



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



ESCUELA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE MEDICINA UCV

**CONOCIMIENTO QUE POSEEN LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA DEL ÁREA QUIRÚRGICA SOBRE LOS DESECHOS
CORTOPUNZANTES. CENTRO CLINICO LA ISABELICA. TERCER
TRIMESTRE. AÑO 2005. VALENCIA ESTADO CARABOBO**

AUTORAS:

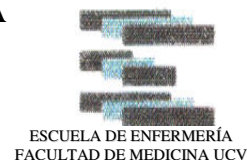
CHAVEZ, ZOPPI	C.I. V-13.989.633
MORENO, ADRIANA	C.I. V- 14.624.517
ROJAS, CHEMMY	C.I. V-11.522.733

TUTOR: Mgs. CILIA VÉLIZ

VALENCIA, NOVIEMBRE 2005



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**CONOCIMIENTO QUE POSEEN LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA DEL ÁREA QUIRÚRGICA SOBRE LOS DESECHOS
CORTOPUNZANTES. CENTRO CLINICO LA ISABELICA. TERCER
TRIMESTRE. AÑO 2005. VALENCIA ESTADO CARABOBO**

(Trabajo Presentado como requisito parcial para optar al
Título de Licenciado en Enfermería)

AUTORAS:

CHAVEZ, ZOPPI	C.I. V-13.989.633
MORENO, ADRIANA	C.I. V- 14.624.517
ROJAS, CHEMMY	C.I. V-11.522.733

TUTOR:

Mgs. CILIA VELIZ

VALENCIA, NOVIEMBRE 2005

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del trabajo especial de grado, titulado **Conocimiento que poseen los Profesionales de Enfermería del área Quirúrgica sobre los Desechos Cortopunzantes. Centro Clínico La Isabelica Valencia Estado Carabobo. 2005**; presentado por Chávez Zoppi C.I. V-13.989.633, Moreno Adriana, C.I. V- 14.624.517, Rojas Chemmy C.I. V- 11.522.733. Para optar al título de Licenciado en Enfermería, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

Caracas, 30-11- 2005.

Mgs. Cilia Véliz

C.I. V – 3.528.212

DEDICATORIA.

A Dios todopoderoso, por permitirme lograr esta meta propuesta; alcanzada con esfuerzo, sacrificios y constancia.

A dos seres maravillosos “Mis Padres” por haberme dado la vida; por su apoyo incondicional en cada paso dado durante el camino recorrido, por ser personas excepcionales que forman parte de mi día a día y por haber estado presente en la realización de esta meta y ser parte principal de ella. Los amo...

A ti mi “Leo”, por ser un pilar fuerte y sólido que forma mi vida; por animarme a ser cada día mejor y ayudarme a encontrar solución a cada problema.

A mis Hermanos Franklin, Ivonne, Rosmary, Gustavo, para que luchen y formen un excelente futuro ya que la vida apenas comienza para ustedes; construyan con mucho esfuerzo y dedicación sus ideales sin ponerse límites. Los quiero...

A mis sobrinos Víctor Alfonso, Franmary Grisel y Jairo Leonardo, quienes iluminan mi camino con cariño, amor y alegría.

A todos mil gracias

Zoppi Carolina Chávez C.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme dado fuerza y voluntad en el camino para la realización de este trabajo especial de grado.

Al personal que labora en el quirófano del Centro Clínico “La Isabelica”, por la excelente colaboración prestada en la realización de esta meta.

Muy especialmente a mi tutora, Dra. Cilia Véliz, quien con su apoyo, sabiduría y empeño me guió pacientemente en la elaboración de esta meta trazada.

A la Lic. Nancy Montilla, por brindarme su disponibilidad de tiempo, sus conocimientos y su mano amiga en un momento crucial en la elaboración del presente trabajo.

A mis compañeras de tesis, Adriana e Yndirah, quienes con paciencia y esmero me ayudaron en la culminación de esta meta.

A todas aquellas personas que estuvieron incondicionalmente prestándome su apoyo a lo largo de toda mi carrera.

A todos muchas gracias!!!

Zoppi Carolina Chávez C.

DEDICATORIA.

A Dios todo poderoso, por darme la fortaleza y constancia en los momentos más difíciles de mi vida.

A la memoria de mi padre (Francisco Moreno), el cual guió mis pasos hacia el buen camino. A mi madre (Ana de Moreno) por estar en el centro de mi mundo donde me apoyo en el día a día y por ser la persona más especial y digna de todo mí amor y respeto. Gracias Mami...

A mis hermanos (Audry, Francisco, Néstor) por darle la chispa de alegría que enciende mi vida. A mis sobrinos (Gabriel, Francisco, Gabriela, Yulitza, Edimar, Angely) que me dan la fuerza para seguir adelante, con la esperanza, que vean en mi un ejemplo, que cuando se desea algo con todo el corazón no hay barreras que nos puedan detener para alcanzar el éxito!

Adriana Moreno.

AGRADECIMIENTOS.

Al personal de Enfermería que labora arduamente en el Centro Clínico La Isabelica, por la colaboración prestada.

A la orientación suministrada por la Lic. Nancy Montilla, que nos brindó su ayuda en un momento crítico, permitiéndonos avanzar con pie firme hacia la meta propuesta.

A las asesorías y la gama de experiencias ofrecidas por la Lic. Cilia Véliz (Tutor Técnico), ya que sin ella no hubiese sido posible la realización de este trabajo de investigación

A Frank. R con especial cariño, por su excelente colaboración en materia de Salud Ocupacional y gracias a su experiencia profesional, la cual dio las bases para la formulación de esta investigación.

A mi amigo Rubén. V, por su paciencia y apoyo incondicional durante el largo camino, hacia una meta preciada llegando al más fabuloso de los premios como es, la culminación de nuestro trabajo. Gracias amigo...

Adriana Moreno.

DEDICATORIA

A ti mamá por tanto, por todo y demasiado, se de siempre que has añorado el hecho de no haber concluido una carrera universitaria, este logro te lo dedico a ti.

A mis adorados hijos esperando que en el futuro sirva éste esfuerzo, llamado estudio universitario de ejemplo, para la preparación profesional de cada uno de ustedes, *Los amo!*

A todas (os) aquellas (os) profesionales de enfermería que cumplen múltiples roles, son madre y hasta padre de familia al unísono; modifican su entorno para estudiar y trabajar, dedicándole largas jornadas, por su perseverancia puesto que nada se consigue sin tenacidad y coraje, y ese conocimiento adquirido con tanto valor obtenido, es la fuente de mi inspiración, las palabras conmueven, pero son los ejemplos los que arrastran. Y con estas cortas líneas recordarles el supremo potencial que tiene una enfermera donde quiera que se encuentre.

Chemmy Yndirah Rojas.

AGRADECIMIENTOS

A Jesús Cristo porque: “Una muralla sin cristo es como una tela de araña, pero una tela de araña con Cristo es más que una muralla”

A mi mamá, por cubrir el espacio y el tiempo que he dejado de dedicarle a mis hijos.

A Rubén, por tu colaboración, autoimplicacion, consideración y paciencia, valoro realmente tu ayuda, determinante y necesaria para mi avance profesional.

A la profesora, Cilia Véliz, por haber transmitido ese torrente de conocimientos; que invita a seguir su ejemplo, por su tiempo; siempre tan dispuesta, por su amistad, por su cariño, por su ayuda sin condición; y por sobre todas las cosas su motivación, su dedicación, su paciencia; jamás la olvidaré. No imagina la gran huella que ha dejado en mí; ¡gracias por haber sido más que una tutora!

A Usted profesora Nancy Montilla, por su valiosa colaboración en un momento de mucha angustia, fue efectiva para continuar avanzando.

A las colegas, compañeras y amigas profesionales de Enfermería del área Quirúrgica del Centro Clínico “La Isabelica” por su apreciada participación.

Y por último a todas aquellas personas que no logro escribir, no por menor importe; sino por motivos de espacio, pero eso sí presentes en mi mente y corazón, y de igual manera contribuyeron en la realización de esta investigación.

A todos Gracias.

Chemmy Yndirah Rojas.

