



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ESCUELA DE MEDICINA
MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL**

TEMA:

IMPLEMENTACIÓN DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA
LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL
HOMERO CASTANIER CRESPO DE LA CIUDAD DE AZOGUES
2010.

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÁSTER EN
GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

AUTORA:

Lcda. NARCISA ACERO GUAMÁN

DIRECTOR:

DR. GUILLERMO HURTADO M.

CUENCA – ECUADOR
2010-2011

CERTIFICACIÓN

Dr.:
Guillermo Hurtado
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado “IMPLEMENTACIÓN DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CIUDAD DE AZOGUES 2010” el mismo que está de acuerdo con lo estudiado por la Escuela de Medicina de la UTPL, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Cuenca, marzo 2011

.....

Dr. Guillermo Hurtado

AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autor.

Cuenca, mayo del 2010

f).....

CESIÓN DE DERECHO

Yo Narcisa Jesús Acero Guamàn declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico la Universidad Particular de Loja que en su parte textualmente dice:

“Forman parte del patrimonio la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

Cuenca, mayo del 2011.

(f).....

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación quisiera dedicarle, a mi esposo Agustín por brindarme su apoyo y darme la oportunidad de superarme cada día más y a mi hijo Santiago la razón de mi vida, quién me ha impulsado a cumplir mis metas propuestas.

AGRADECIMIENTO

Primeramente quisiera agradecerle a Dios por darme la vida y la oportunidad de superarme.

A mi esposo Agustín y mi hijo Santiaguito por su apoyo incondicional que me han brindado y por soportar mis ausencias al no poder compartir momentos especiales con ellos.

A las autoridades del hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues por su apoyo para llegar a culminar este proyecto de manera especial a la Lcda., Susana Flores Jefa de enfermeras de dicha institución, también a mis compañeras de la unidad de Cuidados Intensivos quienes me han brindado su aliento de fuerza y ayuda desinteresada.

Al doctor Guillermo Hurtado mi director de tesis por compartir conmigo sus conocimientos y enseñanzas y guiarme por el sendero del bien.

A la Universidad Técnica Particular de Loja por ser una institución que brinda educación de calidad y en horarios accesibles.

A todo el personal que labora en la UTPL, por brindar una atención de calidad, demostrando gentileza y respeto.

ÍNDICE

PRELIMINARES	PÀGINAS
Carátula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Cesión de derecho	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice	vii
APARTADOS	
Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Problematización	5
Justificación	7
Objetivos	8
Marco Institucional	9
Marco Conceptual	22
Diseño Metodológico	41
Resultados	49
Conclusiones	87
Recomendaciones	88
Bibliografía	89
Anexos	92

RESUMEN

Los hospitales son las instituciones donde se generan gran cantidad de desechos biopeligrosos y si estos no son manejados adecuadamente ponen en riesgo la salud del personal, usuarios y el ambiente en general.

En base a los problemas detectados en la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues como son los accidentes laborales por falta de aplicación de las normas de bioseguridad; ya que no se ha desarrollado programas de capacitación por parte del personal responsable o porque no funciona de manera regular el Comité de Manejo de Desechos Biopeligrosos, me conlleva a realizar este proyecto con el fin de contribuir a mejorar sus conocimientos y concientizar a todo el personal de salud de cuán importante es la bioseguridad; mediante el cual se ha programado la capacitación para mejorar los conocimientos del personal de riesgo entre esos tenemos: médicos, licenciadas en enfermería, auxiliares de enfermería, laboratoristas, estudiantes de enfermería y auxiliares de limpieza.

Además de esta manera podemos disminuir la diseminación de las infecciones nosocomiales ya que estas dan lugar a presentar complicaciones en los pacientes ingresados y por ende aumento en los días de estadía. Como también evitamos los accidentes laborales que día a día se viene suscitando.

Se realizo el pre CAPs al personal de UCI para medir los conocimientos, actitudes y practicas teniendo como resultado que la mayoría del personal no maneja adecuadamente los desechos. Pero después de la capacitación las respuestas de las encuestas realizadas han mejorado notablemente.

Para la elaboración del presente proyecto se contó con el apoyo de todas las autoridades del Hospital Homero Castanier Crespo quienes nos han brindado su apoyo y facilidades para que se lleve a cabo la capacitación sobre las normas de bioseguridad. También se elaboró un manual de normas y procedimientos de bioseguridad, el cual tiene por objeto facilitar la aplicación de las normas y la ejecución de las actividades relacionadas con todas las fases del manejo de desechos en todos los departamentos de esta institución.

ABSTRACT

The hospitals are the institutions that generate a large amount of biohazardous waste and if they are not properly managed risk the health of staff, users and the environment in general.

Based on the problems identified in the Intensive Care Unit of Hospital Homero Castanier Crespo City Azogues such as accidents due to lack of implementation of biosafety standards, and has not been developed training programs for staff responsible or it does not work on a regular basis the Management Committee of biohazardous waste which has led me to undertake this project to help improve their knowledge and awareness to all health staff how important biosecurity by which is scheduled training to improve staff knowledge of risk among these are: physicians, licensed nurses, nursing assistants, laboratoristas, student nurses and auxiliary cleaning.

Also this way we can reduce the spread of nosocomial infections as these give rise to complications in hospitalized patients and thus increase in days of stay. Also avoid occupational accidents every day began getting attention.

CAPs was conducted pre ICU staff to assess knowledge, attitudes and practices with the result that most staff did not properly handle the waste.

But after training, the responses of the surveys have improved remarkably. For the preparation of this project was supported by all the authorities of Hospital Homero Castanier Crespo who have given us their support and facilities to be carried out training on biosafety standards.

Also developed a manual of rules and procedures for biosafety, which is aimed at facilitating the implementation of standards and implementation of activities related to all phases of waste management in all departments of this institution.

3.- INTRODUCCIÓN

Todas las instituciones de salud independientemente del número de trabajadores deben contar con un servicio de salud laboral lo cual tiene como finalidad conservar y mejorar la salud de todos los trabajadores y protegerlos de los riesgos a los que siempre estarán expuestos diariamente como son: riesgos físicos, químicos, biológicos dependiendo siempre del lugar en donde trabajen, porque ellos siempre estarán en contacto con pacientes contaminados. La manipulación de los desechos biopeligrosos incrementa el riesgo para el trabajador hospitalario, que puede contaminarse la piel o las conjuntivas oculares, herirse con objetos corto punzantes, inhalar aerosoles infectados o irritantes, o ingerir en forma directa o indirecta, el material contaminado.

El Hospital Homero Castanier Crespo está ubicado en la ciudad de Azogues capital de la provincia del Cañar, es un hospital de segundo nivel inaugurado el 28 de Mayo de 1982 prestando servicios de calidad y eficientes al usuario, procedentes de la provincia del Cañar y parte de otras provincias, cuya visión es el mejoramiento continuo.

La Unidad de Terapia Intensiva fue inaugurada en el año 2006; al presentar la necesidad de contar con un departamento para la atención de pacientes críticos ya sea para el manejo clínico, necesitan monitorización permanente o algún tipo de procedimiento especial, etc. Para el funcionamiento de este servicio es necesario contar con suficiente personal entre médicos, enfermeras y auxiliares de limpieza ya que cada vez sigue incrementando la demanda de pacientes y por ende también se incrementa la producción de desechos biopeligrosos y que si no son manejados adecuadamente ponen en riesgo la salud del personal que labora en la institución, los usuarios y el medio ambiente.

La falta de actuación del Comité de Manejo de Desechos Hospitalarios, y por ende la ausencia de programas de capacitación sobre bioseguridad, dirigidos al personal que se encuentra en riesgo de adquirir una enfermedad infectocontagiosa, y la inexistencia de un manual normas de bioseguridad para manejo adecuado de desechos hospitalarios, esto conlleva a que el personal desconozca la importancia de la

bioseguridad y por lo tanto no están motivados a manejar de manera correcta los desechos infecciosos y el peligro que generan los mismos.

Por lo tanto el tema a realizarse es la implementación de normas de bioseguridad ya que en dicha unidad no contamos con manual de normas de bioseguridad para que el personal se pueda regir en el mismo y así utilizar las prendas de protección necesarias para la atención del paciente crítico para lo cual hemos tomado como problematización el incremento de la tasa de mortalidad mediante la adquisición de las enfermedades nosocomiales, como también los accidentes laborales que día a día se viene suscitando en el departamento.

El presente proyecto tiene sostenibilidad ya que se encuentran involucrados las autoridades gerenciales y al contar con su apoyo mayor será la posibilidad de alcanzar las metas propuestas que irán en beneficio de todo el personal que se encuentra en riesgo y se utilizará los recursos financieros necesarios para la viabilidad del proyecto los mismos que brindará la institución y la maestrante

Continuamos con el marco institucional y el diseño metodológico utilizado para desarrollar el presente proyecto.

Mediante la capacitación del personal que labora en la institución se ha logrado que cada uno de los trabajadores tome conciencia de cuán importante son las normas de bioseguridad y el utilizar las barreras de protección necesarias para cada procedimiento.

4.- PROBLEMATIZACIÓN

Las instituciones de salud son las áreas donde diariamente producen una gran cantidad de desechos bioinfecciosos, estos desechos son peligrosos y por ende son los que representan el mayor riesgo para el personal de salud, usuarios y el ambiente en general.

La falta de aplicación de normas de bioseguridad, viene siendo un problema de gran importancia en las instituciones de salud, porque existe un manejo inadecuado de los desechos hospitalarios o porque el personal no utiliza las adecuadas prendas de protección y ponen en riesgo su salud ya que existe un alto índice de morbi-mortalidad por la presencia de las infecciones nosocomiales. Por lo tanto considero un tema de gran importancia y de manera especial la Unidad de Cuidados Intensivos ya que existe un gran número de accidentes laborales por parte del personal de salud como son: (personal médico, de enfermería, limpieza, de laboratorio, etc.) ya sea en el momento de desechar inadecuadamente el material, los accidentes por punción o por falta de barreras de protección durante los procedimientos. y otros elementos cortantes utilizados en laboratorio, por lo que el riesgo laboral que tienen los trabajadores de la salud de contagiarse de VIH y otras enfermedades infectocontagiosas son cada vez más alto en el departamento antes mencionado.

Al producir abundante cantidad de desechos infecciosos, se convierten en focos de infección y contaminación dentro y fuera de ellos, por lo que es necesario incrementar acciones preventivas, entre ellas: tener presente las normas de bioseguridad, manejo adecuado de los desechos, recolección, diferenciación y disposición final. De esta manera veo la necesidad de implementar las técnicas y recipientes adecuados para la recolección y distribución de desechos en UCI; además el “manejo de desechos sólidos en este establecimiento de salud de la república del Ecuador” cuyo objetivo general es: “Entregar a las instituciones de salud del país, de un documento oficial que dentro de un marco legal, norme el manejo técnico y eficiente de los desechos sólidos, para reducir los riesgos en la salud de los trabajadores y pacientes y evitar la contaminación ambiental. El alto índice de las infecciones nosocomiales y la

presencia de los accidentes laborales en el HH.CC se conformó el Comité de Manejo de Desechos Hospitalarios, mismo que ha cumplido parcialmente las funciones y no se ha elaborado un manual de normas para el departamento de cuidados intensivos porque tenemos pacientes intubados y al momento de aspirar secreciones o al realizar cualquier otro procedimiento, si no tenemos presente las medidas de seguridad el personal de salud tiene mayor probabilidad de adquirir enfermedades contagiosas; tampoco se han desarrollado programas de capacitación para todo el personal de riesgo, lo que ha llevado a un desconocimiento de las prácticas correctas de bioseguridad, incrementando los riesgos de contaminación, tanto laboral, como el ambiente.

5.- JUSTIFICACIÓN

Por lo expuesto anteriormente, y de acuerdo a las estadísticas en donde se evidencia que existe cada vez un incremento de adquisición de las infecciones nosocomiales y que los accidentes laborales que sufre el personal de salud son más frecuentes, por la falta de aplicación de las normas de bioseguridad; por lo tanto, considero prioritario la capacitación a todo el personal de riesgo que labora en el Hospital Homero Castanier Crespo, para garantizar un adecuado manejo de los desechos hospitalarios, con el fin de mejorar las condiciones de salud laboral, actualizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales que laboran en esta casa de salud de esta manera prevenir la adquisición de enfermedades contagiosas que en algún momento podría costar la vida y evitar el riesgo al cual estamos expuesto a diario.

6.- OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL.

“Disminuir los riesgos laborales mediante la aplicación correcta de las normas de bioseguridad del personal que labora en la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues”

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

6.2.1 Ejecutar cursos de capacitación sobre bioseguridad dirigido al personal de riesgo.

6.2.2 Elaborar un manual de normas de bioseguridad para la Unidad de Cuidados Intensivos.

6.2.3 Mantener el Comité de Manejo de desechos Hospitalarios activo.

7.- MARCO TEÓRICO

7.1 MARCO INSTITUCIONAL.

7.1.1 HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO (H.H.C.C)

En 1922 nace el hospital de Azogues el mismo que fue nombrado como “3 de Noviembre”. El 26 de Junio de 1975 por decreto ministerial 4735 toma el nombre de “Hospital Homero Castanier Crespo”. El 28 de Mayo de 1982 se inauguró el hospital nuevo con el acuerdo ministerial 4892.



El HH.CC, se encuentra ubicado en el sector La Playa de la ciudad de Azogues, en la provincia del Cañar. La ciudad cuenta con una población de 64.910 habitantes; el área de influencia hospitalaria comprende todo el territorio de la provincia del Cañar y las provincias del Oro, Azuay, Guayas, Morona Santiago y Chimborazo.

Como la mayoría de los establecimientos de salud pública, la organización de esta casa de salud es de tipo vertical y se rige por un organigrama funcional no actualizado, su modelo administrativo es burocrático.

El HHCC depende del Ministerio de Salud Pública y se sujeta al marco legal, sus leyes y normas que rigen a todas las instituciones de salud, de esta manera acata lo que establece el artículo 362 de la Constitución Política de la República del Ecuador, que dice: “El Estado garantiza el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario; y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido de los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”.

❖ **Su visión es:**

“Brindar servicios de calidad, eficientes y eficaces, equitativos y solidarios, con personal capacitado, tecnología actualizada. Su administración es descentralizada, con directivos calificados, con liderazgo y visión integral; la realizan a través de procesos de gestión sostenibles”.

❖ **Su misión:**

“Brindar atención de calidad, con horarios accesibles al usuario, resolviendo las demandas de nuestros clientes, generando confianza, credibilidad y satisfacción”.

El Hospital Homero Castanier Crespo presta servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento a todos los usuarios.

7.1.2 SERVICIOS QUE BRINDA EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO- AZOGUES.

SERVICIOS DE DIAGNOSTICO:

- Laboratorio Clínico.
- Anatomía Patológica.
- Imagenología: Rayos X, ecografías, tomografías, endoscopías.

SERVICIOS MÉDICOS CLÍNICOS:

- Medicina Interna.
- Traumatología.
- Neumología.
- Odontología.
- Pediatría.
- Ginecología.
- Obstetricia.
- Oftalmología.
- Cardiología

SERVICIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS:

- Cirugía General.
- Urología.
- Centro Obstétrico. (Partos, cesáreas, legrados, etc.).
- Ginecología General
- Traumatología.
- Cirugía Plástica.
- Oftalmología.
- Neurocirugía.

- Otorrinolaringología.

SERVICIO DE UNA ÁREA CRÍTICA:

- Cuidados Intensivos.

SERVICIOS DE SOPORTE:

- Trabajo Social.
- Farmacia(diurna y nocturna)
- Centro de esterilización.
- Departamento de Enfermería.
- Mantenimiento.
- Estadística.
- Financiero.
- Recursos humanos.

De acuerdo con su sistema de producción, esta organización de salud mantiene una alta demanda en los diferentes servicios y especialidades, por su accesibilidad para la población de escasos recursos y por ser la única institución de servicio público en la ciudad.

7.1.3 PRODUCCIÓN DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO.

La información del departamento de estadística se realiza mediante sistemas computarizados desde aproximadamente hace tres años atrás.

Según las estadísticas del 2010 el hospital tiene una alta demanda de pacientes; ya sea por ser el único servicio público en la ciudad porque tiene accesibilidad para los

usuarios de escasos recursos económicos o por disponer de todas las especialidades médicas y los recursos materiales para toda la población que lo requiera.

Tabla Nº 1

**PRODUCCIÓN DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO
EN EL AÑO 2010**

SERVICIOS	AÑO 2010
Consulta externa	48.954.
Emergencia.	13.867.
Cirugías.	4.730.
Centro Obstétrico.	3.962.
Hospitalización.	5596
UCI	196
TOTAL	5860

Fuente: Estadística del H.H.C.C.2010

Elaboración: La Autora.

Según los datos estadísticos podemos observar que el hospital Homero Castanier Crespo de la Ciudad de Azogues ha tenido una gran demanda de pacientes en el área de consulta externa procedentes de la provincia del Cañar y como también de otras provincias, ya sea por situación económica o porque tienen acceso rápido al hospital.

7.1.4 MORBI- MORTALIDAD DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO DE LA CIUDAD DE AZOGUES.

A través del departamento de estadística podemos apreciar los datos estadísticos de morbi mortalidad en cada departamento:

CUADRO N.-1 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD CONSULTA HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO EN EL AÑO 2010. AZOGUES.

	DIAGNÓSTICO	CASOS	PORCENTAJE
1	Colecistitis	328	7.37
2	Fracturas Óseas	273	6.13
3	Insuficiencia respiratoria grave	253	5.68
4	Complicaciones del embarazo	249	5.59
5	Hiperbilirrubinemia	223	5.1
6	Hernias	214	4.81
7	Desviación Septal	173	3.88
8	Apendicitis	201	4.51
9	Bronconeumonía	169	3.79
10	EDA	142	3.19
	Demás	3600	44.49
	Partos	1261	16.57
	Cesáreas	700	8.38
	Abortos	265	2.51
	TOTAL	8041	100

Fuente: Estadística del H.H.C.C. 2010

Elaboración: La Autora.

De acuerdo a los datos estadísticos de la morbilidad hospitalaria dentro de las diez primeras causas para que un paciente necesite ser hospitalizado encontramos como primera patología la colecistitis para lo cual se necesitará cirugía de acuerdo al estado en el que se encuentra el paciente, luego tenemos las fracturas óseas provocados por algún tipo de accidente. Además tenemos la insuficiencia respiratoria ya sea por el clima o el ambiente en el cual nos encontramos; también tenemos la presencia de complicaciones ya sea porque todavía existe falta de educación para evitar

complicaciones, como también en la alimentación ya que tenemos como causa de mortalidad apendicitis.

CUADRO # 2: DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO EN EL AÑO 2010- AZOGUES.

	DIAGNÒSTICO	CASOS	PORCENTAJE
1	Hipertensión Arterial	2719	3.32
2	Embarazos en todas sus etapas	2217	2.71
3	Gastritis	1781	2.17
4	Control Post-operatorio	1520	1.24
5	Cefalea	1391	1.70
6	Osteoartritis	1248	1.52
7	Diabetes Mellitus	1340	1.64
8	Infección de Vías Urinarias.	1248	1.52
9	Lumbalgias	1077	1.31
10	Parasitismo	1050	1.09
	Las demás	65902	80.6
	TOTAL	81704	100

Fuente: Estadística del H.H.C.C.2010

Elaboración: La Autora.

De acuerdo a los datos estadísticos podemos observar que las diez primeras causas de morbilidad están relacionados con: el estilo de vida ya sea por su situación económica o las medidas higiene dietéticas que cada familia lo tiene.

CUADRO # 3: DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONSULTA EMERGENCIA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO EN EL AÑO 2010- AZOGUES.

	DIAGNÓSTICO	CASOS	PORCENTAJE
1	Faringoamigdalitis	2389	6.87
2	Insuficiencia Respiratoria Grave	2290	6.59
3	Intolerancia alimenticia	1627	4.68
4	Gastroenteritis	1500	4.31
5	Amigdalitis	1287	3.70
6	Labor de parto	1075	3.09
7	EDA	1043	3.00
8	Infección de Vías Urinarias.	977	2.81
9	Embarazo	957	2.75
10	Faringitis	796	2.29
	Demás	2081	59.8
	TOTAL	34762	100

Fuente: Estadística del H.H.C.C.2010

Elaboración: La Autora.

De acuerdo a estos datos estadísticos podemos observar que las diez primeras causas están en relación con la falta de educación sobre las medidas higiene dietéticas y el estilo de vida que cada hogar lo tiene.

TABLA N.- 2

**ÍNDICE DE OCUPACIÓN DE CAMAS POR ESPECIALIDAD DEL H.H.CC.
EN EL AÑO 2010 AZOGUES**

	Especialidad	Camas
1	UCI	75.42
2	Traumatología	75.09
3	Medicina General	69.14
4	Neonatología	67.54
5	Cirugía	67.42
6	Gineco-obstetricia	66.19
7	Pediatría	46
	Total	

Fuente: Departamento de estadística

Elaboración: La Autora.

Según los datos estadísticos el departamento que ocupa el mayor porcentaje en cuanto al número de camas es la unidad de Cuidados Intensivos, ya sea por las complicaciones que presentan los pacientes y por ende aumento en el número de estadia.

Además tenemos en segundo lugar el área de traumatología ya sea por el alto índice de accidentes y que producen complicaciones posteriores.

7.1.5 INFORMACIÓN FINANCIERA.

El financiamiento del hospital está en función del presupuesto asignado por el estado, ingresos por autogestión, fondos que ingresan por la ley de maternidad gratuita.

7.1.6 RELACIÓN DE LA UNIDAD OPERATIVA CON LA COMUNIDAD.

El hospital mantiene coordinación con: La Cruz Roja, INNFA, LA Defensa Civil, Los Bomberos, Clínicas Particulares, Hospitales públicos, Área de Salud N. 1, Centros, Subcentros , Puestos de Salud, MIES Y CONADIS.

7.1.7 INSTITUCIONES QUE TIENEN ACCESO AL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO

Las instituciones que tienen acceso a esta área hospitalaria son las siguientes:

- PUBLICAS :
 - MSP
 - IESS
 - INFA
 - SEGURO CAMPESINO

- PRIVADAS:
 - CLÍNICAS DE LA PROVINCIA

7.2.- UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

La unidad de cuidados intensivos está ubicada en el primer piso, junto al departamento de quirófano y el departamento de ginecología. Este departamento fue inaugurado el 12 de Abril del 2006 su misión es brindar atención al paciente crítico con calidad, eficiencia y eficacia.

Desde el ingreso cuenta con una antesala donde se encuentra el equipo portátil que sirve para tomar las placas de radiografías, a mano derecha se encuentra la utilería limpia, a mano izquierda disponemos de vestidores y un baño para el uso del personal, en la entrada tenemos un carro con medicación parenteral en caso de paro cardiorespiratorio; continuamos con un cuarto que utilizamos para preparar la alimentación parenteral y también tenemos un stock de implementos necesarios, también disponemos de una estación de enfermería que consta de una computadora con impresora que sirve para imprimir las prescripciones médicas de cada uno de los pacientes. Contamos con cuatro camas, las mismas que son eléctricas y se encuentran separadas por cubículos. Además disponemos de vitrinas en donde se encuentran todos los materiales e insumos necesarios para brindar atención al paciente crítico; también contamos con tres cilindros de O₂ los mismos que necesitamos para el traslado del paciente ya sea para quirófano o para realizar exámenes que servirán como medios de diagnóstico entre estos tenemos: Tomografías, ecografías, etc.

En cuanto a equipos disponemos de cuatro ventiladores mecánicos, cada una de las mismas con tomas de O₂, circuitos cerrados de succión, aire comprimido, cuatro monitores multiparámetros, quince bombas de infusión con adecuada distribución de tomas eléctricas.

También disponemos de un stock de medicación parenteral para casos de urgencia, medicación oral, etc.

7.2.1 TALENTOS HUMANOS.

La Unidad de Terapia Intensiva para brindar atención al paciente crítico dispone de los siguientes talentos humanos:

TABLA N.- 2

TALENTOS HUMANOS	N.-
-Postgradista Intensivista Devengante de Beca	2
-Médicos Residentes.	5
-Enfermera Líder de Planta.	1
-Enfermeras Contratadas.	7
-Internas de Enfermería	4
-Auxiliar de Limpieza	2

Fuente: Departamento de estadística

Elaboración: La Autora.

