



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

TRABAJO ACADÉMICO

**“MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD RELACIONADO CON LA
ATENCIÓN DE PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA EN
EL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EL PERÍODO
MAYO A OCTUBRE 2016”**

Presentado por:

Janet del Pilar Acosta Retamozo

Trabajo Académico desarrollado para optar el Título de Segunda
Especialidad Profesional de Especialista de Enfermería en
Cuidados Quirúrgicos

Docente asesor:

Dra. Juana María Marcos Romero

Chincha, Ica, 2016

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación está dedicado a mi madre Luz que me acompaña, padre, a mi compañero de vida y a mis hijos por su apoyo, al Asesor por guiarme en la realización del presente trabajo.

ÍNDICE

CARÁTULA

DEDICATORIA

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO II: PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN	5
2.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	5
2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
2.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	8
2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	9
2.5 VARIABLES	9
CAPÍTULO III: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	10
3.1 OBJETIVO GENERAL	10
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
CAPÍTULO IV: MARCO TEÓRICO	11
CAPÍTULO V: MÉTODOS O PROCEDIMIENTOS	23
CAPÍTULO VI: PRESUPUESTO	24
CAPÍTULO VII: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	26
BIBLIOGRAFÍA	27
ANEXOS	29

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Con el advenimiento de la resistencia a los medicamentos antimicrobianos, surgieron cepas multirresistentes, que son extremadamente difíciles de tratar. Por lo tanto, para evitar su diseminación, el equipo de salud debe cumplir con las medidas de precaución estándar para aislar a los portadores.

Estamos viviendo una experiencia única en la vida en la que la diseminación de bacterias resistentes a múltiples medicamentos podría llevarnos a la era posterior a la antibioticoterapia o, mejor dicho, a un momento en que no habrá opciones de tratamiento disponibles para los portadores de estas cepas extremadamente resistentes, convirtiéndose así en un problema grave para los transportistas y las instituciones que deben cubrir el enorme gasto del tratamiento.

Por lo tanto, creemos que este estudio puede aumentar el cumplimiento de las medidas de uso de bioseguridad en la atención del paciente por parte del equipo de salud, con el fin de disminuir su estancia hospitalaria de los pacientes y por ende su pronta reinserción a la sociedad. Por lo que se investigará el cumplimiento de las medidas de bioseguridad del equipo de salud durante la atención de los pacientes en el servicio de cirugía plástica y quemados, el cual tiene como propósito un marco de referencia a las autoridades del Hospital Guillermo Almenara de promover la planificación de un programa de sensibilización que contribuya a mejorar y favorecer el cumplimiento de las medidas de bioseguridad en la atención de los pacientes, sobre la gravedad de las enfermedades causadas por estas bacterias y consecuentemente aumentar su conciencia de la necesidad de llevar a cabo medidas estrictas para evitar la diseminación dentro de la institución.

CAPÍTULO II: PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Muchos trabajadores de la salud describen la higiene de las manos como la herramienta más importante para prevenir la propagación de infecciones asociadas a la atención de la salud entre los pacientes.

Más de cinco y medio millones de trabajadores de la salud son potencialmente expuestos a drogas peligrosas en el lugar de trabajo. Mientras que la mayoría de las drogas están definidas como peligrosas, los agentes citotóxicos utilizados en el tratamiento del cáncer, muchos medicamentos utilizados para otros⁽¹⁾.

Las indicaciones y en otras poblaciones de pacientes son igualmente inseguras. La seguridad laboral y la Administración de Salud [OSHA] reconocieron este riesgo ocupacional y emitieron recomendaciones para el manejo seguro de HDs hace más de veinte años.

Según el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional [NIOSH] (2004), existe evidencia documentada de contaminación del ambiente de trabajo con HD, lo que aumenta el potencial de exposición de enfermeras, farmacéuticos y otros trabajadores de la salud cuando estos agentes se manejan de manera inadecuada. La exposición ocupacional a HDs se ha asociado con síntomas agudos como pérdida de cabello, dolor abdominal, llagas nasales, dermatitis de contacto, reacciones alérgicas, lesiones en la piel, y lesión ocular⁽²⁾.

Se han identificado resultados adversos en muchos estudios de enfermeras y farmacéuticos que trabajan con HD.

Por lo tanto, usar los protocolos universales de bioseguridad en estos tiempos modernos es importante ya que el uso inadecuado crea condiciones de peligro o vulnerabilidad que ponen en riesgo la calidad de vida de los trabajadores de salud y de los pacientes hospitalizados dados por condiciones inseguras de trabajo, es de vital importancia para el trabajador de la salud por su actividad de trabajo dar uso al cumplimiento de medidas bioseguridad. ^{(3),(4)}

Por lo tanto, se puede definir bioseguridad como el conjunto de medidas preventivas para proteger la salud y seguridad de las personas en el ámbito hospitalario frente a diversos riesgos biológicos, físicos, químicos, psicológicos o mecánicos.

