, racional y activa los fenómenos, las propiedades y las leyes del mundo objetivo y tiene una existencia real en forma de sistema lingüístico”.⁽¹⁵⁾

A su vez Mario Bunge, los define como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexactos, calificándolos en conocimiento científico, ordinario o vulgar.

También Salazar Bondy, define el conocimiento como un acto y como un contenido, que lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto, éste conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros. No son puramente subjetivos, puede independizarse del sujeto gracias al lenguaje.

Clasificación:

- a. Conocimiento Cotidiano o Vulgar: Satisface las necesidades prácticas de la vida cotidiana de forma individual.
- b. Conocimiento Científico: Es fruto del esfuerzo, consciente, es metódico, crítico, problemático, racional, claro, objetivo y distinto. Cuando el conocimiento ordinario deja de resolver problemas empieza el conocimiento científico; actividad social de carácter crítico y teórico que indaga y explica la realidad desde una forma objetiva, mediante la

investigación científica, pues trata de captar la esencia de los objetos y fenómenos, conservando principios, hipótesis y leyes científicas.

- c. Conocimiento Filosófico: Es un conocimiento altamente reflexivo trata sobre los problemas y las leyes más generales, no perceptibles por los sentidos, trata de explicar la realidad en su dimensión universal.
- d. Conocimiento Teológico: Conocimiento revelado relativo a Dios, aceptado por la fe teológica. Todos estos tipos de conocimiento apoyaron la realización de la teoría del conocimiento.

1.2.1 TEORIA DEL CONOCIMIENTO

Según Lenin, quien postuló lo siguiente: “Existen cosas que no dependen de nuestra conciencia, de nuestras percepciones. No existe absolutamente ninguna diferencia entre el fenómeno y la cosa en sí, lo que realmente existe son las diferencias entre lo que es conocido y lo que se desconoce; hay que razonar dialécticamente, es decir, no considerar que nuestro conocimiento es acabado e inmutable, sino que está en constante movimiento: de la ignorancia al saber, de lo incompleto a lo completo, de lo inexacto a lo exacto”.

Formas de adquirir el Conocimiento es a través de las actividades que van cambiando a medida que aumente los conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, esto unido a la importancia que se dé a lo aprendido, se lleva a cabo básicamente a través de 2 formas:

- ❖ Lo Informal: Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por éste sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud - enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.
- ❖ Lo Formal: Es aquello que se imparte en las escuelas e instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular. ⁽¹⁶⁾

1.2.2 Teoría del Autocuidado de Dorotea Orem, en donde ella explico que el autocuidado es como una necesidad humana, también define enfermería como un servicio humano e indica que el aspecto especial de la enfermería es una necesidad personal de proporcionar actividades de autocuidado de forma continua para el mantenimiento de la vida y la salud o para la recuperación tras la enfermedad o lesión.

Este modelo analiza la capacidad de cada individuo para ocuparse de su autocuidado, el cual se define como; la práctica de actividades que los individuos inician y realizan por su cuenta para mantener la vida, la salud y el bienestar. La capacidad de cuidarse así mismo corresponde al autocuidado, sin embargo cuando es proporcionado por otros se define como cuidado dependiente.

Según el modelo de Orem, la meta de la enfermería consiste en ayudar a la gente a hacer frente a sus propias demandas tu autocuidado terapéutico.

Orem identifica tres tipos de sistema de enfermería que son:

- A. Totalmente compensatorio, donde la enfermera compensa la capacidad total del paciente para auto cuidarse.
- B. Parcialmente compensatorio donde la enfermera compensa la capacidad parcial del paciente.
- C. De apoyo educativo, donde la enfermera ayuda al paciente a tomar decisiones y adquirir habilidades y conocimientos. ⁽¹⁷⁾

1.2.3 TEORÍA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Esa teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistema de acción formados (diseños y producidos) por enfermeras, a través del ejercicio de su actividad profesional ante personas con limitaciones de salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o descuido dependiente. La actividad de la enfermera se aplica a iniciativas de acción deliberada, entre ellas la intencionalidad y las operaciones de diagnóstico prescripción y regulación.

Los sistemas de enfermería pueden estar preparados para personas individuales para personas dentro de una unidad de cuidado dependientes, para grupos cuyos miembros tienen demandas terapéuticos con componentes semejantes o presentan limitaciones similares que les impiden comprometerse en un autocuidado o cuidado dependiente, o para familias y otras unidades multipersonales. ⁽¹⁸⁾

1.3 BASES CONCEPTUALES

BIOSEGURIDAD

Conjunto de medidas y normas preventivas, destinadas a mantener el control de factores de riesgo laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos logrando la prevención de impactos nocivos frente a riesgos propios de sus actividad diaria, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la seguridad de los trabajadores de la salud, pacientes, visitantes y el medio ambiente.

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

1.3.1 PRINCIPIOS

Universalidad: Las medidas deben involucrar a todos los pacientes, trabajadores y profesionales de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología.

Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes, estando o no previsto el contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente. Estas precauciones, deben ser aplicadas para todas las personas, independientemente de presentar o no patologías.

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

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

1.3.2 NORMAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD

Las principales normas y precauciones de bioseguridad exige tomar en cuenta medidas generales como:

- Protección
- Prevención
- Asepsia
- Antisepsia
- Tratamiento específico a cada tipo de desechos:

Precauciones Universales

Se entiende como precaución universal, al conjunto de técnicas y procedimientos destinados a proteger al personal que conforma el equipo de salud, de posibles infecciones. Todos los pacientes y fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cual haya entrado al hospital deberá ser tratado como

potencialmente infectantes y se debe y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra transmisión.

Líquidos de Precaución Universal

Los líquidos que se consideran potencialmente infectantes son:

- Sangre
- Semen
- Secreciones vaginales
- Leche materna
- Líquido cefalorraquídeo
- Líquido pleural
- Líquido amniótico
- Líquido peritoneal
- Líquido pericardio

1.3.3 USO DE LAS BARRERAS

Barreras Físicas

Sirve para impedir el contacto del trabajador con los agentes infecciosos, estas barreras pueden ser: Gorras, mascarillas, protectores oculares, botas guantes, batas, etc.

Barreras Químicas

Destruyen las bacterias y su hábitat, entre las principales tenemos: Los desinfectantes como el hipoclorito de sodio, formaldehído, povidona, gluconato de clorexidina, todos estos son profilácticos porque permiten desinfectar instrumental y equipos antes de ser utilizados con otros pacientes

Barreras Biológicas

Son las que generan defensa y combaten las infecciones iniciales como: vacunas, inmunoglobulinas y profilaxis farmacológicas.

1.3.4 LIMPIEZA Y USO DE DESINFECTANTES

Las normas de higiene y seguridad permiten que el personal proteja su salud y desarrolle su trabajo con eficiencia.

Limpieza de Equipos e Instrumentos

Es un proceso de remoción de contaminantes como el polvo, grasa, materia orgánica que son los que facilitan la multiplicación de microorganismos. Es un paso previo para la desinfección y esterilización. La base fundamental de todo hospital es la desinfección de pisos, paredes, camas, carros transportadores, material reusable, etc.

El uso de desinfectantes se limita para ocasiones que se requiere esterilizar equipos, desinfectar secreciones antes de su eliminación y descontaminar pisos en caso de derrames.

La limpieza o descontaminación de equipos o instrumentos se realiza para remover microorganismos y suciedad, garantizando la efectividad de los procesos de esterilización y desinfección.

El personal que labora donde está descontaminado y procesando los instrumentos y equipos debe utilizar ropa especial que les proteja de microorganismos y residuos potencialmente patógenos presentes en los objetos sucios e igualmente minimizar la transferencia de microorganismos a los instrumentos y equipos. Debe utilizarse guantes de caucho aún después de la desinfección

de los objetos y durante la limpieza de instrumental sucio, es importante el uso del delantal impermeable, batas de manga larga, o indumentaria de limpieza quirúrgica, mascarilla, gafas de protección cuando se realiza limpieza manual o cuando se extiende una posible acción de aerosol o salpicadura de líquidos.

1.3.5 DESINFECCIÓN

Es un proceso físico o químico que extermina o destruye la mayoría de los microorganismos patógenos y no patógenos raramente eliminan las esporas. Por esto los objetos que se van a desinfectar deben ser evaluados para definir la desinfección que se requiere.

1.3.6 ESTERILIZACIÓN

Proceso que elimina los microorganismos patógenos incluyendo las esporas. Para determinar la eficiencia de la esterilización se utilizan indicadores biológicos que son muestras de gérmenes que deberán ser destruidos durante el proceso.

El procedimiento que se realiza para la esterilización y desinfección de los equipos de los servicios de salud son adecuados para desinfectar y esterilizar los instrumentos o utensilios contaminados con sangre, fluido corporal de personas infectados con patologías sanguíneas incluyendo VIH y Hepatitis B.

1.3.7 NORMAS DE PROTECCIÓN

El personal involucrado con el manejo de desechos debe cumplir las siguientes normas.

- Conocer el horario del trabajo, responsabilidad y riesgo al que está expuesto.
- Protegerse mediante vacunas contra tétanos y hepatitis B.
- Trabajar con equipo de protección: mandil, gorro, mascarilla, guantes, botas.
- No comer, beber, fumar o maquillarse durante el trabajo.
- En caso de corte o traumatismo, lavar la herida con agua y jabón y acudir al médico de emergencia.
- Lavar y desinfectar el equipo de protección personal.
- Tomar un baño de ducha una vez terminada la jornada diaria de trabajo. ⁽¹⁹⁾

1.4 DEFINICIONES OPERACIONALES

- ✓ NIVEL DE CONOCIMIENTO: El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.
- ✓ BIOSEGURIDAD DEL PERSONAL DE SALUD: Las normas de bioseguridad están destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección en Servicios de Salud vinculadas a accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales.