CUADRO N.- 4

7.2.2 DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD DE LA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO. AZOGUES. 2010

	Diagnóstico	Casos	PORCENTAJE
1	Neumonía	18	12.85
2	TEC grave	16	11.42
3	Shock Hipovolémico	10	7.14
4	Intoxicación por órganos fosforados	8	5.71
5	ACV Isquémico	7	5
6	Politraumatismo	7	5
7	Pre eclampsia	6	4.28
8	Abdomen Agudo	6	4.28
9	Hematoma epidural	5	3.57
10	Colecistolitiasis	5	3.57
	Otros	52	37.14
	TOTAL	140	99.96

Fuente: Estadística del H.H.C.C.2010

Elaboración: La Autora.

De Acuerdo a los datos estadísticos podemos apreciar que dentro de las diez primeras causas de morbilidad en la unidad de Cuidados Intensivos tenemos a la neumonía afectando a las personas de la tercera edad, ya sea neumonía asociada a ventilación mecánica o diseminación de las infecciones nosocomiales.

7.3 MARCO CONCEPTUAL

Para la realización del proyecto se inicia identificando el problema principal presente en la unidad antes mencionada y para lo cual debemos tener presente cada uno de los elementos que lo constituyen:

Matriz de involucrados: Esta matriz es utilizada para identificar a cada uno de los involucrados en este proyecto de intervención con sus respectivos intereses relacionados con el problema.

Árbol de Problemas: Hace referencia a los problemas percibidos por todas las personas involucradas en el área de dicha institución.

Árbol de Objetivos: Son todas las posibles soluciones que se puede dar a cada uno de los problemas percibidos por los involucrados; ya sea a corto, mediano o largo plazo.

En los últimos años se ha incrementado la difusión de infecciones nosocomiales como también la adquisición de enfermedades infectocontagiosas tanto al paciente, familiares y sobre todo el personal de salud que pasa en contacto directo con pacientes de un área hospitalaria ya que son los lugares donde más existe la contaminación y todo paciente debe tratarse como potencialmente infectado.

7.3.1.- BIOSEGURIDAD.

La palabra bioseguridad viene del griego BIOS que significa vida; y SEGURIDAD que se refiere a estar seguro, libre de todo daño, peligro o riesgo. Por lo tanto bioseguridad significa estar libre de todo riesgo o peligro.

La bioseguridad hospitalaria se define como: el conjunto de prácticas de manejo que reducen los riesgos de contraer lesiones e infecciones en el medio laboral dentro de los aspectos involucrados tenemos: barreras de seguridad, manejo adecuado de los residuos, técnicas de limpieza y desinfección de todos los materiales e insumos necesarios para la atención al usuario, con el objetivo de confinar el riesgo biológico y reducir el riesgo potencial del personal que labora en áreas críticas.

Bioseguridad son normas y procedimientos destinados a minimizar y/o controlar dicho riesgo biológico tiene como objetivo.” Minimizar el riesgo potencial de accidentes laborales en el manejo de los residuos patogénicos”.

El riesgo biológico para el equipo de salud existe desde que el primer ser humano ayuda a otro a recuperar su salud. Es importante entonces, identificar los riesgos con anterioridad para determinar el uso de barreras de protección adecuadas. (16)

7.3.2 HISTORIA DEL PRIMER PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD.

En 1992, la Cumbre de la Tierra celebrada en Río de Janeiro, gobiernos de todo el mundo firmaron el Convenio de Biodiversidad. Como parte de este convenio se encontraba el objetivo de conseguir la conservación de la diversidad biológica planetaria.

En la Segunda Conferencia de las Partes, celebrada en Jakarta (Indonesia) en 1995, se empezaron las negociaciones para el establecimiento de un Protocolo de Bioseguridad. Este protocolo deberá ser acabado en febrero de 1999, en una reunión ministerial, la primera Conferencia Extraordinaria de las Partes, en Cartagena de Indias (Colombia).

Durante los pasados tres años, las empresas de ingeniería genética han realizado una masiva inversión para presionar fuertemente durante las negociaciones sobre bioseguridad, con objeto de asegurarse de que los acuerdos no afecten a sus intereses económicos. No menos de 28 empresas agroquímicas o asociaciones empresariales estuvieron presentes en la última reunión de Montreal (Canadá). De estas, 22 eran de Estados Unidos y Canadá. Monsanto, la mayor empresa biotecnológica, envió 6 representantes a la reunión. En el lado contrario, la mayoría de los países africanos apenas pudieron afrontar el envío de un solo representante.

El principal impulsor de los intereses de las empresas de ingeniería genética es el gobierno de Estados Unidos que, con un pequeño grupo de países, intenta bloquear cualquier intento de establecer regulaciones basadas en preocupaciones ambientales.

Con Estados Unidos se encuentran Canadá, Australia, Japón, Argentina, Suiza, Nueva Zelanda y Rusia.

Estados Unidos no es si quiera firmante del Convenio de Biodiversidad y, por tanto, es considerada como "no parte" en el proceso. A pesar de ello, está liderando la lucha contra este proceso, protegiendo los intereses de Monsanto y otros gigantes agroquímicos como DuPont, Dow, etc.

En el otro lado se encuentran los gobiernos de los países más pobres, que se ven a sí mismos como los que más tienen que perder en este proceso y, consecuentemente, apuestan por un Protocolo de Bioseguridad lo más estricto posible. Muchos países de África, Asia y América del Sur temen la pérdida masiva de biodiversidad e ingresos según sus cultivos vayan siendo desplazados por los de ingeniería genética.

En el medio de estos dos bloques, bajo una fuerte presión de Estados Unidos y su grupo, se encuentra la Unión Europea, que en más de una ocasión ha mostrado su tendencia a posicionarse del lado de los países más ricos. Entre los países más partidarios de las tesis de las empresas agroquímicas se encuentran: Holanda, Alemania y España, hasta ahora apoyados por Francia y Reino Unido. La UE, a pesar de contar con una amplia oposición social entre sus habitantes frente a las intenciones de las empresas de ingeniería genética, han fracasado a la hora de reflejar la opinión de sus ciudadanos. No obstante, en los últimos meses, se han experimentado una serie de desarrollos políticos que han originado que países como Austria, Luxemburgo, Grecia y Francia hayan prohibido algunos OMGs y que otros como Dinamarca o Reino Unido, hayan establecido moratorias para algunos tipos de OMGs.

7.3.3. PRINCIPIOS DE LA BIOSEGURIDAD

Los principios de la bioseguridad se pueden resumir en:

7.3.3.1.- Universalidad: Estas medidas deben involucrar a todos los pacientes, trabajadores y profesionales independientemente del área donde laboren y el tipo de patología que sufra n los pacientes. Todo el personal debe seguir tomar las

precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel, mucosas, etc. que pueden dar lugar a la presencia de accidentes. (13)

.7.3.3.2.-Uso de barreras: Comprende el concepto de evitar la exposición directa con sangre u otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos.

7.3.3.3.- Medidas de eliminación de material contaminado: Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados, a través de los cuales los materiales utilizados en la atención a pacientes, sean depositados y eliminados sin riesgo.(24)

7.3.4 FACTORES DE RIESGO

Se conoce como factores de riesgo a todos los elementos, sustancias, procedimientos o acciones humanas presentes en el ambiente laboral que de una u otra forma tienen la capacidad de producir lesiones al individuo.(1)

Los diferentes factores a que estamos expuestos como trabajadores del área de la salud, se pueden clasificar en:

Físicos, químicos, ergonómicos, eléctricos, psicosociales y biológicos.

- **FÍSICOS:** Son los factores que actúan sobre tejidos y órganos no por composición química sino por efectos energéticos. Se dividen en:

Formas Ondulatorias:

- Ruidos
- Vibraciones
- Temperaturas extremas: afectan de forma hormonal y/o humoral al trabajador.
- Radiaciones:
- No ionizantes (UV, IR, RV, microondas)

· Ionizantes (Rayos X, neutrones)

- **QUÍMICOS:**

Los factores químicos son aquellos que por su composición química son capaces de dañar temporal o definitivamente al organismo expuesto. Se pueden clasificar en:

SÓLIDOS, polvos, humo, líquidos, vapores, neblinas, rocíos, gases.

Estos agentes químicos pueden penetrar al organismo por diferentes mecanismos de absorción, como son: vías respiratorias, piel, vías digestivas y mucosas. Todos los agentes químicos tienen efectos nocivos ya que pueden afectar localmente al organismo o en forma general lo que muchas veces causa efectos irritantes, asfixiantes, cancerígenos, mutagénicos, etc.

- **ERGONÓMICOS**

· La iluminación deficiente.

· El diseño deficiente del sitio de trabajo y sus mobiliarias.

Hay que tener en cuenta las posturas y posiciones del cuerpo pues llevan a incurrir al padecimiento de lumbalgias, inflamaciones, mala circulación, etc. (27)

- **ELÉCTRICOS** Entre los factores eléctricos que le pueden causar mal al trabajador están: el no hacer control de calidad a la maquinaria o equipos que funcionan con electricidad, ya que los cables pueden tener peladuras o no se les este dando un buen manejo lo que conlleva a un riesgo para el trabajador.

También el sitio donde está ubicado el equipo, pues este no debe estar en sitios donde se puedan tropezar con él o donde estén en contacto con agua porque puede haber una explosión o una descarga eléctrica para los que estén cerca.

- **BIOLÓGICOS**

De todos los factores de riesgo existentes en un laboratorio, los riesgos biológicos son los más importantes por la variedad y gran agresividad de microorganismos que se presentan (bacteria, virus y hongos), que causan accidentes o enfermedades profesionales.

Los riesgos de peligrosidad variables a los que está sujeto el personal de laboratorios hematológicos, los cuales son potencialmente letales, destacan el riesgo de contraer infecciones con los agentes patógenos objeto de trabajo o con otros no sospechosos que se encuentran presentes en las muestras que se reciben en el laboratorio, estos agentes se comportan como riesgo primario para el operador y en ocasiones para la comunidad.

Los riesgos biológicos inducen infecciones agudas y crónicas, parasitismo y reacciones tóxicas y alérgicas a agentes vegetales y animales. Las infecciones pueden ser causadas por bacteria, virus.

7.3.5 ELEMENTOS BÁSICOS DE BIOSEGURIDAD

Los elementos básicos para contención del riesgo provocado por los agentes infecciosos son:

7.3.5.1 Prácticas de trabajo: Es el elemento básico y a la vez el más importante para la protección de todo tipo de trabajador.

El personal que está en contacto directo con material infectado o agentes infecciosos deben ser conscientes de los riesgos potenciales si no disponen de barreras de protección; también deben recibir información necesaria sobre el manejo de estos desechos.

7.3.5.2 Equipo de seguridad: Son todas las barreras primarias que debe disponer todo personal que labora en una institución sanitaria ya sea los dispositivos o aparatos que garanticen la seguridad por ejemplo (batas o mandiles, guantes, mascarillas, gafas protectoras, etc.).

7.3.5.3 Diseño y construcción para la instalación: La magnitud de las barreras secundarias dependerá del agente infeccioso debe ser determinado por la evaluación de riesgos.

Muchos de los trabajadores que están en contacto con agentes patógenos cobran principalmente relevancia las normas de trabajo y equipos de protección personal. (17)

7.3.6 PELIGROS Y RIESGOS EN EL MANEJO DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS

El grupo más expuesto al riesgo mientras maneja los residuos infecciosos de los hospitales son los trabajadores de los establecimientos de salud, especialmente los enfermos y el personal de limpieza, seguido a los trabajadores que manipulan los desechos fuera del hospital. En los vaciaderos o rellenos, donde se recuperan materiales diversos para su venta, el riesgo es muy serio. Sin embargo. No existen datos sobre la incidencia de lesiones e infecciones en esas situaciones. Es excepcional que las víctimas sean pacientes o el público en general. (18)

Los trabajadores que se lesionan con más frecuencia son los auxiliares de Enfermería, las enfermeras tituladas, el personal de limpieza y mantenimiento y el personal de cocina. Los índices anuales de lesiones en estas ocupaciones oscilan entre 10 y 20 por 1000 trabajadores. De todos los trabajadores que pueden estar en contacto con desechos médicos, los de saneamiento (por ejemplo, los recolectores de basura) son los que tienen el índice más elevado de lesiones laborales. El índice de lesiones generales asciende a 180 por 1000 trabajadores al año, es decir, más del doble que en toda la fuerza laboral combinada de Estados Unidos.

Los problemas identificados en América Latina y el Caribe respecto al manejo de residuos de hospitales son:

- Las lesiones infecciosas provocadas por objetos punzocortantes del personal hospitalario de limpieza y del personal que maneja los residuos sólidos.

- Los riesgos de infección fuera de los hospitales para el personal que maneja los residuos sólidos, los que recuperan materiales de la basura y, en definitiva, el público en general.
- Las infecciones nosocomiales de los pacientes debido al manejo deficiente de desechos, entre otras causas.

Entre los problemas técnicos se pueden mencionar la separación inadecuada de los desechos peligrosos en el punto de origen debido a la poca formación del personal encargado, lo cual hace que el componente peligroso se encuentre en el rango de 10 a 40% del total, en lugar de ser inferior al 10%. Además de esto, no se dispone adecuadamente los objetos punzocortantes, lo que explica las numerosas lesiones del personal que manipula los desechos. Con frecuencia los residuos hospitalarios se arrojan a los botadores o rellenos sanitarios juntos con los residuos municipales. Con excepción de las partes corporales humanas que se entierran por separado por razones culturales.

Un gran porcentaje (57-92%) de los incineradores hospitalarios que utilizan algunos hospitales no funcionan de manera satisfactoria, aumentando los riesgos de salud y al ambiente.

Minimización de Residuos

La alternativa más efectiva para enfrentar la problemática de los residuos de los centros de atención de salud es minimizar su generación mediante el rehusó, reciclaje y reducción de la cantidad de materiales usados, entre otros.

La minimización de residuos debe ser considerada prioritaria en un programa de manejo de residuos. Sin embargo, esta técnica no es única sino que debe acompañarse de otras como la sustitución y la eliminación de sustancias o productos peligrosos, dentro de los principios tales como “el que contamina paga”, “precaución”, “responsabilidad por el manejo”, “proximidad”, los cuales deben ser considerados al definir los fundamentos, objetivos y etapas clave para alcanzar tales objetivos. En

resumen, un plan de manejo de residuos para un centro debe considerar aspectos ocupacionales y la contaminación ambiental. (5)

Algunos métodos a considerar en la minimización de residuos son:

- Reducción en la cantidad de materiales usados, mediante la restricción de las copras, utilización de materiales reusables, uso de materiales que generan menos residuos, entre otros.
- Reducción de la cantidad de residuos generados, mediante la separación en la fuente, la segregación de residuos, entre otros.
- Reciclaje y rehusó, para lo cual se puede utilizar la esterilización con vapor o gas u otro métodos de descontaminación.
- Técnicas de reducción del volumen, tal como la incineración, compactación, trituración.
- Técnicas de recuperación de la energía, tal como la incineración con equipo de aprovechamiento del calor generado mediante una caldera.

CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS

Residuos Infecciosos

Son los residuos generados durante las diferentes etapas de la atención de salud (diagnostico, tratamiento, inmunizaciones, etc.) que contiene patógenos en cantidad o concentración suficiente para contaminar a las personas que se expongan a ellos. Estos residuos pueden ser, entre otros: materiales provenientes de salas de aislamiento de pacientes; materiales biológicos; sangre humana y productos derivados; residuos anatómicos patológicos y quirúrgicos; residuos corto punzantes. (22)

Residuos Especiales

Son aquellos generados durante las actividades auxiliares de los centros de atención de salud que no hayan entrado en contacto con los pacientes ni con los agentes infecciosos. Constituye un peligro para la salud por sus características agresivas, tales como: corrosividad, reactividad, explosividad, toxicidad, inflamabilidad o radiactividad. Estos residuos se generan principalmente en los servicios auxiliares de diagnósticos y tratamiento; directo complementarios y generales. Pueden ser, entre otros: residuos químicos y peligrosos, residuos farmacéuticos y residuos radiactivos. (29)

Residuos comunes

Son aquellos generados por las actividades administrativas, auxiliares y generales, que no corresponden a ninguna de las categorías anteriores, no representan peligro para la salud y sus características son similares a la que presentan los residuos domésticos comunes. Se incluye en estas categorías a los papeles, cartones, cajas, plásticos, restos de la preparación de alimentos, y materiales de la limpieza de patios y jardines, entre otros.

Otros tipos de clasificación

Se presentan a continuación la clasificación y las sugeridas por la Organización Mundial de la Salud, la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos de América (EPA), las cuales presentan mayor detalle y complejidad, por lo que podría ser adoptada por grandes centro de atención de salud

Clasificación de la organización Mundial de la Salud

- Residuos generales
- Residuos patológicos
- Residuos radiactivos
- Residuos químicos

- Residuos infecciosos
- Objetos punzocortantes
- Residuos farmacéuticos

Clasificación de la Agencia de Protección Ambiental (EPA) de los Estados Unidos de América

- Cultivo y muestras almacenadas
- Residuos patológicos
- Residuos de sangre humana y productos derivados
- Residuos punzocortantes
- Residuos de animales
- Residuos de aislamiento
- Residuos punzocortantes no usados

Segregación

La segregación de los residuos es la clave de todo el proceso de manejo debido a que en esta etapa se separan desechos y una clasificación incorrecta puede ocasionar problemas posteriores. Durante esta etapa interviene un gran número de personas, en su mayoría, encargadas de la atención del paciente, muchas veces en condiciones de urgencia y bajo presión. A menos que haya recibido una buena capacitación, dicho personal podría considerar el manejo de los desechos que generan como un asunto de poca importancia, desconociendo lo que ocurre con ellos una vez retirados del pabellón o quirófano. La separación de los desechos es de suma importancia ya que se centra en las cantidades relativamente pequeñas que necesitan ser separadas. Una separación inadecuada puede no solo exponer a riesgo personal y al público sino que también eleva considerablemente los costos del manejo de residuos.

Manipulación y almacenamiento

Las bolsas y recipiente de desechos deberán ser sellados y llevadas a un lugar especial de almacenamiento donde se colocaran en pilas separadas de acuerdo al color de las bolsas, con una frecuencia de dos al día o mayor en quirófano y unidades de cuidados intensivos.

El lugar del almacenamiento deberá ser seguro y contar con instalaciones que permita su limpieza en caso derrames de desechos. Se debe colocar el símbolo universal de residuo biológico en la pureta del área de almacenamiento, en los contenedores de residuos, en congeladores o refrigeradoras usadas para tal fin. Los desechos comunes pueden ser llevados directamente a un recipiente exterior que podrá ser recogido por el servicio municipal.

Se debe evitar el uso de conductos para desechar las bolsas por gravedad ya que los desperdicios se diseminan a la salida de los conductos ocasionando la falta de aseo, malos olores y presencia de insectos. El personal encargado de la manipulación de los desechos hospitalarios debería utilizar ropa e implementos de protección personal por razones y higiénicas y para evitar lesiones en la piel.

Los carritos y vehículos para el transporte de desechos deben ser estables, silenciosos, higiénicos, de diseño adecuado y permitir el transporte con un mínimo de esfuerzo e incomodidades. Los desechos peligrosos en ningún caso debería transportarse junto con la basura municipal estos deberán emplearse vehículos especiales, cerrados. Así mismo, estos desechos nunca deberán ser transportados sino que deberán llevarse en el mismo vehículo desde el lugar donde se generaron hasta el lugar de tratamiento y eliminación.

Entre los aspectos a consideración en la planificación de la recolección y transporte interno de lo residuos generados en un centro de atención de salud se tiene:

- El horario y la frecuencia de recolección deberán ser conocidos por todo el personal.

- Se deberá evitar las rutas de alto riesgo y seleccionar el recorrido mas corto posible entre el lugar de generación y el almacenamiento.

Los vehículos de recolección y transporte interno deberán contar con identificación de acuerdo al tipo de residuo.

Tratamiento

Entre las tecnologías disponibles para el tratamiento de residuos biocontaminados se encuentran las siguientes: la incineración, la autoclave, del tratamiento por microondas y la desinfección química. Sin embargo como un inadecuado diseño u operación inapropiada de los sistemas de tratamiento pueden generar problemas de contaminación ambiental, por lo que es importante prevenir esta posibilidad mediante la selección correcta de la alternativa a utilizar y la capacitación del personal a cargo de su operación. El tratamiento de los residuos hospitalarios se efectúa por diversas razones:

- Eliminar su potencial infeccioso o peligroso previo a su disposición final.
- Reducir su volumen.
- Volver irreconocible los derechos de la cirugía (parte corporales).
- Impedir la inadecuada reutilización de artículo reciclable.

Incineración

Los residuos son quemados bajo condiciones controladas para oxidar el carbón e hidrogeno presente en los mismos. Este método se utiliza para tratar varios.

Los incineradores deben contar con doble cámara: primaria, con temperaturas entre 600 y 850°C y secundaria alrededor 1200°C; además de contar con filtro y lavado de gases.

Ventajas

- Destruye cualquier material que contiene carbón orgánico, incluyendo patógenos.
- Reduce en un 80 a 95% de volumen y masa de material a ser dispuestos en los rellenos.
- Se puede recuperar la energía para generar vapor y/o electricidad.

Desventajas

- Las emisiones gaseosas contienen varios contaminantes.

Encapsulado

Es la opción más económica de disponer los objetos punzocortantes. Cuando se llenan tres cuartos del envase utilizados, se convierten sustancias, tales como: cemento líquido, arena bituminosa o espuma plástica, hasta llegar al envase.

Cuando la sustancia se seca, el envase puede ser dispuesto en un relleno o dentro de las instalaciones del hospital. Este método es simple, seguro, de bajo costo y también puede aplicarse a productos farmacéuticos. Sin embargo, no es recomendable para residuos infecciosos no cortantes.

Rellenos de emergencia

También puede ser empleado como un método provisional o a corto plazo, por ejemplo en hospitales de campaña. Se cava una zanja de un metro de ancho, dos metros de largo y 1,5 metros de profundidad, de preferencia en un suelo impermeable no rocoso. El fondo de la zanja deba ser 1,5 metros más alto que el nivel del acuífero no confinado. El proceso es apropiado para objeto punzocortantes, residuos infecciosos y eventualmente, residuos químicos y farmacéuticos. Presenta las desventajas de poseer riesgos de contaminación y que puede resultar difícil prevenir la segregación en todo momento.

7.3.7 HISTORIA DE LA CREACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Un enfermo en estado crítico es aquel que presenta alteraciones vitales de uno o más órganos que ponen en peligro su vida y que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), para ser sometido a vigilancia, reanimación, mantenimiento de constantes vitales y tratamiento definitivo.

Las Unidades de Cuidados Intensivos fueron creadas ante la dificultad de atender a los pacientes gravemente enfermos, que se encontraban dispersos por distintas áreas del Hospital, los cuales se concentraron en un mismo ambiente con equipo de alta tecnología y personal especializado, con experiencia en su manejo y en el cuidado del paciente grave. En la actualidad, 80% de los hospitales de segundo y tercer nivel en Norteamérica cuentan con Unidades de Cuidados Intensivos y a mediados de 1981 se abre la primera Unidad en el Antiguo Hospital Viedma Cochabamba, siendo el año 1998 el inicio de actividades de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Universitario. Los cuidados intensivos, constituyen una experiencia relativamente reciente, cuyo origen integrado y desarrollo han ocurrido en la 2da mitad del siglo XX, sin embargo no es menos cierto que existen antecedentes científicos históricos que datan desde alrededor del año 700 a/c. en que en el libro segundo de los Reyes, de la Biblia se describe la reanimación de un niño Sunamita por el profeta Eliseo, descrito de la siguiente manera. (26)

Se subió a la cama y se acostó sobre el niño colocando su boca, ojos y sus manos contra las del niño y estrechando su cuerpo contra el suyo y lo hizo más de una vez, el niño fue adquiriendo color y estornudó 7 veces.