ÍNDICE

	Pág.
APROBACION DEL TUTOR.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
LISTA DE CUADROS	xii
LISTA DE GRÁFICOS.....	xv
RESUMEN.....	xviii
INTRODUCCION.....	1
 CAPITULO I	
El problema	
1.1 Planteamiento del Problema.....	4
1.2 Objetivos de la Investigación.....	12
1.2.1 General.....	12
1.2.2 Especifico.....	12
1.3 Justificación.....	13
 CAPITULO II	
Marco Teórico	
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	17
2.2 Bases Teóricas.....	23
2.3 Sistema de Variables.....	46
2.4 Operacionalización de las Variables.....	47
2.5 Definición de Términos.....	49

CAPITULO III

	Pág.
Diseño Metodológico	
3.1 Tipo de Investigación.....	51
3.2 Tipo de Estudio.....	52
3.3 Población.....	52
3.4 Muestra.....	53
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	54
3.6Técnicas y análisis de los datos.....	55
3.7 Validez.....	55
3.8 Confiabilidad.....	56

CAPITULO IV

4.1 Presentación y Análisis de los resultados.....	60
--	----

CAPITULO V

Conclusiones.....	83
Recomendaciones.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ANEXOS.....	91

LISTA DE CUADROS

Cuadros	Pág.
Nº 1. Distribución absoluta y porcentual de los datos demográficos relacionados con el nivel académico del personal de Enfermería. Área quirúrgica. Centro Clínico La Isabelica Tercer trimestre Año 2005.Valencia Estado Carabobo.	61
Nº 2. Distribución absoluta y porcentual de los datos demográficos relacionados con el sexo del personal de Enfermería. Área quirúrgica. Centro Clínico La Isabelica. Tercer trimestre Año 2005.Valencia Estado Carabobo.	63
Nº 3. Distribución absoluta y porcentual de los datos demográficos relacionados con el cargo que desempeña el personal de Enfermería. Área quirúrgica. Centro Clínico La Isabelica. Tercer trimestre Año 2005.Valencia Estado Carabobo.	65
Nº 4. Distribución absoluta y porcentual de los datos demográficos relacionados con los años de servicio del personal de Enfermería. Área quirúrgica. Centro Clínico La Isabelica. Tercer trimestre Año 2005.Valencia Estado Carabobo.	67

- Nº 5.** Distribución absoluta y porcentual de los resultados a fin de Identificar la Información que poseen los profesionales de Enfermería sobre la Recolección de los desechos Cortopunzantes en los subindicadores; material de fabricación, identificación de los recipientes; condiciones del orificio de entrada de los recipientes; capacidad de llenado; cerrado hermético. Área quirúrgica. Centro Clínico La Isabelica. Tercer trimestre Año 2005.Valencia Estado Carabobo. 69
- Nº 6.** Distribución absoluta y porcentual de los resultados a fin de Identificar el conocimiento que tienen los profesionales de Enfermería sobre las condiciones del transporte interno del área quirúrgica; en los subindicadores: traslado manual de los recipientes de cortopunzantes, implementos de protección, ruta de traslado, traslado exclusivo de los recipientes de cortopunzantes. Área quirúrgica Centro Clínico La Isabelica. Tercer trimestre Año 2005.Valencia Estado Carabobo. 73
- Nº 7.** Distribución absoluta y porcentual de los resultados a fin de Identificar el conocimiento que poseen los profesionales de Enfermería sobre el tratamiento de los desechos cortopunzantes en los subindicadores tipos de técnicas: esterilización e incineración, elementos de la técnica: temperatura de esterilización y período de tiempo, Incineración: temperatura de incineración, ventajas y combustión de los recipientes compatibles. Área quirúrgica. Centro Clínico La Isabelica. Tercer trimestre Año 2005.Valencia Estado Carabobo. 76

Nº 8. Distribución de los resultados para la variable conocimiento que poseen los profesionales de Enfermería sobre desechos cortopunzantes en su dimensión: Manejo de los desechos cortopunzantes. Área quirúrgica. Centro Clínico La Isabelica. Tercer trimestre Año 2005.Valencia Estado Carabobo.

LISTA DE GRÁFICOS.

Gráficos	Pág.
Nº 1. Distribución absoluta y porcentual de los datos demográficos relacionados con el nivel académico del personal de Enfermería. Área quirúrgica. Centro Clínico La Isabelica. Tercer trimestre Año 2005.Valencia Estado Carabobo.	62
Nº 2. Distribución absoluta y porcentual de los datos demográficos relacionados con el sexo del personal de Enfermería. Área quirúrgica. Centro Clínico la Isabelica. Tercer trimestre Año 2005.Valencia Estado Carabobo.	64
Nº 3. Distribución absoluta y porcentual de los datos demográficos relacionados con el cargo que desempeña el personal de Enfermería. Área quirúrgica. Centro Clínico La Isabelica. Tercer trimestre Año 2005.Valencia Estado Carabobo.	66
Nº 4. Distribución absoluta y porcentual de los datos demográficos relacionados con los años de servicio del personal de Enfermería. Área quirúrgica. Centro Clínico La Isabelica. Tercer trimestre Año 2005.Valencia Estado Carabobo.	68

- Nº 5.** Distribución absoluta y porcentual de los resultados a fin de Identificar la información que poseen los profesionales de Enfermería sobre la Recolección de los desechos cortopunzantes en los subindicadores material de fabricación, identificación de los recipientes; condiciones del orificio de entrada de los recipientes; capacidad de llenado; cerrado hermético. Área quirúrgica Centro Clínico La Isabelica. Tercer trimestre Año 2005.Valencia Estado Carabobo. 72
- Nº 6.** Distribución absoluta y porcentual de los resultados a fin de identificar el conocimiento que tienen los profesionales de Enfermería sobre el Transporte de los desechos cortopunzantes en los subindicadores, traslado manual de los recipientes cortopunzantes, implementos de protección, ruta de traslado, traslado exclusivo de los recipientes de cortopunzantes. Área quirúrgica Centro Clínico La Isabelica. Tercer trimestre Año 2005.Valencia Estado Carabobo.
- Nº 7.** Distribución absoluta y porcentual de los resultados a fin de describir el conocimiento que poseen los profesionales de Enfermería sobre el Tratamiento de los desechos cortopunzantes en los subindicadores tipos de técnicas: esterilización e incineración, elementos de la técnica: temperatura de esterilización y período de tiempo, Incineración: temperatura de incineración, ventajas y combustión de los recipientes compatibles. Área quirúrgica. Centro Clínico. La Isabelica. Tercer trimestre Año 2005.Valencia Estado Carabobo. 75 77

Nº 8. Distribución de los resultados para la variable conocimiento que poseen los profesionales de Enfermería sobre desechos cortopunzantes en su dimensión: Manejo de desechos cortopunzantes. Área quirúrgica. Centro Clínico La Isabelica. Tercer trimestre Año 2005.Valencia Estado Carabobo.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA EXPERIMENTAL DE ENFERMERIA

**CONOCIMIENTO QUE POSEEN LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERIA DEL ÁREA QUIRÚRGICA SOBRE LOS DESECHOS
CORTOPUNZANTES. CENTRO CLÍNICO LA ISABELICA. TERCER
TRIMESTRE AÑO 2005.
VALENCIA ESTADO CARABOBO.**

Autoras: Chávez Zoppi.
Moreno Adriana.
Rojas Chemmy.
Tutor: Mgs. Cilia Véliz.
Año: 2005.

RESUMEN

El presente estudio se ubica dentro de la línea de Investigación del área de la Salud Ocupacional, dentro del marco de la Investigación Descriptiva, fundamentada en un diseño de campo no experimental transeccional, cuyo objetivo fue Determinar el conocimiento que poseen los profesionales de enfermería del área quirúrgica, sobre los Desechos Cortopunzantes en el “Centro Clínico La Isabelica”, tercer trimestre año 2005.

La población estuvo conformada por profesionales de Enfermería que laboran en el área quirúrgica. La muestra estuvo constituida por 20 profesionales de enfermería que representan el 100% de la población. Para la recolección de la información se utilizó un cuestionario estructurado por 15 ítems de tipo dicotómico. La validez se hizo mediante la revisión del mismo por tres expertos en: Metodología de la Investigación, Enfermería Perioperatoria y Salud Ocupacional, para la confiabilidad se aplicó la técnica del Kuder- Richardson (K_{R20}), obteniéndose un coeficiente de 0,86. Para el análisis estadístico de los datos se emplearon frecuencias y porcentajes.

Los resultados obtenidos permiten concluir en términos generales que el 28% de los profesionales de Enfermería tiene desconocimiento sobre la recolección, el 60% tiene desconocimiento sobre transporte, mientras que el 72% tiene desconocimiento del tratamiento de los desechos cortopunzantes. Se recomienda programar talleres de actualización para el personal de enfermería contentivo de aspectos relacionados con los desechos cortopunzantes.

INTRODUCCIÓN

La generación de desechos, que es inseparable de las actividades humanas y acompaña al hombre desde su aparición sobre la tierra, ha cambiado cualitativa y cuantitativamente, lo más importante, actualmente se ha agravado.

Las instalaciones sanitarias son las encargadas de reducir y prevenir los problemas de salud de la población, pero inevitablemente generan desechos que pueden ser peligrosos para la misma o influir negativamente en el Medio Ambiente, a lo cual se ha restado importancia, debido a que tradicionalmente la prioridad de estos centros ha sido la atención al paciente.

La manipulación de estos desechos incrementa el riesgo para el trabajador hospitalario, que puede contaminarse la piel o las conjuntivas oculares, herirse con objetos cortopunzantes, inhalar aerosoles infectados o irritantes o ingerir de forma directa o indirecta el material contaminado ya que son considerados como reservorios de microorganismos patógenos y entrañan una doble amenaza: sufrir un accidente laboral (que incluso podría derivar en una enfermedad como SIDA o Hepatitis B). En la medida en que el personal manipule sin las medidas mínimas de seguridad los residuos hospitalarios, de esa forma se incrementa la posibilidad de accidentes e infecciones laborales.

Los desechos deben permanecer acumulados en las áreas de trabajo el menor tiempo posible, retirándose con una frecuencia mínima de una vez por turno de enfermería y cada vez que se encuentren llenos los recipientes. Su inadecuada

recolección, transporte, tratamiento y disposición puede provocar daños físicos serios e infecciones graves al personal que labora en instituciones de salud, a los pacientes y a la comunidad en general, trayendo como consecuencia un aumento de la morbilidad y el consiguiente incremento del ausentismo laboral. Esto eleva los gastos de atención médica y los costos por días no laborados.