Los objetivos de estas recomendaciones son establecer:

- Las medidas de prevención de accidentes del personal de salud que está expuesto a sangre y otros líquidos biológicos.
 - La conducta a seguir frente a un accidente con exposición a dichos elementos.
 - Se debe tener presente que debido al desarrollo científico técnico se deben prever revisiones periódicas de estas normas a los efectos de asegurar la actualización de las mismas.
- ✓ MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS: El manejo adecuado de los residuos sólidos hospitalarios presenta diversos impactos ambientales negativos que se evidencian en diferentes etapas como la segregación, el almacenamiento, el tratamiento, la recolección, el transporte y la disposición final. Las consecuencias de estos impactos no sólo afectan a la salud humana sino también a la atmósfera, el suelo y las aguas superficiales y subterráneas. A todo esto se suma el deterioro del paisaje natural y de los centros urbanos. Debido a que tradicionalmente la prioridad de la institución ha sido la atención al paciente, por mucho tiempo se ha restado importancia a los problemas ambientales, creando en muchos casos un círculo vicioso de enfermedades derivadas del manejo inadecuado de los residuos.

2.9 HIPOTESIS

2.9.1 HIPÓTESIS GENERAL

Hi: A mayor nivel de conocimientos de bioseguridad del personal de salud correcto manejo de los residuos hospitalarios en el servicio de Emergencia en el HDCQDAC-HYO-2014.

Ho: A menor nivel de conocimientos de bioseguridad del personal de salud incorrecto manejo de los residuos hospitalarios en el servicio de Emergencia en el HDCQDAC-HYO-2014.

2.10 OBJETIVOS

2.10.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre los conocimientos de bioseguridad del personal de salud y el manejo de residuos hospitalarios en el servicio de Emergencia del HDCQDAC-HYO 2014.

2.10.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Identificar el nivel de conocimientos que tiene el personal de salud con respecto al manejo de residuos hospitalarios.
- b. Identificar los procesos de manejo de residuos hospitalarios por el personal de salud en el servicio de Emergencia.
- c. Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimientos de bioseguridad y el manejo de los residuos hospitalarios en el servicio de Emergencia.

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO

2.1 AMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se desarrolló en el servicio de Emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, que se encuentra ubicado en la Av. Daniel Alcides Carrión N° 1552 en la Provincia de Huancayo-Junín Perú.

El servicio de Emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión nivel III-I de construcción moderna, ofrece atención médica inmediata y oportuna a las personas que se encuentran con problemas de salud y cuya vida está en riesgo de muerte; cuenta con tópico de cirugía, medicina, traumatología, sala de shock trauma, sala de observación, servicio de laboratorio, de farmacia, tópico de triaje, área administrativa: jefaturas de enfermería, medicina, admisión, servicio higiénicos básicos para pacientes, familiares y personal.

Los procedimientos que se realizan en el servicio de Emergencia: Evaluación clínica, procedimientos invasivos: cateterismo vesical, acceso vía respiratoria, accesos vasculares venosos y arteriales, administración de medicamentos, punción lumbar, toracentesis, paracentesis, entre otros.

2.2 POBLACION MUESTRAL

La población de estudio estuvo constituida por el personal de salud que labora en el servicio de emergencia.

2.3 MUESTRA

La población muestra de estudio se ha seleccionado por muestreo no probabilístico por conveniencia: 15 Licenciadas en enfermería, 15 Técnicos de enfermería, 20 médicos; personal de salud del Servicio de Emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, haciendo un total de **50 personas**.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ❖ Personal de salud que labora en el servicio de emergencia.
- ❖ Personal de salud que firmaron consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ❖ Personal de salud que labora menos de 3 meses en el servicio
- ❖ Personal que se encuentra de vacaciones.
- ❖ Personal que no deseen participar.

2.4 TIPO DE ESTUDIO:

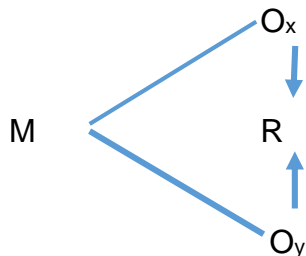
Según el tipo de investigación el método a utilizar es el Descriptivo correlacional porque estudiaremos dos variables con la finalidad de buscar la dependencia y relación entre ellas.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos será prospectivo, porque los datos serán recolectados conforme van ocurriendo los hechos.

Según el período de tiempo el presente estudio es transversal, porque se hará un corte en el período de tiempo para poder estudiarlo.

2.5 DISEÑO DE INVESTIGACION

Para el estudio se utilizará el diseño de correlación. Dicho esquema es el siguiente:



Dónde:

M: Muestra en estudio

Ox: representación a la variable independiente

Oy: Representará a la variable dependiente.

R: Relación de ambas variables.

2.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS

a) Técnica: Encuesta, porque permite tener amplia información de fuentes primarias.

b) La observación que permite un registro visual de lo que ocurre en una situación real clasificando y consignando los acontecimientos.

Los instrumentos a utilizar serán:

a) El cuestionario, permitirá determinar el nivel de conocimiento sobre bioseguridad del personal de salud.

b) Guía de observación permitirá identificar el manejo de residuos hospitalarios en la fase de acondicionamiento y segregación que le corresponde al personal de salud.

2.7 PROCEDIMIENTO

Para el desarrollo de la investigación se procederá de la siguiente manera:

- Se solicitará permiso al Director Ejecutivo de la Institución para la recolección de datos se coordinará con la supervisora del servicio de emergencia.
- Se recibirá aceptación de participación del personal con la firma del Consentimiento informado.
- Se realizará las encuestas al personal de salud del servicio de Emergencia.
- Se realizará a la observación de fases de acondicionamiento y segregación de los residuos hospitalarios, que le corresponde al personal de salud.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

3.1 RESULTADO INFERENCIAL

TABLA N° 1

RELACION ENTRE LOS CONOCIMIENTOS DE BIOSEGURIDAD Y EL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014

			MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS		Total
			INCORRECTO	CORRECTO	
NIVEL DE CONOCIMIENTO	NIVEL BAJO	Nº	5	13	18
		% nivel de conocimiento	27,8%	72,2%	100,0%
		% manejo de residuos solidos	83,3%	29,5%	36,0%
	NIVEL MEDIO	Nº	1	19	20
		% nivel de conocimiento	5,0%	95,0%	100,0%
		% manejo de residuos solidos	16,7%	43,2%	40,0%
	NIVEL ALTO	Nº	0	12	12
		% nivel de conocimiento	0,0%	100,0%	100,0%
		% manejo de residuos solidos	0,0%	27,3%	24,0%
Total	Nº	6	44	50	
	% nivel de conocimiento	12,0%	88,0%	100,0%	
	% manejo de residuos solidos	100,0%	100,0%	100,0%	

FUENTE: Directa de los encuestados.

Se observa que el 88% del personal maneja en forma correcta los residuos hospitalarios, de ellos el 24% muestran un nivel alto de conocimientos de bioseguridad y 40% muestran nivel medio de conocimientos de bioseguridad; se observa también que de 6 personal de salud que manejan en forma incorrecta los residuos hospitalarios 83% muestran conocimientos bajos de bioseguridad.

**PRUEBA DE CHI CUADRADO PARA NIVEL DE CONOCIMIENTOS POR MANEJO DE
RELSIDUOS HOSPITALARIOS DEL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
HDCQ-DAC-HYO 2014**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,808 ^a	2	,033
Razón de verosimilitudes	7,482	2	,024
Asociación lineal por lineal	5,806	1	,016
N de casos válidos	50		

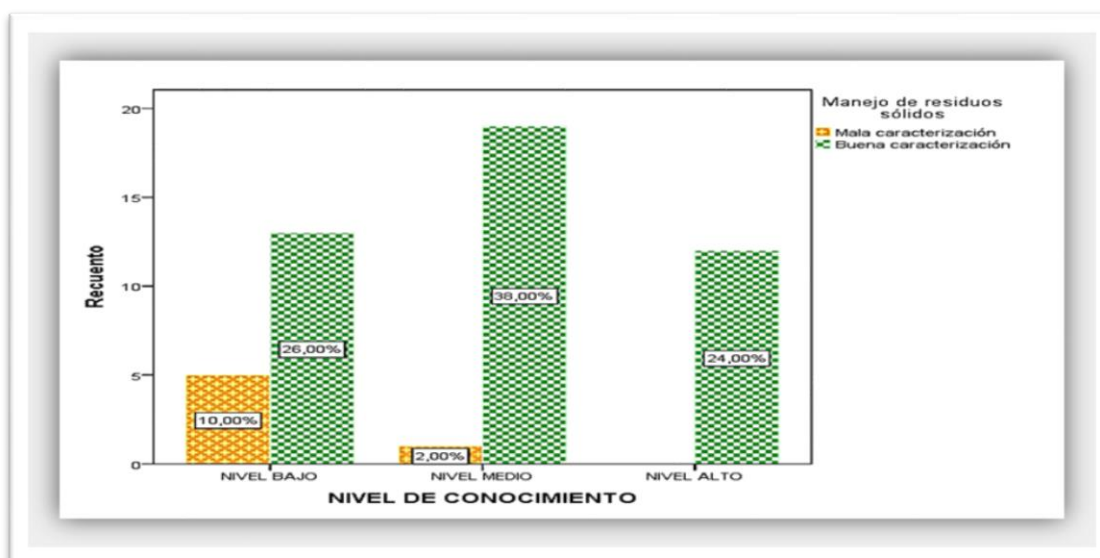
a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,44.