En el Servicio de Ginecología en el Hospital Almenara Irigoyen, se observa que existen con frecuencia inadecuada práctica de actividad diaria de las medidas de bioseguridad del equipo de salud, por la que se exponen el riesgo de adquirir una enfermedad infecciosa dada por las condiciones de trabajo.

Al respecto, en el trabajo hospitalarias se ha podido observar también que “Algunos de los miembros del equipo de salud no cumplen las normas de bioseguridad, la enfermera coloca catéter y administrar medicamentos a los pacientes sin realizarse previamente el lavado de manos o lo realizan adecuadamente, al dirigirse a otros pacientes para atenderlos y/o siguiendo con las actividades cotidianas de su turno de trabajo no realizan el cambio de guantes apropiadamente como medida de protección.

El médico asistente y residente no se lavan la mano antes y después de atender a los pacientes y cuando lo realizan lo hacen inadecuadamente, no cumpliendo los tiempos según las normas de bioseguridad.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.2.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es el nivel de cumplimiento sobre las medidas de Bioseguridad realizadas en la Atención de Pacientes del servicio de Ginecología en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen?

2.2.2 PROBLEMA SECUNDARIOS

- ¿Cuál es el nivel de cumplimiento sobre el lavado de manos correcto antes y después de la atención de pacientes del servicio Ginecología en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen?
- ¿Cuál es el nivel de cumplimiento sobre el uso de medidas de barrera durante la atención de pacientes del servicio Ginecología en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen?
- ¿Cuál es el nivel de cumplimiento sobre la eliminación de desechos por parte del personal del servicio Ginecología en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen?

2.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Si bien los hospitales se consideran el principal entorno de diseminación de la infección, los factores de riesgo para la infección en los hogares o en cualquier otro lugar involucran la complejidad y los desafíos del control de la infección, particularmente para las personas vulnerables, dados los aspectos fisiológicos, inmunológicos, ambientales y socioeconómicos asociados.

Se cumple un papel importante en la prestación de atención primaria de salud. Sin embargo, las iniciativas públicas nacionales para la atención domiciliaria son insuficientes, dado que se requiere capacitación específica para esta actividad, en particular cuando se deben utilizar dispositivos y aparatos complejos en los hogares.

Estas características requieren adaptaciones para hacer este servicio factible; Una vez que la enfermería no tiene un carácter normativo para orientar esta práctica. Este hecho justifica el presente estudio, que es original y puede contribuir a establecer actividades de acuerdo con las categorías desde las dimensiones de conocimiento conceptual, de procedimiento o de contexto.

El establecimiento de las bases conceptuales de los riesgos de infección en el hogar debe necesariamente mantener su especificidad y no basarse en los principios de infección hospitalaria. Esta discusión va más allá de la dimensión académica, también incluye las condiciones del hogar y la topografía para generar datos epidemiológicos e indicadores relacionados con los pacientes que reciben atención domiciliaria y sus familias.

Las estrategias de prevención y control de infecciones deben ampliarse para incluir todos los escenarios de atención de la salud.

Los entornos domésticos tienen su propia especificidad en relación con los hospitales, por lo que requieren acciones específicas de prevención y control de infecciones.

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

H0: No existe cumplimiento sobre medidas de bioseguridad que se aplica en la atención de los pacientes del servicio de Ginecología en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

H1: Existe cumplimiento sobre medidas de bioseguridad que se aplica en la atención de los pacientes del servicio de Ginecología en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

.

2.5 VARIABLES

VARIABLE: Cumplimiento sobre medidas de bioseguridad.

CAPÍTULO III: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el cumplimiento sobre medidas de bioseguridad durante la atención de pacientes en el área de Ginecología en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el cumplimiento en la realización del correcto lavado de manos antes y después de la atención de pacientes del servicio de Ginecología en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.
- Determinar el cumplimiento en el uso de medidas de barrera durante la atención de pacientes del servicio de Ginecología en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.
- Determinar el cumplimiento de protocolos en la eliminación de desechos por parte del personal de Ginecología en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

CAPÍTULO IV: MARCO TEÓRICO

a. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Husoyam realizó un estudio sobre la lesión por pinchazo de aguja y las rutinas de presentación de informes en Noruega que muestran que los trabajadores de la salud transmiten agentes de transmisión sanguínea por exposición percutánea. La notificación de lesiones de objetos punzocortantes es esencial para instigar una adecuada profilaxis y seguimiento post-exposición. El objetivo fue proporcionar una lista de la cantidad de lesiones por objetos punzocortantes informadas por tipo de trabajador sanitario y los sistemas de notificación utilizados para las lesiones que tienen un riesgo inherente de transmitir agentes transmitidos por la sangre. En promedio, se reportan 210 lesiones en el centro de Hauk Eland University Hospital.