Teniendo en cuenta que la manipulación de residuos peligrosos no debe ser considerada como un tema menor, surge la necesidad de realizar esta investigación, cuyo objetivo general es determinar el conocimiento que poseen los profesionales de enfermería del área quirúrgica sobre la recolección, transporte y tratamiento de los desechos cortopunzantes del Centro Clínico La Isabelica, para el año 2005. Valencia Estado Carabobo

El desarrollo y ejecución de la presente investigación, se estructura de la manera siguiente:

Capítulo I, El Planteamiento del Problema, se abordan aspectos relacionados al problema que se ha identificado, estableciéndose los objetivos de la investigación, y la correspondiente justificación.

Capítulo II, El Marco Teórico, contiene una revisión documental de algunas investigaciones realizadas anteriormente para fijar un marco referencial que permita ubicar el estudio en el contexto al cual forma parte, consideradas antecedentes, las bases teóricas que sustentan el mismo, las bases legales y la definición de términos básicos.

Capítulo III, El Marco Metodológico, muestra el procedimiento para obtener información del profesional de enfermería del área quirúrgica establecidos como población de estudio, para definir los criterios de los mismos y la manera como se realiza el análisis e interpretación de la información obtenida a través de los instrumentos diseñados.

Capítulo IV, Análisis de los resultados, en este se presentan los resultados de los instrumentos aplicados, así como el respectivo análisis e interpretación.

Capítulo V, se exponen las conclusiones y recomendaciones, como también las referencias bibliográficas que fueron pertinentes revisar para la realización de esta investigación.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1.- Planteamiento del Problema

La generación de desechos sólidos es parte indisoluble de las actividades que realiza una organización. Considerando que dentro de las etapas del ciclo de vida de los desechos sólidos (generación, recolección, transportación, almacenamiento, tratamiento y disposición final), las empresas constituyen el escenario fundamental, en el que se desarrollan y se vinculan las diferentes actividades asociadas al manejo de los mismos. Durante las dos últimas décadas, se han establecido a nivel mundial varios sistemas de control para la gestión de los residuos, prestando especial atención a las estrategias de prevención en centros hospitalarios.

La sensibilización frente a los riesgos de los desechos sólidos en centros hospitalarios y su interés por su eliminación es algo reciente, en lo que sin duda ha influido de manera importante la aparición del SIDA; por ello en la década de 1970, se había dotado a la mayoría de los quirófanos para deshacerse de los restos anatómicos y una pequeña cantidad de desechos infecciosos. Ya que en aquel momento la utilización del material desechable de un solo uso, estaba poco desarrollada y extendida.

Dentro de este marco, los hospitales de los países de Ingresos Medios y Bajos generan un volumen de residuos mucho menor que los de los EE.UU. Los residuos excesivos de los hospitales de los EE.UU. provienen comúnmente por la gran utilización de instrumentos y materiales descartables, y el aumento del embalaje de todos los productos utilizados. Estas diferencias no necesariamente han resultado en índices más bajos de infección o mejores cuidados y resultados para los pacientes. En otros países, la economía ha dictado el mantenimiento de un sistema que se apoya en el reprocesamiento y rehúso de los materiales.

Un nuevo y mayor énfasis también necesita ser puesto en la reducción de los residuos de materiales peligrosos. Por ejemplo, el manejo de los residuos hospitalarios se beneficiaría con una política para eliminar el uso de los productos y tecnologías que contienen mercurio. La tecnología digital y electrónica está disponible para reemplazar las herramientas de diagnóstico que contienen mercurio. Esto es una decisión de compra e inversión. Dado que en la mayoría de los países (incluyendo a los EE.UU.) no existe la capacidad de manejar de manera segura los residuos con mercurio, esta política de reducción haría una importante contribución para limpiar el total de los residuos hospitalarios. Este es un ejemplo de estrategias de reducción que podrían identificarse e implementarse en todos los países. Prevenir la contaminación es la manera más económica de asegurar la salud pública.

En Venezuela, el manejo actual de los residuos observado en muchos hospitales consiste en que todos los residuos, potencialmente infecciosos, de oficina,

generales, de comida, de construcción, y materiales químicos peligrosos son todos mezclados cuando se generan, en la recolección, en el transporte de los mismos y en la disposición final.

Como resultado de esta deficiencia para establecer y seguir protocolos e infraestructura para la clasificación, los desechos que salen de los hospitales, son en su conjunto potencialmente infeccioso y potencialmente peligroso. No importa qué estrategia se adopte para el tratamiento y disposición final de los residuos, es primordial que los residuos se clasifiquen (preferentemente en el lugar en el que se generan) previamente a tratarlos y disponerlos. Este paso tan importante debe ser dado para salvaguardar la salud laboral del personal del establecimiento.

Imponer prácticas de clasificación en los hospitales para separar los residuos biológicos y químicos peligrosos (generalmente menos del 15% del total) dejará como resultado un 85% de residuos limpios, que pueden ser fácil, segura y económicamente manejados, reciclando y enterrando sanitariamente los restos. Estos residuos tienen una alta proporción de desechos orgánicos (restos de alimentos) y reciclables (papel, plásticos, metal) y en realidad muy pocos de todos éstos necesitan ir a disposición final, especialmente por el alto porcentaje de reprocesamiento y rehúso de materiales que existe en muchos servicios de salud.

Si se logra una clasificación adecuada mediante entrenamiento, estándares claros y una fuerte puesta práctica, los recursos pueden destinarse al manejo de la porción pequeña de residuos que necesitan tratamiento especial. Esto no minimiza la

necesidad de recursos a ser asignados a la clasificación, entrenamiento, contenedores apropiados, señalizaciones e indumentaria con protección para los trabajadores, como componentes necesarios de este proceso para asegurar que la clasificación se realice y se mantenga.

El volumen de los residuos identificados como un problema (potencialmente infecciosos) sólo asciende al 10 por ciento de los residuos generados en hospitales y establecimientos de asistencia médica. Las soluciones a buscar deben apuntar, en principio, a ese 10 por ciento, y a no tratar a todos los residuos por igual.

De la porción de 10 por ciento, o menos, de los residuos potencialmente infecciosos, la amenaza más inmediata a la salud humana (pacientes, trabajadores, público general), es la disposición indiscriminada de elementos punzantes.

De acuerdo a (Zabala 2002) los elementos punzantes, “son aquellos elementos que pueden causar heridas por corte o pinchazo, incluyendo agujas, agujas hipodérmicas, escalpelos y otros elementos cortopunzantes, cuchillos, sets de infusión, sierras, vidrios rotos y clavos”. (Pág. 9) Estén o no infectados, esos elementos se consideran comúnmente como residuos altamente peligrosos; Una separación adecuada y estricta, contenedores a prueba de punzamientos monitoreados para un tratamiento y una disposición posterior segura, debe ser prioridad número uno para las instituciones dedicadas al cuidado de la salud.

Si el manejo correcto de elementos punzantes se institucionalizara en todos los establecimientos sanitarios, la mayor parte del riesgo de transmisión de enfermedades

por medio de los residuos hospitalarios se solucionaría. Esto incluiría un equipamiento adecuado y contenedores distribuidos en cada lugar en donde se generen los elementos punzantes (corte y cajas de agujas); un sistema de recolección y transporte seguro y controlado para los objetos punzantes contaminados que van a tratamiento y disposición final; y un adecuado entrenamiento para todo el personal del hospital que manipula estos residuos y la protección personal para los mismos.

Los trabajadores que manipulan los residuos hospitalarios, son el grupo de mayor riesgo de exposición a los residuos potencialmente infecciosos, a los residuos y materiales químicos peligrosos y a los residuos radioactivos. Este proceso comienza con los trabajadores de los hospitales que generan los residuos y no tienen acceso a la indumentaria apropiada; e incluye a los trabajadores que recolectan y transportan los residuos dentro del hospital, el personal que opera el incinerador del hospital o bien transporta los residuos a contenedores municipales; los trabajadores municipales que de allí los recolectan y los transportan hacia los sitios de disposición final de la ciudad; y los trabajadores del área quirúrgica, quienes representan el sector de manejo informal de los residuos pero que tienen un papel importante en la reducción de la cantidad de residuos destinados a la disposición final.

Eso permite destacar que el conocimiento que poseen los profesionales de enfermería del área quirúrgica debe perfeccionarse, durante las etapas de recolección, almacenamiento y transporte de los desechos cortopunzantes, ya que al incrementar opciones que proporcionen una correcta ejecución, logrará disminuir la incidencia de

los riesgos laborales, la prevención de enfermedades profesionales, la contaminación de los enfermos y la contaminación de los quirófanos.

Por consiguiente, debe brindarse educación y capacitación adecuada a todos los trabajadores, desde los médicos a los empleados de seguridad, los operarios y los cirujanos, para asegurar el entendimiento de los riesgos que los desechos poseen, cómo protegerse; cómo manejarlos (especialmente cómo separarlos correctamente).