Criterios generales de admisión

- Pacientes que presentan estado agudo crítico o están en inminencia de sufrirlo.

- Todos los pacientes deben ser teóricamente recuperables de los problemas que motivan su ingreso a la unidad.
- Pacientes irrecuperables a largo plazo, pero que tienen un problema que pone en riesgo su vida en forma inmediata.

OBJETIVO

La UCI tiene el objetivo de corregir los problemas agudos que ponen en peligro la vida, así como detectar en forma inmediata cualquier alteración de aquellos pacientes que estando estables, requieren vigilancia continua.

Criterios generales de egreso

- Resolución del problema que motivó el ingreso del paciente a la Unidad.
- Imposibilidad de resolver el problema en la UCI.

La Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Univalle es multidisciplinaria y polivalente, cuenta con 5 cubículos; Cubículo 1 y 2 constituyen las unidades de Cuidados postoperatorios, metabólicos y neurointensivos; Cubículo 3 Unidad de Choque (shock Room), y Coronarios; Cubículo 4 de aislamiento séptico; cubículo 5 Cuidados Intermedios.

El área física se encuentra adaptada para el fin mencionado, los implementos electro médicos que nos permiten una adecuada vigilancia (MONITORIZACIÓN), son monitores de última generación multiparámetros y telemétricos, e invasivos para medir gasto cardiaco, temperatura, respiración, registro simultáneo y telemétrico a central, además de monitores Millennia Datas cope fijos y para pacientes de traslado intrahospitalario a otros servicios, ejemplo quirófano, UCI o viceversa, así la vigilancia cardiopulmonar incluye el ritmo cardiaco; el uso de transductores para presión; instalación de catéteres de vigilancia hemodinámica.

Creación de la Comisión Nacional de Cuidados Intensivos del adulto (1985)

La creación de la Comisión Nacional de Cuidados Intensivos del adulto en 1985 y su trabajo favorece la expansión y organización nacional de estos servicios. Como parte de este proceso, se desarrolla un proceso de reorganización de la actividad en la UCI y comienza el envío a la ciudad de Santa Clara, al Hospital “Celestino Hernández” y bajo la dirección del Dr. Armando Caballero, de los primeros especialistas para la realización del “curso largo” o verticalización que fue hasta la aprobación de la especialidad en el año 2000, el título correspondiente a médico intensivista. Fueron graduados en 1985 los Doctores Pedro Nieto Prendes, Néstor Parets y Juan Francisco Rocha y en 1986 el Dr. Moisés Santos y la Dra. María Elena Vital.

En el año 1991 se acredita en Cienfuegos la realización del diplomado en Cuidados Intensivos del adulto y en 1992 se gradúa el primer grupo de intensivistas en nuestra provincia compuesto por los Doctores: Florencio Pons Moscoso, Víctor René Navarro Machado, Ciro Ramírez Navarro, Omar Rojas Santana, Caridad Becker y Carlos Jorge

7.3.8 PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

Estas infecciones nosocomiales son frecuentes en hospitales de todo el mundo debido al propio ambiente hospitalario en donde todo tipo de microorganismos se introducen, no solo por los pacientes, también con las visitas, y encuentran un medio favorable para su desarrollo. Las Unidades de Cuidados Intensivos de bebés y más si son prematuros, pacientes inmunodeprimidos, salas de postoperatorio de cirugía y zonas de ingreso de ancianos son el lugar preferido, por las características de este tipo de pacientes que apenas tienen defensas naturales, para que proliferen a sus anchas los microorganismos. La prevención de las infecciones nosocomiales es responsabilidad de todas las personas que laboran en las instituciones proveedoras de la atención en salud y exige un programa vigilado e integrado que debe constar con los siguientes elementos claves:

-Limitar la transmisión de microorganismos entre los pacientes que reciban atención en una misma área. A través de prácticas de lavados de manos, uso de guantes, mascarilla, desinfección del área contaminada, estrategias de aislamiento, etc.(6)

-Uso óptimo de antimicrobianos.

-Vigilar posibles infecciones e identificar la aparición de brotes.

-Mejorar las prácticas de atención al usuario mediante la capacitación continua de todos los profesionales involucrados en la salud.

-Prevenir el contagio de los miembros del personal de la salud.

Por lo tanto el control de las infecciones nosocomiales está en manos de todos los profesionales de la salud entre (médicos, internos de medicina, enfermeras, auxiliares, internas de enfermería, personal de limpieza u otros)

Por lo tanto la prevención de las infecciones nosocomiales constituye una oportunidad de intervención para promover la seguridad de los pacientes. Las estrategias para obtener la mejora de las medidas de prevención disponibles son el principal desafío en la práctica clínica. El uso de paquetes de medidas, la formación continua, y las

informaciones acerca del cumplimiento de las medidas propuestas son cruciales para mejorar la seguridad de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos. (10)

8.- DISEÑO METODOLÓGICO

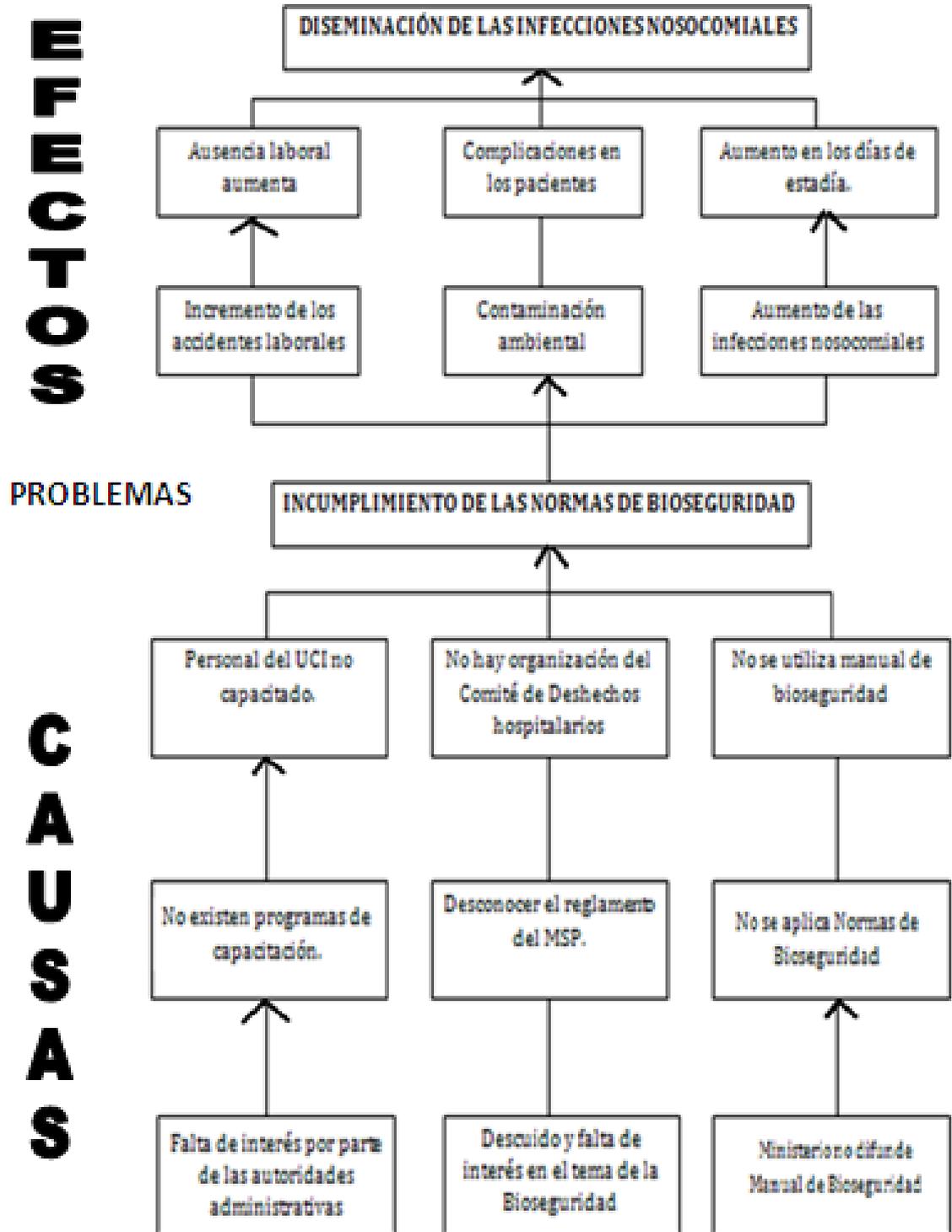
Para la realización del presente proyecto de acción intervención se está utilizando la matriz de MARCO LÓGICO como base para aplicar las normas y procedimientos de bioseguridad en la unidad de Cuidados Intensivos del hospital Homero Castanier Crespo, tratando de cumplir a cabalidad cada uno de los objetivos propuestos tratando de relacionar con las actividades.

8.1 ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

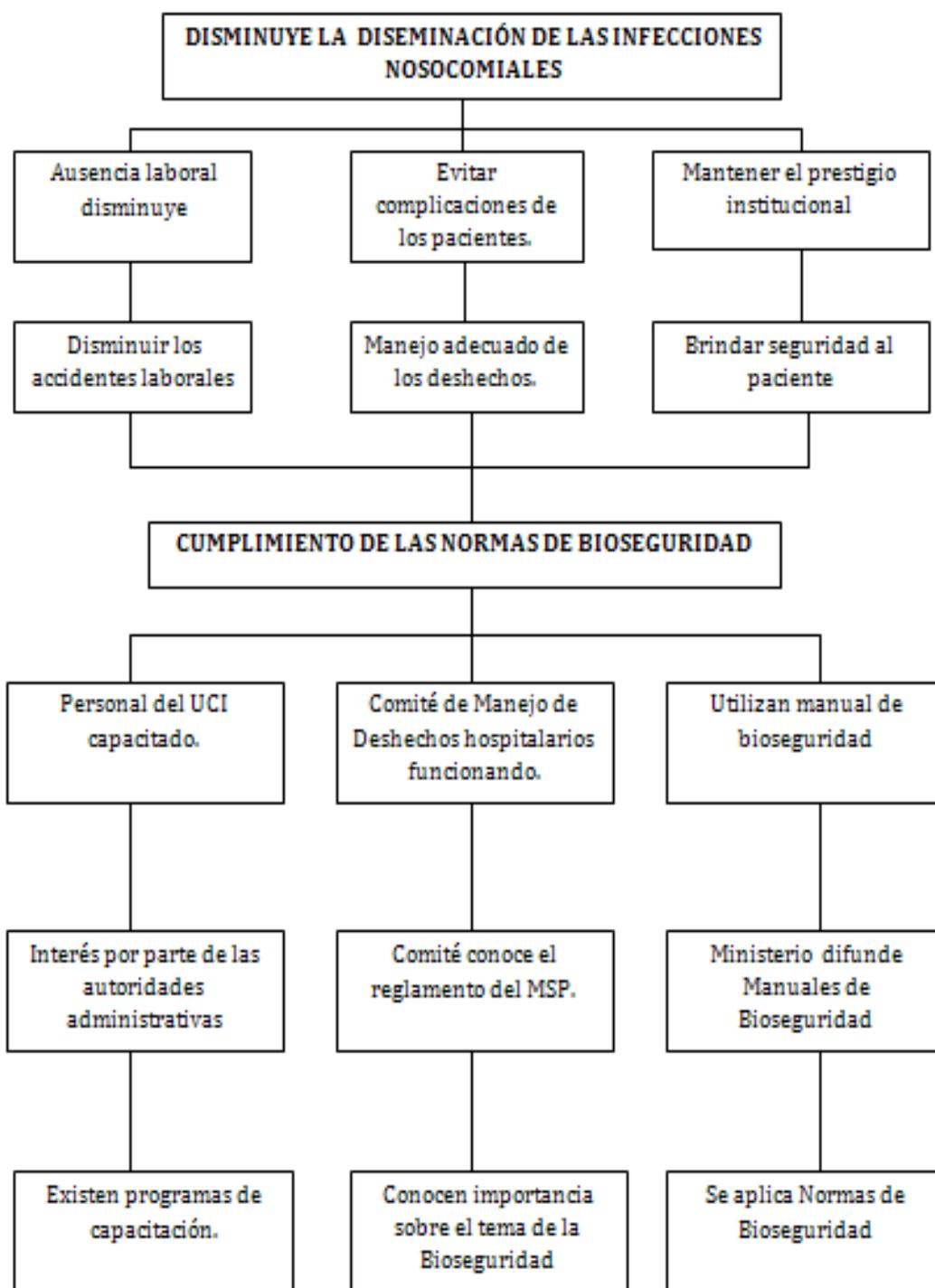
Grupo	Intereses	Recursos	Problemas percibidos.
-Director del hospital Homero Castanier Crespo	-Mantener el prestigio institucional -Manejo adecuado de los desechos hospitalarios, mediante la utilización de una normativa adecuada. -Evitar las infecciones nosocomiales	Talentos Humanos:-- Autoridades administrativas.-- .Coordinadora de enfermería. Materiales: Materiales de oficina. MANDATO: Reg. Oficial 106 Reglamento del manejo de desechos sólidos	--Manejo inadecuado de los desechos bioinfectiosos. -Adquisición de las infecciones nosocomiales
-La Unidad de Terapia Intensiva.	-Implementar un manual de normas de bioseguridad	-Humanos: Personal que labora en la unidad. Facilitadores para el programa de capacitación. -Materiales: Material de escritorio. Computador.- Financieros: MANDATO: Reg. Oficial 106. Artículo 5 Los directores las	-Contaminación ambiental -Transmisión de enfermedades infectocontagiosas. -El personal no utilizan las adecuadas prendas de protección. -Inadecuada clasificación de los desechos infecciosos.

<p>Personal que labora en la UCI</p> <p>Familiares de pacientes ingresados en la UCI</p>	<p>-Evitar los accidentes laborales.</p> <p>Brindar educación e información sobre sus inquietudes.</p>	<p>Instituciones de salud serán los responsables del cumplimiento del reglamento.</p> <p>Recursos Humanos:</p> <p>Personal que asista a capacitaciones propuestas</p> <p>Recursos Humanos:</p> <p>Familiares de los pacientes críticos.</p> <p>MANDATO: El derecho a la salud.</p>	<p>Falta de capacitación del personal sobre bioseguridad</p> <p>Contaminación ambiental.</p> <p>Ingreso inadecuado a las visitas.</p>
<p>Maestrante: Lcda. Narcisa Acero.</p>	<p>Disminuir los riesgos laborales,</p> <p>Evitar el contagio de infecciones nosocomiales.</p>	<p>Recursos Humanos:</p> <p>Maestrante,</p> <p>MANDATO:</p> <p>Requisito para la obtención del título de Máster en gerencia integral en salud</p>	<p>No utilizan normas de bioseguridad.</p>

8.2 ÁRBOL DE PROBLEMAS



8.3 ÁRBOL DE OBJETIVOS



8.4 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

Problematización: Deficiencia de normas de bioseguridad en la UCI del HH.CC.

FIN	INDICADORES.	F. DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>- Disminuir los riesgos de contagio y contaminación con desechos biopeligrosos, mediante el manejo adecuado de desechos.</p>	<p>95% del personal de UCI capacitado y manejo adecuado de los desechos hospitalarios</p>	<p>Departamento de UCI cuenta con manual de normas y procedimientos</p>	<p>- Personal de UCI aplica normas de bioseguridad</p>
<p>PROPÓSITO</p> <p>-Capacitar al personal de UCI, mejorando sus conocimientos, actitudes y prácticas para garantizar el manejo adecuado de los desechos biopeligrosos en dicha institución</p>	<p>80% del personal conoce las normas de bioseguridad.</p>	<p>Resultados de : .Encuestas realizadas en la unidad</p> <p>- Test de evaluación.</p>	<p>- Personal asiste a taller de capacitación. - Compromiso del comité de bioseguridad de organizarse</p>
<p>RESULTADOS ESPERADOS</p> <p>1.-Capacitación al personal de UCI.</p> <p>2.- Organización del Comité de desechos hospitalarios.</p> <p>3.-Contar con un manual de normas de bioseguridad para la unidad de cuidados intensivos</p>	<p>- 100% del personal asisten a curso de capacitación.</p> <p>-Acta de compromiso por parte miembros del comité.</p> <p>-Manual de normas de bioseguridad</p>	<p>-Registro de asistencia al curso</p> <p>Entrega de certificados al personal que asiste a la capacitación.</p> <p>Total de manuales elaborados.</p>	<p>- Miembros del comité participan en las reuniones. - Apoyo por parte de las autoridades del hospital. -Personal asiste a la capacitación.</p>

.CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS
1.1 Selección y Planteamiento del tema del proyecto.	Maestrante.	1- 6 - Febrero - 2010.	-Documentos de planificación estratégica.
1.2 Revisión bibliografía.	Maestrante.	1- Marzo - 2010	-Material bibliográfico.
1.3 Socialización y aprobación del proyecto.	Director del Hospital HHCC. Maestrante	1 - X- 2010	-Copias del proyecto.
1.4 Diseño del Curso de capacitación.	Departamento de enfermería. Maestrante.	5- 20-X - 2010.	-Materiales de oficina.
1.5 Ejecución del curso de capacitación.	3 conferencistas. Personal de enfermería de UCI. Maestrante.	29- 31- X- 2010.	-Salón auditorium del hospital HHCC. Materiales de oficina. Refrigerios. Encuestas.
1.6. Evaluación del taller.	Maestrante.	7- I- 2011.	
A2 2.1 Organización del comité de manejo de desechos hospitalarios.	Coordinadora de gestión de enfermería. Personal que conforma el comité de manejo de desechos hospitalarios	3- 6 -II- 2011.	Materiales de oficina.
A3 Elaborar del Manual Normas procedimientos de bioseguridad para la unidad de Cuidados Intensivos.	Maestrante. Comité de manejo de desechos	7 al 27- II- 2011.	Hojas papel A4. Esferos. Referencias bibliográficas.

A4 Distribución del manual de normas de bioseguridad a cada departamento	Director del Hospital HHCC. Coordinador de Recursos Humanos. Coordinadora de gestión de enfermería. Maestrante.	15-III - 2011	500 hojas de papel A4. Bibliografía.
--	--	---------------	---

9.- RESULTADOS

Con el apoyo de las autoridades de la institución se han logrado cumplir con los objetivos propuestos ya que se ha dado a conocer a todo el personal de salud la importancia de la bioseguridad y que todos los pacientes están en manos de los profesionales, si aplicamos las normas de bioseguridad y si utilizamos las adecuadas prendas de protección podemos disminuir el índice de adquirir infecciones nosocomiales y evitando la contaminación del ambiente en general.

RESULTADO 1.-

TALLER DE CAPACITACIÓN.

Antes y después de la capacitación se realizó una evaluación con el fin de observar las deficiencias que tiene cada uno de los profesionales que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos, además los temas en los que se tiene que profundizar más con el objetivo de actualizar sus conocimientos, actitudes y prácticas sobre bioseguridad. Con el apoyo de las autoridades administrativas se realizó el taller de capacitación en donde se pudo apreciar que el personal de riesgo tiene gran interés de recibir cursos de capacitación, el mismo que se realizó del 27 al 29 de Octubre del 2010 en el Auditorium de la misma institución con presencia de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, estudiantes de enfermería y personal de limpieza y con asistencia del 100% de los profesionales al taller de capacitación.

El curso de capacitación fue dirigido a todo el personal que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos, entre ellos tenemos la presencia de médicos, enfermeras y personal de limpieza con el fin de manejar adecuadamente los desechos biopeligrosos, como también dar a conocer la importancia de la bioseguridad ya que a través del cual vamos a brindar seguridad al paciente hospitalizado y por ende una buena atención al usuario con calidad y calidez, además ha disminuido los accidentes laborales que día a día se ha venido suscitando.

Pero no solo fue capacitado el personal que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos sino también asistieron todo el personal que brinda sus servicios en el Hospital Homero Castanier Crespo; entre ellos tenemos: médicos, enfermeras,

auxiliares de enfermería, personal de limpieza, etc. Por lo tanto nos indica que se capacitó al 100% del personal de riesgo y que los trabajadores tienen interés de actualizar sus conocimientos y adquirir nuevas actitudes y prácticas en el ámbito hospitalario.

A continuación tenemos la representación gráfica a través de tablas y pasteles la importancia de capacitación; ya que se consiguió que todos los trabajadores de esta casa de salud adquirieran nuevas actitudes y prácticas en cuanto a la bioseguridad.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS AL PERSONAL QUE LABORA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ANTES Y DESPUÉS DE LA CAPACITACIÓN.

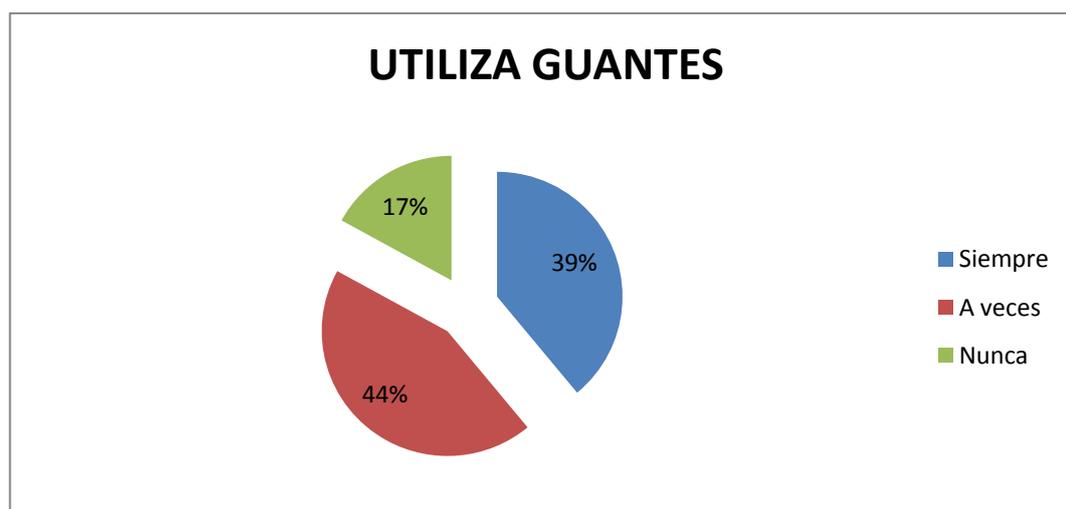
ANTES

¿Cuáles son las prácticas de bioseguridad que usted utiliza para brindar atención al Paciente?

UTILIZA GUANTES							
	Siempre	%	A veces	%	Nunca	%	Total Encuestados
Médicos	7	30	2	9	0	9	9
Enfermeras	2	9	4	17	2	9	8
Internas de enfermería	0		2	9	2		4
Auxiliar de Limpieza			2	9			2
Total	9	39%	10	44%	4	17%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del Hospital H.C.C.

Responsable: El Autor



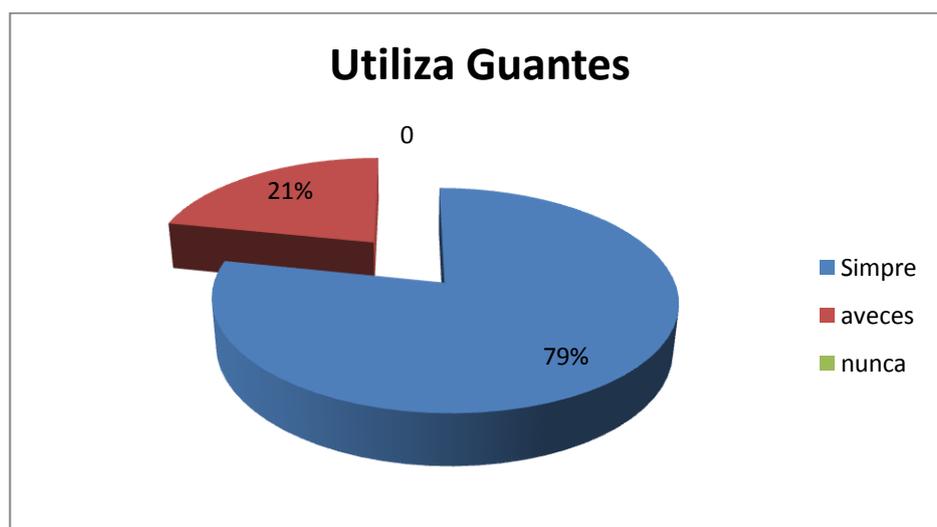
Al realizar el análisis del presente cuadro el podemos observar que el personal que la labora en la unidad de cuidados intensivos no utiliza mucho los guantes como medida de bioseguridad ya que tenemos un porcentaje de un 44% lo utiliza a veces y un 39% utiliza siempre no existe mucha variación.