Además, se solicitaron anualmente análisis de la hepatitis y el VIH relacionados con 159 lesiones de agujas que no se habían reportado de otra manera. Las enfermeras informaron el 51% de las lesiones de objetos afilados, el 10% por los trabajadores de laboratorio, el 6% por los médicos y el 33% por otros 5. Rajis realizó un estudio sobre la evaluación de riesgos de la Guía 'Lesiones por pinchazo de aguja' y el manejo posterior a la exposición en la práctica en Beethoven. El objetivo de la guía nacional 'Lesiones por pinchazo de aguja' es hacer que la evaluación de los pinchazos con aguja sea más estructurada y uniforme. La lesión se clasifica como de alto riesgo o bajo riesgo según el volumen de sangre transmitida. Para las lesiones de alto riesgo, se deben considerar las medidas para prevenir la hepatitis B, la hepatitis C y el VIH, mientras que para las lesiones de bajo riesgo solo se deben tomar medidas para prevenir la hepatitis B. La necesidad de profilaxis post-exposición está determinada por la inmunidad de la víctima

a la hepatitis B y la presencia del virus de la hepatitis B, el virus de la hepatitis C o el VIH en la persona de origen. La profilaxis posterior a la exposición contra la hepatitis B consiste principalmente en la vacunación contra la hepatitis B; la inmunoglobulina de la hepatitis B se agrega en el caso de una lesión de alto riesgo con una fuente de hepatitis B positiva o una fuente perteneciente a un grupo de riesgo para la hepatitis B. En las lesiones de alto riesgo, la víctima es sometida a pruebas de hepatitis C y transmisión del VIH (excepto en caso de una fuente seronegativa). La profilaxis antirretroviral posterior a la exposición se recomienda para lesiones de alto

Von Over Beck J Wess realizó un estudio sobre "Procedimientos de accidentes con pinchazos con agujas después de una exposición potencialmente infecciosa en el personal médico de Berna (Alemania) muestra que la exposición de la sangre conlleva un riesgo definitivo para el trabajador de la salud de la infección por varios patógenos transmitidos por la sangre, especialmente La hepatitis B, la hepatitis C y el virus de la inmunodeficiencia humana. El riesgo de transmisión de la exposición al VIH es menor que el asociado con la exposición al VHB y al VHC. Sin embargo, si se produce una infección por VIH, es probable que el resultado sea fatal.

Aunque las precauciones generales de control de infecciones, el uso más seguro de agujas, guantes y otros procedimientos pueden reducir sustancialmente la incidencia de exposiciones ocupacionales, no pueden eliminar el riesgo por completo. Se discute la gestión post-exposición. No se ha establecido ni la eficacia ni la seguridad de AZT (zidovudina) para uso como agente profiláctico de quimioterapia después de exposiciones ocupacionales al VIH. Sin embargo, en casos seleccionados se puede proponer a los trabajadores de la salud. Panunzio A realizó un estudio sobre accidentes relacionados con fluidos biológicos entre profesionales que trabajan en laboratorios clínicos en Maracaibo, venezolanos. La exposición ocupacional a técnicos médicos

biológicos que trabajan en laboratorios clínicos públicos causados por contacto percutáneo accidental, factores asociados y cumplimiento con la sangre posterior a la exposición. Este fue un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra consistió en 156 técnicos médicos asignados a laboratorios clínicos en el área metropolitana del estado Zulia en Venezuela. Los datos se recopilaron mediante la aplicación de un instrumento para explorar la exposición y los factores relacionados, así como el cumplimiento de las medidas de exposición post-biológicas establecidas.

Hubo evidencia de exposición causada por accidentes percutáneos, principalmente representados por un nivel moderado de pinchazos y cortes de agujas (media de 2-3.99). Hubo un nivel moderado de factores relacionados con la lesión percutánea en las manos y los dedos asociados con agujas huecas, sangre y hemoderivados y severidad superficial en la toma de muestras y áreas de procesamiento cuando se vuelven a tapar las agujas o se manipulan objetos afilados o cortantes. Se obtuvo un nivel de cumplimiento medio (2-3.99) para el manejo posterior a la exposición. Se encontró una correlación significativa ($p < 0.001$) entre la exposición percutánea y el nivel de cumplimiento con la post-exposición.