FUENTE: Propia de los encuestados.

DESCRIPCION: Existe una relación significativa estadísticamente entre el nivel de conocimiento de bioseguridad y el manejo de residuos sólidos. ($p \leq 0.05$),

GRAFICO N° 1

**RELACION ENTRE LOS CONOCIMIENTOS DE BIOSEGURIDAD Y EL MANEJO DE RESIDUOS
HOSPITALARIOS DE PROFESIONALES DE LA SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ.
DAC. HUANCAYO, 2014**



FUENTE: Propia de los encuestados

El cuadro nos muestra que el personal con nivel alto de conocimientos maneja en forma correcta los residuos hospitalarios, el personal con nivel de conocimiento medio y bajo realizan manejo incorrecto de residuos hospitalarios en 2 y 10 %.

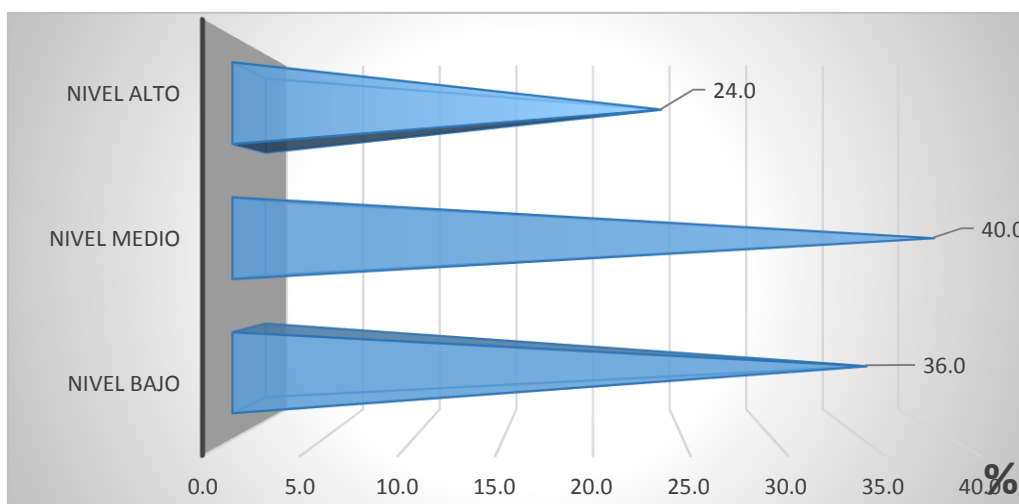
3.2 RESULTADOS DESCRIPTIVOS

TABLA N° 2
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE BIOSEGURIDAD EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Nº	%
NIVEL BAJO	18	36,0
NIVEL MEDIO	20	40,0
NIVEL ALTO	12	24,0
Total	50	100,0

Fuente: De los encuestados.

GRAFICO N° 2
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE BIOSEGURIDAD EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014



Fuente: De los encuestados

El cuadro nos muestra que el nivel de conocimientos de los profesionales del servicio de emergencia en 36% tienen nivel bajo, 24% nivel alto y 40% nivel medio.

TABLA N° 3

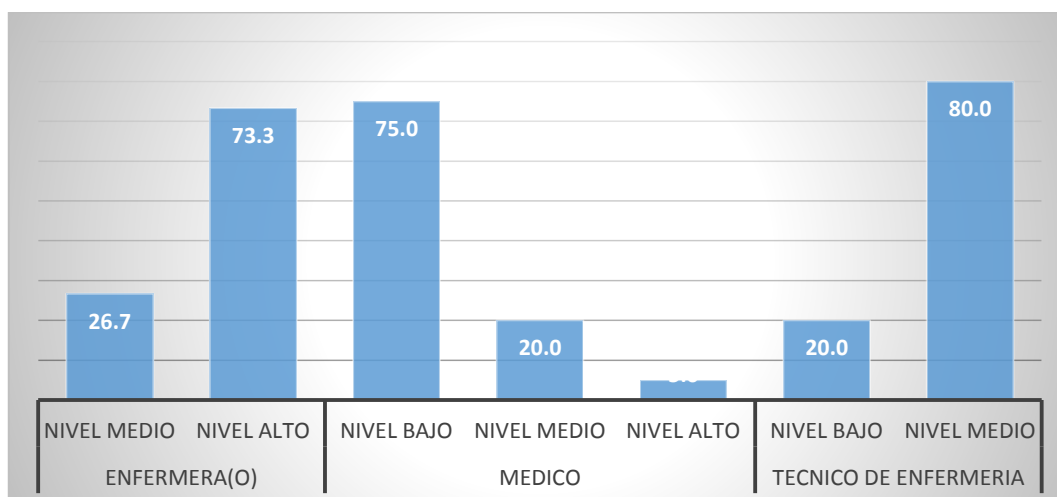
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE BIOSEGURIDAD SEGÚN TIPO DE PROFESIONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014

PROFESIÓN		Nº	%
ENFERMERA(O)	NIVEL MEDIO	4	26,7
	NIVEL ALTO	11	73,3
	Total	15	100,0
MEDICO	NIVEL BAJO	15	75,0
	NIVEL MEDIO	4	20,0
	NIVEL ALTO	1	5,0
	Total	20	100,0
TECNICO DE ENFERMERIA	NIVEL BAJO	3	20,0
	NIVEL MEDIO	12	80,0
	Total	15	100,0

Fuente: De los encuestados

GRAFICO N° 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE BIOSEGURIDAD SEGÚN TIPO DE PROFESIONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014



Fuente: De los encuestados

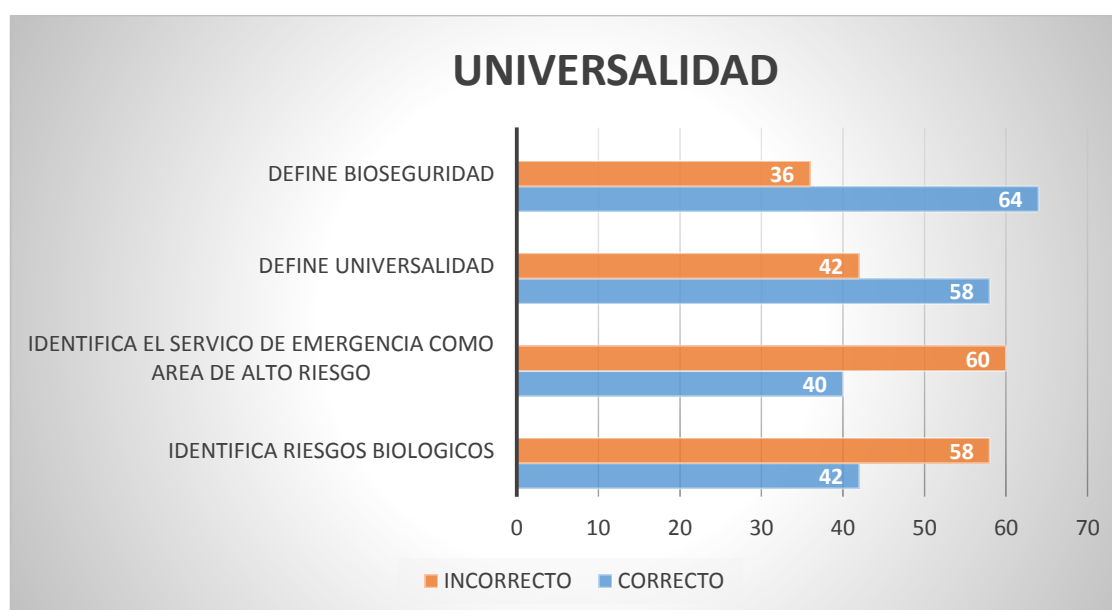
El cuadro nos muestra el nivel de conocimientos de bioseguridad por tipo de profesional, el 75% del profesional enfermera(o) tiene un conocimiento alto, el 80% del profesional técnico de enfermería tiene nivel de conocimiento medio y 75% del profesional médico tiene un nivel de conocimiento bajo

TABLA N° 4
CONOCIMIENTOS SOBRE UNIVERSALIDAD EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014

UNIVERSALIDAD	CORRECTO		INCORRECTO	
	N	%	N	%
Define d Bioseguridad.	32	64	18	36
Define principio de universalidad	29	58	21	42
Identifica al servicio de Emergencia como área de alto riesgo	20	40	30	60
IDENTIFICA LOS RIESGOS BIOLÓGICOS DE CONTAMINACIÓN	21	42	29	58

FUENTE: Propia de los encuestados

GRAFICO N° 4
CONOCIMIENTOS SOBRE UNIVERSALIDAD EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014



FUENTE: Propia de los encuestados

El cuadro nos muestra que el 58% de los profesionales del servicio de emergencia no identifica correctamente los riesgos biológicos de contaminación, el 60% no clasifica correctamente el servicio de emergencia como área de alto riesgo; así mismo el 58% de los profesionales define correctamente el principio de universalidad y el 64% define correctamente bioseguridad.

TABLA Nº 5

CONOCIMIENTOS SOBRE BARRERAS DE PROTECCION EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014

BARRERA DE PROTECCIÓN	SI		NO	
	N	%	N	%
Conocen sobre las barreras de protección personal de acuerdo a las normas de bioseguridad.	28	56	22	44

FUENTE: Propia de los encuestados

GRAFICO Nº 5

CONOCIMIENTOS SOBRE BARRERAS DE PROTECCION EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014



FUENTE: Propia de los encuestados

El cuadro nos muestra que el 56% del personal de salud del servicio de Emergencia conocen las barreras de protección personal y el 44% no conocen o no identifican las barreras de protección personal, según las normas de bioseguridad.