DESPUÉS**Practicas de bioseguridad**

Utiliza Guantes							
	Siempre	%	A veces	%	Nunca	%	Total Encuestados
Médicos	8	35	1	4	0	0	9
Enfermeras	6	27	2	9	0	0	8
Interna de Enfermería	3	13	1	4	0	0	4
Auxiliar de Limpieza	1	4	1	4	0	0	2
Total	18	79%	5	21%	0	0%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del H. H.C.C.

Responsable: El Autor



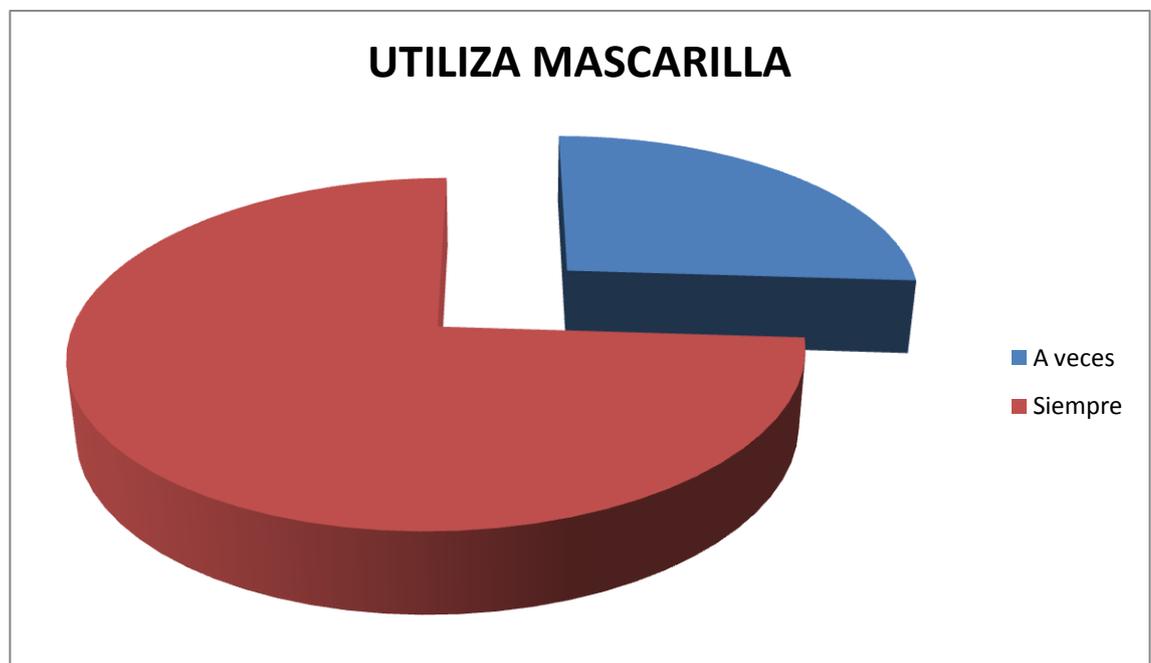
Los resultados obtenidos después de la capacitación son positivos puesto que el 79% del personal que labora en la unidad de cuidados intensivos utiliza guantes para el manejo del paciente crítico y solo el 21% no lo hace siendo susceptibles a presentar una infección.

ANTES

UTILIZA MASCARILLA							
	Siempre	%	A veces	%	Nunca	%	Total encuestados
Médicos	4	17	5	39	0		9
Enfermeras	2	9	6	26	0		8
Interna de Enfermería	0		4	17	0		4
Auxiliar de Limpieza	0		2	9			2
Total	6	26%	17%	74%	0		23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del H.H.C.C.

Responsable: El Autor



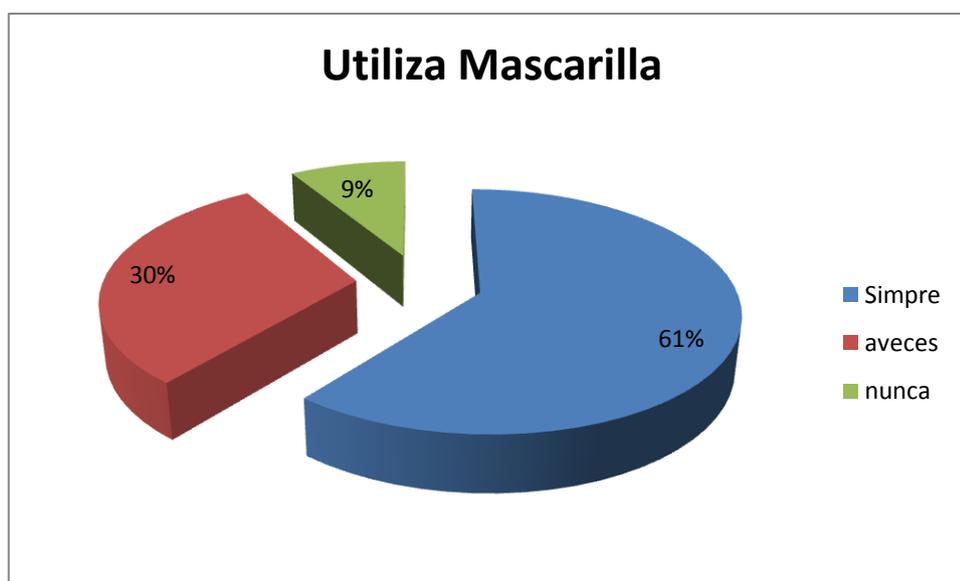
El siguiente grafico nos indica que el 74% del personal que labora en la unidad de cuidados intensivos utiliza a veces mascarilla para brindar atención al usuario y solo el 26% lo utiliza siempre por lo tanto no se están protegiendo ante una variedad de microorganismos que existe en el ambiente.

DESPUÉS

UTILIZA MASCARILLA							
	Siempre	%	A veces	%	Nunca	%	Total Encuestados
Médicos	5	22	2	9	2	9	9
Enfermeras	5	22	3	13	0	0	8
Interna de Enfermería	3	13	1	4	0	0	4
Auxiliar de Limpieza	1	4	1	4	0	0	2
Total	14	61%	7	30%	2	9%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del H. H.C.C.

Responsable: El Autor



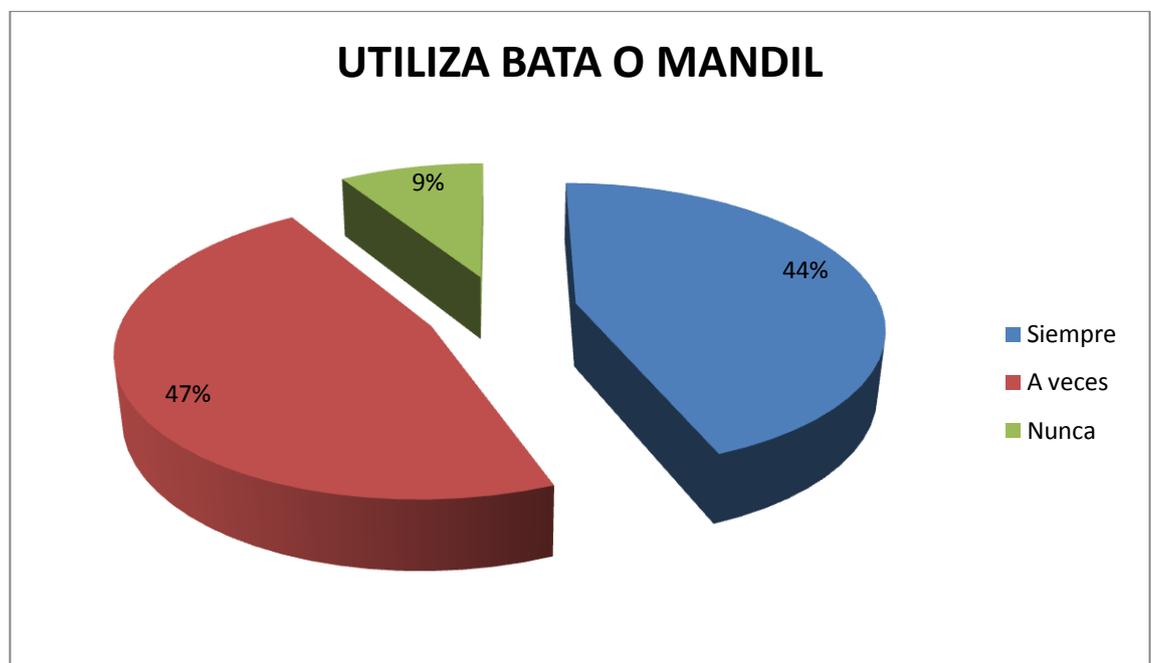
En cuanto a la utilización de la mascarilla el personal encuestado ya está tomando como medida de bioseguridad por lo tanto tenemos un porcentaje de 61% que está utilizando la mascarilla de esta manera se están protegiendo de los microorganismos los cuales se encuentran en el ambiente.

ANTES

UTILIZA BATA O MANDIL							
	Siempre	%	A veces	%	Nunca	%	Total Encuestados
Médicos	9	39	0		0		9
Enfermeras	1	5	7	30	0		8
Interna de Enfermería	0		4	17	0		4
Auxiliar de Limpieza	0		0		2	9	2
Total	10	44%	11	47%	2	9%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del H. H.C.C.

Responsable: El Autor



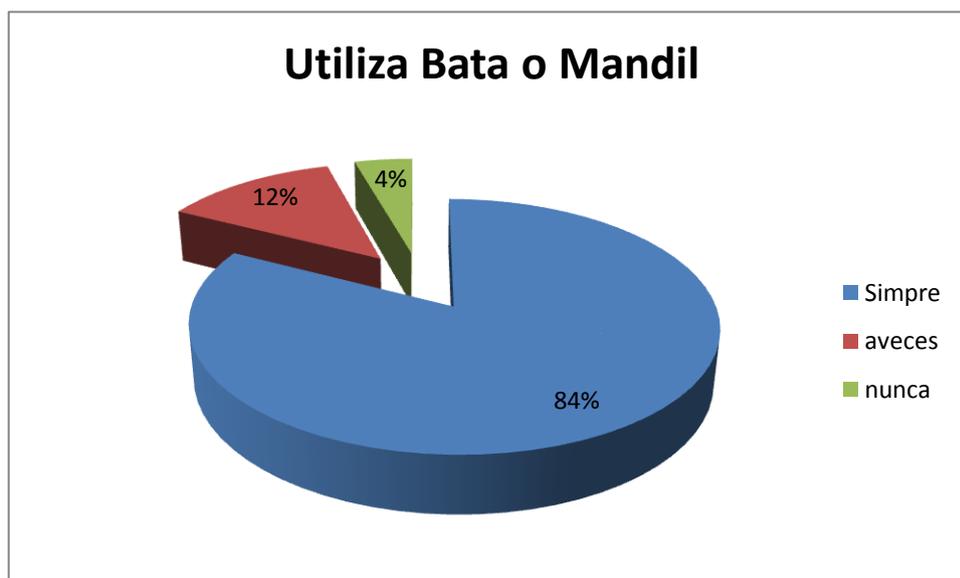
La siguiente grafica nos indica que el 44% del personal de salud del departamento de cuidados intensivos utiliza siempre como medida de protección su mandil entre estos tenemos a los compañeros médicos, pero el resto de profesionales solo utilizan en casos especiales.

DESPUÉS

UTILIZA BATA O MANDIL							
	Siempre	%	A veces	%	Nunca	%	Total Encuestados
Médicos	9	40	0		0	0	9
Enfermeras	7	30	1	4	0	0	8
Interna de Enfermería	3	14	1	4	0	0	4
Auxiliar de Limpieza	0		1	4	1	4	2
Total	19	84%	3	12%	1	4%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del H. H.C.C.

Responsable: El Autor



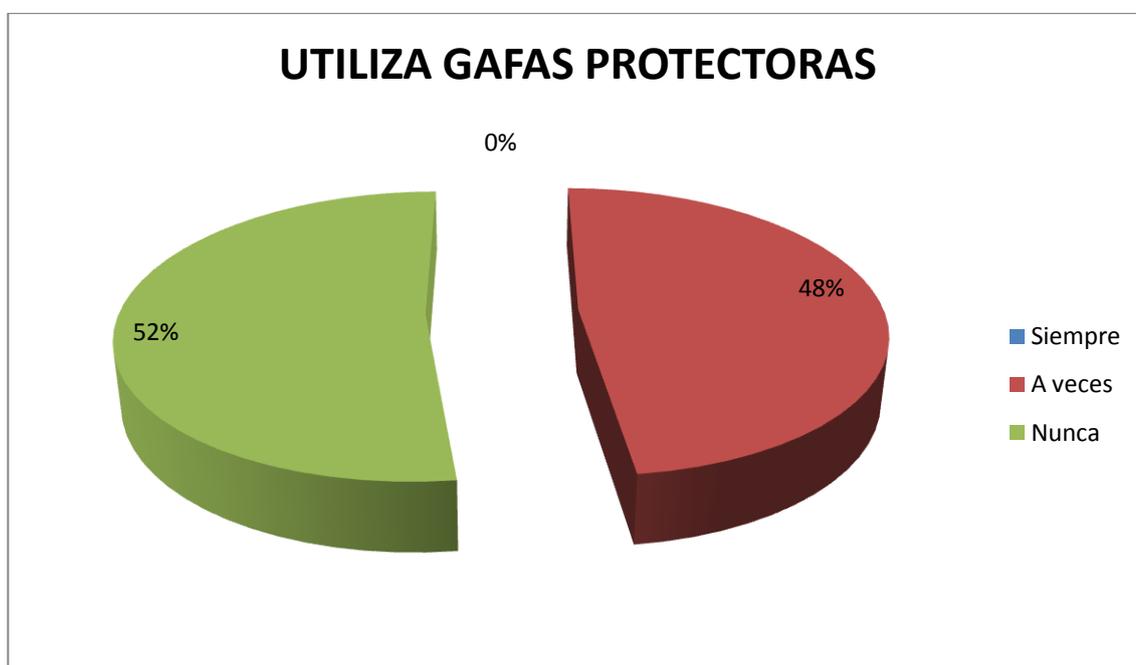
Al analizar el siguiente cuadro observamos que tenemos un resultado positivo ya que el 84% del personal encuestado utiliza una bata o mandil como medida de protección para evitar contraer enfermedades infectocontagiosas; mientras que el 12% lo utiliza a veces y solo el 4% no utiliza esta medida de protección.

ANTES

UTILIZA GAFAS PROTECTORAS							
	Siempre	%	A veces	%	Nunca	%	Total Encuestados
Médicos	0		9	39	0		9
Enfermeras	0		2	9	6	26	8
Internas de Enfermería	0		0		4	17	4
Auxiliar de Limpieza	0		0		2	9	2
Total	0	0%	11	48%	12	52%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del Hospital H.C.C.

Responsable: El Autor



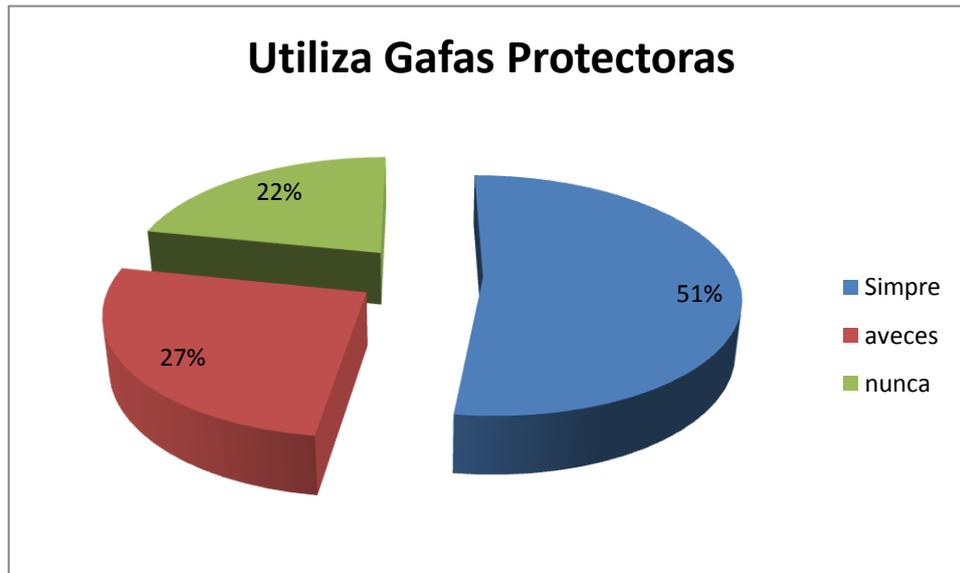
Es lamentable el resultado observado en el siguiente gráfico ya que el 52% del personal encuestado no utilizan en ningún momento de sus actividades las gafas como medio de protección; mientras que el 48% lo utiliza a veces, solo en casos especiales.

DESPUÉS

UTILIZA GAFAS PROTECTORAS							
	Siempre	%	A veces	%	Nunca	%	Total Encuestados
Médicos	7	30	2	9	0	0	9
Enfermeras	4	17	2	9	2	9	8
Internas de Enfermería	1	4	2	9	1	4	4
Auxiliar de Limpieza	0		0		2	9	2
Total	12	51 %	6	27 %	5	22 %	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del H. H.C.C.

Responsable: El Autor



En la siguiente gráfica podemos observar que esta medida de protección es utilizada en un porcentaje del 51% del personal que labora en la unidad de cuidados intensivos evitando así el contacto con fluidos contaminantes y el 27% lo utilizan solo en casos necesarios.

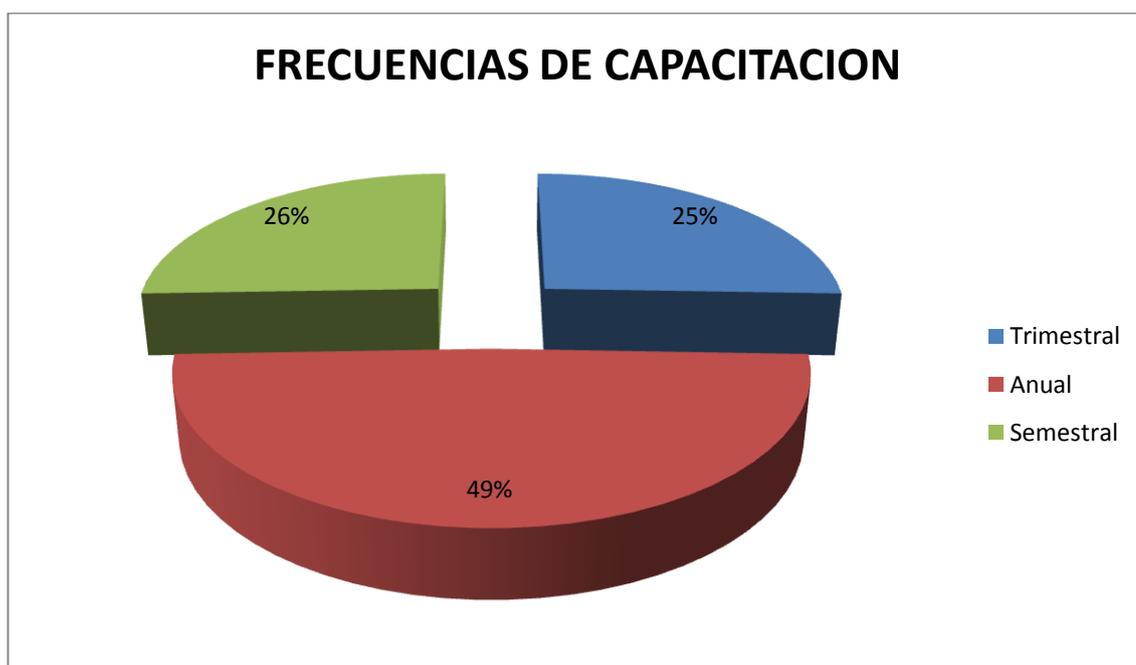
ANTES

¿Con que frecuencia recibe usted cursos de capacitación sobre bioseguridad

FRECUENCIA DE CURSOS DE CAPACITACIÓN						
	TRIMESTRAL	%	ANUAL	%	SEMESTRAL	%
Médicos	1	4	5	22	3	13
Enfermeras	2	9	3	13	3	13
Interna de Enfermería	2	9			2	9
Auxiliar de Limpieza			2	9		
Total	5	23%	10	44%	8	23%

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del H. H.C.C.

Responsable: El Autor



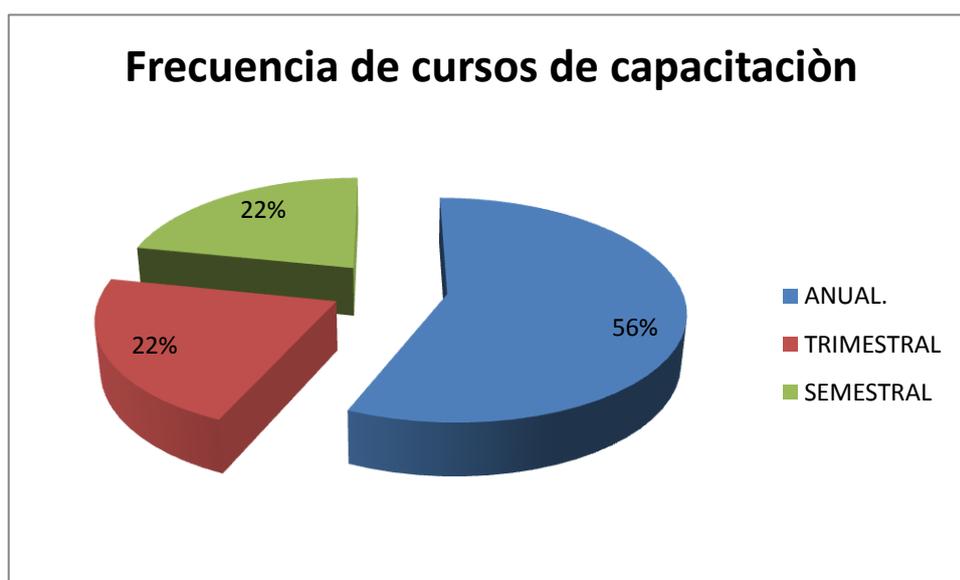
En el siguiente grafico podemos observar que el 49% del personal manifiesta que han recibido capacitaciones de bioseguridad anualmente y en un porcentaje inferior han recibido charlas trimestrales con un 26%; por lo tanto considero que existe una deficiencia en cuanto a las capacitaciones para el adecuado manejo de los desechos biopeligrosos.

DESPUÉS

¿Con que frecuencia recibe usted cursos de capacitación sobre bioseguridad?

FRECUENCIA DE CURSOS DE CAPACITACIÓN							
	Anual	%	Trimestral	%	SEMESTRAL	%	Total Encuestados
Médicos	5	21	2	9	2	9	9
Enfermeras	6	26	1	4	1	4	8
Interna de Enfermería	2	9			2	9	4
Auxiliar de Limpieza			2	9			2
Total	13	56%	5	22%	5	22%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del H. H.C.C.
Responsable: El Autor



En esta gráfica podemos apreciar que el 56% del personal encuestado refiere que se ha incrementado el porcentaje en cuanto a las capacitaciones que recibieron últimamente en relación a los resultados obtenidos anteriormente, y que solo el 22% la institución brinda programas de capacitación sobre bioseguridad.