Rev Salud realizó un estudio en 25 centros de atención médica en la gobernación de Gharbiya para evaluar las prácticas de inyección segura entre los trabajadores de atención médica (ACS). Dos cuestionarios, uno para recopilar información sobre temas administrativos relacionados con la inyección segura y el otro para recopilar información sobre cómo administrar inyecciones, exposición a lesiones por pinchazo de aguja, estado de vacunación contra la hepatitis B y capacitación sobre inyección segura. Las prácticas de inyecciones se observaron utilizando una lista de verificación estandarizada. El estudio reveló que faltaban políticas de control de infecciones tanto nacionales como

locales y la falta de la mayoría de los suministros necesarios para las prácticas de inyección segura. Muchas prácticas seguras fueron poco frecuentes como la manipulación correcta de la aguja antes de la eliminación (41%), la eliminación segura de la aguja (47.5%), la reutilización de la jeringa y la aguja usadas (13.2%) y la eliminación segura de la jeringa (0%). El estudio concluyó que la exposición a lesiones por pinchazo de aguja era común entre los TS entrevistados (66.2%) y el lavado de manos era la medida común de profilaxis post exposición (63.4%).

Vazk realizó un estudio sobre "prevalencia de lesiones y notificación de accidentes entre los trabajadores de la salud en el Hospital Universitario de West Indies ". Este estudio investigó el conocimiento, la conciencia y las prácticas de los trabajadores de la salud en relación con las precauciones universales en el Hospital Universitario de West Indies. El objetivo de estudiar la prevalencia de las lesiones sufridas por los trabajadores de la salud, así como la incidencia de accidentes y el cumplimiento de la profilaxis posterior a la exposición.

En septiembre y octubre de 2007 se realizó una encuesta transversal. Casi dos tercios (62,3%) de los encuestados conocían las políticas y procedimientos para informar accidentes, mientras que un tercio (33,2%) no estaba seguro. Todas las enfermeras conocían las políticas y los procedimientos para informar accidentes, seguidos por los médicos (88%) y los tecnólogos médicos (61.2%). La mayoría (81.5%) de los encuestados experimentaron salpicaduras de fluidos corporales. Más de tres cuartos de los médicos (78%) y dos tercios de las enfermeras (64%) informaron haber sufrido lesiones por pinchazo de aguja, mientras que la incidencia entre los tecnólogos médicos fue notablemente menor (26%). La mayoría de los encuestados (59%) experimentaron una baja incidencia de accidentes, mientras que poco más de una décima parte (14%)

informaron una alta incidencia. Ochenta y cuatro encuestados reportaron lesiones por pinchazo de aguja; poco menos de dos tercios.

El estudio concluyó que la mayoría de los trabajadores de la salud estaban al tanto de las políticas y procedimientos para informar accidentes. Las salpicaduras de fluidos corporales, lesiones por pinchazos de aguja y cortes de otros objetos fueron bastante frecuentes entre los trabajadores de la salud. Existe la necesidad de sistemas de monitoreo que proporcionen información precisa sobre la magnitud de las lesiones y tendencias de pinchazos con agujas a lo largo del tiempo, los posibles factores de riesgo, los nuevos problemas emergentes.

b. BASES TEÓRICAS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que, en 2015, entre el 5 y el 10% de los trabajadores de los centros hospitalarios contraen una infección o la incuban, y entre el 5 y el 5% mueren por esta causa. La incidencia de enfermedades de transmisión o contagio biológico, transmitida de manera circunstancial por los pacientes en el quirófano, es un riesgo latente para el personal de salud.¹ Un tercio de estas muertes podría evitarse con programas de control de infecciones y el cumplimiento de normas preventivas como las medidas de bioseguridad. ² Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), los accidentes laborales ocurren con más frecuencia en enfermeras (65 a 70%)

³ y ocurren con mayor frecuencia en la habitación del paciente (60 a 70%) y en centros quirúrgicos (20 a 25%). ⁴ En el hospital donde se llevó a cabo el estudio, en 2015 se notificaron un total de 86 a 98 casos de accidentes de trabajo, en los cuales 83% a 88% se debió a objetos afilados y 13% a 17% debido a salpicaduras de fluidos biológicos. Asimismo, el grupo ocupacional más afectado fue el profesional de enfermería (50% a 52%).