TABLA Nº 6

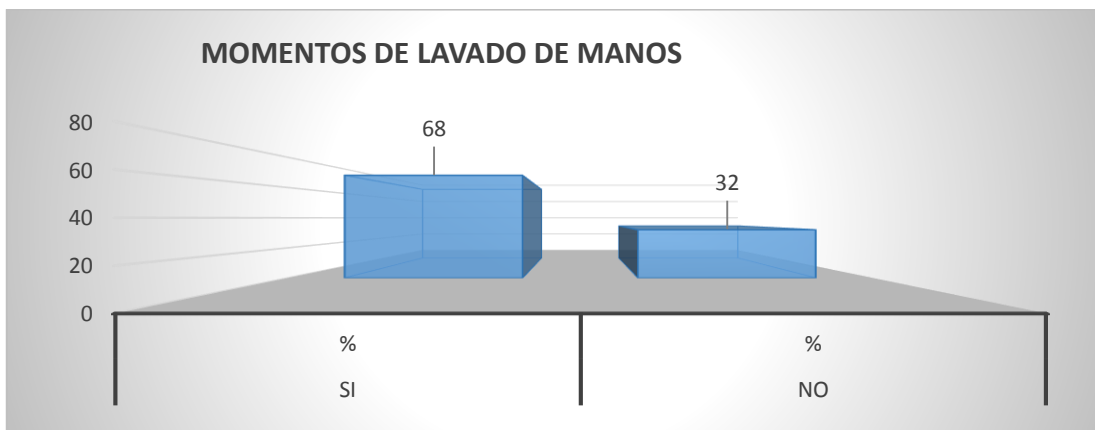
CONOCIMIENTOS SOBRE LAVADO DE MANOS CLINICO EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014

LAVADO DE MANOS	SI		NO	
	N	%	N	%
Momentos de lavado de las manos	34	68	16	32

FUENTE: Propia de los encuestados

GRAFICO Nº 6

CONOCIMIENTOS SOBRE MOMENTOS DE LAVADO DE MANOS CLINICO EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014



FUENTE: Propia de los encuestados

El cuadro nos muestra que el 68% del personal de salud conoce sobre los momentos del lavado de manos clínico y el 32% no conoce los momentos de lavado de mano clínico.

TABLA Nº 7

CONOCIMIENTOS SOBRE USO DE GUANTES QUIRURGICOS EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014

CALZADO DE GUANTES	SI		NO	
	N	%	N	%
Uso correcto de guantes quirúrgicos estériles y no estériles.	30	60	20	40

FUENTE: Propia de los encuestados

GRAFICO Nº 7

CONOCIMIENTOS SOBRE USO DE GUANTES QUIRURGICOS EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014



FUENTE: Propia de los encuestados

El cuadro nos muestra que el 60% del personal de salud del servicio de Emergencia conoce el uso de guantes quirúrgicos y el 40% no conoce el uso de guantes quirúrgicos.

TABLA N° 8

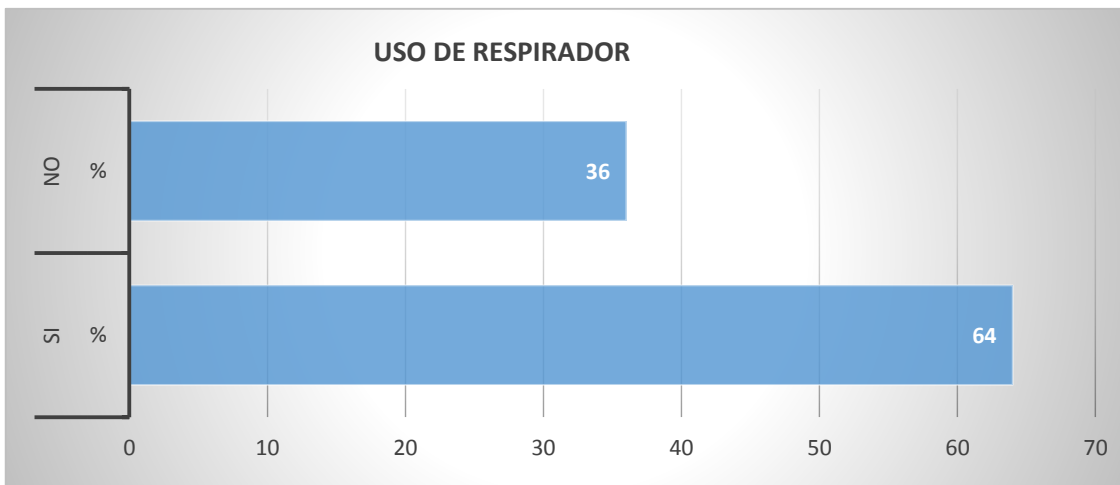
CONOCIMIENTOS SOBRE USO DE RESPIRADOR EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014

RESPIRADOR	SI		NO	
	N	%	N	%
Uso de respirador (mascarilla) N95 para protección respiratoria	32	64	18	36

FUENTE: Propia de los encuestados

GRAFICO N° 8

CONOCIMIENTOS SOBRE USO DE RESPIRADOR EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014



FUENTE: Propia de los encuestados.

El cuadro muestra que el 64% del personal de salud del Servicio de Emergencia conoce el uso del respirador N95 como protección respiratoria y el 36% no conoce sobre el uso de respirador N95 como protección respiratoria.

TABLA N° 9

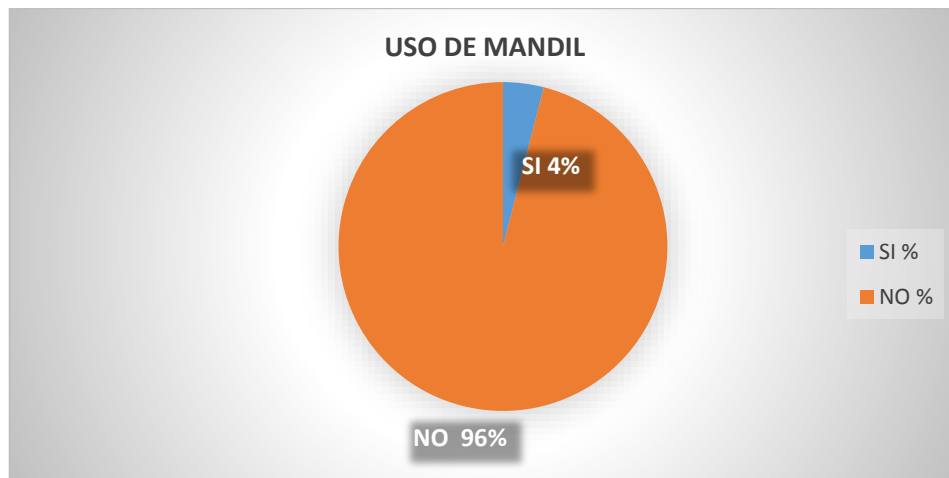
CONOCIMIENTOS SOBRE USO DE MANDIL EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014

USO DE MANDIL	SI		NO	
	N	%	N	%
Uso de mandil como barreras de protección personal	2	4	48	96

FUENTE: Propia de los encuestados.

GRAFICO N° 9

CONOCIMIENTOS SOBRE USO DE MANDIL EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014



FUENTE: Propia de los encuestados.

El cuadro muestra que el 96% del personal de salud del servicio de Emergencia no conoce que el uso del mandil es para la protección personal, solo el 4% conoce que el uso del mandil es para la protección personal.

TABLA Nº 10

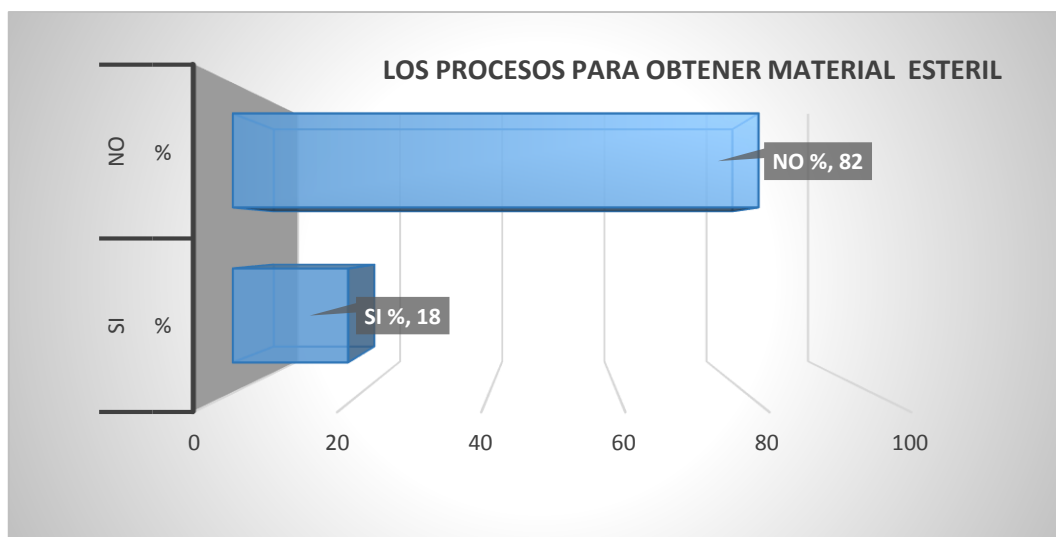
CONOCIMIENTOS SOBRE LOS PROCESOS PARA OBTENER MATERIAL ESTERIL EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014

PROCESOS	SI		NO	
	N	%	N	%
La limpieza, descontaminación, desinfección y esterilización son procesos para obtener material estéril.	9	18	41	82

FUENTE: Propia de los encuestados.