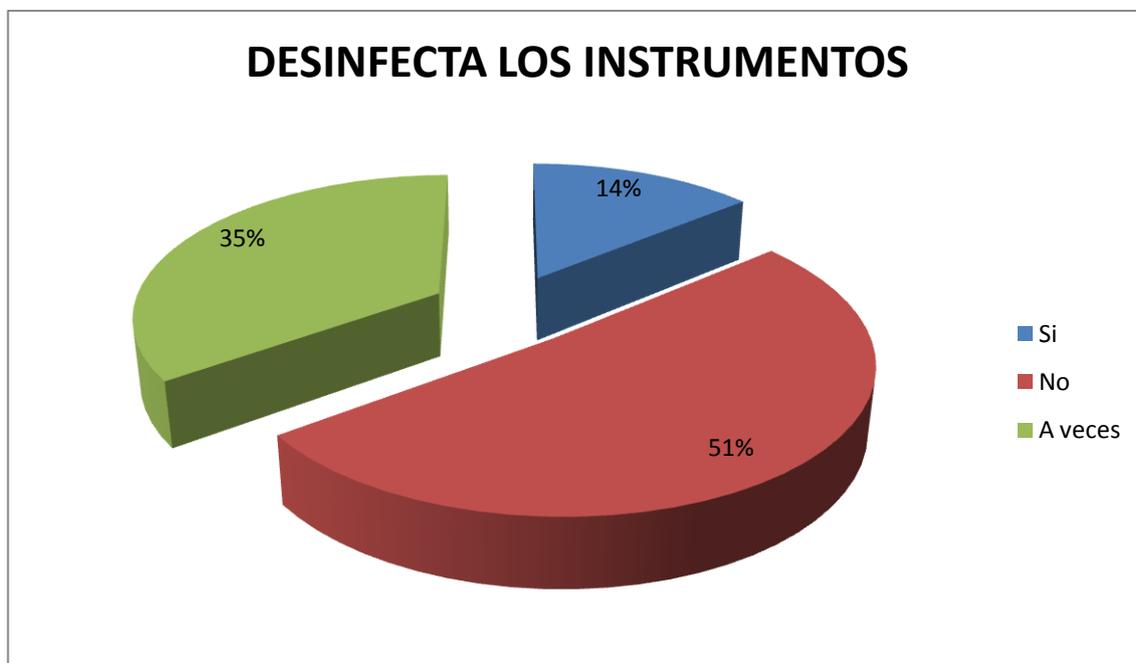
ANTES

Usted desinfecta los instrumentos (tensiómetros, fonendoscopios,) cuando utilice en cada paciente

DESINFECTA LOS INSTRUMENTOS							
	Nº de Encuestados.	Si	%	No	%	A veces	%
Médicos	9	1	5	5	20	3	13
Enfermeras	8	2	9	3	13	3	13
Interna de Enfermería	4	0		2	9	2	9
Auxiliar de Limpieza	2			2	9		
Total	23	3	14%	12	51%	8	35%

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del Hospital H.C.C.

Responsable: El Autor

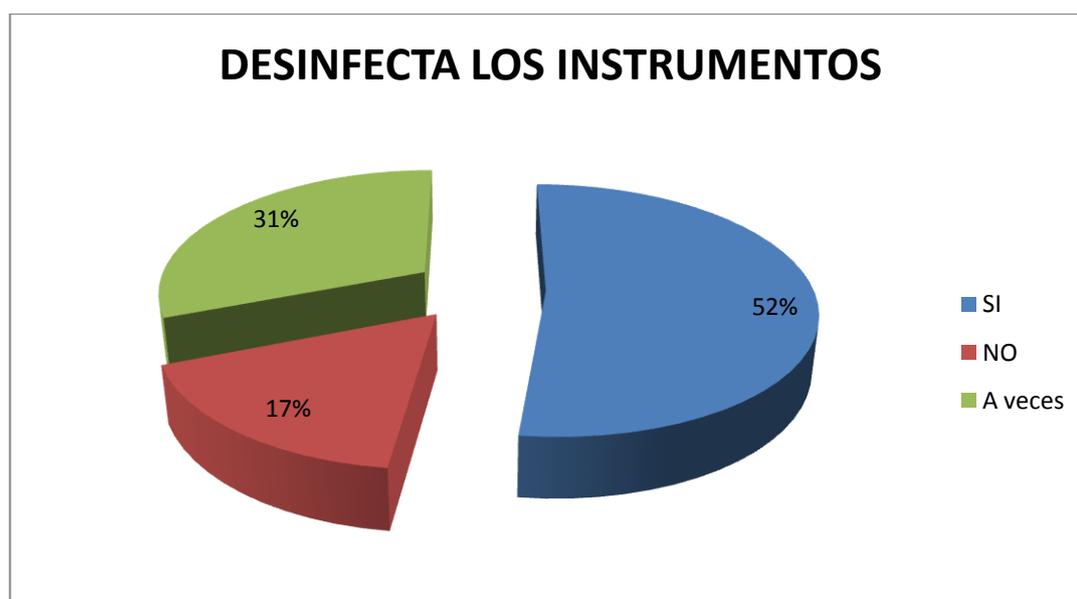


DESPUÉS

Usted desinfecta los instrumentos (tensiómetros, estetoscopios) cuando utilice en cada paciente.

Desinfecta los Instrumentos	Si	%	No	%	A veces	%	Total Encuestados
Médicos	5	22	1	4	3	13	9
Enfermeras	5	22	1	4	2	9	8
Interna de Enfermería	2	9	0	0	2	9	4
Auxiliar de Limpieza			2	9			2
Total	12	52%	4	17%	7	31%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del Hospital H.C.C.
Responsable: El Autor

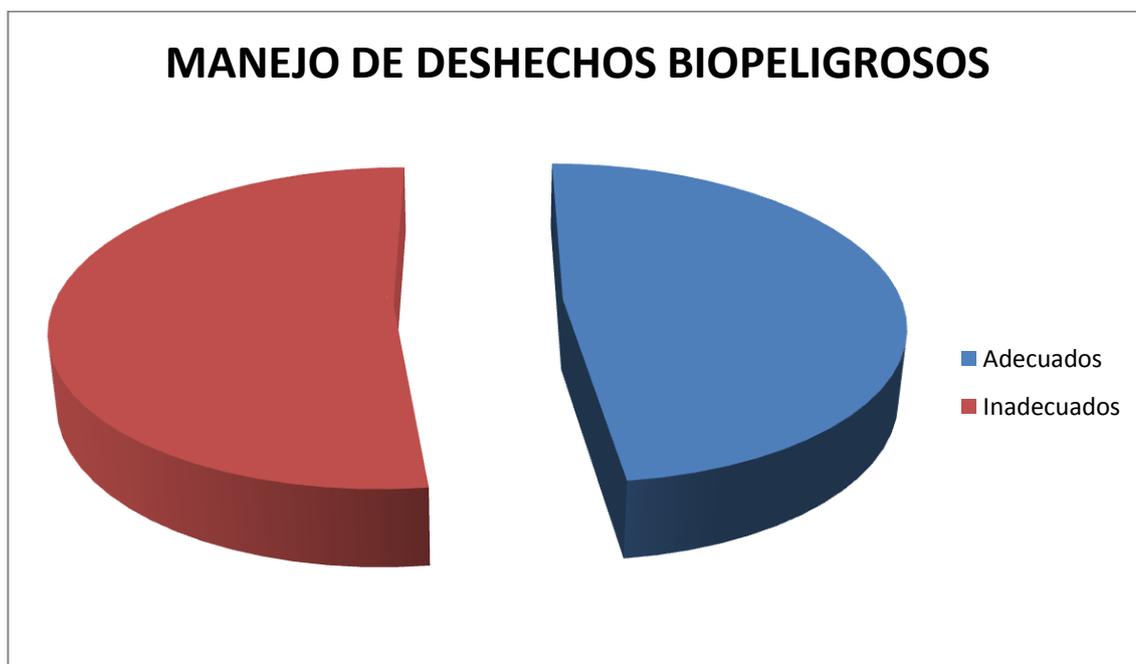


Al analizar este cuadro podemos darnos cuenta que ahora se incrementa el porcentaje ya que el 52% del personal encuestado desinfecta los instrumentos que son utilizados en cada paciente para evitar el contagio de infecciones cruzadas; mientras que el 31% lo hace a veces siendo vulnerables a presentar una infección.

ANTES

¿El manejo de desechos biopeligrosos en su departamento es adecuado e inadecuado?

MANEJO DE DESECHOS BIOPELIGROSOS.					
	Nº de Encuestados.	Adecuados	%	Inadecuados	%
Médicos	9	5	22	4	17
Enfermeras	8	4	18	4	17
Interna de Enfermería	4	1	4	3	14
Auxiliar de Limpieza	2	1	4	1	4
Total	23	11	48%	12	52%



Es insatisfactorio saber que existe una falta de importancia en cuanto al manejo de los desechos biopeligrosos ya sea por falta de conocimientos, actitudes y practicas sobre bioseguridad y por ende las complicaciones que puede presentar el mal manejo no solo para el personal de limpieza sino también la contaminación del ambiente en general.

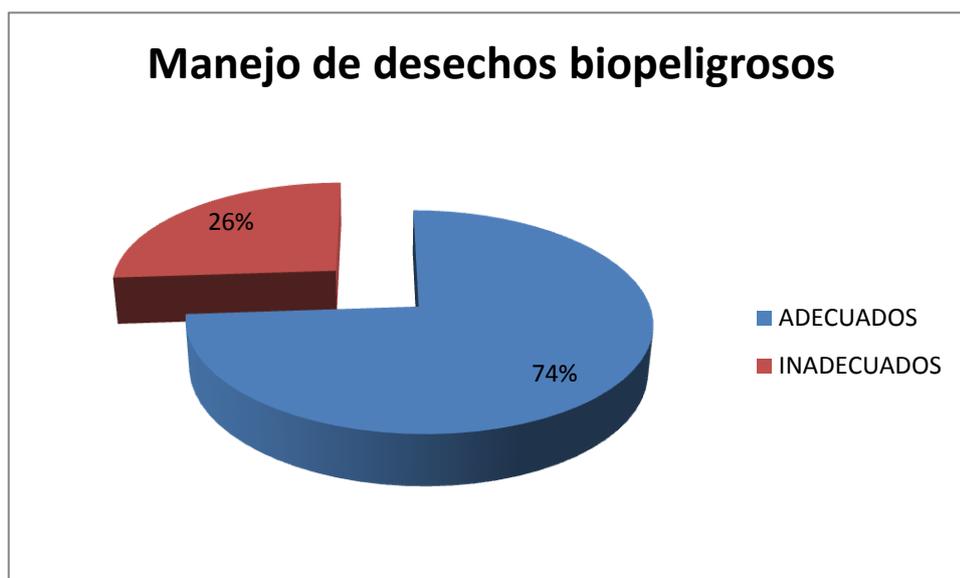
DESPUÉS

¿El manejo de desechos biopeligrosos en su departamento es adecuado e inadecuado?

Manejo de Desechos Biopeligrosos.					
	Adecuados	%	Inadecuados	%	Total Encuestados
Médicos	7	31	2	9	9
Enfermeras	6	26	2	9	8
Interna de Enfermería	3	13	1	4	4
Auxiliar de Limpieza	1	4	1	4	2
Total	17	74 %	6	26%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del Hospital H.C.C.

Responsable: El Autor



Después de recibir capacitaciones sobre bioseguridad se ha obtenido resultados positivos en cuanto al manejo de los desechos biopeligrosos ya que tenemos un porcentaje del 74% maneja adecuadamente y solo el 26% maneja inadecuadamente los desechos aumentando así el riesgo de presentar accidentes por parte del personal de que maneja estos desechos.

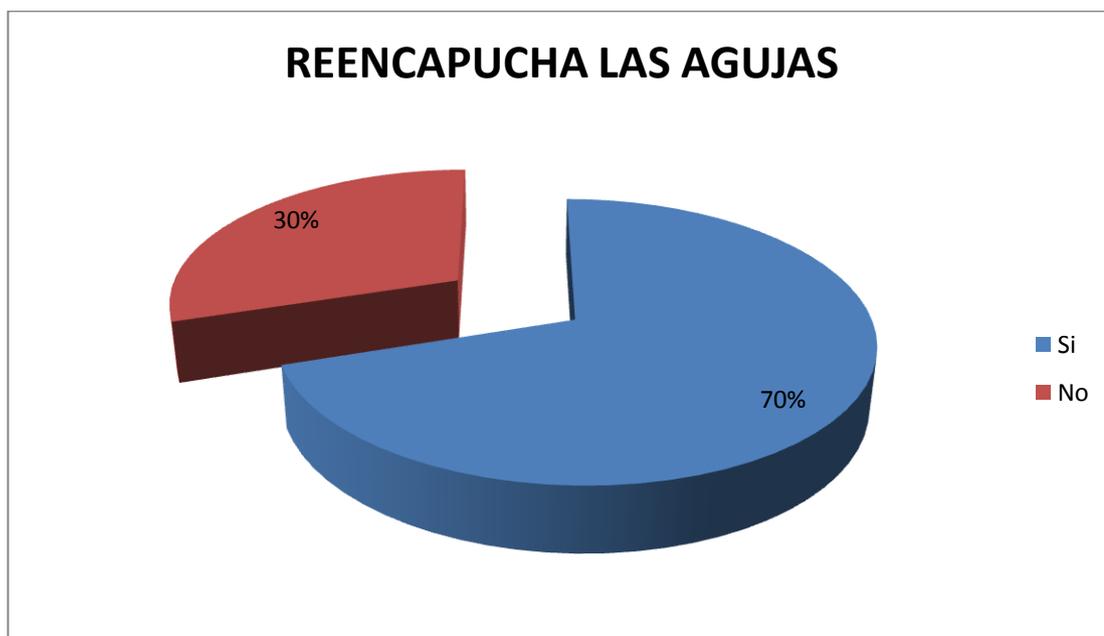
ANTES

¿Luego de utilizar una jeringuilla usted re encapucha la aguja?

RE ENCAPUCHA LAS AGUJAS					
	Nº de Encuestados.	Si	%	No	%
Médicos	9	7	30	2	9
Enfermeras	8	5	22	3	13
Internas de Enfermería	4	2	9	2	9
Auxiliar de limpieza	2	2	9		0
Total	23	16	70%	7	30%

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del Hospital H.C.C.

Responsable: El Autor



En este cuadro podemos observar el grafico ya que el 70% del personal encuestado si reecapucha la aguja para protegerse así de los pinchazos y por ende evitar contraer una enfermedad infectocontagiosa, mientras que el 30% no lo hace y por lo tanto eso llama la atención ya que estarían expuestos a presentar un riesgo laboral.

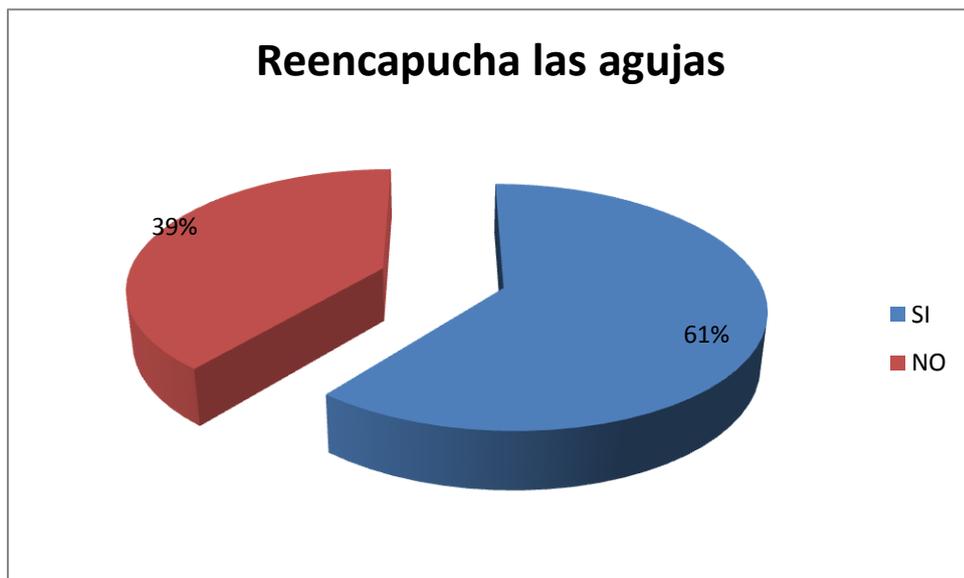
DESPUÉS

Luego de utilizar una jeringuilla re encapucha la aguja

Re encapucha las Agujas					Total Encuestados
	Si	%	No	%	
Médicos	5	22	4	17	9
Enfermeras	5	22	3	13	8
Internas de Enfermería	2	9	2	9	4
Auxiliar de limpieza	2	9		0	2
Total	14	61%	9	39%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del Hospital H.C.C.

Responsable: El Autor



En esta grafica podemos apreciar que el 61% del personal que labora en la unidad de cuidados intensivos re encapucha las agujas luego de ser utilizadas para disminuir el riesgo de presentar una lesión, y el 39% no lo hace por lo tanto se están exponiendo a presentar una lesión.

ANTES

Usted se lava las manos al entrar al turno?

ENTRAR AL TURNO					
	Si	%	No	%	Total Encuestados
Médicos	1	4	8	35	9
Enfermeras	0		8	35	8
Interna de Enfermería			4	17	4
Auxiliar de Limpieza	0		2	9	2
Total	1	4%	22	96%	23



Este resultado es lamentable ya que existe un porcentaje alto del 96% del personal encuestado que no se lava las manos al momento de entrar a cumplir con su jornada laboral, por lo tanto existe una falta de concientización porque no están protegiendo a los pacientes ingresados y al resto de compañeros que se encuentran en la unidad.

DESPUÉS

Usted se lava las manos al:

Entrar de Turno					
	Si	%	No	%	Total Encuestados
Médicos	4	17	5	22	9
Enfermeras	4	17	4	17	8
Interna de Enfermería	2	9	2	9	4
Auxiliar de Limpieza	1	4	1	4	2
Total	11	48%	12	52%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del Hospital H.C.C.**Responsable:** El Autor

En cuanto al lavado de manos es la medida de bioseguridad más necesaria para evitar contraer las infecciones nosocomiales por lo tanto al analizar este cuadro tenemos que todavía existe un porcentaje del 52% que no se lava las manos al ingresar a su jornada laboral, y solo lo hace el 48% por lo tanto existe una falta de concientización ya que no solo contaminan a los pacientes ingresados sino también a sus compañeras que se encuentran en la unidad.

ANTES

¿Ud. se lava las manos al salir de turno?

SALIR DEL TURNO					
	Si	%	No	%	Total Encuestados
Médicos	9	40	0		9
Enfermeras	8	35	0		8
Interna de Enfermería	3	13	1	4	4
Auxiliar de Limpieza	1	4	1	4	2
Total	21	92%	2	8%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del Hospital H.C.C.

Responsable: El Autor



Al analizar el siguiente grafico el resultado es muy satisfactorio ya que el personal que labora en cuidados intensivos el 92% se lava las manos cuando ha terminado su jornada laboral por lo tanto es gratificante que concienticen y protejan no solo al resto de pacientes sino también al resto de compañeras que se encuentran fuera de la unidad y de manera especial a su familia. Mientras que un 8% no se lavan la mano cuando salen del turno lo cual si preocupa porque en sus manos pueden llevar una variedad de microorganismos

DESPUÉS

¿Ud. se lava las manos al salir de turno?

Salir de Turno					
	Si	%	No	%	Total Encuestados
Médicos	9	40	0		9
Enfermeras	8	35	0		8
Interna de Enfermería	3	13	1	4	4
Auxiliar de Limpieza	1	4	1	4	2
Total	23	92%	2	8%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del Hospital H.C.C.

Responsable: El Autor



En este cuadro podemos apreciar que el resultado es positivo ya que el 92% del personal encuestado se lava las manos cuando ya ha terminado su jornada laboral protegiendo así a sus compañera que se encuentran fuera del departamento y de manera especial a sus seres queridos que le esperan en casa.

ANTES

¿Ud. Se lava las manos luego de algún procedimiento especial?

LUEGO DE ALGÚN PROCEDIMIENTO ESPECIAL					
	Si	%	No	%	Total Encuestados
Médicos	9	39	0	0	9
Enfermeras	8	35	0	0	8
Interna de Enfermería	4	17	0	0	4
Auxiliar de Limpieza	2	9	0	0	2
Total	23	100%	0	0%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del H.H.C.C.

Responsable: El Autor



Al analizar el siguiente grafico el resultado es satisfactorio ver que el 100% del personal que labora en esta área utiliza como medida de bioseguridad el lavado de manos luego de realizar un procedimiento especial de esta manera se están auto protegiendo y también brindando más seguridad a los usuarios.

DESPUÉS

Después de un Procedimiento Especial					
	Si	%	No	%	Total Encuestados
Médicos	9	39	0	0	9
Enfermeras	8	35	0	0	8
Interna de Enfermería	4	17	0	0	4
Auxiliar de Limpieza	2	9	0	0	2
Total	23	100%	0	0	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del Hospital H.C.C.

Responsable: El Autor



Es satisfactorio observar este gráfico ya que el 100% del personal encuestado se lava las manos luego de realizar un procedimiento especial de Manera que están protegiendo su salud y el de los demás.

ANTES

¿Se lava las manos al brindar atención a cada paciente?

AL BRINDAR ATENCIÓN A CADA PACIENTE					
	Si	%	No	%	Total Encuestados
Médicos	5	22	4	17	9
Enfermeras	4	17	4	17	8
Interna de Enfermería	3	15	1	4	4
Auxiliar de Limpieza	1	4	1	4	2
Total	13	58%	10	42%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del Hospital H.C.C.

Responsable: El Autor



Es satisfactorio dar a conocer que el resultado obtenido es positivo de manera que el 58% del personal encuestado se lava las manos luego de brindar atención a cada usuario de manera que estamos utilizando medidas de prevención de las infecciones nosocomiales y el 42% no se lavan las manos por lo tanto he ahí las complicaciones que presentan los pacientes y por ende el aumento en los días de estadía.

DESPUÉS

¿Se lava las manos al brindar atención a cada paciente?

DESPUÉS DE BRINDAR ATENCIÓN A CADA PACIENTE					
	Si	%	No	%	Total Encuestados
Médicos	9	39	0	0	9
Enfermeras	8	35	0	0	8
Interna de Enfermería	3	13	1	4	4
Auxiliar de Limpieza		0	2	9	2
Total	20	87%	3	13%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del H. H.C.C.

Responsable: El Autor



En este cuadro podemos apreciar que el resultado es positivo ya que tenemos el 87% del personal encuestado se lava la manos luego de brindar atención a cada paciente ya que los pacientes en la unidad de cuidados intensivos se encuentran separados solo por cubículos y mayor es la posibilidad de adquirir las infecciones nosocomiales.

ANTES

¿Se lava las manos antes y después de administrar medicación?

ANTES Y DESPUÉS DE ADMINISTRAR MEDICACIÓN					
	Si	%	No	%	Total Encuestados
Médicos	7	30	2	9	9
Enfermeras	7	30	1	4	8
Interna de Enfermería	2	9	2	9	4
Auxiliar de Limpieza			2	9	2
Total	16	69%	7	31%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del H. H.C.C.
Responsable: El Autor



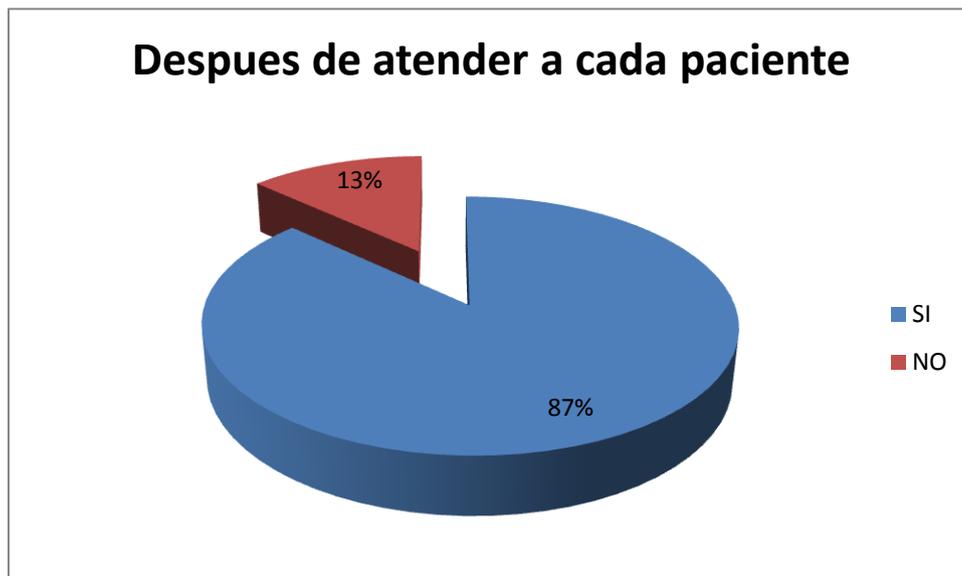
En cuanto a esta medida de bioseguridad es beneficioso saber que el 9% del personal si se lava las manos antes y después de administrar medicación; por lo tanto se está brindando seguridad al paciente, y el 31% no se lavan las manos de esta manera no están protegiendo al usuario.