El origen de los accidentes de trabajo se centra en la aplicación de medidas de bioseguridad. Sin embargo, la aplicación de estas medidas se ve afectada por una serie de factores propios de las enfermeras, así como por factores institucionales. Prueba de ello son los estudios que se consultaron al respecto. Así, en un hospital de Venezuela se encontró que si bien la enfermera tiene conocimiento no aplica medidas de bioseguridad en la práctica profesional, igualmente en el aspecto de la organización no había manuales de bioseguridad en el área donde trabajan y en relación con la apariencia de la mayoría de los pacientes. el manejo administrativo considera escaso el suministro de equipo de protección.⁶ Otro estudio en el mismo país encontró que los factores favorables para la aplicación de medidas de bioseguridad por parte de la enfermera son la especialización, maestría, doctorado, conocimiento de conceptos, uso de lentes de protección, delantal impermeable, material dotación, entornos y personal.⁷

A nivel nacional, un estudio realizado en un hospital similar al del estudio, encontró que el 61.9% de las enfermeras no tienen estudios especializados en el centro quirúrgico, el 52.4% no sabe acerca de la eliminación De las agujas hipodérmicas, el 57.1% informa que no hay personal suficiente, que el diseño y la estructura son inadecuados, que no tienen apro impermeable. ns, la vestimenta quirúrgica está incompleta y el 76.2% informa que la provisión de equipos como lentes de protección es inadecuada.

Según la revisión bibliográfica, de acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), las precauciones universales son medidas para reducir el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas contagiosas relacionadas con el trabajo. Las principales medidas de bioseguridad que deben aplicarse en el centro quirúrgico incluyen el manejo y la eliminación adecuados de los elementos de punción, los desechadores y el material de curación; gestión, tratamiento y disposición final de residuos sólidos biocontaminados y comunes; uso de equipo de protección personal,

lavado de manos, guantes, máscara, sombrero, botas, delantales de protección y gafas protectoras; además de las medidas de protección personal, como las inmunizaciones contra la hepatitis B y el tétanos; entre otros.

Sin embargo, considerando que los factores se denominan la influencia subyacente responsable de parte de la variabilidad de algunas manifestaciones conductuales 22, se puede decir que hay diferentes factores que determinan el comportamiento de las enfermeras. Por lo tanto, el desempeño de una función, en este caso, la aplicación de medidas de bioseguridad; está favorecido o afectado por factores intrínsecos o personales

Ambiente hospitalario

El área de hospitalización incluye las salas para perros y gatos, la sala de aislamiento, el área de servicios / lavado y la sala de cuidados intensivos / alta dependencia. La prevención de la propagación de enfermedades es primordial y esto debe tenerse en cuenta al diseñar el área. Las salas de perros y gatos deben mantenerse separadas, y una sala de recuperación y / o alta dependencia debe estar cerca del área de preparación para permitir el monitoreo constante del paciente.

Limpieza y desinfección.

Mantener un área de hospitalización limpia e higiénica es vital para eliminar patógenos, mantener el bienestar de los pacientes hospitalizados y promover un buen ambiente de trabajo para el personal. Las salas deben tener su propio suministro de productos de limpieza que no se utilizan para el resto de la cirugía y el aislamiento debe tener un suministro propio. Deben establecerse protocolos de limpieza para todas las áreas; el uso de una hoja de tick diaria permite al personal identificar rápidamente las brechas en la limpieza y garantizar una buena disciplina de control de infecciones. Toda la ropa de cama, el equipo y las perreras usadas deben limpiarse a fondo después del alta de cada paciente, mientras que todos los pisos, superficies y áreas de alto riesgo, como manijas

de puertas, interruptores de luz y enchufes, deben limpiarse diariamente. Las paredes deben ser limpiadas y una limpieza semanal, incluyendo todas las paredes, debe realizarse en toda el área de hospitalización.

Cualquiera que sea el producto utilizado, es importante eliminar la materia orgánica antes de la desinfección y seguir las pautas del fabricante sobre dilución y temperatura del agua. Las soluciones también se deben reponer regularmente para evitar la desnaturalización.

Barrera de enfermería

Los protocolos de enfermería de barrera son un conjunto específico de requisitos de enfermería para pacientes infecciosos. Estos pasos crean una barrera contra la infección al prevenir la transmisión a un fomite, cómo limpiar el equipo o la ropa de la enfermera.

Los fundamentos de estos requisitos son:

Mantener al paciente aislado de otros pacientes que tratan a todos los demás pacientes antes del paciente infeccioso (consulte la política de bioseguridad) asegurándose de que el paciente permanezca en la misma jaula durante toda su estadía utilizando un equipo separado, como tazones y termómetros, para cada paciente que lleve una bata desechable, guantes, mascarilla y fundas para zapatos / baño de pies cuando los pacientes que están amamantando mantienen los desechos del paciente y la ropa de cama usados separados para el uso general del equipo de remojo en desinfectante a la dilución y el tiempo de contacto requeridos después de ser utilizados desinfectando todas las áreas.