GRAFICO Nº 10

CONOCIMIENTOS SOBRE PROCESOS PARA OBTENER MATERIAL ESTERIL EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014



FUENTE: Propia de los encuestados.

El cuadro nos muestra que el 82% del personal de salud no conoce de los procesos para obtener material estéril y solo el 18% conoce de los procesos para obtener material estéril.

TABLA N° 11

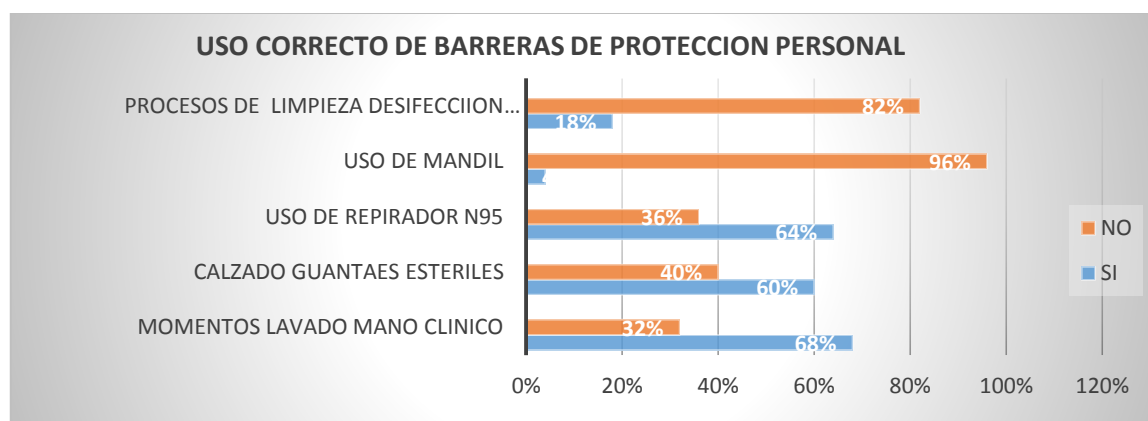
CONOCIMIENTO DE BARRERAS DE PROTECCION EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEL SERVIKIO DE EMERGENCIA-HDCQ. DAC.HUANCAYO-2014

USO CORRECTO DE BARRERAS DE PROTECION	SI		NO	
	N	%	N	%
Momentos de lavado de mano clínico	34	68	16	32
Calzado de guantes quirúrgicos	30	60	20	40
Uso de mandil como protección personal	2	4	48	96
Uso de respirador N95 como protección respiratoria	32	64	18	36
PROCESOS PARA OBTENER MATERIAL ESTÉRIL	9	18	41	82

FUENTE: Propia de los encuestados

GRAFICO N° 11

CONOCIMIENTO DE BARRERAS DE PROTECCION EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA –HDCQ. DAC-HUANCAYO- 2014



FUENTE: Propia de los encuestados

El cuadro nos muestra que el 68% de los profesionales del servicio de Emergencia conoce los momentos para el lavado de manos clínico, el 60% conoce cuando usa guantes quirúrgicos estériles, el 64% sabe que el respirador N95 se usa como barrera de protección respiratoria, el 96% no conoce que el mandil es barrera de protección personal, y el 82% desconoce los procesos para obtener material estéril.

TABLA Nº 12

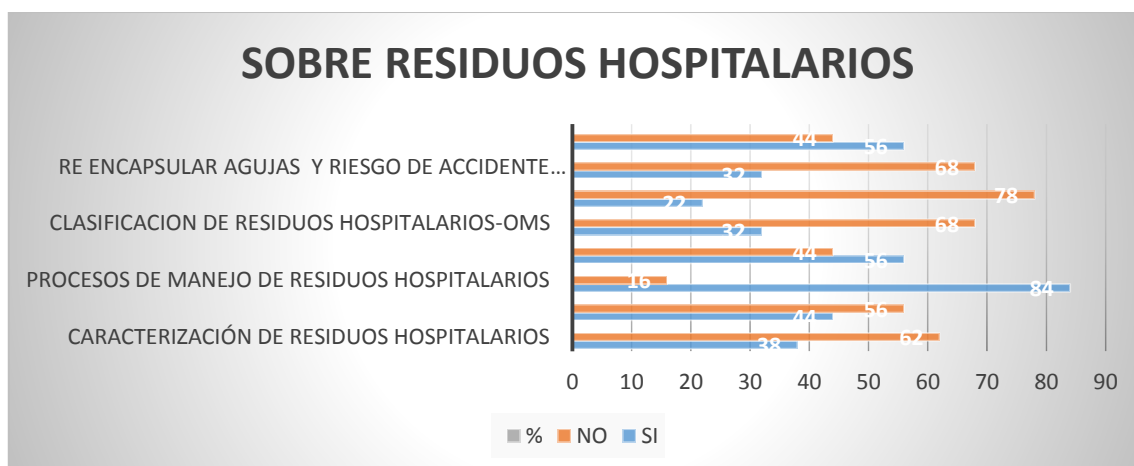
CONOCIMIENTOS SOBRE MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014

SOBRE RESIDUOS HOSPITALARIOS	SI		NO	
	N	%	N	%
El acondicionamiento de recipientes con colores según las normas de residuos hospitalarios	28	56	22	44
Re encapsular las agujas usadas incrementa el riesgo de sufrir un accidente laboral por inoculación.	16	32	34	68
Las etapas de manejo de residuos hospitalarios.	11	22	39	78
La clasificación de los residuos hospitalarios según la OMS.	16	32	34	68
La residuos punzo- cortantes se descarta en recipiente rígido.	28	56	22	44
Loa procesos más importantes de manejo de residuos hospitalarios en el que participa el personal de salud.	42	84	8	16
Tipo de residuos hospitalarios que genera el servicio de emergencia.	22	44	28	56
La caracterización de los residuos hospitalarios generados en el servicio de Emergencia.	19	38	31	62

FUENTE: Propia de los encuestados

GRAFICO Nº 12

CONOCIMIENTOS SOBRE MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014



FUENTE: Propia de los encuestados

El cuadro nos muestra que 56% del personal de salud del servicio de emergencia conoce del acondicionamiento de recipientes para su segregación, igual que recipiente para punzo-cortantes, el 84% conoce de los procesos para el manejo de residuos hospitalarios, el 78% no conoce de las etapas de manejo de residuos hospitalarios y el 62% no conoce de los procesos de manejo de residuos hospitalarios.

TABLA N° 13

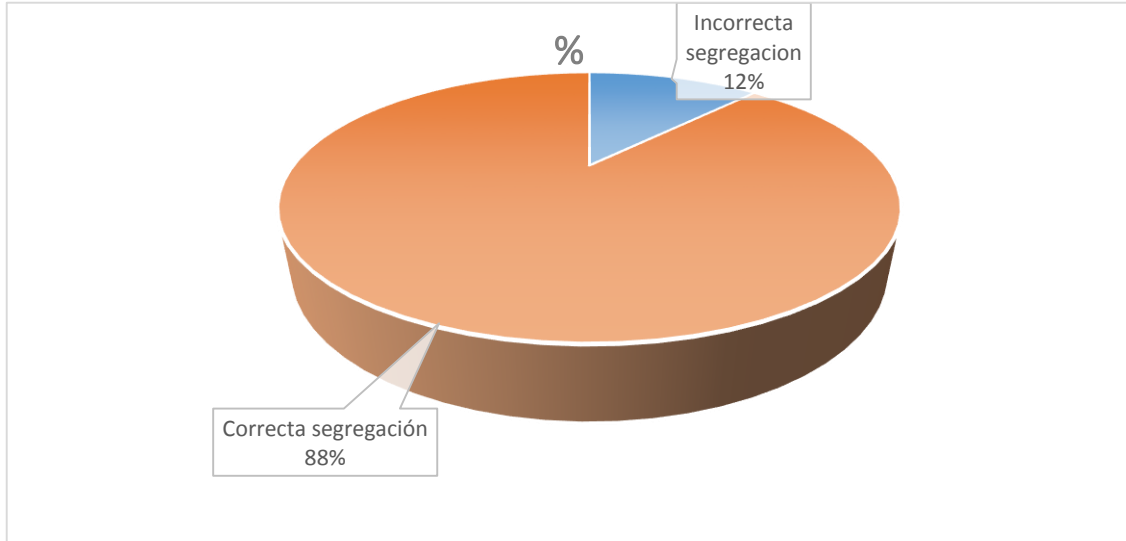
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE IDENTIFICACION Y SEGREGACION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO 2014

Identifica y segrega residuos hospitalarios	Nº	%
Correctamente	44	88,0
Incorrecto	6	12.0
Total	50	100,0

FUENTE: Instrumento Observación.

GRAFICO N° 13

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE IDENTIFICACION Y SEGREGACION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014



FUENTE: Instrumento de Observación.