No obstante, en el Centro Clínico “La Isabelica”, a través de la observación directa de las investigadoras, durante la interacción con los otros integrantes del grupo de trabajo del cual formamos parte, se evidenció el manejo irregular de los elementos cortopunzantes; por lo que se podría presumir que existe poco o ningún conocimiento, en relación a las etapas del manejo de los desechos cortopunzantes, el profesional de enfermería recolecta, los mismos en envases inadecuados, durante el transporte se mezclan todos los desechos existentes y se aplica el tratamiento inadecuado, puesto que son llevados al incinerador antes de la esterilización. los desechos cortopunzantes.

Cabe resaltar que la situación problema; objeto de estudio ampliamente demostrada causa daños físicos serios e infecciones graves al personal que labora en el área quirúrgica, y demás personal de la institución en estudio, donde el riesgo más evidente lo constituye la manipulación con objetos punzantes y cortantes, tales como agujas y hojillas de bisturí, responsables de pinchazos y cortaduras, ya que un pinchazo o una herida pueden ser la puerta de entrada para el virus de la Hepatitis B,

el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) o cualquier otro virus o bacteria; aumentando de esta manera el riesgo de accidentes laborales, el desconocimiento a tal respecto induce a realizar la incorrecta clasificación de los desechos; acumulación inadecuada de objetos cortopunzantes, restos anatómicos, agentes químicos, entre otros.

Se considera que la situación problema referida pudiera ser controlado a través de la información necesaria en el establecimiento de salud, para que sean cumplidas las normas y procedimientos descrito, en función del manejo de los objetos cortopunzantes, relacionado con las etapas de recolección, transporte y tratamiento de los desechos hospitalarios.

Lo expuesto indica que el personal está inmerso en un problema inminente de riesgo a la seguridad e higiene del profesional de enfermería que labora en el área quirúrgica, traducido en riesgo laboral que finalmente culmina en enfermedades profesionales irreversibles. Razón por la cual en el Centro Clínico “La Isabelica” es imprescindible que se dote ese personal de información, requerida para la prevención de tales riesgos; mediante actualización en contenidos específicos respectivos.

Partiendo de lo antes expuesto, se plantea como eje de la presente investigación, las siguientes interrogantes:

¿Qué conocimientos poseen los profesionales de enfermería del área quirúrgica sobre los desechos cortopunzantes en el Centro Clínico La Isabelica. Tercer Trimestre. Año 2005. Valencia Estado Carabobo?

Esta interrogante norteadora, obliga a plantearse otras derivadas:

¿Cuál es la información que poseen los profesionales de enfermería del área quirúrgica sobre la recolección de los desechos cortopunzantes en el centro clínico La Isabelica Tercer Trimestre. Año 2005. Valencia Estado Carabobo?

¿Cuál es la información que poseen los profesionales de enfermería del área quirúrgica sobre el transporte de los desechos cortopunzantes en el centro clínico La Isabelica. Tercer Trimestre. Año 2005. Valencia Estado Carabobo?

¿Cuál es el conocimiento que poseen los profesionales de enfermería del área quirúrgica sobre el tratamiento de los desechos cortopunzantes en el Centro Clínico La Isabelica. Tercer Trimestre. Año 2005. Valencia Estado Carabobo?

Con la finalidad de hallar respuesta a estas preguntas, se propone una gran interrogante:

¿Tienen conocimiento los profesionales de enfermería del área quirúrgica sobre los desechos cortopunzantes durante las etapas de recolección, transporte y tratamiento del Centro Clínico La Isabelica. Tercer Trimestre. Año 2005. Valencia Estado Carabobo?

Con la intención de ofrecer a la institución herramientas que permitan la rápida toma de decisiones, para la solución del problema; una vez desarrollada ésta investigación.

Para dar respuesta a las interrogantes planteadas se formulan los siguientes objetivos:

1.2.- Objetivos de la Investigación

1.2.1.- Objetivo General

Determinar el conocimiento que poseen los profesionales de enfermería del área quirúrgica sobre los desechos cortopunzantes del Centro Clínico La Isabelica. Tercer trimestre. Año 2005. Valencia Estado Carabobo.

1.2.2.- Objetivos Específicos

1. Identificar la información que poseen los profesionales de enfermería del área quirúrgica sobre la recolección de los desechos cortopunzantes del Centro Clínico La Isabelica. Tercer trimestre. Año 2005. Valencia Estado Carabobo.
2. Identificar el conocimiento que tienen los profesionales de enfermería del área quirúrgica sobre el transporte de los desechos cortopunzantes del Centro Clínico La Isabelica. Tercer trimestre. Año 2005. Valencia Estado Carabobo.

3. Identificar el conocimiento que poseen los profesionales de enfermería del área quirúrgica sobre el tratamiento de los desechos cortopunzantes del Centro Clínico La Isabelica. Tercer trimestre Año 2005. Valencia Estado Carabobo.

1.3.- Justificación de la Investigación

La justificación teórica de la presente investigación radica en que la educación permanente en la práctica de la enfermería a nivel de los establecimientos de salud, sobre los desechos hospitalarios permite mejorar la calidad de las condiciones de bioseguridad de los profesionales de enfermería, lo cual exige del mismo actualización permanente en cuanto a su desarrollo profesional, pues su desempeño con una fundamentación científica, deberá estar acorde con las exigencias dadas por la complejidad del manejo de los desechos hospitalarios, específicamente de los cortopunzantes, ya que estos desechos son los que provocan más accidentes y transmisión de enfermedades asociadas al manejo de los desechos sanitarios, su peligro potencial aumenta al mezclarse con los desechos comunes, debido a una separación o recolección inadecuada.

Dentro de este orden de ideas, y ante la necesidad de responder con mayor eficacia y eficiencia a los requerimientos presentes y futuros que plantea la profesión de enfermería, se hace cada día más urgente la tarea de enfrentar una revisión crítica del papel que desempeña el profesional de enfermería del área quirúrgica en relación a la recolección, transporte y tratamiento de los desechos cortopunzantes.

Esta revisión, acorde con el avance técnico y científico, requiere identificar en el profesional de enfermería conocimientos sobre aspectos que le permitan según lo establecido en las normas para el control y manejo de los desechos cortopunzantes, disminuir los riesgos de accidentes y biológicos a los cuales están expuestos por la manipulación directa de los desechos cortopunzantes.

Esta justificación teórica se hace presente en la investigación, basada en determinar el conocimiento que poseen los profesionales de enfermería del área quirúrgica sobre los desechos cortopunzantes del Centro Clínico La Isabelica, en el tercer trimestre, en Valencia Estado Carabobo para el año 2005, para proporcionar información al personal de enfermería, que permita transformar las acciones negativas en efectivas y oportunas que reduzcan los riesgos laborales, ampliarán su capacidad de acción, situación inherentemente necesaria para prevenir infecciones, y mejorarán los cuidados de enfermería proporcionados al paciente.

Metodológicamente hablando, se aspira que este estudio basado en una metodología descriptiva, sirva de consulta y referencia a próximas investigaciones, a todas aquellas personas interesadas en la temática planteada, y dejar abierta la línea de investigación para su posible profundización.

A nivel institucional facilitará el suministro bibliográfico a las instituciones que desarrollan actividades de investigación sobre la recolección, transporte y almacenamiento de desechos hospitalarios en el país.

Y por otro lado, la relevancia personal de esta investigación radica en que permitirá el desarrollo de las investigadoras como Licenciadas en Enfermería.

CAPITULO II

Marco Teórico

El desarrollo de la ciencia y la tecnología, hace necesario que para cualquier investigación se aborden las teorías y conceptos en los cuales se sustenta el problema de investigación y se revisen estudios que contengan información relacionada con los objetivos de la misma, además de constituir una base cuando surjan determinadas dificultades, por lo que la siguiente sección pretende, referir los aportes relacionados con la recolección, almacenamiento y tratamiento de los desechos cortopunzantes.

2.1.- Reseña Histórica de la Institución

De acuerdo al sitio Web del Centro Clínico La Isabelica, disponible en la página de Internet www.cci.com, la institución en estudio se denomina Centro Clínico La Isabelica situado en el Municipio Rafael Urdaneta, enclavada en la populosa Urbanización La Isabelica de Valencia, Estado Carabobo, y se constituyó, desde 1972, fecha de su fundación, en la primera referencia médico asistencial de sus habitantes, y con el tiempo extendió sus servicios a toda la colectividad carabobeña, con atención permanente de primera calidad, clasificada clase "A" de acuerdo a las normas Covenin.

Dispone de 50 camas y de un confortable aspecto hospitalario esmeradamente atendido por 110 médicos socios y 30 residentes, así como por un personal de enfermería de alta especialización.

Aparte de su área de Consultas ofrece: Chequeo Médico Integral, Servicios de Banco de Sangre, Laboratorio Central, Laboratorio de Emergencia, Rayos X Convencional, Tomografía Axial Computarizada, Ecosonografía, Electroencefalografía, Laboratorio de Histopatología, Servicio de Terapia Intensiva y Neonatal, Unidad Oncológica dotada de equipos para tratamiento del cáncer con Acelerador Lineal, así como de Áreas Quirúrgicas y Cuidados Intensivos con instrumental altamente sofisticado y Servicio Farmacéutico las 24 horas todos los días.

Está dotado de un amplio estacionamiento con capacidad para 150 vehículos y de vigilancia privada y está afiliado a todas las tarjetas de crédito y planes de varias compañías de seguros.