Personal de enfermería del hospital y emergencias de salud pública.

Las enfermeras son una parte integral de la respuesta ante desastres, necesaria para el personal de camas de emergencia, pacientes de triaje y administración de medicamentos y vacunas relacionadas con emergencias. Uno de los servicios que definen la salud pública es responder a los desastres y ayudar en la recuperación (Comité Directivo de las Funciones de Salud Pública, 1994). Para hacer esto, el Programa Nacional de Estándares de Desempeño en Salud Pública de los CDC describe la seguridad de una fuerza laboral pública y personal de salud competente para la provisión de servicios de salud pública esenciales como uno de los 10 servicios esenciales de salud pública. Un sistema de salud pública eficaz y la respuesta de la PHE deben incorporar recursos de enfermería en el hospital.

La fuerza laboral hospitalaria, y en particular, las enfermeras hospitalarias, constituyen el mayor grupo de trabajadores de atención médica en Perú.

Forman un elemento sustancial de las líneas de frente de la respuesta de salud pública, y se encuentran entre los primeros en responder contemplados en el Marco de Respuesta Nacional, que describe la preparación nacional para las PHE y la asistencia médica. Desarrollo de capacidad de sobretensiones alentado por la Ley de preparación ante pandemias y todos los peligros.

Sin embargo, a través de las últimas décadas de reestructuración hospitalaria, el porcentaje de enfermeras que ejercen en hospitales ha disminuido. Si bien el empleo de enfermería en hospitales ha aumentado en respuesta a la recesión actual, muchos hospitales se enfrentan a restricciones financieras más estrictas, presupuestan menos puestos de enfermería en general y, en algunos casos, tienen bloqueos en la contratación. En muchos casos, hay poca flexibilidad para las fluctuaciones imprevistas en la agudeza del paciente y la demanda a diario, y una ausencia de capacidad de reserva para emergencias a gran escala.

Escasez nacional de enfermería a más largo plazo, las proyecciones indican que los suministros de RN no se ajustarán a las demandas y muchos hospitales tendrán dificultades para mantener el personal suficiente para brindar atención de alta calidad. Actualmente, a nivel nacional se tiene un déficit estimado de más de 120,000 enfermeras, que probablemente aumentarán a más de 250,000 para el año 2025. La escasez de enfermeras presenta una prueba crítica de la preparación del país para responder a una población que envejece con necesidades complejas de atención médica.

Esta tensión se magnificaba bajo las demandas urgentes de los sistemas hospitalarios durante un PHE. Unas variedades de factores han convergido para contribuir a la creciente escasez de enfermeras. La fuerza laboral de enfermería está envejeciendo y muchas enfermeras abandonan la profesión debido a entornos laborales desfavorables y oportunidades de empleo alternativas más satisfactorias. Sin embargo, el factor más importante que dificulta la expansión de la fuerza laboral de enfermería es el cuello de botella en las escuelas de enfermería debido a una facultad jubilada y envejecida, y una infraestructura y financiación insuficientes.

La fuerza de demanda predominante que subyace a la escasez de enfermeras es la creciente necesidad de atención médica, particularmente entre la creciente población de adultos mayores.

Para mantener el ritmo de la demanda y mantener la preparación para emergencias, se requiere un aumento mínimo en las graduaciones de enfermería en al menos un 25% anual. Sin embargo, las escuelas de enfermería actualmente no pueden producir este número de enfermeras debido a la falta de profesores, recursos financieros inadecuados, capacidad física limitada y sitios de educación clínica insuficientes.

En el caso de un evento generalizado, como la influenza pandémica, es posible que no exista apoyo externo porque las localidades externas no tendrán recursos adicionales de sobra. El brote de SARS de 2003 demostró las complicaciones que enfrentan las

enfermeras en una emergencia generalizada que afecta a una gran población durante un período prolongado de tiempo. Las enfermeras fueron una de las poblaciones más propensas a infectarse y fueron los trabajadores sanitarios más comúnmente infectados. El cuidado de los pacientes con SARS destacó la intensidad laboral de los cuidados de enfermería durante un PHE y la necesidad de una baja proporción de enfermeras y pacientes para limitar un brote.

Además, las precauciones de salud pública, como el distanciamiento social y las restricciones de viaje, limitaron el movimiento de enfermeras. En un evento generalizado, las enfermeras, al igual que otros trabajadores de la salud, también experimentarán el ausentismo debido a una enfermedad, el miedo a la enfermedad y la necesidad de cuidar a los miembros de la familia que están.