El cuadro nos muestra que el 88% del personal de salud del servicio de Emergencia identifica y segrega correctamente los residuos hospitalarios, el 12% lo hace en forma incorrecta

TABLA Nº 14

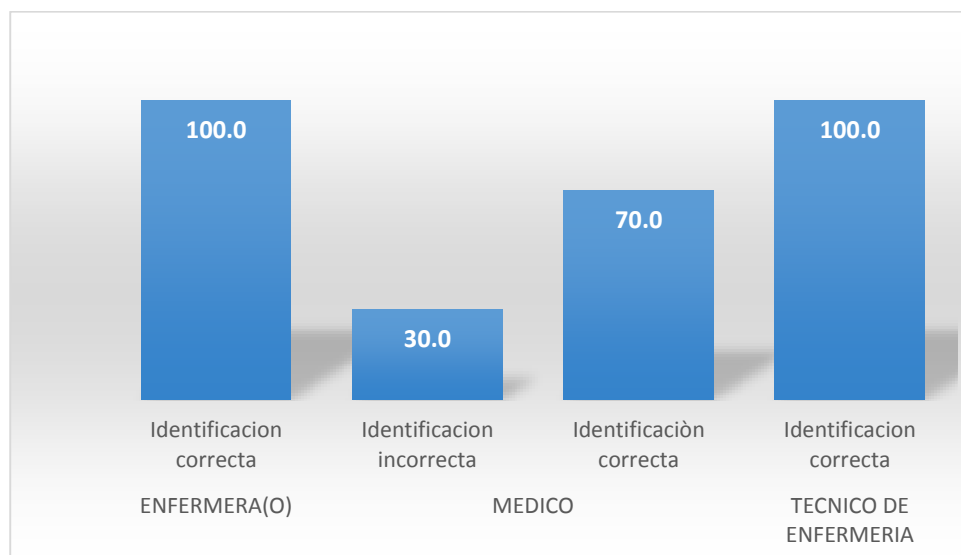
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN Y SEGREGACIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS SEGÚN TIPO DE PROFESIONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014

Profesión		Nº	%
ENFERMERA(O)	Correcta identificación y segregación	15	100,0
MEDICO	Incorrecta identificación y segregación	6	30,0
	Correcta identificación y segregación.	14	70,0
	Total	20	100,0
TECNICO DE ENFERMERIA	Correcta identificación y segregación.	15	100,0

FUENTE: Instrumento de Observación.

GRAFICO Nº 14

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE IDENTIFICACION Y SEGREGACION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS SEGÚN TIPO DE PROFESIONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014



FUENTE: Instrumento de Observación.

El cuadro nos muestra que el personal de Enfermeras y Técnico de Enfermería identifican y segregan en forma correcta los tipos de residuo hospitalarios al 100% y el 30% del personal Médico no identifican y no segregan correctamente los residuos sólidos hospitalarios.

TABLA Nº 15

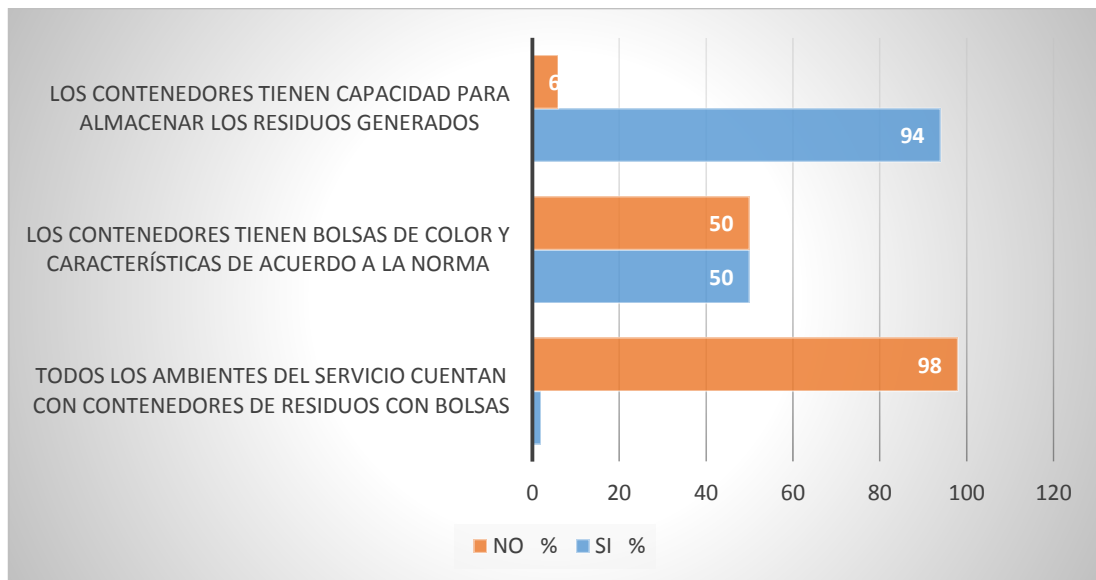
ACONDICIONAMIENTO PARA RESIDUOS HOSPITALARIOS GENERADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014

ACONDICIONAMIENTO	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Todos los ambientes del servicio cuentan con contenedores de residuos con bolsas	49	98	1	2
Los contenedores tienen bolsas de color y características de acuerdo a la norma	25	50	25	50
Los contenedores tienen capacidad para almacenar los residuos generados	47	94	3	6

FUENTE: Instrumento de observación.

GRAFICO Nº 15

ACONDICIONAMIENTO PARA RESIDUOS HOSPITALARIOS GENERADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA – HDCQ. DAC. HUANCAYO, 2014



FUENTE: Instrumento de observación.

El cuadro nos muestra que 98% de los ambientes están acondicionados con contenedores para residuos hospitalarios, el 90% de los contenedores cuentan con las bolsas de color y capacidad de acuerdo a las normas de manejo de residuos sólidos hospitalarios.

DISCUSION

Antes de iniciar la discusión, es importante remarcar que por consistencia interna y validez de constructo, los instrumentos tienen altos niveles de fiabilidad por tanto han sido óptimos. Estos datos dan garantía para su posterior uso.

Al analizar los resultados de este estudio, se puede afirmar que existe una relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento del personal de salud y el manejo de residuos hospitalarios en el servicio de emergencia del HDCQ DAC-HYO-2014

Del 100% de trabajadores de la salud, el 40% tienen un nivel de conocimiento medio, el 36% alto y el 24% bajo; por ello las normas de bioseguridad son las medidas y disposiciones que buscan proteger la vida a través del logro de actitudes y conocimientos adecuados. El conocimiento en Bioseguridad hospitalaria disminuye la probabilidad de contagio de enfermedades infectocontagiosas, por que minimiza el riesgo a exponerse. Para ello a través de medidas científicas organizativas define las condiciones y criterios bajo las cuales el personal debe trabajar, considerándolas como precauciones universales, correspondiendo a ellas: la universalidad, las barreras de protección y las medidas de eliminación, siendo estas incluidas en el estudio junto con el lavado de manos.

Asimismo el manejo adecuado de residuos hospitalarios más el lavado de manos son medidas que cobran gran importancia a nivel

hospitalario y es quizá la forma más eficaz de prevenir la contaminación cruzada entre pacientes, personal hospitalario y visitantes.

Hay que recordar que con el lavado de manos podemos remover la flora transitoria con el fin de disminuir la diseminación de microorganismos infecciosos. Coincidiendo con nuestros resultados el estudio de Bautista, Delgado, Hernández, Sanguino y otros en su estudio titulado " Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería", encontraron que en relación a los resultados obtenidos de la evaluación del nivel de conocimientos del personal de enfermería de la Clínica San José, se puede inferir que un 53% tienen un conocimiento regular, 40% de ellas conocimiento bueno y el restante 7% un conocimiento deficiente. Además dichos autores nos mencionan que las barreras de protección tienen como objetivo evitar la exposición directa a la sangre y otros fluidos orgánicos contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos, en lo correspondiente a las medidas de eliminación, esta comprende los elementos y técnicas adecuadas a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo.

A su vez el estudio de López Alarcón y López Piña, titulado " Nivel de conocimientos y prácticas de medidas de bioseguridad en internos de enfermería del Hospital MINSA II-2 Tarapoto Junio - Agosto 2012" encontraron que un 86% tuvieron nivel de conocimiento regular, 10% nivel de conocimiento bueno y 5% nivel de conocimiento malo de lo cual podemos deducir que los internos de enfermería que realizan sus

prácticas pre profesionales en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto tienen un nivel de conocimiento regular con tendencia a bueno; resultados opuestos a los reportados por de la Cruz Molina quien reportó que el 56% de las enfermeras que labora en el Centro Quirúrgico tienen un nivel de conocimiento medio con tendencia a bajo 24% y solo un 20% cuenta con un nivel de conocimiento alto y opuestos a los reportados por Ojeda Sarmiento en su estudio "Conocimientos y Prácticas de Bioseguridad" realizado a enfermeras del Hospital Naval quien obtuvo como resultado que el 56.7% de las enfermeras tienen un nivel de conocimiento medio y a lo reportado también por Eca Fiestas, S. y colaboradoras en su estudio sobre el "Nivel de conocimiento y aplicación de medidas de bioseguridad de las enfermeras en la atención a pacientes de los servicios de Emergencia, Medicina, Unidad de Cuidados Intensivos y Cirugía" 2005, quien obtuvo como resultado que el 53.3% del total de enfermeras tienen un nivel de conocimiento medio sobre medidas de bioseguridad, con tendencia a bajo 26.8%.

Para Sangama del Águila y Rojas Tuanamael encontraron en su estudio denominado "Nivel de conocimiento y aplicación de medidas de bioseguridad en estudiantes del VIII - IX ciclo de obstetricia UNSM - T en el Hospital II-2 Tarapoto, Junio - Setiembre 2012" que el nivel de conocimiento obtenido sobre algunas barreras protectoras de bioseguridad es bajo con un 55.8% y el 44.2% tiene un conocimiento alto en lo que se refiere al lavado de manos este estos datos se relacionan con el estudio de Muñoz, quien nos reporta que el 66% carece de conocimiento sobre la importancia del lavado de manos antes de realizar

algún tipo de procedimiento y el 34% posee el conocimiento lo que nos da a entender que el personal de salud no tiene conocimiento exacto de la importancia del lavado de manos y así poder evitar la diseminación de microorganismos; asimismo los resultados que obtuvo Postigo, Requier reportan que la aplicación de las medidas de bioseguridad en la práctica odontológica es bajo en 22.9%.