2.2.- Antecedentes de la Investigación

Para llevar a cabo la investigación planteada, se consideró necesaria la revisión de trabajos realizados por otros investigadores, con la finalidad de profundizar y apoyar las bases del estudio, donde se obtuvieron algunos antecedentes que se vinculan de manera directa y/o indirecta con la investigación.

Navas, Y. y Ramírez M. (2003) presenta un *Programa de capacitación para el manejo de desechos hospitalarios dirigido al equipo de salud del servicio de terapia intensiva del hospital general Tipo III “Dr. Placido Daniel Rodríguez Rivero” de San Felipe Yaracuy*. En donde se establece que los establecimientos de salud en Venezuela, no cumplen con verdaderos y confiables procedimientos técnicos en el

manejo de los desechos hospitalarios, esto debido al desconocimiento que tienen los trabajadores de la salud en la materia; por lo que se realizó una investigación para determinar la situación actual de los desechos en el servicio de terapia Intensiva del Hospital General tipo III “Dr. Plácido Daniel Rodríguez Rivero” de San Felipe estado Yaracuy y además el grado de conocimiento que tienen los trabajadores de esa área sobre el manejo de los desechos, con el objetivo de elaborar y desarrollar una propuesta de un programa de capacitación para el manejo de los desechos hospitalarios. Dicha investigación se enmarcó en la modalidad de proyecto factible desarrollada en tres fases, obteniéndose los siguientes resultados: Fase I, Diagnóstico, a través de la observación y la utilización de un cuestionario se demostró el mal manejo de los desechos hospitalarios en el servicio de terapia intensiva desde su separación o clasificación, almacenamiento y transporte, además se comprobó el desconocimiento que tienen los trabajadores de la salud en dicha área en cuanto al manejo de los desechos. Fase II de Factibilidad, se realizó un estudio de mercado, técnico y financiero comprobándose la viabilidad del proyecto. Fase III el diseño de la propuesta, se realizó un programa de capacitación para el adecuado manejo de los desechos dirigido a dichos trabajadores, la cual garantizará en gran medida la información necesaria y requerida para el éxito en la gestión, un patrón que puede ser instituido y adaptado a otros centros de salud.

Esta investigación aporta datos sobre el diseño de un programa de capacitación para el adecuado manejo de los desechos hospitalarios y sobre el desconocimiento

que tienen los trabajadores de la salud sobre el tema, entre otros aspectos relacionados con el tópico tratado, como guía para el presente estudio.

Navarro, S. y Mallía A (2003) realizó un estudio basado en el *Diseño de un plan para el manejo de los desechos hospitalarios generados en un centro de salud pública ubicado en el estado Aragua*, en donde se presentan los aspectos más importantes que conforman las pautas mínimas necesarias para diseñar un sistema que garantice un manejo adecuado de los desechos hospitalarios generados en un centro de salud pública ubicado en el estado Aragua, principalmente aquellos desechos que representan un peligro para la salud y el medio aledaño al centro. Este plan contempla el manejo que se le debe dar a los desechos desde su generación, pasando por la identificación o clasificación de los mismos, tipos de envases receptores, la recolección y el transporte interno, almacenamiento temporal, recolección y transporte externo, y el tratamiento físico – químico, hasta llegar a la disposición final. El plan propuesto es un proyecto factible, cuya modalidad entra en los reglones de investigación de campo y documental, como también del tipo descriptivo y explicativo, y su alcance concuerda con una investigación aplicada ya que persigue resolver un problema que afecta a un centro de salud y a la comunidad. Para su realización se tomaron como base la gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela bajo los números 5.245 y 4.418 además de publicaciones nacionales e internacionales. El diseño del plan se efectuó en seis fases y la propuesta consta de siete etapas bien definidas. Su aplicación conducirá a la disminución de los índices de contagios de las enfermedades tales como HIV, Hepatitis C, Tuberculosis,

entre otros. Según el instrumento aplicado se concluyó que el espacio muestral no conoce la existencia de un sistema que regule el manejo de los desechos hospitalarios y los resultados llevan a afirmar que es posible implementar un plan como el aquí propuesto, a través de una serie de cursos y talleres aplicados a todo el personal que labora dentro de la institución, para crear conciencia en cuanto al manejo de los desechos generados.

Aunque este antecedente centra su atención en el diseño de un plan para el manejo de los desechos hospitalarios, destaca la importancia del conocimiento que deben manejar las enfermeras sobre las implicaciones de la práctica profesional en el manejo de desechos hospitalarios.

Hernández, M.; Salinas, A. y Díaz, G. (2000) realizaron un trabajo titulado *Información sobre riesgos biológicos ante el manejo, transporte, almacenamiento y eliminación de residuos que poseen los profesionales de enfermería del hospital de afecciones respiratorias “Dr. Rafael González Plaza” de la Ciudad de Valencia estado Carabobo*. El objetivo de este trabajo fue determinar la información sobre riesgos biológicos ante el manejo, transporte, almacenamiento y eliminación de residuos que poseen los profesionales de enfermería del hospital de afecciones respiratorias “Dr. Rafael González Plaza” de la ciudad de Valencia. Para lo cual se empleó un diseño no experimental y el tipo de estudio fue descriptivo y de campo. La población y muestra estuvo conformada por 36 enfermeras (os) de los diferentes turnos de trabajo. Para la recolección de la información, se empleó un instrumento estructurado en dos partes; la primera para los datos personales que contiene cinco

ítems, la segunda con 34 ítems de tipo dicotómico (verdadero – falso). La validación se hizo mediante la revisión del mismo por expertos en la materia y para la confiabilidad interna del instrumento se empleó el Alpha Cronbach y se obtuvo un coeficiente de 0,82. Para el análisis estadístico de los datos se emplearon frecuencias absolutas y porcentajes. Entre los resultados se tiene en cuenta los indicadores estudiados como manejo de residuos por parte del personal de enfermería, el grupo encuestado posee criterios claros y precisos, sobre los riesgos biológicos, en relación al transporte de residuos se puede expresar que las respuestas dadas están acordes con las normas establecidas para tal fin, el almacenamiento al igual que la eliminación se observa igualmente un conocimiento satisfactorio.

El desarrollo de esta investigación está relacionado con el presente estudio ya que se basa en el manejo, transporte y disposición de residuos, y de esta manera determinar los conocimientos del profesional de enfermería en relación a este tema.

Belisario, Z.; Castillo, A; Cedeño, A y Osorio M. (1997) desarrollaron un trabajo titulado: *Vigilancia epidemiológica ambiental del profesional de enfermería en relación con el manejo de los sólidos generados en el hospital “Dr. Leopoldo Manrique Terrero” durante el primer trimestre de 1997.* Caracas. El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar las actividades de vigilancia epidemiológica ambiental que realiza la enfermera en relación con el manejo de los desechos sólidos generados en el hospital “Dr. Leopoldo Manrique Terrero”, durante el primer trimestre de 1997. Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo y transversal realizado mediante la aplicación de tres instrumentos. El primero y el segundo,

dirigidos a la determinación de aspectos técnicos y operativos relativos al manejo de los desechos sólidos dentro del área hospitalaria y el tercero, a la identificación de las actividades de vigilancia epidemiológica ambiental que realiza la enfermera al respecto. Los resultados se analizaron descriptivamente por medio de cuadros estadísticos de frecuencia o mediante una reseña cualitativa detallada. Determinándose que los procedimientos empleados en el manejo de los desechos sólidos dentro del hospital recabados en este centro no se corresponden con la normativa legal vigente y el personal de enfermería desarrolla una actividad muy pobre en relación a este punto. Se recomienda realizar una campaña de información y orientación al respecto a los miembros de la comunidad hospitalaria, reforzar la presencia de enfermería en la realización de actividades de vigilancia epidemiológica ambiental autónomamente y en conjunto con el comité de vigilancia epidemiológica del hospital.

En este trabajo de grado el profesional de enfermería realiza pocas funciones de acuerdo al conocimiento que ésta posee en relación a la vigilancia epidemiológica ambiental del centro donde labora, y su participación está determinada por la efectividad de sus acciones no solo en el manejo de los desechos sólidos, sino a lo largo de su desempeño como profesional de salud. Es por lo que la recomendación del mismo resulta de gran importancia para el desarrollo de esta investigación, por permitir orientar el desarrollo del mismo.

2.3.- Bases Teóricas

En esta parte de la investigación se señalan los aspectos teóricos del estudio, en donde se plasman múltiples significaciones teóricas, las cuales permiten comprender la dinámica de la problemática de salud planteada. Las bases teóricas recopilan un conjunto de ideas de uno o varios autores indicando su punto de vista respecto a un tema en particular y su función principal es sustentar la investigación. La literatura revisada revela que existen teorías desarrolladas que se aplican al problema de investigación.

Generalidades sobre los Desechos Hospitalarios.

Los residuos más significativos que se generan en los centros de atención médica se denominan residuos infecciosos por ser altamente peligrosos para la salud de las personas que los manejan directa o indirectamente, como las enfermeras y otros miembros del equipo de salud y el personal de mantenimiento. El riesgo principal es para los trabajadores de la salud y sus familias pero también afecta a los pacientes; los visitantes, los empleados municipales encargados de la recolección, los manipuladores o recicladores y las personas que habitan en las cercanías de los botaderos.