La respuesta de los recursos de enfermería a un PHE puede disminuir aún más debido a la angustia emocional que enfrentan las enfermeras durante un PHE. Las enfermeras informaron que les preocupa que la respuesta regional y el compromiso institucional que se espera que venga con un PHE sean insuficientes para protegerlos de los peligros físicos, emocionales y legales a los que están.

Los asuntos legales incluyen restricciones de licencia jurisdiccional, limitaciones de compensación para trabajadores y responsabilidad civil. Si bien existen esfuerzos de políticas dirigidos a abordar estos problemas, como el reconocimiento mutuo de la licencia en todas las jurisdicciones

TÉRMINOS RELACIONADOS CON BIOSEGURIDAD

- **Asepsia:**

Es la carencia de los gérmenes patógenos in vitro o no. Además, también refiere a los diversos procedimientos para la destrucción de los diversos gérmenes patógenos presente en los diversos tejidos sucios.

- **Desinfección:**

Son los procedimientos usados para destruir los gérmenes en un objeto o material inanimado, pero no sus esporas.

- **Limpieza:**

Se define como la eliminación total o parcial de los diversos fluidos corporales o material extraño (visible) en la piel o de cualquier objeto inanimado.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Con el fin de lograr una mejor comprensión de los términos utilizados en el presente estudio se procedió a definir los mismos:

Medidas de bioseguridad:

Son los cumplimientos y las acciones que realiza el equipo de salud para prevenir y/o evitar infecciones durante la atención que brinda a los pacientes del servicio de Ginecología

Equipo de salud:

Es el personal profesional y no profesional de salud que labora en el servicio de Ginecología

CAPÍTULO V: MÉTODOS O PROCEDIMIENTOS

5.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El tipo y nivel de cada tesis es observacional porque solo evidencia las variables de estudio, es descriptivo porque no se modifican las variables y por último transversal porque se obtendrá los datos en un periodo de tiempo.

5.2 MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio que realizaremos, será de carácter inductivo, el cual se llegaran a evaluar el cumplimiento sobre medidas de bioseguridad que se apliquen en la atención de los pacientes “Hospital Guillermo Almenara”.

3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

La población está siendo conformada por todo el personal de salud que labora en la unidad de Ginecología donde se contará con un total de 35 participantes que laboren en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Entonces, la muestra representativa para el estudio es la de 100 personas las cuales tengan una relación con la atención de los pacientes del servicio antes indicado.

4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente trabajo académico, conto con la técnica de la descripción, de igual forma el instrumento el cual se obtuvo al realizar, para la elaboración del trabajo académico será modificada para que no tenga ninguna interurrencia.

CAPÍTULO VI: PRESUPUESTO

1. PRESUPUESTO

Personal.

Recursos Humanos	Cantidad	Duración (meses)	Costo mes	Costo Total S/.
Asesor	1	3	410	1230
Investigador	1	3	280	840
Co asesor	1	1	120	120
Total				2190

Bienes.

Descripción	Cantidad	Unidad	Costo Unitario	Costo Total S/.
Papel Bond 80g.	1	Millar	13	13
Tinta impresora	2	Frasco	20	40
Lapiceros	8	Unidad	1.5	12
Lapiz	5	Unidad	1	5
Total				70

Servicios. De igual manera se procederán a la adquisición de algunos servicios para finalizar la tesis, los cuales se detallan a continuación:

Servicio	Costo Total S./
Fotocopia	100
Internet	90
Empastado	250
Otros (Pasaje, etc)	100
Total	540

Costo Total: S/. 2800.00 Nuevos Soles.

CAPÍTULO VII: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	2016					
	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct
Elaboración del proyecto	X					
Aprobación del proyecto	X					
Validación de instrumento		X				
Recolección de datos		X	X			
Procesamiento de datos			X	X		
Análisis de datos				X	X	
Elaboración del Informe final					X	
Aprobación del Informe						X
Sustentación						X

BIBLIOGRAFIA

1. Archibald, L. K. infecciones por *Enterobacter cloacae* y *Pseudomonas aeruginosa* polymicrobial en el torrente sanguíneo debido a la contaminación extrínseca. *Journal of Pediatrics*, 133(5), 640-643. 2014
2. M.B. Rose. *Nursing procedures*. 8ed. Editorial Interamericana. España 2014.
3. Lopez E. Occupational exposure to biological agents of nurses of intensive care in a hospital of 1 level. Almeria, España. 2007
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Guidance for the selection and use of personal protective equipment (PPDE) in healthcare settings*. Bethesda, MD: CDC. 2012
5. Fisher HS. Review of cases of nosocomial Lassa fever in Nigeria: The high price of poor medical practice. *British Medical Journal*, 301(855), 857-860. 2006
6. Habibullah, SE. Waste disposal of government health-care facilities in urban area of Karachi—A KAP survey. *Pakistan Journal of Medical Resources*, 41, 1-2. 2010
7. Hersh, B. S. Risk factors for HIV infection among abandoned Romanian children. *AIDS*, 4, 1618-1621. 002
8. Hutin, Y. J. Injections given in healthcare settings as a major source of acute hepatitis B in Moldova. *International Journal of Epidemiology*, 26, 780-785. 2012
9. Hutin, Y. J. Use of injections in healthcare settings worldwide, 2002: Literature review and regional estimates. *British Medical Journal*, 325 (7429), 1071. 2012