En relación al manejo de residuos hospitalarios encontramos que el 88% del personal de salud del servicio de Emergencia del HDCQ-DAC-HUANCAYO, identifican y segregan en forma correcta los residuos hospitalarios y el 12% en forma incorrecta. La eficacia de estos procedimientos minimiza los riesgos a la salud del personal del servicio de emergencia, del personal de limpieza, de los trabajadores del hospital, el deterioro del medio ambiente, facilita los procesos de transporte, reciclaje y eliminación de los mismos.

Se coincide con el trabajo de Investigación de Pérez Campos Mosqueda, Yadira “Riesgos a la Salud por manipulación de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos en el Instituto Politécnico Nacional Mexico-2012”, El objetivo del presente estudio fue; identificar el proceso de manipulación de RPBI para detectar los riesgos a la salud del personal de enfermería”, demuestra en primer lugar la jerarquización del riesgo es de tipo biológico, concluye en la necesidad de capacitación intensiva en los trabajadores, aunado con una concientización sobre manipulación de RPBI.

En la tesis “Metodología para el manejo de los residuos sólidos hospitalarios” presentado por Doraida Socorro Rodríguez Sordía, en

Octubre del 2008 en México, D.F., presenta una metodología para el manejo de los residuos sólidos hospitalarios, ya que éstos aportan riesgos y dificultades especiales debido al carácter potencialmente infeccioso por la presencia de objetos punzocortantes y fármacos desechables con sustancias tóxicas, reactivas, inflamables e infecciosas.

“Manejo de los residuos biológicos infecciosos sólidos, generados por alumnos de la UABC y dentistas de la zona centro de Mexicali”. Documentado por la autora María de Lourdes Montaña Pérez, en el año del 2006. En donde la problemática está basada en el tratamiento de los RPBI, principalmente en la incineración, que tiene como objetivo conocer la cantidad de Residuos Infecciosos Sólidos, generados por un grupo representativo de dentistas de la zona de la ciudad de Mexicali; en los resultados se demuestra que menos de la mitad de la población conocía la norma 087 para manejo de residuo biológicos infecciosos. Llegando a la conclusión que es importante el conocimiento del manejo de los residuos biológicos en los dentistas de dicha población para así disminuir la contaminación dada por los mismos.

Por lo que el objetivo fue establecer una metodología para el manejo de los Residuos Sólidos Hospitalarios; realizó un estudio analizando dos de los indicadores básicos para medir la eficacia y eficiencia sobre el manejo integral de los residuos biológicos infecciosos, estableció los requisitos para la clasificación, separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos procedentes de hospitales, presentó una forma de manejo integral tanto en relación con los riesgos a la salud humana y

al ambiente como con el abaratamiento de costos, aportando alternativas de segregación en el origen, tratamiento y separación final.

El autocuidado es uno de los conceptos centrales de la teoría de Dorotea Orem: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez. Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean

capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

Según la teoría de Schunk (1991) define el aprendizaje como “Un cambio perdurable en la conducta o en la capacidad de comportarse de una determinada manera, la cual resulta de la práctica o de alguna otra forma de existencia”.

Ambas teorías refuerzan la necesidad de capacitar al personal y vigilar la aplicación de lo aprendido en la práctica la persona que logra esta capacidad habrá aprendido en forma perdurable en el tiempo.

CONCLUSIONES

- 1.- De 50 (100%) de los profesionales de la salud, del Servicio de Emergencia del HDCQ DAC-HYO, el 40% (20) tienen un nivel de conocimiento medio respectivamente, el 36% (18) nivel de conocimiento alto, 24% (12) nivel de conocimiento bajo.
- 2.- Según el tipo de profesionales de la salud del Servicio de Emergencia del HDCQ DAC-HYO, el 73.3% (11) de los Enfermeros tiene un nivel de conocimiento alto y el 26.7% (4) tiene un nivel medio, de los médicos tienen un nivel de conocimiento bajo 75.0% (15), un nivel medio 20.0% (4), y un nivel alto un 5.0% (1), y de los técnicos, nivel medio 12.0% (12), y nivel bajo 20.0% (3), respectivamente.
- 3.- El 12% del personal de salud no identifica y no segrega correctamente los residuos hospitalarios
- 4.- El personal de Enfermeras y Técnico de Enfermería identifican y segregan en forma correcta los tipos de residuo hospitalarios al 100% y el 30% del personal Médico no identifican y no segregan correctamente los residuos sólidos hospitalarios.

RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS

- ✓ A la oficina de epidemiología del HDCQ DAC-HYO, que realicen estudios de investigación de tipo experimental donde el profesional de salud aplique las medidas de Bioseguridad, donde el profesional de enfermería tenga un rol protagónico.
- ✓ A la oficina de capacitación del HDCQ DAC-HYO, que tenga presente los resultados del presente estudio para la elaboración de programas de capacitación permanente, dando prioridad en los puntos críticos del conocimiento sobre las medidas de Bioseguridad.
- ✓ A la Jefatura de Enfermería del HDCQ DAC-HYO, que establezca medidas de motivación y estímulos para su cumplimiento de las medidas de Bioseguridad, en los servicios de salud..
- ✓ A la oficina de Epidemiología y al comité de infecciones intrahospitalaria HDCQ DAC-HYO, del crear estrategias que permitan la supervisión y aplicación de las medidas de bioseguridad.
- ✓ Al Comité de Seguridad y salud en el Trabajo en coordinación con la Oficina de Epidemiología se realice la supervisión de la segregación de los residuos hospitalarios en prevención de accidentes laborales en los trabajadores del hospital.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Manual de Bioseguridad: Programa de vigila Epidemiológica para factores de riesgo biológico en personal de salud. Administradora de Riesgos Profesionales. Protección Laboral Seguro Social - 2005
2. Panimboza Cabrera, Pardo Moreno 2013, Ecuador “Medidas de bioseguridad que aplica el personal de Enfermería en la atención hospitalaria del paciente Hospital Dr. José Garcés Rodríguez”
3. En Ciudad Bolívar, 2008en el estudio “Medidas de Bioseguridad en el manejo y control de desechos biológicos para prevenir las enfermedades ocupacionales en el equipo de salud que labora en la unidad de gineco- obstetricia del Complejo Universitario Ruíz y Panéz”.
4. Chaves J., (Perú 2005) En un estudio sobre “El nivel de Conocimiento y Aplicación de las normas de Bioseguridad de 80 alumnos regulares del último año de la Facultad de Odontología de dos Universidades Nacionales de Lima”
5. Moreno Z., (Perú 2005) “Nivel de conocimientos y aplicación de medidas de bioseguridad en internos previamente capacitados del hospital nacional dos de mayo, 2004-2005” Lima – Perú
6. Johana e. Arévalo Lema, Estefanía A. Benavides-2010“Manejo de desechos hospitalarios por los pacientes, familiares y personal del servicio en relación al riesgo de infecciones cruzadas en la sala de pediatría del Hospital provincial general docente Riobamba”

7. "Diagnóstico Situacional del Manejo de los Residuos Sólidos en el Hospital Daniel A Carrión de Huancayo" realizado el año 2011 por la Oficina de Saneamiento Ambiental, Epidemiología y Salud Ocupacional.
8. Manual de Bioseguridad-Universidad Particular Los Andes-Hyo-2009.
9. Norma Técnica de salud: "gestión y manejo de residuos sólidos en establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo".2008 MINSA.
10. Salud y Seguridad de los Trabajadores del Sector Salud- OPS-2005.
11. Plan Nacional de Gestión de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios de Médicos de Apoyo- MINSA-2010-2012

ANEXOS



ANEXO N° 01

GUÍA DE OBSERVACIÓN



Título de la investigación: Nivel de conocimientos de bioseguridad del personal de salud y el manejo de residuos hospitalarios en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel A. Carrión – Huancayo – 2014.

Objetivo: Determinar la relación que existe entre los conocimientos de bioseguridad del personal de salud y el manejo de residuos hospitalarios en el servicio de Emergencia del HDCQDAC-HYO.

Responsables: Nery Huilca Martínez

Gloria Santa María Chimbor.

Eda Castro Parodi

Instrucciones: Registrar con X debajo de la columna SI o No de los procedimientos ejecutados observados.

CRITERIOS DE OBSERVACIÓN		Calificación	
		Si	No
		1	0
ACONDICIONA MIENTO	1. Todos los ambientes del servicio cuentan con contenedores de residuos con bolsas.		
	2. Los contenedores tienen bolsas de color y características de acuerdo a la norma.		
	3. Los contenedores tienen capacidad para almacenar los residuos generados.		
SEGREGACIÓN	4. Coloca jeringas y agujas, bisturí, ampollas de vidrio en recipiente rígido.		
	5. Coloca guantes, gasas, algodones, pañales, papel higiénico, catéter, sondas usados en el contenedor con bolsa roja.		
	6. Coloca papeles, envoltorios, sobres, cartones en recipiente con bolsa negra.		
	7. Coloca plásticos, botellas de vidrio en recipientes con bolsa transparente.		

Valoración:

Buena caracterización= 8 -14 puntos.

Mala caracterización= 0-7 puntos.