Científicamente está demostrado que la cantidad de residuos que cualitativamente pueden considerarse peligrosos representa una pequeña porción de los que se producen en los establecimientos sanitarios.

De acuerdo a (Pozo 2003), “No toda la basura generada por los establecimientos de salud es peligrosa” (Pág. 2). Se calcula que el 80% puede ser considerado como general o común ya que está constituida por los mismos materiales que contienen en igual cantidad y tipo de bacterias que la basura doméstica generada en las viviendas de la ciudad.

En concordancia con lo anterior expuesto, es importante resaltar; que el riesgo potencial tanto para el colectivo de profesionales sanitarios, como para los ciudadanos en general, es lo significativamente importante para que desde las instituciones y desde los propios profesionales, se tomen las medidas necesarias para garantizar los procesos de gestión más adecuados en cada caso que determinen su protección, ante la exposición frente a los residuos.

Exclusivamente, esa pequeña porción de los desechos, tiene riesgo para la salud ya que poseen en su composición bacterias, virus, hongos, parásitos y objetos que puedan perforar o cortar. Estos últimos conocidos como desechos cortopunzantes, son los de mayor riesgo, porque a través de cortes y perforaciones pueden facilitar el ingreso de microorganismos patógenos, extremadamente peligrosos. Para que ocurra una infección debe haber: presencia de un agente infeccioso en el residuo; concentración suficiente del agente infeccioso, como para tener la capacidad infectiva; presencia de un huésped susceptible de ser infectado, presencia de una puerta de entrada para el acceso del germen huésped. En relación a esto un accidente con un objeto cortopunzante, abre una vía de acceso a los agentes

patógenos, presentes en el, analógicamente no como una puerta, tal vez como un portón.

Tomando en consideración que este, tipo de desecho se genera como un denominador común en los hospitales; específicamente en los quirófanos, es procedente citar a (Pozo ob.cit.), quien establece que: “el control de estos desechos peligrosos se inicia en los propios hospitales y deben separar y aislar la parte infecciosa, pero tiene que ser continuado por los organismos encargados de la recolección y la disposición final” (Pág. 237). Cabe recordar en relación con lo establecido por Pozo, que el personal de enfermería tiene especial inherencia en este control.

Todos estos residuos deben tener especial cuidado en su manejo, especialmente con aquellos que se originan en el tratamiento de pacientes, como los del área quirúrgica por ser transmisores potenciales de enfermedades de alto riesgo, para la salud del personal de enfermería. Es necesario puntualizar que para efectos del presente trabajo, se tomaran los desechos cortopunzantes como objeto de estudio, en el conocimiento de las enfermeras, en razón del manejo obligatorio de estos, como parte del desempeño laboral.

Así mismo, (Márquez 1999), indica que: “La base del manejo consiste en evitar la mezcla de los distintos tipos de desechos, ya que el material infeccioso fácilmente contamina la basura orgánica y a otros materiales reciclables y al final resultará imposible la separación” (Pág.18).

Generación de los desechos:

La generación de los desechos es la producción propiamente dicha de los desechos, tratándose estos de residuos que pueden ser comunes o infecciosos en el área del hospital, estos se expresan en términos de volumen o peso, dicha generación es realizada por el personal de enfermería y demás miembros del equipo de salud; la cantidad de desechos que se producen depende de el conocimiento que tenga el personal de separar o recolectar los componentes de los residuos.

Es necesario considerar que los profesionales de enfermería se enfrentan a diferentes factores de riesgo de contaminación o adquisición de enfermedades ocupacionales por el contacto con los desechos infecciosos, durante esa generación ese riesgo se acrecienta aún más; en los profesionales del área quirúrgica, puesto que el manejo directo de los desechos patógenos o infecciosos, se hace más frecuente, al están en constante contacto con los tejidos, la sangre, los fluidos corporales que se quedan adheridos a los objetos cortopunzantes utilizados durante los procedimientos.

Clasificación de los Desechos Hospitalarios.

Existe una variada clasificación entre las más importantes se pueden citar: la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997) calificándolas en: residuos generales, patológicos, radioactivos, químicos, infecciosos, punzocortantes, farmacéuticos.

Clasificación Alemana: residuos generales, patológicos, radioactivos, químicos, infecciosos, punzocortantes, farmacéuticos.

Clasificación según agencia de protección ambiental de los Estados Unidos (E.P.A): cultivos y muestras almacenadas, residuos patológicos, residuos con sangre humana y productos derivados, residuos punzocortantes, residuos animales, residuos punzocortantes no usados.

Clasificación Española: Residuos sanitarios infecciosos, residuos anatómicos, agujas y material punzocortante, sangre y hemoderivados en forma líquida, residuos procedentes de animales infecciosos.

La clasificación que se realiza en Venezuela, se rige de acuerdo al decreto 2.218 Normas para la clasificación y manejo de desechos en establecimientos de salud de fecha 02 de Abril de 1992, aún vigente, en cuyo contenido indica que:

Los desechos generados en establecimientos de salud, a los efectos del presente decreto, se clasifican en: Desechos comunes (Tipo A), Desechos potencialmente peligrosos (Tipo B), Desechos infecciosos (Tipo C), Desechos orgánicos y/o biológicos (Tipo D) y Desechos especiales (Tipo E). De los cuales citaremos

Desechos Potencialmente Peligrosos (Tipo «B»). Se consideran desechos potencialmente peligrosos todos aquellos materiales, que sin ser por su naturaleza peligrosos, por su ubicación, contacto o cualquier otra circunstancia puedan resultar contaminados, se incluyen los provenientes de áreas de hospitalización de los enfermos y de consulta externa.

Desechos Infecciosos (Tipo «C»). Son todos aquellos desechos que por su naturaleza, ubicación, exposición, contacto o por cualquier otra circunstancia resulten contentivos de agentes infecciosos provenientes de áreas de reclusión y/o tratamiento de pacientes infectocontagiosos, actividades biológicas, áreas de cirugía, quirófanos, salas de parto, salas de obstetricia y cuartos de pacientes correspondientes, departamentos de emergencia y medicina crítica, servicios de hemodiálisis, banco de sangre, laboratorios, institutos de investigación, bioterios, morgues, anatomía patológica, salas de autopsias y toda área donde puedan generarse desechos infecciosos.

Desechos Especiales (Tipo «E»). Son aquellos productos y residuos farmacéuticos o químicos, material radiactivo y líquidos inflamables. Así como cualquier otro catalogado como peligroso no comprendido entre los grupos anteriores.

Es pertinente considerar que la clasificación manejada en Venezuela impide dejar claro, donde quedan incluidos los desechos cortopunzantes, lo que hace presumir por parte de las autoras que los objetos cortopunzantes, según la condición en la que se encuentren, deberán ser clasificados de la siguiente manera: un objeto cortopunzante, libre de contaminación, usado durante la medicación o no; ha de ser clasificado dentro de los tipo “B” (Potencialmente Peligroso), puesto que tiene la capacidad de producir un accidente o lesionar la piel.

El objeto cortopunzante resultante del procedimiento durante la atención directa del paciente, impregnado de sangre y fluidos corporales, lo condiciona para el riesgo biológico, quedando clasificado dentro del tipo “C” (Desecho Infeccioso).

Por otro, lado una vez aplicado tratamiento de esterilización a vapor e inactivado su carga infectiva estos desechos cortopunzantes se podrán clasificar dentro de los de tipo “E” (Desechos Especiales) por consiguiente preparados para su incineración y disposición final.

Una vez referida las generalidades en la clasificación de los desechos; para efectos de la presente investigación, se refieren contenidos puntuales sobre la variable en estudio referida a los desechos cortopunzantes y específicamente al manejo de los mismos, los cuales se encuentran dentro de la clasificación internacional; para efectos de esta investigación solo se hará mención de los desechos cortopunzantes.

Desechos Cortopunzantes

Los desechos cortopunzantes de acuerdo a lo establecido por (Estrada ,1996):

Es todo objeto con capacidad de penetrar y/o cortar tejidos humanos, facilitando el desarrollo de infección. Estos son agujas, hojas de bisturí, navajas, cristalería, materiales rígidos y otros, utilizados en los servicios de laboratorio, odontología, investigación, diagnóstico y tratamiento a usuarios, u otros que hayan estado en contacto con agentes infecciosos. Los objetos cortantes sin riesgos de exposición química o infecciosa también deben ser incluidos, pues pueden causar heridas en los manipuladores. (Pág. 13)

Accidentes con elementos cortopunzantes.

Existe evidencia suficiente de que los pinchazos con agujas hipodérmicas, con sangre contaminada, pueden transmitir la infección por HIV, Hepatitis C y B. en este mismo orden de ideas, (Zabala 2002), indica que: “Los accidentes con

cortopunzantes, son los accidentes más comunes que ocurren en los establecimientos de salud y que ocasionan infecciones, la infección puede ocurrir por un microtraumatismo de la piel, con agujas hipodérmicas, hojas de bisturí, ampollas rotas”. De la misma manera señala el autor, las infecciones por *Plasmodium vivax* y *Plasmodium falciparum*, leishmaniasis, tripanosomiasis, toxoplasmosis, infección por criptococo, *Streptococo piógeno* y *Estafilococo aureo*. Todas estas enfermedades o contagios han sido demostradas en trabajadores que están involucrados en el manejo de los desechos y a menudo no son registradas y no están incluidas en las estadísticas oficiales.