10. Kermode, MJ. Occupational exposure to blood and risk of bloodborne virus infection among health care workers in rural north Indian health care settings. *American Journal of Infección Control*, 32, 31-40. 2012
11. Luby, S. P et. al. The relationship between therapeutic injections and high prevalence of hepatitis C infection in Hafizabad, Pakistan. *Epidemiology and Infection*, 118(2), 359-358.2012
12. Maqbool, A. Needle stick injuries in health care workers. *Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 11, 551-560. 2010
13. Misra, U. An epidemiological study of biohazards in a micro biology laboratory at a large teaching hospital. *Journal of Academic Hospital Administration*, 12, 2. 2012
14. Mujeeb, SA. Infection control practices in clinical laboratories in Pakistan. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 24(3), 133-149. 2010
15. Soeters, R. Hazards of injectable therapy. *Tropical Doctor*, 20, 121-129.2012
16. Tietjen, LB. Infection prevention guidelines for healthcare facilities with limited resources. Part 05: Implementing Baltimore: JHPIEGO.2012
17. Larson, E. Higiene de la piel y prevención de infecciones: ¿más de los mismos o diferentes enfoques? *Clin Infect Dis* 1997; 22: 1289 - 1299. 2012
18. Simmons, B. Explorar para América Latina, K. El papel del lavado de manos en la prevención de infecciones de unidad de cuidados intensivos endémicos. *Infect Control Hosp Epidemiol*; 09: 580 - 590.2012
19. Webster, JF.. Eliminación de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina de una unidad de cuidados intensivos neonatales después de lavarse las manos con triclosán. *J Paediatr Child Health*; 29: 50 - 55.2012

ANEXOS

Anexo Nº 1

INSTRUMENTO

FECHA:

ASPECTOS A OBSERVAR:

LAVADO DE MANOS:

1.- Realiza el lavado de manos de manera correcta antes de usar guantes.

A) Si

B) no

2.- Realiza el lavado de manos de manera correcta después de quitarse los guantes.

A) Si

B) no

3.- Realiza el lavado de manos de manera correcta antes de atender a cada paciente.

A) Si

B) no

4.- Realiza el lavado de manos de manera correcta después de atender a cada paciente

A) Si

B) no

5.- Realiza el correcto lavado de manos después del contacto con secreciones.

A) Si

B) No

6.-- Realiza el lavado de manos de manera correcta después del contacto con el entorno del paciente.

A) Si

B) No

7.- Realiza el lavado de manos correcto después de realizar procedimientos en contacto con fluidos corporales.

A). Si

B) No

USO DE GUANTES

8. Realiza la técnica establecida para la colocación de guantes estériles

A) Si

B) No

9.- Realiza la técnica establecida para el retiro de guantes contaminados

A) Si

B) No

10.- Utiliza guantes al momento de preparar el tratamiento

A) Si

B) No

11.- Utiliza guantes en procedimientos invasivos en contacto con fluidos corporales

A) Si

B) No

PROTECCIÓN OCULAR

12.- Utiliza los lentes protectores al momento de realizar los procedimientos pertinentes

(por contacto de secreciones)

A) Si

B) No

USO DE MASCARILLA

13.- Utiliza mascarilla durante la atención directa del paciente.

A) Si

B) No

14.- El individuo observado utiliza mascarilla para realizar los procedimientos que requieran de su uso.

A) Si

B) No

USO DE BATA DESECHABLE

15.- El individuo observado utiliza batas desechables dentro de la unidad

A) Si

B) No

USO DE GORRO

16.- Utiliza, gorro dentro de la unidad

A) Si

B) No

DESECHA DE MATERIALES

17.- Elimina el material punzo cortantes en recipientes especiales.

A) Si

B) No

18 Luego de realizar algún procedimiento al paciente, desecha los guantes en el sitio adecuado.

19.- Descarta material, según el tipo de contaminación.

A) Si

B) No

20.-Cumple las medidas de Bioseguridad con todos los pacientes por igual.

A) Si

B) No