DESPUÉS

Antes y Después de Administrar medicación					
	Si	%	No	%	Total Encuestados
Médicos	9	39	0	0	9
Enfermeras	8	35	0	0	8
Interna de Enfermería	3	13	1	4	4
Auxiliar de Limpieza		0	2	9	2
Total	20	87%	3	13%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del H. H.C.C.

Responsable: El Autor

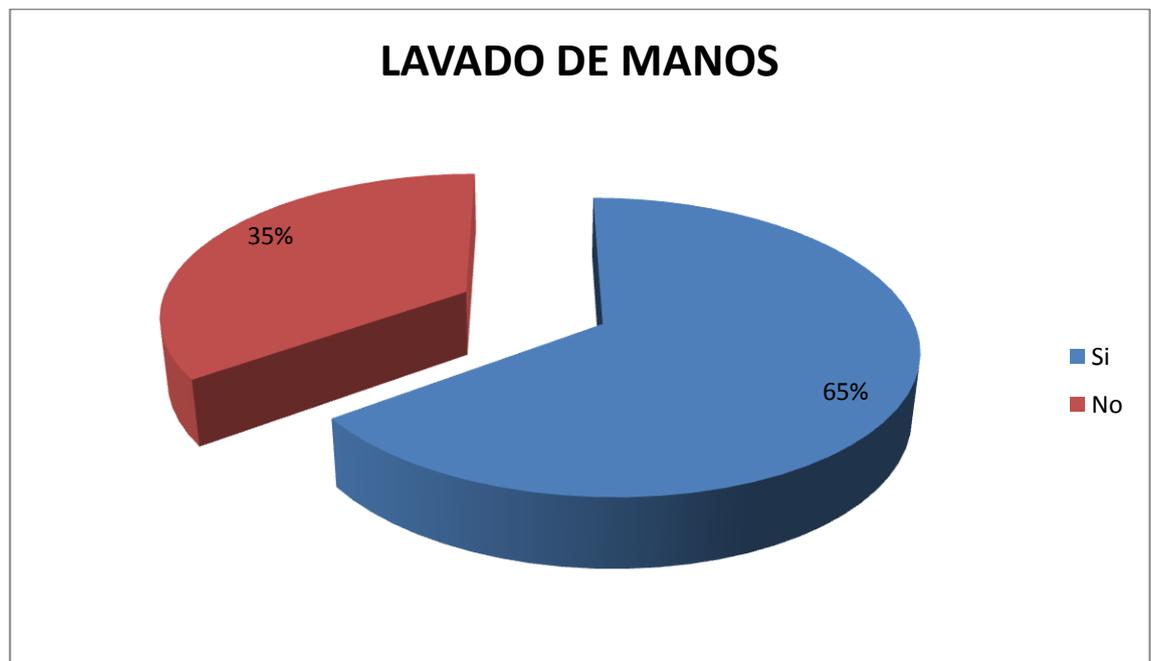


En este cuadro podemos apreciar que el resultado es positivo ya que tenemos el 87% del personal encuestado se lava la manos luego de brindar atención a cada paciente ya que los pacientes en la unidad de cuidados intensivos se encuentran separados solo por cubículos y mayor es la posibilidad de adquirir las infecciones nosocomiales.

ANTES

Lavado de manos

LAVADO DE MANOS					
	Si	%	No	%	Total Encuestados
Médicos	6	26	3	13	9
Enfermeras	5	21	3	13	8
Interna de Enfermería	2	9	2	9	4
Auxiliar de Limpieza	2	9			2
Total	17	65%	8	35%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del H. H.C.C.**Responsable:** El Autor

En cuanto al lavado de manos el personal que labora en la unidad de cuidados intensivos es la medida de bioseguridad más conocida y es utilizada en un porcentaje del 65% de esta manera están protegiendo no solo a los pacientes sino también a sus familiares y un 35% no lo utiliza.

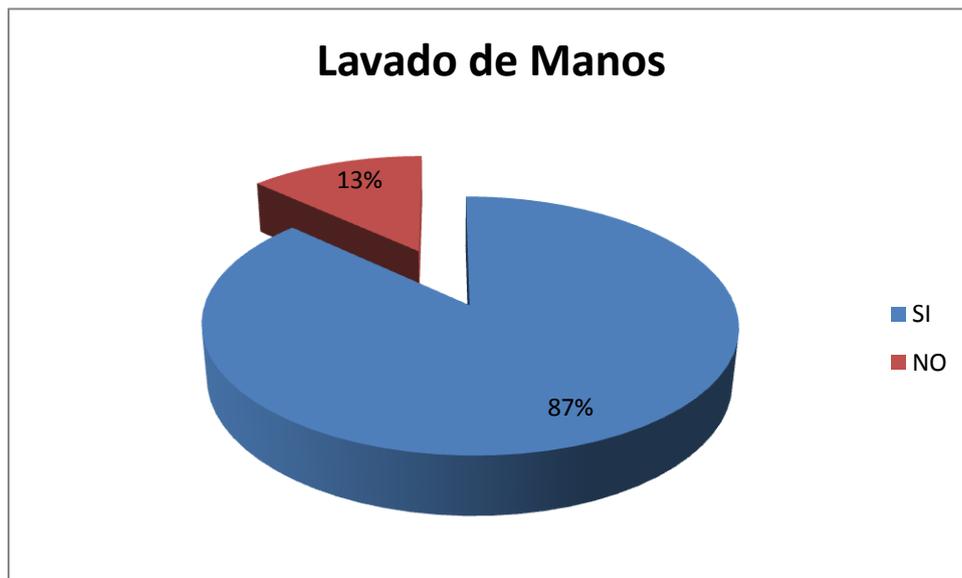
DESPUÉS

¿Como medida de Bioseguridad cual utiliza usted?

Lavado de Manos					
	Si	%	No	%	Total Encuestados
Médicos	7	30	2	9	9
Enfermeras	7	30	1	4	8
Interna de Enfermería	4	17	0	0	4
Auxiliar de Limpieza	2	9	0		2
Total	20	87%	3	13%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del H. H.C.C.

Responsable: El Autor



El lavado de manos es la medida de bioseguridad más conocida y que es utilizada en un 87% del personal que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos lo cual nos alegra ya que de esa manera podemos brindar seguridad al paciente.

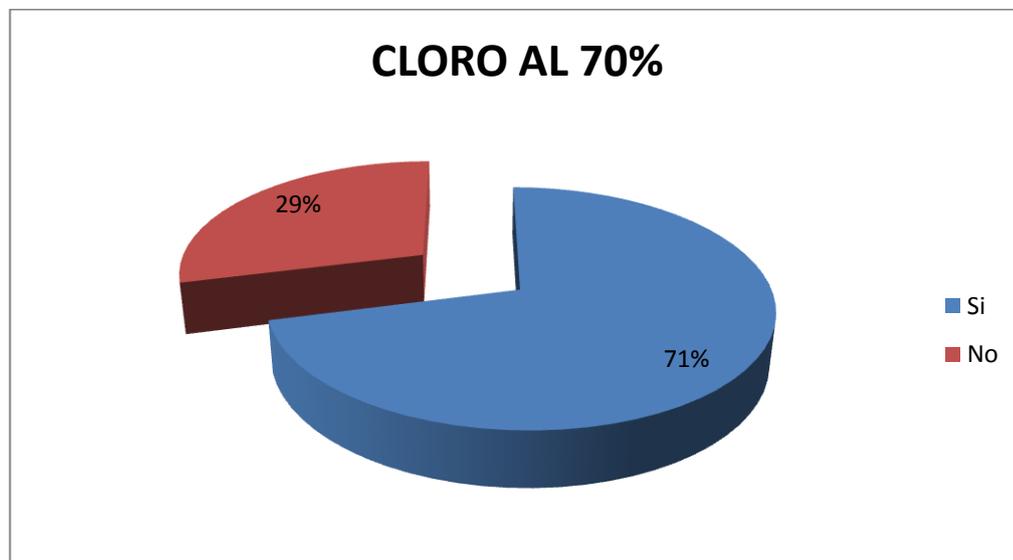
ANTES

Cuál es el desinfectante que utiliza para la limpieza diaria:

CLORO AL 70%					
	Si	%	No	%	Total Encuestados
Médicos	6	29	3	14	9
Enfermeras	7	33	1	5	8
Internas de enfermería	2	10	2	10	4
Total	15	71%	6	29%	21

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del H. H.C.C.

Responsable: El Autor



El cloro al 70% es un desinfectante muy utilizado para el tratamiento de muchos microorganismos peligrosos por su alta eficacia por lo tanto el resultado el grafico es positivo ya que el 71% del personal encuestado utiliza el cloro para desinfectar los mobiliarios de la unidad mientras que el 29% utiliza otro tipo de desinfectante

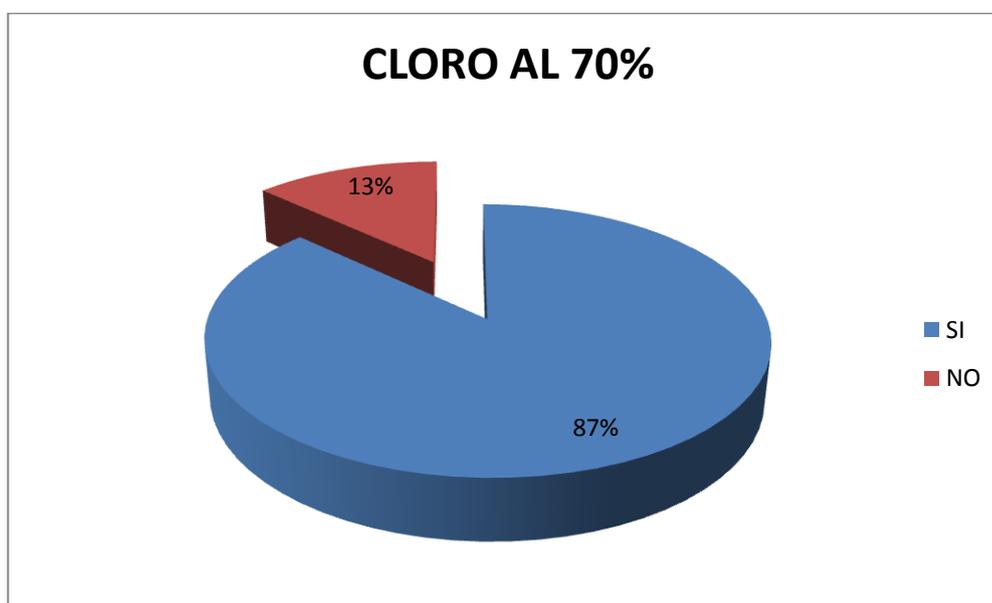
DESPUÉS

Cuál es el desinfectante que utiliza para la limpieza diaria:

COLORO AL 70%					
	Si	%	No	%	Total Encuestados
Médicos	6	26	3	13	9
Enfermeras	8	35	0	0	8
Interna de Enfermería	4	17	0	0	4
Auxiliar de Limpieza	2	9	0		2
Total	20	87%	3	13%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del H. H.C.C.

Responsable: El Autor



En esta grafica tenemos que el 87% de personal utiliza el cloro al 70% para la desinfección de la unidad y que el 13% utiliza otros desinfectantes como son: el virkon, el sablón, el formol, etc.

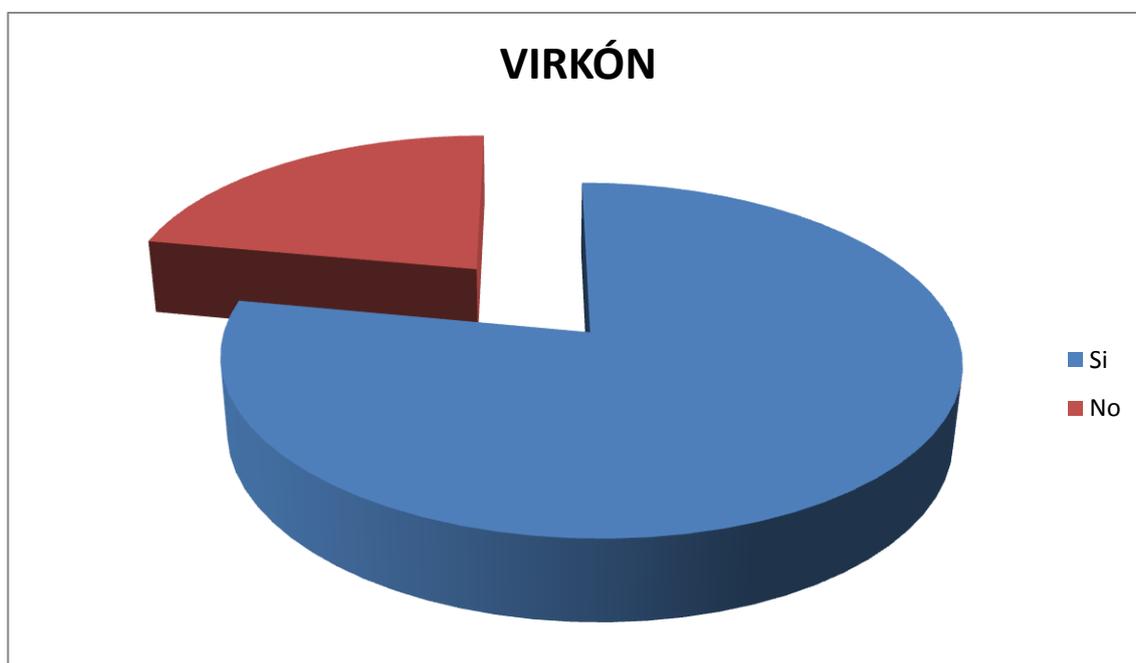
ANTES

Que desinfectante utiliza para la limpieza diaria:

VIRKON					
	Si	%	No	%	Nunca
Médicos	6	26	3	13	9
Enfermeras	7	30	1	4,3	8
Interna de Enfermería	3	13	1	4,3	4
Auxiliar de Limpieza	2	9	0		2
Total	18	78%	5	22%	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del H. H.C.C.

Responsable: El Autor



El siguiente gráfico nos indica que el 78% del personal realiza la limpieza diaria con virkon considerando una técnica de antisepsia de esta manera evitando la diseminación de los microorganismos y el 22% no utiliza este desinfectante.

DESPUÉS

VIRKON					
	Si	%	No	%	Total Encuestados
Médicos	9	39	0	0	9
Enfermeras	8	35	0	0	8
Interna de Enfermería	4	17	0	0	4
Auxiliar de Limpieza	2	9	0	0	2
Total	23	100%	0	0	23

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del H. H.C.C.

Responsable: El Autor



Al realizar el análisis del presente cuadro podemos apreciar que el 100% del personal encuestado utiliza el virkon para la limpieza diaria como desinfectante ya que combate contra microorganismos patógenos.

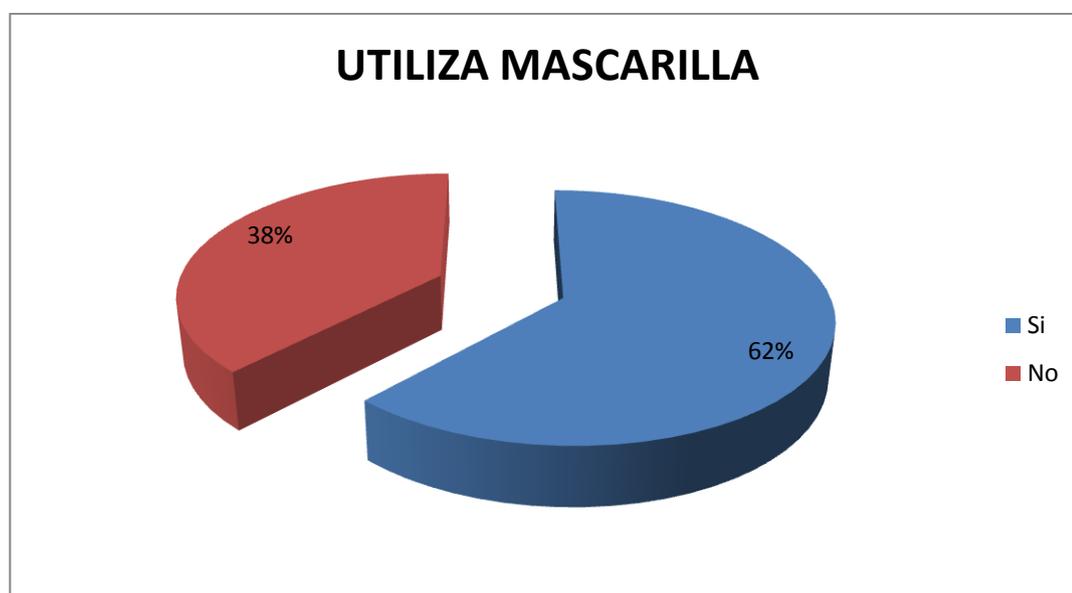
ANTES

Para colocar sonda naso gástrico utiliza mascarilla

UTILIZA MASCARILLA					
	Si	%	No	%	Total
Médicos	6	29	3	14	9
Enfermeras	4	19	4	19	8
Interna de Enfermería	3	14	1	5	4
Total	13	62%	8	38%	21

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del Hospital H.C.C.

Responsable: El Autor



El resultado del análisis del siguiente cuadro es positivo ya que el 62% del personal encuestado utiliza la mascarilla como medida de protección; mientras que el 38% no utiliza por lo tanto presentan riesgo de adquirir una infección.

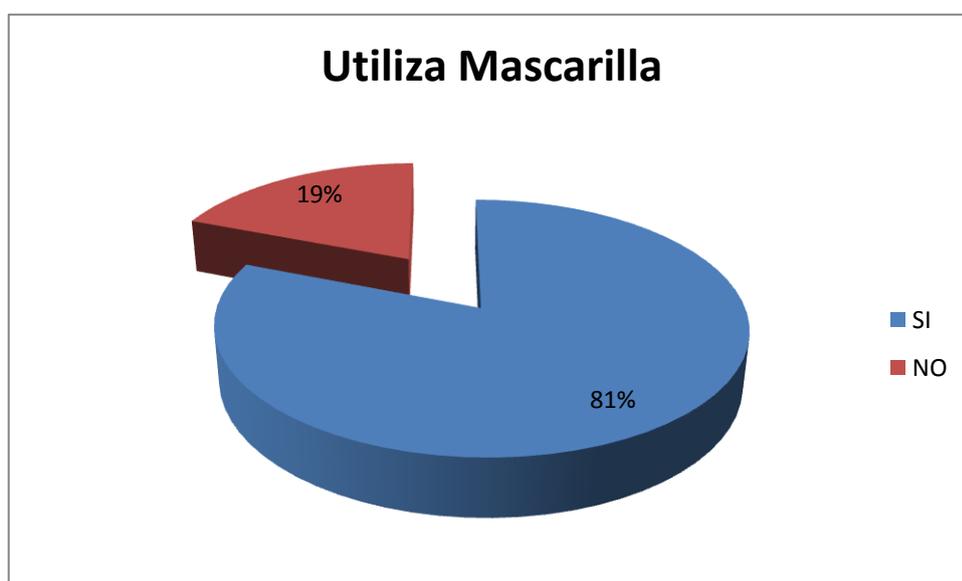
DESPUÉS

¿Para colocar sonda naso gástrica utiliza mascarilla?

Utiliza Mascarilla					
	Si	%	No	%	Total Encuestados
Médicos	8	38	1	5	9
Enfermeras	6	29	2	9	8
Interna de Enfermería	3	14	1	5	4
Total	17	81%	4	19%	21

Fuente: Encuesta Realizada al personal del UCI del Hospital H.C.C.

Responsable: El Autor



El resultado de esa grafica es factible ya que tenemos que el 81% del personal encuestado utiliza la mascarilla ya que así se están protegiendo al momento de colocar una sonda naso gástrica puede salpicar secreción contaminada; mientras que el 19% no lo hace por lo tanto el riesgo de adquirir una enfermedad es mayor.

RESULTADO 2

REORGANIZACIÓN DEL COMITÉ DE MANEJO DE DESECHOS BIOPELIGROSOS:

El comité de manejo de desechos biopeligrosos está conformado por las jefas departamentales como son: jefa de enfermeras del área de ginecología, laboratorio, centro quirúrgico, UCI.

Según el reglamento oficial 106 artículo 5 manifiesta que los directores de cada institución son los responsables de que se cumpla este reglamento a través del Comité de desechos hospitalarios; por lo tanto se ha logrado la reorganización del comité mediante las reuniones convocadas para la realización del taller de capacitación para de esta manera mejorar las prácticas y actitudes sobre el manejo de los desechos hospitalarios y la importancia de la bioseguridad. Las profesionales que conforman el comité de manejo de desechos hospitalarios son los encargados de que se cumpla cada una de las normas de bioseguridad en cada departamento impidiendo el ingreso de alimentos al área hospitalaria. Y que todos los departamentos dispongan y utilicen las adecuadas prendas de protección de acuerdo al área donde se encuentran laborando.

Además de acuerdo a las reuniones establecidas las personas que conforman el comité serán los encargados de planificar talleres de capacitación sobre bioseguridad más a menudo ya que el personal tiene mucho interés de asistir a las capacitaciones.

RESULTADO 3

También se ha elaborado y distribuido un manual interno de normas de bioseguridad para cada departamento del hospital Homero Castanier Crespo el cual tiene como propósito disponer de una guía de procedimientos como clasificar adecuadamente los desechos y el uso adecuado de las prendas de protección. El presente manual está dividido en seis capítulos, de manera que tenemos a pesar de que el MSP cuenta con manual de normas no es suficiente porque no cuenta con normas para la unidad de Cuidados Intensivos

CONCLUSIONES

- Mediante la ejecución del proyecto se logró reorganizar al Comité de Manejo de Desechos Hospitalarios contando con el apoyo de las autoridades administrativas de la institución.
- Con el apoyo de las autoridades de la institución y el personal que labora en esta institución se logró satisfacer las necesidades institucionales.
- El programa de capacitación se elaboró en base a los temas en donde se observó que existe deficiencias.
- La asistencia al taller de capacitación fue del 100% lo que demuestra que el personal tiene interés de actualizar sus conocimientos.
- La elaboración del manual de normas y procedimientos tiene como objetivo disminuir la contaminación en el medio laboral ya que contiene un gran aporte de información para el personal de riesgo.
- A través de la elaboración del post CAPs se puede evidenciar que la capacitación que un éxito.
- Además se puede observar cambios positivos en cuanto a las actitudes y prácticas de bioseguridad.
- En este proyecto se ha involucrado a las autoridades administrativas, y todo el personal que labora en el Hospital Homero Castanier Crespo.

RECOMENDACIONES

Al finalizar el presente proyecto se describen a continuación las siguientes recomendaciones que van dirigidas al personal administrativo del Hospital Homero Castanier Crespo, al Comité de Manejo de Desechos Hospitalarios y al Personal que labora en áreas de alto riesgo:

- Las Autoridades Administrativas tienen como responsabilidad mantener el ambiente hospitalario propicio para su funcionamiento garantizando seguridad tanto a los usuarios internos y externos y de manera especial brindando protección a todos los trabajadores de salud poniendo a su disposición todos los equipos protectores para las personas que laboran en áreas de riesgo. Además es responsabilidad de la institución brindar talleres de capacitación constantes para actualizar conocimientos actitudes y prácticas no solo en bioseguridad sino en los temas que existe deficiencia de conocimientos.
- El comité de Manejo de desechos Hospitalarios debe continuar con programas destinados al cumplimiento de cada uno de los reglamentos como lo dispone el Registro Oficial 106 del Ministerio de Salud Pública.
- El personal que labora en las áreas donde mayor es el riesgo debe cumplir a cabalidad cada una de las normas de bioseguridad para de esta manera protegerse así mismo y como también a los usuarios ya que la salud del mismo está en su manos.