Dentro de este mismo contexto, es de suma importancia hacer referencia del riesgo biológico, al que están sometidos los profesionales de enfermería del área quirúrgica, durante su actividad laboral en relación a esto en el informe sobre Desechos hospitalarios: Riesgos biológicos y recomendaciones generales sobre su manejo (Araujo 2001) señala que: “Se ha estimado que solo el 1% de los accidentes con elementos cortopunzantes afecta a los trabajadores hospitalarios que pudieran tener alguna participación en el manejo de los desechos después de su uso clínico” (Pág.11). Es importante destacar el apoyo en defensa de un tratamiento agresivo, para esos elementos cortopunzantes, que amenazan como desechos infecciosos, acentuar y exagerar las medidas de bioseguridad existentes, para la prevención de enfermedades infecciosas, por las evidencias sobre los riesgos de la exposición ocupacional o accidental de fuentes contaminadas dentro del entorno clínico.

Bioseguridad

En relación a la prevención y control de las enfermedades infecciosas, es indispensable incorporar, dentro de esta investigación, el sistema de precauciones universales, establecido por el Centro de Control de Enfermedades (C.D.C). de Atlanta, (1987) Destinados a proteger al personal que conforma al equipo de salud de la posible infección con ciertos agentes, por el manejo de los cortopunzantes, principalmente virus de la inmunodeficiencia humana, virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C, en sus actividades laborales en las áreas de salud o en contacto con sus fluidos o tejidos corporales. Dentro de las cuales se mencionaran las siguientes:

En el lavado de las manos C.D.C. (1987), indica que:

Es la forma más eficaz de prevenir la infección cruzada entre paciente, personal hospitalario. Se realiza con el fin de reducir la flora normal y remover la flora transitoria para disminuir la diseminación de microorganismos infecciosos. Se debe realizar en los siguientes casos:

Antes de iniciar labores, al ingresar a cirugía, antes de realizar procedimientos invasivos, antes y después de atender pacientes especialmente susceptibles de contraer infecciones tales como: Inmunocomprometidos, recién nacidos, ancianos y pacientes de alto riesgo, antes y después de manipular heridas, después de estar en contacto con secreciones y líquidos de precaución universal, después de manipular objetos contaminados, antes y después de realizar procedimientos asépticos:

punciones y cateterismos, antes de colocarse guantes e inmediatamente después de retirarlos, al finalizar labores.

Uso de los guantes: C.D.C (1987), refiere que:

Es importante anotar que los guantes nunca son un sustituto del lavado de manos, dado que el látex no está fabricado para ser lavado y reutilizado, pues tiende a formar microporos cuando es expuesto a actividades tales como, stress físico, líquidos utilizados en la práctica diaria, desinfectantes líquidos e inclusive el jabón de manos, por lo tanto estos microporos permiten la diseminación cruzada de gérmenes. Se debe usar guantes para todo procedimiento que implique contacto con: Sangre y otros fluidos corporales, considerados de precaución universal, piel no intacta; membranas mucosas o superficies contaminadas con sangre, debe usarse guantes para la realización de punciones venosas (y otros procedimientos que así lo requieran) y demás procedimientos quirúrgicos, desinfección y limpieza.

Uso de mascarillas C.D.C (1987) dice:

Con esta medida se previene la exposición de las membranas mucosas de la boca, la nariz y los ojos, a líquidos potencialmente infectados. Se indica en: Procedimientos en donde se manipulen sangre o líquidos corporales, cuando exista la posibilidad de salpicaduras o expulsión de líquidos contaminados con sangre.

Para el uso de la mascarilla se hacen las siguientes recomendaciones:

Las mascarillas deben tener una capa repelente de fluidos y estar elaborados en un material con alta eficiencia de filtración, para disminuir la diseminación de gérmenes a través de estos durante la respiración, al hablar y al toser, las mascarillas deben tener el grosor y la calidad adecuada, las que no cumplan con la calidad optima, deben usarse dobles, las mascarillas de gasa o de tela no ofrecen protección adecuada, si el uso de mascarilla está indicado, su colocación debe ser la primera maniobra que se realice para comenzar el procedimiento, después de colocar o manipular la mascarilla, siempre se deben lavar las manos, el visor de las mascarillas deberán ser desinfectadas o renovadas entre pacientes o cuando se presenten signos evidentes de contaminación, sino se dispone de mascarillas con visor, se indica el uso de gafas de protección, las gafas deberán tener barreras laterales de protección

En relación al uso de delantales protectores C.D.C (1987) menciona:

Los delantales protectores deberán ser preferiblemente largos e impermeables. Están indicados en todo procedimiento donde haya exposición a líquidos de precaución universal. Estos deberán cambiarse de inmediato cuando haya contaminación visible con fluidos corporales durante el procedimiento y una vez concluida la intervención. Requisitos de un material óptimo para delantal: material desechable, impermeable a los fluidos o reforzado en la parte frontal y las mangas, permitir la entrada y salida de aire, brindando un buen nivel de transpiración e impidiendo el paso de fluidos potencialmente infectantes, resistencia a las perforaciones o a las rasgaduras aún en procedimientos prolongados, térmico, suave.

Según la norma C.D.C de Atlanta, (Manejo cuidadoso de elementos cortopunzantes) dice:

Durante la manipulación, limpieza y desecho de elementos cortopunzantes (agujas, bisturíes y otros), el personal de salud deberá tomar rigurosas precauciones, para prevenir accidentes laborales. La mayoría de las punciones accidentales ocurren al reenfundar las agujas después de usarlas, o como resultado de desecharlas inadecuadamente (en bolsas de basura). **Para lo cual recomienda:**

Desechar las agujas e instrumentos cortantes una vez utilizados, en recipientes de paredes duras e imperforables, los cuales deben estar situados lo más cerca posible al área de trabajo, para su posterior desecho, si no hay un recolector cerca, use un contenedor rígido (como una riñonera), para contener y trasladar el elemento cortopunzante, no desechar elementos punzocortantes en bolsas de basura, cajas o contenedores que no sean resistentes a punciones, evitar tapar, doblar o quebrar agujas, láminas de bisturí u otros elementos cortopunzantes, una vez utilizados.

La norma C.D.C. indica, que para el desecho de la aguja cuando la inyectora es reutilizable se debe:

Coger la aguja con una pinza firme, de modo de fijarla, rotar la inyectora hasta soltar la aguja, eliminar la aguja en recipiente resistente a punciones especialmente asignado para este fin, si la aguja se cae durante la maniobra, será recogida con la pinza para eliminarla en el recipiente. La aguja no debe ser tocada con las manos para retirarla de la inyectora, doblarla, o

desecharla, de igual forma no deben ser recapsuladas para su desecho, porque la mayoría de los accidentes ocurren durante esta maniobra.

De igual manera C.D.C indica: el desecho de la aguja cuando la inyectora es desechable.

Eliminar la inyectora con la aguja instalada, la aguja no debe ser tocada con las manos para desmontarla, doblarla, quebrarla o desecharla. La eliminación se debe hacer en un recipiente resistente a las punciones, designado para tal fin.

Los sistemas de precaución o de bioseguridad son un precedente que deben ser usados durante el manejo de los desechos cortopunzantes en el área quirúrgica, para lo cual se hará referencia al proceso de manejo de los desechos cortopunzantes a continuación:

Manejo de los Desechos Hospitalarios.

Los desechos procedentes de los establecimientos de salud, serán manejados de acuerdo a las fases que se refieren a las actividades de: recolección, transporte, almacenamiento, tratamiento y disposición final. En lo que se refiere a esta investigación, solo se nombrarán las etapas de recolección, transporte y tratamiento correspondiente a los desechos cortopunzantes.

Etapas en el manejo de los desechos cortopunzantes.

Recolección de los Desechos Cortopunzantes

De acuerdo a Ruiz (2000), “Cada área de generación de desechos en los establecimientos de salud, deberá contar con la cantidad necesaria de recipientes para recolectar y almacenar los desechos producidos, específicamente los cortopunzantes”.

Es la clave del manejo debido a que en esta etapa se separan los desechos y una clasificación incorrecta puede ocasionar problemas posteriores, esta segregación de los desechos cortopunzantes se centra en cantidades relativamente pequeña que necesitan ser separadas, estos deben contar con un recipiente apropiado especiales para estos. El tamaño y número de estos deben estar adecuados a la cantidad prevista que se generan en el área quirúrgica.

En la Guía técnica para el manejo de los desechos sólidos hospitalarios bioinfecciosos, generados en establecimientos del sector salud (2002), hace referencia de los envases rígidos para cortopunzantes

“Las agujas, como todos los materiales cortopunzantes, necesitan contenedores que reúnan las siguientes condiciones técnicas: Hechos de material rígido, impermeable y resistente (polietileno, polipropileno), para no ser perforados con su contenido o quebrados por golpes o caídas. El recipiente no deberá ser demasiado pesado cuando este lleno, es importante identificar claramente los recipientes con el símbolo universal de residuos infecciosos al frente. De boca ancha; que facilite el descarte de los objetos, con su correspondiente tapa de sellado, aditamento especial para impedir introducción de las manos, estos recipientes no deberán llenarse más de $\frac{3}{4}$ partes, una vez lleno deberá cerrarse herméticamente en la fuente de generación” (Pág. 16)

Transporte de los Desechos Cortopunzantes.