ANEXO N° 02 CUESTIONARIO



Título de la investigación: Nivel de conocimiento de bioseguridad del personal de salud y el manejo de residuos hospitalarios en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel A. Carrión – Huancayo - 2014

Objetivo: Determinar la relación que existe entre los conocimientos de bioseguridad del personal de salud y el manejo de residuos hospitalarios en el servicio de Emergencia del HDCQDAC-HYO – 2014.

Responsables: Nery Huilca Martínez y Eda Castro Parodi. Gloria Santa María Chimbor.

Instrucciones: Sírvase marcar con un aspa el ítem que usted crea conveniente, según lo indicado. Al final su veracidad servirá de mucha ayuda para resolver diversos problemas. GRACIAS.

IDENTIFICACIÓN.-

Tiempo de servicio:.....

Sexo:.....Edad:.....

Enfermera(o).....Médico.....Técnico de Enfermería.....

I. INFORMACION GENERAL:

1. ¿Tiempo que labora actualmente en el servicio de Emergencia?
 - a) 3 meses a 1 año
 - b) 2 años a 5 años
 - c) 6 años a más.
2. Cuándo fue la última capacitación (algún curso taller que UD. realizo, lectura de información actualizada, etc.) que usted tuvo sobre Bioseguridad?
 - a) Hace 1 mes

- b) Hace 3 meses
- c) Hace 6 meses o más
- d) Hasta el momento no tuve una capacitación sobre Bioseguridad

II. CONOCIMIENTOS SOBRE BIOSEGURIDAD:

3. ¿Cómo definiría Ud. actualmente a la Bioseguridad?
- a) Es el conjunto de normas diseñadas para la protección del individuo del contacto accidental con algún agente, sea o no nocivo.
 - b) Es el conjunto de medidas reconocidas internacionalmente, orientadas a proteger la salud y la seguridad del personal que trabaja en salud y su entorno.
 - c) Es el conjunto de normas encaminadas a lograr actitudes y conductas que disminuyan riesgos de tener infecciones.
 - d) Es el conjunto de medidas reconocidas, que están encaminadas a disminuir riesgos por agentes nocivos en el paciente y su entorno.
4. "Todos los pacientes deben de ser considerados como potencialmente infectantes, conociendo o no su serología..." el siguiente concepto corresponde:
- a) PRINCIPIOS DE BIOSEGURIDAD- Prácticas de Trabajo.
 - b) PRINCIPIOS DE BIOSEGURIDAD- Barreras de Protección.
 - c) PRINCIPIOS DE BIOSEGURIDAD- Universalidad.
 - d) ELEMENTOS BÁSICOS DE BIOSEGURIDAD-Prácticas de Trabajo.
5. "...Evitar exposición directa a la sangre u otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos..."el siguiente concepto correspondería, de acuerdo al Bioseguridad a:
- a) ELEMENTOS BÁSICOS DE BIOSEGURIDAD-Medios de eliminación de Material contaminado.
 - b) PRINCIPIOS DE BIOSEGURIDAD-Universalidad.
 - c) PRINCIPIOS DE BIOSEGURIDAD-Uso de Barreras.
 - d) N.A.
6. El descarte de torundas usadas y Frascos De Vacunas se desecha en bolsa color (respectivamente):
- a) Bolsa Roja-Amarillo

- b) Bolsa Roja-Roja
 - c) Bolsa Amarilla-Verde
 - d) Bolsa Roja-Verde
7. ¿En qué casos Ud. utiliza los guantes estériles?
- a) En todo procedimiento asistencia! invasivo.
 - b) Procedimientos que conllevan la manipulación de cualquier equipo instrumental.
 - c) Procedimientos que conllevan el riesgo de contacto con sangre y fluidos Corporales.
 - d) Procedimientos que conllevan la manipulación de elementos biológicos, manejo de instrumental o equipo contaminado en la atención de pacientes.
8. El lavado de manos se debe realizar:
- a) Siempre antes y después de atender al paciente
 - b) No siempre antes, pero sí después
 - c) Depende si el paciente es infectado o no
 - d) El lavado de manos se realiza de 2 a 3 segundos
9. ¿Qué barreras de protección utiliza Ud. Frecuentemente?
- a) Guantes, mandilón, gorra, botas
 - b) Guantes, mandilón, mascarilla, respirador.
 - c) Guantes, mandilón, respirador, botas y mandil.
 - d) Gorro, mandil, botas, lentes, respirados, guantes.
10. Según la Escala de Áreas de Riesgos para el Servicio y Personal, ¿Qué servicio cree Ud. que tiende a ser clasificado como de ALTO RIESGO-MEDIANO RIESGO-BAJO RIESGO respectivamente?
- a) Neonatología-Medicina-Sala de Partos
 - b) Emergencia-Odontología-Admisión.
 - c) Emergencia-Odontología-Consultorios Externos.
 - d) Emergencia-Dermatología-Consultorios Externos.
11. Identifique la serie de Riesgo Biológico de contaminación:
- a) Partículas suspendidas en el aire-Posiciones Inadecuadas-Contacto directo con paciente.
 - b) Partículas suspendidas en el aire-Estrés-Grado de dificultad.

- c) Partículas suspendidas en el aire-Inoculación Mecánica-Contacto directo con fluidos del paciente.
 - d) Partículas suspendidas en el- aire-Sustancia Carcinógena-Inoculación Mecánica
12. Se debe usar mascarilla N95 para protección:
- a) Siempre que se tenga contacto directo con pacientes.
 - b) Sólo si se confirma que tiene TBC
 - c) Sólo en las áreas de riesgo
 - d) Solo en el área de lavandería
13. El alto riesgo de sufrir un accidente laboral puede suceder:
- a) Al pincharse con una aguja para dar medicación al paciente
 - b) Recibir la expectoración de un paciente, cuando lo atendía.
 - c) Al contacto de sangre en las manos y no calzaba guantes
 - d) Al re encapsular la aguja.
14. Los procesos para obtener material aséptico
- a) Esterilizar, Desinfectar, descontaminar.
 - b) Descontaminar, desinfectar auto clavar.
 - c) Lavar, desinfectar, esterilizar.
 - d) Descontaminar, Cepillar, empaque, esterilizar y/o desinfectar.
15. Las etapas de manejo de residuos hospitalarios:
- a) Segregación, generación, eliminación.
 - b) Generación, acondicionamiento, acopio interno.
 - c) Acondicionamiento, segregación, acopio interno, transporte externo
 - d) Acopio interno, transporte interno, externo y disposición final.
16. La clasificación de los residuos hospitalarios según la OMS:
- a) Infeccioso, comunes radioactivos, domésticos.
 - b) Comunes, punzocortantes, peligrosos, especiales.
 - c) Biocontaminados, especiales, comunes.
 - d) Comunes, especiales peligrosos, punzocortantes.
17. La forma como se desecha las agujas hipodérmicas descartables:
- a) Re encapsulando la aguja con ambas manos y se desecha.
 - b) Re encapsulando la aguja con la mano derecha y se desecha.
 - c) No re encapsular y desechar con toda la jeringa.

- d) Romper la aguja y desechar.
18. Respecto al manejo de desechos hospitalarios, marque lo correcto:
- a) Los residuos como tejidos, biopsias, y gasas usadas se desechan en la bolsa negra.
 - b) Los residuos como tejidos, biopsias, gasas con secreciones, se desechan en bolsa roja.
 - c) Los materiales contaminados como guantes, bolsas y frascos se deben depositar en bolsas negras.
 - d) Los materiales contaminados como guantes, bolsas y frascos de plástico se deben depositar en bolsas rojas, junto con residuos como tejidos.
19. El servicio de Emergencia genera:
- a) Residuos comunes, peligrosos, biocontaminados.
 - b) Residuos contaminados al 100%
 - c) Residuos especiales y contaminados al 100%
 - d) Residuos biocontaminados al 70% del total de residuos.
20. La caracterización de los residuos hospitalarios se refiere a:
- a) Volumen, peso, cantidad de residuos.
 - b) Cantidad, estado de generación, volumen.
 - c) Tipo de residuo generado, cantidad de residuo, composición de los residuos.
 - d) Tipo y volumen de los residuos generados.

Muchas gracias por su colaboración.



ANEXO Nº 03
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Código:

Fecha: ----/---/---

Yo,, estoy de acuerdo en participar en la presente investigación que viene realizando las Lic. Enf. Nery Huilca Martínez y Eda Castro Parodi. Gloria Santa María Chimbor, en coordinación con el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel A. Carrión – Huancayo. El objetivo del estudio es Determinar la relación que existe entre los conocimientos de bioseguridad del personal de salud y el manejo de residuos hospitalarios en el servicio de Emergencia.

Entiendo que mi participación es voluntaria, que mis respuestas serán confidenciales y que no recibiré dinero por mi colaboración.

Permito que la información obtenida sea utilizada solo con fines de investigación.

Firma del usuario

Firma investigador



ANEXO Nº 04

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD



Código:

Fecha: ----/---/---

Los datos que se obtengan a lo largo del presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que solo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. Con el fin de garantizar la fiabilidad de los datos recogidos en este estudio, será preciso que los responsables de la investigación y eventualmente, las autoridades del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel A. Carrión – Huancayo tendrán acceso a los instrumentos que se va aplicar comprometiéndose a la más estricta confidencialidad.

En concordancia con los principios de seguridad y confidencialidad, los datos personales que se le requieren, son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre y su identidad no será revelada a persona alguna, salvo para cumplir los fines del estudio. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad, con el objetivo de determinar los resultados del estudio.

El acceso a dicha información quedará restringido al personal designado al efecto o a otro personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades pertinentes y eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

De acuerdo con las normas del hospital, usted tiene derecho al acceso a sus datos personales; asimismo, si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación.

Responsable de la investigación