BIBLIOGRAFÍA

1. AGUILERA César, (2007) Riesgos en la salud, Caracas.
2. ARROYAVE, (2001) Beatriz. Jaramillo, Sergio. Guía para el manejo de los desechos sólidos hospitalarios. Quinta Edición. Colombia.
3. ALEIRA Lara Galicia, (2009) Proyecto de Bioseguridad, Puerto Rico.
4. AVIL María Eugenia. (2008) Universidad Nacional de Tucumán. Facultad de Medicina.
5. ARMIJOS Ordóñez Javier (2009) Gestión Ambiental para el Desarrollo Sostenible de la UTPL. LOJA.
6. CONSUELO Ibáñez Martí (2007) Infecciones Nosocomiales.
7. CONSEJO NACIONAL DE SALUD (2009) Cuadro Nacional de medicamentos básicos. Séptima Revisión.
8. CEPIS/ OPS (2007) Seguridad e higiene del trabajo en los servicios médicos y de salud.
9. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Exposición a la sangre. Lo que deben saber los trabajadores de la salud. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Atlanta 2005
10. CHIAVENATO, I. (2006), Administración de Recursos Humanos, Quinta Edición, Bogotá – Colombia.
11. Departamento de Salud y Servicios Humanos (2005). Centro para el control de Enfermedades Infecciosas. Atlanta.
12. DOMINGUEZ Pereira MA, Caballero López A.(2002) Neumonía nosocomiales. En: Libro Terapia Intensiva. 2 edición. Villa Clara.

13. DISEÑO Y EJECUCIÓN DE PROYECTOS para salud, guía didáctica, módulo IV, trabajo de grado II.
14. DÍAZ JA. (2005). Propuesta para la vigilancia de la salud de los trabajadores especialmente sensibles. MAPFRE Seguridad.
15. Editorial de la UTPL “Maestría en Gerencia integral para el desarrollo local”.
16. FUNDACIÓN NATURA, Manual para El Manejo de Desechos en Establecimientos de Salud, OPS, Quito 2000.
17. GARRISON, R.(2001). Taller sobre Bioseguridad, Mantenimiento y Sistema de Información. Managua (Nicaragua).
18. GERRIT Catalunya. (2000) Guía de Gestión de Residuos Sanitarios. España; 2000.
19. GESTAL J. J.(2007) Riesgos de Trabajo del Personal Sanitario, Editorial Mc Interamericana, España.
20. HERNÁNDEZ, Espinal, Martín (2008), Bioseguridad. Infección Intrahospitalaria, Editorial Panamericana, Buenos Aires.
21. HERNÁNDEZ Gabriela (2002) Manual para el personal médico y de enfermería. Manejo de desechos sólidos.
22. LOBATO Patricio, et al. (2006) Manual de normas y procedimientos para manejo interno de desechos sólidos en el hospital “Carlos Andrade Marín” Quito- Ecuador.
23. Manual de gestión de Residuos Patogénicos. (2006) Secretaría de la salud. Buenos Aires.
24. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. (1997); Reglamento de “Manejo de desechos sólidos en los establecimientos de salud de la República del Ecuador” Reg. Oficial 106, Quito- Ecuador.

25. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, (2007) Subsecretaría Nacional de Salud, Medidas Generales de Bioseguridad.
26. Mallolos J, Gatell JM. (2000) Normas para la prevención del SIDA y de las Hepatitis Víricas en el personal sanitario. En: Microbiología y Parasitología Médica. 2ª ed. Barcelona.
27. Martin MC, Ruiz J. (2006) adverse events in intensive medicine. Managing risk. Medicina Intensiva.
28. OTERO GESTAL J.J (1989) Riesgos del trabajo del Personal Sanitario; Medicina y Sociedad, Editorial Interamericano, España
29. OPS, (2005), Enfoque OCHOA Marcelo, Cuidados Intensivos, Guías de Tratamiento, Hospital José Carrasco Arteaga, editorial grafisum, Cuenca-Ecuador. 2005.
30. SOLER MAZZETI Pilar. POZO Cecilia. (2001) Manejo de los desechos hospitalarios Quito- Ecuador.
31. URUGUAT, Normas de Bioseguridad del Ministerio De Salud Pública, Noviembre del 1997.
32. VARIOS AUTORES (2003) Manual de Normas para la Prevención de de Infecciones Intrahospitalarias Quito-Ecuador.
33. VELASCO GARCES, María de Lourdes, Giovanna Segovia, Vicente Toscano, Problemas de Salud Internacional. Editorial UTPL, Loja-Ecuador.
34. www.conasa.gov.ec

ANEXOS

PROPUESTA DE CAPACITACIÓN SOBRE NORMAS DE BIOSEGURIDAD DIRIGIDO AL PERSONAL QUE LABORA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Provincia: Cañar.

Lugar: Hospital Homero Castanier Crespo.

Responsable: Lcda. Narcisa Acero Guamán.

Beneficiarios directos: Personal que labora en el HHCC.

Beneficiarios indirectos: Pacientes ingresados y familiares de los mismos.

2.- ANTECEDENTES:

La falta de aplicación de la normas de bioseguridad viene siendo un problema para todas la instituciones de salud por ser las que generan una gran cantidad de desechos biopeligrosos debido a que existe un adecuado manejo de los mismos dan lugar a presentar accidentes laborales; por lo tanto se debe insistir en la prevención de los accidentes laborales por contacto con material bioinfeccioso y de esta manera disminuir la contaminación en el medio laboral, mediante la aplicación correcta de las normas de bioseguridad como también la utilización de las prendas de protección necesarias dependiendo el lugar de trabajo.

Según en el registro oficial 106: reglamento para el manejo adecuado de desechos para los establecimientos de salud capitulo 1 art 5. Los directores de los establecimientos de salud serán los responsables del cumplimiento de este reglamento a través del Comité de Manejo de Desechos Hospitalarios.

En los últimos meses se ha incrementado los porcentajes de mortalidad de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos que presentan complicaciones por

presencia de las infecciones nosocomiales y por ende aumento en los días de estadía ya sea porque el personal no utiliza las adecuadas prendas de protección, o no existe un adecuado manejo de los desechos.

3.-JUSTIFICACION

Según el reglamento 106 manifiesta que dentro de las funciones del comité de manejo de desechos hospitalarios tenemos: el coordinar frecuentemente programas de capacitación sobre el manejo adecuado de los desechos hospitalarios a todo el personal que labora en una institución de salud; lo cual no se ha venido cumpliendo a cabalidad, al realizar una encuesta al personal se obtuvo resultados negativos puesto que el personal desconoce de la existencia de un comité de manejo de desechos hospitalarios, como también las prendas de protección que deben utilizar lo cual la institución lo proporciona pero no son suficientes y la importancia que tiene la bioseguridad en el ámbito hospitalario.

Además el alto porcentaje que se observan en los datos estadísticos sobre las infecciones nosocomiales y que el personal al cumplir a cabalidad las normas de bioseguridad podríamos prevenirlas.

4.-OBJETIVOS:

Objetivo General:

Mejorar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de bioseguridad en el ambiente hospitalario.

Objetivos Específicos:

- Prevenir las infecciones nosocomiales.
- Evitar la presencia de sanciones para la institución.
- Concienciar al personal sobre los riesgos a los cuales están sometidos.

5.-METAS.

La meta principal es capacitar al 80% del personal de riesgo que se encuentra laborando en el Hospital Homero Castanier Crespo entre estos tenemos: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal de laboratorio, personal de limpieza, etc.

6.-LOCALIZACION:

Este programa de capacitación se desarrollará en el salón auditorium del hospital Homero Castanier Crespo.

Además se realizará la entrega de un manual de normas de bioseguridad a cada departamento para que dispongan de una guía.

7.-ACTIVIDADES

7.1.- Previas a la capacitación:

- Socialización y Aprobación del Proyecto.
- Aplicación del Pre CAPs.
- Diseño del programa de capacitación.
- Realizar la gestión de recursos.
- Contactar a todos los capacitadores.
- Invitación a todo el personal para la capacitación.
- Preparar los materiales necesarios para la capacitación.

7.2.- De Ejecución:

- Con el compromiso de las autoridades y de mi persona según el cronograma de actividades se desarrollará la capacitación del 27 al 29 de Octubre del 2010 de 8 hrs, a 12hrs.

7.3.- Post ejecución:

- Evaluación a través del post CAPs.
- Incentivar al personal a cumplir las normas de bioseguridad.

8.- RECURSOS

- ❖ **Humanos:** Facilitadores del Hospital Vicente Corral Moscoso del área de infectología, E MAC (Empresa Municipal de Aseo), Hospital Homero Castanier Crespo.
- ❖ **Materiales:** Todos los materiales necesarios para la ejecución de la capacitación lo dispone la misma institución donde se realizará el proyecto.
- ❖ **Financieros:** Para el diseño y ejecución del programa de capacitación se invertirá aproximadamente unos 2.300 dólares los mismos que se obtendrán de fuentes internas y externas.

9.- METODOLOGÍAS Y TÉCNICAS DE LA CAPACITACIÓN

Se aplicará el test del pre CAPs para obtener cuales son las deficiencias que tiene el personal y mediante la capacitación mejoren sus conocimientos, actitudes y prácticas.

También se difundirá el manual de normas y procedimientos de bioseguridad a todos los departamentos.

Los facilitadores de la capacitación estarán dispuestos a contestar las preguntas e inquietudes y así satisfacer sus necesidades.

10.- TÉCNICAS

Las técnicas a utilizar para la presente capacitación son las siguientes:

- Conferencias.
- Talleres.
- Afiches.
- Señalización de normas de bioseguridad.
- Tutorías luego del post CAPs.

11.- META: Que el 80% del personal reciba esta capacitación para mejorar sus conocimientos, actitudes y prácticas sobre bioseguridad.

12.- EVALUACIÓN DE CAPs

Mediante el test del CAPs se podrá valorar los resultados finales comparando con los iniciales y determinar si hay temas en los que hace falta un reforzamiento y así cumplir las metas propuestas.

13.- CONTENIDOS

Para determinar los temas y subtemas de capacitación se aplicó el pre CAPs al personal que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos mediante el cual se obtuvieron los siguientes resultados: que la mayoría del personal encuestado es bueno pero en cuanto a las prácticas existe deficiencias; por lo tanto es necesario reforzar a través del programa de capacitación.

EVALUACIÓN DIRIGIDA AL PERSONAL QUE LABORA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA MEDIR CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE BIOSEGURIDAD.

Profesión.....

Tiempo de trabajo.....

Fecha de evaluación.....

Practicas de bioseguridad

1) ¿Señale las medidas de bioseguridad que usted utiliza para brindar atención al usuario?

Utiliza:

Siempre

A veces

Nunca

Mascarilla

Guantes

Bata o mandil

Gafas protectoras

2) Usted desinfecta los instrumentos (tensiómetros, estetoscopios) cuando utiliza en cada paciente:

Si ()

No ()

3) Que antiséptico utiliza usted para la limpieza diaria de la unidad:

- Hipoclorito de Na

- Cloro al 70%

- Virkon

4) El manejo de los desechos biopeligrosos en su departamento es adecuado o inadecuado:

Adecuado

Inadecuado

5) Usted se lava las manos al:

Señale

SI NO

a) Entrar al turno.

b) Salir del turno.

c) Luego de un procedimiento especial.

d) Después de brindar atención a cada paciente.

e) Antes y después de administrar medicación.

6) Con que frecuencia usted recibe cursos de capacitación sobre bioseguridad

- Anual

- Trimestral

- Semestral

7) ¿Después de utilizar una jeringuilla re encapucha la aguja?

Si

No

8) ¿Utiliza mascarilla para colocar una sonda naso gástrica?

Si

No

9) Usted utiliza guantes para descartar los desechos después de una curación:

SI

No

ACTA DE COMPROMISO

ACTA DE COMPROMISO:

Azogue a los diez días del mes de Agosto del 2010, se reúnen el doctor Víctor Miguel Crespo en calidad de director del Hospital Homero Castanier Crespo y el doctor Hugo Sarmiento C. Coordinador del Proceso de Recursos Humanos del hospital y la Lcda. Narcisa Acero, autora del proyecto titulado "IMPLEMENTACIÓN DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS", para analizar la factibilidad del proyecto antes mencionado y comprometiéndose a:

- Brindar el espacio físico para realizar la capacitación.
- Colaborar con los requisitos necesarios para la distribución del manual de normas a todos los departamentos de la institución.
- Vigilar el cumplimiento de las normas de bioseguridad en la institución.

Dr. Víctor Miguel Crespo.

DIRECTOR DEL HHCC.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES CUMPLIDAS EN EL TALLER DE
CAPACITACIÓN SOBRE BIOSEGURIDAD REALIZADAS DEL 27 AL 29 DE
OCTUBRE DEL 2010**

FECHA	HORA	TEMAS	RESPONSABLE	PROCEDENCIA	RECURSOS	LOCAL
27/X/2010	8hrs-8:30	Entrega de Materiales	Ejecutora del proyecto	Azogues	Carpetas y Esferos	Auditórium del HHCC
	8:30-9hrs	Inauguración	Director del HHCC	Azogues		Auditórium del HHCC
	9hrs-9:30	Motivación	Coordinador RRHH	Azogues		Auditórium del HHCC
	9:30-10:30	Infecciones Nosocomiales	Dr. Xavier Ochoa	Hospital Vicente Corral Moscoso	Infocus	Auditórium del HHCC
	10:30	RECESO				
	11hrs-12hrs	Manejo adecuado de los desechos	Ing. Fernando Muñoz	EMAC	Infocus	Auditórium del HHCC
28/X/2010	8hrs-9hrs	Factores de Riesgo para el personal de salud	Dr. Xavier Ochoa	Hospital Vicente Corral Moscoso	Infocus	Auditórium del HHCC
	9- 10hrs	Cumplimiento de las normas de bioseguridad	Ing. Galo Vásquez	Empresa municipal de Aseo	Infocus	Auditórium del HHCC
	10- 10:30	RECESO				
	10:30-12hrs	Manejo diferenciado de los desechos hospitalarios	Ing. Fernando Muñoz	EMAC	Infocus	Auditórium del HHCC

29/X/2010	8- 10hrs	Vigilancia de las infecciones nosocomiales	Dr. Xavier Ochoa	Hospital Vicente Corral Moscoso	Infocus	Auditórium del HHCC
	10- 10:30	Áreas de riesgo	Dr. Juan Campoverde	Azogues	Infocus	Auditórium del HHCC
	10:30- 11hrs	RECESO				Auditórium del HHCC
	11- 12hrs	Tratamiento de los desechos peligrosos	Ing. Galo Vásquez	E MAC	Infocus	Auditórium del HHCC
	12HRS	CLAUSURA				



Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO**Memorando N° 282 D-E-H-H-C****Azogues, 12 de Octubre del 2010****DE: ENFERMERÍA****PARA: Dr. Fernando Quevedo****PRESIDENTE DEL COLEGIO MEDICO DEL CAÑAR.****Asunto:**

Mediante la presente me permito solicitar a UD. Se autorice el aval científico para las JORNADAS DE ACTUALIZACION MEDICA Y DE ENFERMERIA EN MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS Y BIOSEGURIDAD ha desarrollarse en el Hospital Homero Castanier Crespo de la Ciudad de Azogues. Según programación adjunta..

Por la Atención Favorable que dará a la presente anticipamos nuestros agradecimientos.

Atentamente.

Lcda. Nube Gutiérrez Ortega.
ENF. LIDER DE PEDIATRIA.


Lcda. Narcisca Acero
ENF. U.C.I.

Lcda. Inés Ochoa Espinosa
ENF. LIDER DE CENTRO OBSTERICO

Lcda. Sonia Cordero Guzmán
ENF. LIDER DE U.C.I.


Lcda. Susana Flores
COORDINADORA DE LA
GESTIÓN DE ENFERMERIA.



Avenida Andrés F. Córdova y Luis Manuel Gonzáles, Azogues, Ecuador.
Teléfonos: (593)(7)2240600 – 593(7)2240502 – (593)(7)2240918 Fax: (593)(7)2240679
Sitio Web: <http://www.hhec.gov.ec> E-mail: homerocastanier@hhec.gov.ec



Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO**Memorando N° 280 D-E-H-H-C****Azogues, 12 de Octubre del 2010****DE: ENFERMERÍA****PARA: Dr. Hugo Sarmiento C.****COORDIANADOR DE RECURSOS HUMANOS****Asunto: Capacitación del personal enfermeras.**

Por medio de la presente me permito comunicar a UD. Que dentro del compromiso del proyecto de acción intervención del estudio de mi tesis de la maestría en Gerencia en Salud se realizará las I **JORNADAS DE ACTUALIZACION MÉDICA Y DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS Y BIOSEGURIDAD**. Ha realizarse los 28, 29, 30 De Octubre del año 2011 según programación aprobada por la dirección de este Hospital en la misma que se especifica a la Coordinación de Recursos Humanos como parte responsable del desarrollo de esta capacitación.

Particular que doy a conocer para los trámites respectivos.

Atentamente.

Leda. Narcisca Acero
COORDINADORA DEL
EVENTO.

REUNIÒN CON EL PERSONAL QUE LABORA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS





Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO

Azogues, 13 de Octubre del 2010

Ing. Fernando Muñoz

Asunto:

El Hospital dentro del proyecto de mejoramiento de calidad de atención al usuario considera la capacitación del personal como un propósito que motiva al personal, mejora su trabajo adquiere confianza y permite su integración al equipo de trabajo. Por lo que se ha organizado LAS JORNADAS DE ACTUALIZACION MEDICA Y DE ENFERMERIA CRÍTICA, OBSTETRICA, PEDIATRICA Y BIOSEGURIDAD. A desarrollarse los días 20, 21, 22, 23 de Octubre del año en curso. Solicitándole de la manera más comedida su participación como docente el día 23 Octubre En el salón auditorium del Hospital Con los siguientes Temas:

- 10h30 A 11H30 BIOSEGURIDAD

Seguros de contar con su valiosa participación anticipamos nuestros agradecimientos.

Atentamente,

Lcda. Susana Flores
COORDINADORA DEL
DPTO. ENFERMERIA



Dr. Hugo Sarmiento
COORDINADOR DE RECURSOS H.

Seguros de contar con su valiosa participación anticipamos nuestros agradecimientos.



Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO**Azogues, 14 de Octubre del 2010****DE: ENFERMERÍA****PARA: Dr. XAVIER OCHOA**

MEDICO INFECTOLOGO DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.

Asunto: Capacitación al personal Medico y de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Por medio de la presente me permito comunicar a UD. Que dentro del compromiso del proyecto intervención acción del trabajo de investigación de mi Tesis de Maestría en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local se realizará **EL SEMINARIO TALLER DE ACTUALIZACIÓN MEDICA Y DE ENFERMERIA EN MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS Y BIOSEGURIDAD**, Los días 28-29-30 Octubre del año en curso según programación aprobada por la dirección de este Hospital. Por lo que solicito su valiosa participación como Docente con los siguientes Temas:

INFECCIONES MNOSOCOMIALES

28 De Octubre del 2010 de 8:00 Horas a 12.00 Horas.

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES

28 de Octubre del 2010 de 14.00Horas a 16:00 Horas.

Por la acogida que dará a la presente anticipo mis agradecimientos

Atentamente,

Lcda. Narcisca Acero
MAESTRANTE ORGANIZADORA
DEL EVENTO.



Lcda. Susana Flores F.
COORDINADORA DE LA
GESTION DE ENFERMERIA

Dr. Hugo Sarmiento Calle
COORDINADOR DE RECURSOS
HUMANOS.

Avenida Andrés F. Córdova y Luis Manuel Gonzáles, Azogues, Ecuador.
Teléfonos: (593)(7)2240600 – 593(7)2240502 – (593)(7)2240918 Fax: (593)(7)2240679
Sitio Web: <http://www.hhcc.gov.ec> E-mail: homerocastanier@hhcc.gov.ec

CONFERENCISTAS QUE BRINDAN CAPACITACIÓN



PERSONAL QUE ASISTE A CURSO DE CAPACITACIÓN



PERSONAL QUE ASISTE A CURSO DE CAPACITACIÓN



CURSO DE CAPACITACIÓN DE MEDICINA Y ENFERMERÍA
SABAPO 23 DE OCTUBRE DEL 2010 TARDE

	APELLIDOS Y NOMBRES	NUMERO CEDULA	FIRMA ENTRADA	FIRMA SALIDA
1	Lceda. Martínez Vicuña Cecilia	030027757-1		
2	Sra. Abad Martínez María	03000370225		
3	Lceda. Abad Martínez Nancy	03001713435		
4	Lceda. Abad Martínez Sonia	030104685		
5	Magist. Acero Amay María	030105802-2		
6	Srta. Acero Mayamecla Narcisca			
7	Srta. Altamirano Bermeo Gladys	0300594280		
8	Srta. Alvarado Campo Verde Ruth	030068544-2		
9	Lceda. Alvarado Valdez Irma			
10	Sra. Álvarez Arichavala Eduviges	030103555-6		
11	Lceda. Andrade Muñoz María Elena			
12	Sra. Andrade Ortíz Alba	010652827-6		
13	Lceda. Andrade Ortíz Gladys			
14	Sr. Angamarca Alvear Jorge	030222773-1		
15	Srta. Araceli Narváez María			
16	Lceda. Arévalo Perguachi Laura	030120705-8		
17	Srta. Auqui Pulla Gladys	030088444-2		
18	Sra. Ávila Calle Rosa	030091800-4		
19	Sra. Barba Toledo Mayra	010244205-5		
20	Srta. Bernal Castillo Diana			
21	Lceda. Buri Pauzhi Nancy	030250102-6		
22	Sra. Cabrera Vázquez Yolanda			
23	Sra. Cabrera Villa Mayra Gabriela			

03015745
03015745

del 9
por 14

ENTREGA DE CERTIFICADOS A LOS ASISTENTES



DISEÑO DE CERTIFICADO ENTREGADO A LOS ASISTENTES





**HOSPITAL PROVINCIAL
HOMERO CASTANIER CRESPO**

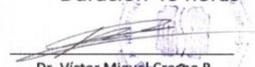
*Confiere el presente **CERTIFICADO**, al Dr.:*

OCHOA XAVIER

Por su participación como Docente, en las **JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN MEDICA Y DE ENFERMERIA CRÍTICA, OBSTETRICA, PEDIATRICA Y BIOSEGURIDAD** desarrollado en el hospital.

Duración 40 horas

Azogues, 23 de octubre de 2010.



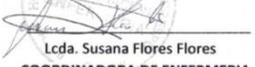
Dr. Victor Miguel Crespo R
DIRECTOR DEL HOSPITAL



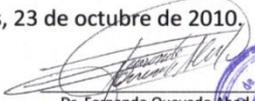
Dr. Hugo Sarmiento Calle
COORDINADOR RR. HH.



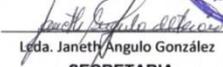
Dr. Santiago Domínguez V.
DECANO DE LA UNIDAD ACADEMICA DE
MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD



Lcda. Susana Flores Flores
COORDINADORA DE ENFERMERIA



Dr. Fernando Quevedo Abad
PRESIDENTE DEL COLEGIO DE
MEDICOS DEL CAÑAR



Lcda. Janeth Angulo González
SECRETARIA



**DIFUSIÓN EN LA PRENSA LOCAL (PANORAMA) DEL TALLER DE
CAPACITACIÓN DESARROLLADO**

Azogues, 06 de noviembre del 2010
PANORAMA y el Migrante **3**

PANORAMA

Jornadas de actualización médica



Con la práctica de las normas y protocolos se mejorará el trato al paciente

Las organizadoras de las jornadas médicas, manifiestan que las capacitaciones se desarrollaron con el personal médico y de enfermería por el lapso de cuatro días, con el objeto de actualizar los conocimientos a través de normas y protocolos, para que el manejo de las patologías sean fundamentadas en la medicina basada en evidencias científicas y se homogenice el tratamiento.(JGP)

■ *Organizadoras del evento junto a autoridades del hospital.*

AZOGUES.-En el hospital Homero Castanier Crespo, se desarrolló las jornadas de actualización médica y enfermería, en la que participaron alrededor de 180 personas; el evento académico contó con la instrucción de profesionales de la localidad y nacionales, con una basta experiencia en temas de pediatría, obstetricia, cuidados intensivos y bioseguridad.



Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO**Memorando N° 099 D-E-H-H-C****Azogues, 29 de Marzo del 2011****DE: ENFERMERÍA****PARA: Lcda. Narcisa Acero.****Asunto: Recepción de Manual.**

Por medio de la presente me permito certificar que la Lcda. Narcisa Acero entrego en el departamento de Enfermería el **MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE BIOSEGURIDAD PARA EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO DE LA CIUDAD DE AZOGUES**, el día 29 de marzo del 2011 .

Particular que comunico para los fines legales pertinentes



Lcda. Susana Flores
COORDINADORA DE LA
GESTIÓN DE ENFERMERÍA.



HOSPITAL PROVINCIAL
HOMERO CASTANIER CRESPO
DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO
COMITÉ DE BIOSEGURIDAD

Azogues, 29 de marzo de 2011

CERTIFICACIÓN

Certifico que la Lcda. Narcisca Acero entregó al COMITÉ DE BIOSEGURIDAD DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO el **MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE BIOSEGURIDAD PARA EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO DE LA CIUDAD DE AZOGUES**, como su proyecto de tesis para la obtención de su título de MAGISTER EN GERENCIA DE SALUD, constituyendo en una herramienta de mucha ayuda para normar los procedimientos de bioseguridad en la Institución.

Atentamente,


Ing. Felipe Romero C.
COMITÉ DE BIOSEGURIDAD.



TRÍPTICO DE INVITACIÓN A CURSO DE CAPACITACIÓN

<p>JORNADAS DE ACTUALIZACION MEDICA Y DE ENFERMERIA CRITICA, OBSTETRICIA, PEDIATRIA Y BIOSEGURIDAD.</p> <p>El Departamento de Enfermería, con el propósito de mejorar los conocimientos y actualizar al personal en nuevas técnicas, desarrollará durante el año algunos eventos de capacitación para el personal de enfermería, insíbete oportunamente.</p>  <p>Av. Manuel F. Córdova y Luis M. González, Azuaguas - Ecuador Tel: (593) 722 40600 Fax: (593) 722 40677 www.hcc.org.ec</p>	  <p><i>ACTUALIZANDO TUS CONOCIMIENTOS NO TE CONTAGIAS NI CONTAGIAS...</i></p>	<p>HOSPITAL "HOMERO CASTANIER CRESPO"</p> <p>JORNADAS DE ACTUALIZACION EN NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y MANEJO ADECUADO DE DESECHOS HOSPITALARIOS.</p>  <p>Lugar: .. Auditorium del Hospital..</p> <p>Fecha: .. Del 27 Al 29 de Octubre de 2010..</p> <p>Hora: .. De 08h00 A 16h00.</p>
<p>Hospital "Homero Castanier Crespo" y Departamento de Enfermería</p>		

ANTES



DESPUÉS



SEPARACIÓN ADECUADA DE LOS DESECHOS CORTOPUNZANTES



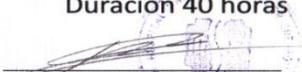
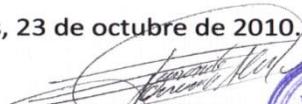
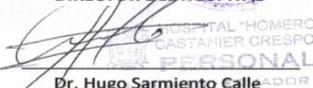
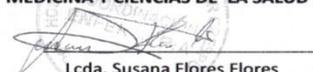
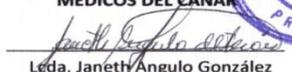
DISPONEMOS DE DISPENSADORES PARA TOALLAS DESECHABLES



**CONTAMOS CON UN LOCAL ESPECÍFICO PARA EL ALMACENAMIENTO
FINAL DE DESECHOS**



DISEÑO DE CERTIFICADO ENTREGADO A LOS ASISTENTES AL CURSO DE CAPACITACIÓN

	 Ministerio de Salud Pública	
<h2>HOSPITAL PROVINCIAL HOMERO CASTANIER CRESPO</h2>		
<p>Confíere el presente CERTIFICADO, al Dr.:</p>		
<h3>OCHOA XAVIER</h3>		
<p>Por su participación como Docente, en las JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN MEDICA Y DE ENFERMERIA CRÍTICA, OBSTETRICA, PEDIATRICA Y BIOSEGURIDAD desarrollado en el hospital.</p>		
<p>Duración 40 horas</p>		
 Dr. Víctor Miguel Crespo R DIRECTOR DEL HOSPITAL	 Dr. Santiago Domínguez V. DECANO DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD	<p>Azogues, 23 de octubre de 2010.</p>  Dr. Fernando Quevedo Abad PRESIDENTE DEL COLEGIO DE MEDICOS DEL CAÑAR
 Dr. Hugo Sarmiento Calle COORDINADOR RR. HH.	 Lcda. Susana Flores Flores COORDINADORA DE ENFERMERIA	 Lcda. Janeth Angulo González SECRETARIA

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO

Que; La Constitución de la República del Ecuador dispone:

Art. 14.- Se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, *sumak kawsay*;

Art. 15.- El Estado promoverá, en el sector público y privado, el uso de Tecnologías ambientalmente limpias y de energías alternativas contaminantes y de bajo impacto. La soberanía energética no se alcanzará en detrimento de la soberanía alimentaria, ni afectará el derecho al agua.

Art. 32.- La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir";

Que la Ley Orgánica de Salud, manda:

Art.6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

I.- Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud;

13.- Regular, vigilar y tomar las medidas destinadas a proteger la salud humana ante los riesgos y daños que pueden provocar las condiciones del ambiente.

14.- Regular, vigilar y controlar la aplicación de las normas de bioseguridad, en coordinación con otros organismos competentes.

16.- Regular y vigilar, en coordinación con otros organismos competentes, las normas de seguridad y condiciones ambientales en las que desarrollan sus actividades los trabajadores, para la prevención y control de las enfermedades ocupacionales y reducir al mínimo los riesgos y accidentes del trabajo.

Art. 97.- La autoridad sanitaria nacional dictará las normas para el manejo de todo tipo de desechos y residuos que afecten la salud humana; normas que serán de cumplimiento obligatorio para las personas naturales y jurídicas

Art. 100.- Va recolección, transporte, tratamiento y disposición final de desechos es responsabilidad de los municipios que la realizarán de acuerdo con las leyes, reglamentos y ordenanzas que se dicten para el efecto, con observancia de las normas de bioseguridad y control determinadas por la autoridad sanitaria nacional. El Estado entregará los recursos necesarios para el cumplimiento de lo dispuesto en este artículo”;

Qué; a través del Acuerdo Ministerial N° 001005 publicado en el Registro

ACUERDA

EXPEDIR EL REGLAMENTO SUSTITUTIVO AL REGLAMENTO PARA EL MANEJO ADECUADO DE LOS DESECHOS INFECCIOSOS GENERADOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD EN EL ECUADOR.

TITULO I DEL MANEJO INTERNO

CAPITULO I DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN

Art.1.- El presente Reglamento se aplicará en todos los establecimientos del Sector Salud en todo el país como: hospitales clínicas, centros de salud, Subcentros de salud,

Oficial N° 106 de 10 de enero de 1997, se expidió el Reglamento para el Manejo Adecuado de los Desechos Infecciosos Generados en las Instituciones de Salud en el Ecuador;

Que; mediante memorando N° SSP-SA-11-166-2010, el Director de Control y Mejoramiento en Salud Pública, solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial, y;

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151 Y 154 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y EL ART. 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA PUNCIÓN EJECUTIVA.

puestos de salud, policlínicos, unidades móviles, consultorios médicos y odontológicos, laboratorios clínicos, de patología y de experimentación, locales que trabajan con radiaciones ionizantes, morgue, clínicas veterinarias, centros de estética y cualquier actividad que genere desechos infecciosos, cortopunzantes y especiales.

CAPITULO II DE LOS OBJETIVOS

Art.2.- Objetivo General.- Establecer lineamientos para la aplicación de la Ley Orgánica de Salud: Libro Segundo.
CAPÍTULO II "De los desechos comunes, infecciosos, especiales y de las radiaciones ionizantes y no ionizantes"

Art.3. Objetivos específicos.- Son objetivos específicos los siguientes:

a. Definir las responsabilidades de los establecimientos de salud públicos y privados, en relación al manejo de los desechos comunes, infecciosos y especiales.

b. Establecer lineamientos para el correcto manejo interno y externo de los desechos comunes, infecciosos y especiales.

c. Establecer el funcionamiento de los Comités de Manejo de Desechos de los establecimientos de salud, a nivel provincial, cantonal e institucional.

d. Establecer permanente coordinación interinstitucional con entidades involucradas en la gestión de los desechos en los establecimientos de salud.

CAPITULO III DE LA CLASIFICACIÓN DE LOS DESHECHOS

Art. 4. Para efectos del presente reglamento, los desechos producidos en los establecimientos de Salud se clasifican en:

- a)** Desechos generales o comunes.
- b)** Desechos infecciosos.
- c)** Desechos especiales.

a.- Desechos generales o comunes. Son aquellos que no representan un riesgo adicional para la salud humana, animal o el medio ambiente.

b.- Desechos infecciosos. Son aquellos que contienen gérmenes patógenos que implican un riesgo

inmediato o potencial para la salud humana y para el ambiente.

Son desechos infecciosos los siguientes:

b.1 Cultivos de agentes infecciosos y desechos de producción biológica, vacunas vencidas o inutilizadas, cajas de Petri, placas de frotis y todos los instrumentos usados para manipular, mezclar o inocular microorganismos.

b.2 Desechos anatomo-patológicos: órganos, tejidos, partes corporales que han sido extraídos mediante cirugía, necropsia u otro procedimiento médico,

b.3 Sangre, sus derivados e insumos usados para procedimientos de análisis y administración de los mismos.

b.4 Fluidos corporales

b.5 Objetos cortopunzantes que han sido utilizados en la atención de seres humanos o animales; en la investigación, en laboratorios y administración de fármacos.

b.6 Cadáveres o partes anatómicas de animales provenientes de clínicas veterinarias o que han estado

expuestos a agentes infecciosos en laboratorios de experimentación.

b.7 Todo material e insumos que han sido utilizados para procedimientos médicos y que han estado en contacto con fluidos corporales.

c- Desechos especiales. Son aquellos que sus características físico-químicas representan riesgo para los seres humanos, animales o medio ambiente y son generados en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; entre estos se encuentran:

c.1 Desechos químicos peligrosos
Desechos químicos peligrosos con características tóxicas, corrosivas, inflamables y/o explosivas.

c.2 Desechos radiactivos contienen uno o varios nucleídos que emiten espontáneamente partículas o radiación electromagnética que se fusionan de forma espontánea y provienen de laboratorios de análisis químicos, radioterapia y radiología.

c.3 Desechos farmacéuticos: envases de fármacos de más de 5 cm. y de líquidos y reactivos que generen riesgo para la salud.

CAPITULO IV DE LA GENERACIÓN Y SEPARACION

Art. 5.- Se establecen indicadores de generación de los desechos infecciosos en la institución de salud de acuerdo a la complejidad de la misma;

- a. servicio de hospitalización: kilogramo por cama y por día y por paciente.
- b. atención ambulatoria: 250 a 350 gramos por consulta por día y por paciente.

Art.6.- Todos los profesionales, técnicos, auxiliares y personal de cada uno de los servicios son responsables de la separación y depósito de los desechos en los recipientes específicos.

Art.7.- Los desechos deben ser clasificados y separados en el mismo lugar de generación durante la prestación de servicios al usuario.

Art.8.- Los objetos cortopunzantes deberán ser colocados en recipientes desechables a prueba de perforaciones y fugas accidentales.

Art.9.- Los desechos líquidos o semilíquidos especiales serán colocados en recipientes resistentes

plásticos y con tapa hermética, para su posterior tratamiento en el lugar de generación.

Art.10.- Los desechos infecciosos y patológicos serán colocados en recipientes plásticos de color rojo con fundas plásticas de color rojo.

Art.11.- Los desechos especiales deberán depositados en cajas de cartón íntegras, a excepción de desechos radiactivos y drogas citotóxicas que serán almacenados en recipientes especiales de acuerdo a la normas elaboradas por el organismo regulador vigente en el ámbito nacional.

Art.12.- Los desechos generales o comunes serán depositados en recipientes plásticos de color negro con funda plástica de color negro.

Art.13.- Los residuos sólidos de vidrio, para cartón, madera, plásticos y otros materiales reciclables, no contaminados, serán empacados para su comercialización y/o reutilización y enviados al área de almacenamiento final dentro de la institución.

CAPITULO V DE LOS ALMACENAMIENTOS Y RECIPIENTES

Art.14 De acuerdo al nivel de complejidad de la institución de salud existirán los siguientes sitios almacenamiento:

a.- Almacenamiento de generación: es el lugar en donde se efectúa el procedimiento y representa la primera fase del manejo de los desechos infecciosos, cortopunzantes, especiales y comunes.

b.- Almacenamiento intermedio: es el local en el que se realiza el acopio temporal, distribuido estratégicamente en los pisos o unidades de servicio. (Rige para establecimientos de más de 50 camas de hospitalización).

c.- Almacenamiento final: es el local que sirve de acopio de todos los desechos generados en la institución, accesible para el personal de servicios generales o limpieza, municipales encargados de la recolección y para los vehículos de recolección municipal.

Art.15.- La capacidad de los locales intermedios finales, será establecida por la institución generadora de acuerdo a la producción diaria de 5 diferentes tipos de desechos.

Art.16.- Para garantizar la protección e integridad de los recipientes que contienen los diferentes tipos de desechos el acceso debe ser exclusivo para el personal mencionado en el art. 14 literal c.

Art.17.- Los recipientes destinados para almacenamiento temporal de desechos radioactivos, deberán cumplir con la reglamentación del organismo regulador vigente en el ámbito nacional.

Art.18.- Los recipientes que contienen desechos comunes e infecciosos deben ser de material plástico rígido, resistente y con paredes uniformes.

Art. 19.- Los recipientes y fundas deben ser de los siguientes colores:

- a.** Rojo. Para desechos infecciosos
- b.** Negro. Para desechos comunes.
- c.** Verde. Para material orgánico
- d.** Gris. Para material reciclable.

Art. 20.- Las fundas deben tener las siguientes características:

- a.-** Espesor y resistencia: más de 35micrómetros

b.- Material: plástico biodegradable opaco para impedir la visibilidad.

c.- Volumen: de acuerdo a la cantidad de desechos generada en el servicio en el transcurso de la jornada laboral.

Art.21.- Los recipientes para objetos cortopunzantes serán de plástico rígido, resistente y opaco.

La abertura de ingreso del recipiente no debe permitir la introducción de las manos. Su capacidad no debe exceder los 6 litros.

Art.22.- Los recipientes para los desechos especiales deberán ser de cartón.

Art.23.- Los recipientes y fundas deberán ser rotulados de acuerdo al tipo de desechos que contienen, nombre de servicio que los genera, peso, fecha y nombre del responsable del manejo de los desechos en el servicio.

CAPITULO VI DE LA RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE INTERNO

Art.24.- La recolección y transporte interno de los desechos, desde las fuentes de generación hasta los sitios de almacenamiento, deberá realizarse mediante el uso de recipientes plásticos con tapa, ruedas, de fácil manejo y no deben ser utilizados para otro fin.

Art.25.- Se implementarán programas de recolección y transporte interno que incluyan rutas, frecuencias y horarios para no interferir con el transporte de alimentos, materiales y con el resto de actividades de los servicios de salud.

Art.26.- Los desechos serán recolectados, debidamente clasificados y empacados para transportarlos desde los sitios de generación a los almacenamientos intermedio y final.

Art.27.- Las instituciones de salud establecerán protocolos para recolectar materiales potencialmente reciclables, considerando que no represente riesgo alguno para las personas que los manipulen ni para los usuarios.

CAPITULO VII

DEL TRATAMIENTO DE LOS DESHECHOS INFECCIOSOS Y ESPECIALES.

Art.28.- El tratamiento de los desechos infecciosos consiste en la inactivación de la carga contaminante bacteriana y/o viral en la fuente generadora

Art. 29.- Los métodos de tratamiento de los desechos infecciosos son:

- a. Esterilización (autoclave): Mediante la combinación de calor y presión proporcionada por el vapor de agua, en un tiempo determinado.
- b. Desinfección química: Mediante el contacto de los desechos con productos químicos específicos.

Art. 30.- Los residuos de alimentos de pacientes son considerados infecciosos especialmente de servicios que manejan enfermedades infectocontagiosas los que se someterán a inactivación química mediante hipoclorito de sodio

CAPITULO VIII

DEL TRATAMIENTO DE LOS DESHECHOS RADIOACTIVOS IONIZANTES Y NO IONIZANTES.

Art. 31.- Los desechos radiactivos ionizantes y no ionizantes deberán ser sometidos a tratamientos específicos según las normas vigentes del organismo regulador en el país, antes de ser dispuestos en las celdas de seguridad y confinamiento en los rellenos sanitarios.

TITULO II DEL MANEJO EXTERNO

CAPITULO I

DE LA RECOLECCIÓN DIFERENCIADA, TRATAMIENTO EXTERNO Y DISPOSICIÓN FINAL

Art. 32.- Es responsabilidad de los Municipios el manejo externo de los desechos infecciosos de conformidad con lo establecido en el Art. 100 de la Ley Orgánica de Salud.

Art. 33.- La recolección diferenciada es el proceso especial de entrega-recepción de los desechos infecciosos y especiales generados en los establecimientos de salud, con UN VEHÍCULO EXCLUSIVO de características especiales y con personal capacitado para el efecto.

Art. 34.- El tratamiento externo se ejecutará fuera de la institución de

TITULO III DE LOS COMITÉS

CAPITULO I

DE LOS COMITÉS DE MANEJO DE DESHECHOS

Art. 36. COMITÉ PROVINCIAL

En cada provincia se conformará un comité de manejo de desechos constituido por un representante de los comités cantonales, presidido por el Director Provincial de Salud.

Las funciones de los comités provinciales son:

salud a través de métodos aprobados por la ley de gestión ambiental.

Art.35.- La disposición final es un método de confinación de los desechos infecciosos y especiales generados en las instituciones de salud, que se realizará de acuerdo a lo establecido en el presente reglamento.

La disposición final garantizará el confinamiento total de los desechos infecciosos y especiales para prevenir la contaminación de los recursos naturales agua, suelo y aire y los riesgos para la salud humana.

a.- Analizar las normas establecidas por el Ministerio de Salud y vigilar el cumplimiento de las mismas:

b.- Monitorear las actividades de los comités cantonales;

c.- Capacitar al personal de salud de la provincia en el manejo integral de los desechos infecciosos y en normas de bioseguridad

d.- Analizar y almacenar la información entregada por los comités cantonales sobre el manejo integral de los desechos infecciosos en la instituciones de salud pública y privada.

e.- Presentar la información anual del cumplimiento de las actividades al Ministerio de Salud Pública.

Art. 37. COMITÉS CANTONALES.

Se conformarán con los representantes de las siguientes entidades: Autoridad sanitaria y ambiental; establecimientos de salud públicos y' privados, municipios y de control.

Las funciones de los comités cantonales son:

a.- Capacitar al personal de salud y municipal responsable de la gestión integral de los desechos infecciosos para el cumplimiento del presente Reglamento;

b.- Definir un plan de acción anual;

c.- Coordinar actividades con el Municipio para la gestión integral y ambientalmente saludable de los desechos infecciosos generados en el cantón.

d.- Monitorear el cumplimiento de este reglamento en las instituciones de salud;

e.- Analizar y entregar la información al Comité Provincial y a los Municipios de sus respectivos cantones.

Art. 38.- COMITÉS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

En las instituciones de la red de salud nacional de acuerdo al nivel de atención y complejidad conforme normativa del Ministerio de Salud, se conformará el Comité Institucional de Manejo de Desechos, cuyos integrantes serán el director o gerente, director o jefe administrativo y financiero y los jefes de servicios.

En los establecimientos de atención ambulatoria como consultorios médicos, odontológicos, centros estéticos, veterinarios y laboratorios pequeños, es decir aquellos de baja complejidad, deberá existir al menos un responsable del manejo de los desechos.

Las funciones de este Comité son:

- a) Realizar el diagnóstico anual de la situación de los desechos y la aplicación de las normas de bioseguridad en la institución
- b) Elaborar protocolos para el manejo de desechos basado en el presente Reglamento
- c) Planificar, ejecutar y evaluar el programa de manejo de desechos, tomando en cuenta aspectos organizativos y técnicos y la situación de los recursos humanos y materiales de la institución
- d) Coordinar con el Comité de salud ocupaciones para la investigación de accidentes y ausentismo laboral y desarrollando medidas de precaución que incluyan normas, vacunas y equipos.
- e) Evaluar los índices de infecciones nosocomiales, mediante la aplicación de normas de bioseguridad en los servicios hospitalarios.
- f) Coordinar el desarrollo de programas pertinentes de capacitación para todo el personal
- g) Determinar las posibilidades técnicas y ventajas económicas del rehúso y reciclaje de materiales;
- h) Prevenir problemas ambientales y de salud ocasionados por una mala gestión integrada de los desechos infecciosos y desarrollar planes de contingencia para casos de contaminación ambiental.

Los establecimientos deben contar con un profesional responsable del manejo de los desechos debidamente capacitado y autorizado por la Autoridad Sanitaria Nacional.

CAPITULO II

TITULO I DE LA DELEGACIÓN

Art. 39.- El Ministerio de Salud a través de las Direcciones Provinciales DELEGARA a los miembros de los Comités Cantonales de Manejo de Desechos Hospitalarios, bajo el cumplimiento de lo establecido en el presente Reglamento, para ejecutar las siguientes acciones:

- a.** Asesorar y evaluar a los establecimientos de salud en el manejo de los desechos en todas sus etapas.
- b.** Analizar los archivos de los Comités Institucionales de Desechos o documentación requerida durante el proceso de evaluación, para verificar y calificar la Gestión del Comité.
- c.** Asesorar al prestador de servicios para la recolección, transporte y disposición final diferenciada de los desechos infecciosos.
- d.** Evaluar el proceso de transporte, recolección, tratamiento y disposición final de los desechos infecciosos de acuerdo al Título II Capítulo I, de este reglamento.

TITULO III

DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y CONTROL

Art. 40.- La evaluación es la medición del acatamiento y cumplimiento del presente reglamento y su normativa en las instituciones del ámbito de aplicación.

Evaluación intra-institucional: Evaluar en los diferentes servicios de la institución, las fases de manejo de desechos y que se realizarán en tres etapas:

- 1. Evaluación oficial:** evaluación obligatoria anual a todos los Establecimientos.
- 2. Reevaluación:** a los establecimientos que en la primera evaluación no obtuvieron el mínimo de calificación requerido de 70%.

3. **Evaluaciones periódicas de control:** realizadas por el Comité de manejo de Desechos de la institución, del Comité Cantonal de manera aleatoria y por entidades de control acreditadas.

Art. 41. Evaluación del manejo externo realizada por la Autoridad Sanitaria Nacional en coordinación con el prestador del servicio

Evaluación de la recolección diferenciada.

Evaluación del sistema de tratamiento autorizada por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Evaluación de la disposición final (celda de seguridad o relleno sanitario)

Art. 42.- Evaluación del proceso de entrega-recepción de desechos por las instituciones de salud al servicio de recolección que se realizará anualmente durante la evaluación oficial y dentro de los cortes periódicos.

CAPITULO III

DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO

Art. 43.- El proceso de evaluación se lo realizará mediante los instrumentos oficiales del Ministerio de Salud de acuerdo a la complejidad de la institución y cuyos parámetros de evaluación estarán dados por:

CATEGORÍA	DENOMINACIÓN	PORCENTAJE
A	Adecuado	90-100%
B	Bueno	70-89%
C	Regular	41-69%
D	Deficiente	0-40%