Transporte Interno: Traslado Manual.

Una sola persona deberá ser capaz de manipular los dispositivos una vez llenados, el personal encargado de la manipulación deberá usar implementos de protección personal por razones higiénicas y para evitar lesiones en la piel, este transporte se hará desde el área de generación hasta el lugar de tratamiento, en ningún caso deberá transportarse, junto con la basura común; al planificar el transporte interno de los desechos cortopunzantes generados se deben considerar: el horario y la frecuencia, que deberán ser conocidos por el personal de enfermería, evitar las rutas de alto riesgo y seleccionar el recorrido más corto posible entre el lugar de generación y el de tratamiento.

Tratamiento de los Desechos Cortopunzantes.

Según (Malagón 1999) “Las técnicas de tratamiento de los desechos hospitalarios tienen como fin la modificación de las características físicas, químicas y biológicas para reducir o eliminar su capacidad de producir enfermedades, generando de ésta manera un nuevo residuo libre de patógenos. Las técnicas mas utilizadas para el tratamiento de los residuos hospitalarios incluyen la esterilización y la incineración. (Pág. 161)

De manera amplia, indica (Bagnardi 2001) que: “el término tratamiento se refiere a cualquier método, técnica o proceso físico, químico, térmico o biológico diseñado para modificar sus propiedades físicas, químicas o biológicas de modo de transformarlo en no peligroso o menos peligroso a efectos de hacer más seguras las condiciones.

El mismo autor también hace mención de las técnicas disponibles y/o potencialmente aplicables para el tratamiento de residuos infecciosos entre los cuales cita los siguientes: Esterilización con vapor, esterilización con gas, desinfección química, inactivación térmica, irradiación, microondas e incineración. Este autor da una explicación minuciosa de cada una de las técnicas, para inactivar a los microorganismos de los desechos, tomando en consideración a los objetos cortopunzantes. Brinda consejos puntuales de cada una de las técnicas; entre las cuales, es poco recomendado el uso, por razones toxicas la esterilización con oxido de etileno, independientemente de la aireación de la cámara interior, puesto que libera incompletamente el gas de su interior.

Los desinfectantes químicos son de uso exclusivo de los líquidos, los métodos de irradiación, microondas e inactivación térmica son de uso industrial estos equipos son bastante costosos como para el mantenimiento continuo en los hospitales.

A continuación se brinda una descripción de las alternativas de inactivación de microorganismos patológicos, que va acorde con el tratamiento de los desechos cortopunzantes, que en cuestión son los manejados en la investigación y de igual manera son las más utilizados, en la mayoría de las instituciones hospitalarias del territorio nacional.

Esterilización a vapor.

(Malagón 1999) dice que: “la esterilización se realiza por medio de un procedimiento físico, como vapor a presión, calor seco. Con esta técnica se logra la destrucción o eliminación de cualquier forma de vida microbiana, se utiliza vapor de agua a 135°C por un período 15 a 20 minutos. Según (Bagnardi 2004) “el material a tratar es expuesto durante cierto tiempo a la acción del vapor a una determinada temperatura y presión, permanencia mínima 12 minutos, temperatura de vapor 120°C” (Pág.44). En este caso es oportuno mencionar de la esterilización con vapor que los agentes infecciosos presentes en los residuos necesitan ser expuestos a altas temperaturas, durante suficiente tiempo, esta técnica se basa en el hecho que el vapor saturado es por sí mismo un poderoso esterilizante.

Incineración.

Al respecto (Bagnardi 2001) señala: “este proceso térmico transforma la fracción combustible de los residuos mediante oxidación controlada, productos

gaseosos y un residuo inerte, es un tratamiento apropiado para los residuos cortopunzantes”. La ubicación del incinerador debe ser adecuada, las especificaciones técnicas de operación especialmente de temperatura debe estar por encima de los 850°C y deben aplicarse los controles ambientales que evitan la contaminación atmosférica. A los efectos de no provocar daños indeseados a la atmósfera, por los gases que se producen en el interior del incinerador y que salen a través de la chimenea debe existir, una compatibilidad entre el material de los recipientes y el incinerador, para lo cual deben emplearse, recipientes de plástico no clorados, tales como polietileno y polipropileno. La incineración reduce la masa y el volumen del material tratado entre un 80% a un 95% (Bagnardi 2001), es ventajosa dado que a los residuos patológicos, los transforma en irreconocibles y a las inyectadotas y a las agujas las inutiliza.

2.4.- Bases Legales

En esta sección de la investigación se encuentran plasmados los fundamentos jurídicos que sustentan la misma o que se encuentran relacionados.

En primer lugar se encuentra el **Decreto 2.218 Normas para la Clasificación y manejo de los desechos en establecimientos de salud de fecha 02 de Abril de 1992.**

Artículo 10° las piezas descartables punzocortantes (agujas Hipodérmicas, hojas de bisturí o similares). Deberán ser previamente dispuestas en recipientes resistentes a cortes o a la acción de objetos punzocortantes, tales como contenedores

de plástico resistente. Una vez lleno los recipientes, se cerraran herméticamente y se identificarán.

Artículo 28° el tratamiento de los desechos tipo B y C, generados en los establecimientos de salud, deberá realizarse in situ.

Artículo 29° el tratamiento de los desechos tipo B y C podrá realizarse mediante las técnicas o procesos siguientes. A) Esterilización (autoclave, gas/vapor, irradiación.), b) incineración controlada, c) Inactivación térmica, d) cualquier otra técnica o proceso, que a criterio de la autoridad competente asegure la inocuidad de los desechos.

Ley sobre sustancias, materiales y desechos peligrosos La asamblea nacional de la republica Bolivariana de Venezuela gaceta oficial N° 5.554 Extraordinario de fecha 13 de noviembre de 2001

Artículo 1. Esta Ley tiene por objeto regular la generación, uso, recolección, almacenamiento, transporte, tratamiento y disposición final de las sustancias, materiales y desechos peligrosos, así como cualquier otra operación que los involucre, con el fin de proteger la salud y el ambiente.

Artículo 9. A los efectos de esta Ley, se entiende por:

Desecho peligroso: material simple o compuesto, en estado sólido, líquido o gaseoso que presenta propiedades peligrosas o que está constituido por sustancias peligrosas, que conserva o no sus propiedades físicas químicas o biológicas y para el cual no se encuentra ningún uso, por lo que debe implementarse un método de disposición final. El término incluye los recipientes que los contienen o los hubieren contenido.

Artículo 17. Las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas que generen o manejen sustancias, materiales o desechos peligrosos deben envasarlos y etiquetarlos, indicando la información referida a la identificación de sus componentes, las alertas y advertencias sobre los riesgos científicamente comprobados o no a la salud y al ambiente, incluyendo las medidas de protección recomendadas durante su uso y manejo; así como los procedimientos de primeros auxilios con el objeto de cumplir con la reglamentación técnica sobre la materia.

Artículo 40. Las operaciones de almacenamiento, tratamiento, eliminación y disposición final de desechos peligrosos, así como los sitios destinados para tales fines deberán reunir las condiciones de seguridad y control de la contaminación, de tal modo que se garantice el cumplimiento de la reglamentación técnica sobre la materia.

Se encuentra la **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela** publicada en Gaceta Oficial el jueves 30 de Diciembre de 1999, Número 36.860; en su capítulo IX, artículos 127, 128 y 129.

Capítulo IX: De los Derechos Ambientales

Artículo 127. Es un derecho y un deber de cada generación proteger y mantener el ambiente en beneficio de sí misma y del mundo futuro. Toda persona tiene derecho individual y colectivamente a disfrutar de una vida y de un ambiente seguro, sano y ecológicamente equilibrado. (...). Es una obligación fundamental del Estado, con la activa participación de la sociedad, garantizar que la población se

desenvuelva en un ambiente libre de contaminación, en donde el aire, el agua, los suelos, las costas, el clima, la capa de ozono, las especies vivas, sean especialmente protegidos, de conformidad con la ley.

Artículo 128. El Estado desarrollará una política de ordenación del territorio atendiendo a las realidades ecológicas, geográficas, poblacionales, sociales, culturales, económicas, políticas, de acuerdo con las premisas del desarrollo sustentable, que incluya la información, consulta y participación ciudadana. Una ley orgánica desarrollará los principios y criterios para este ordenamiento.

Artículo 129. Todas las actividades susceptibles de generar daños a los ecosistemas deben ser previamente acompañadas de estudios de impacto ambiental y sociocultural. El Estado impedirá la entrada al país de desechos tóxicos y peligrosos, (...) Una ley especial regulará el uso, manejo, transporte y almacenamiento de las sustancias tóxicas y peligrosas. (...).

Dentro de este marco se reseña igualmente, la **Ley Orgánica del Trabajo**, según Gaceta Oficial N° 37.271 de fecha 29 de Agosto de 2001, artículos 236 y 237.

Artículo 236. El patrono deberá tomar las medidas que fueran necesarias para que el servicio se preste en condiciones de higiene y seguridad que respondan a los requerimientos de la salud del trabajador, en un medio ambiente de trabajo adecuado y propicio para el ejercicio de sus facultades físicas y mentales. El Ejecutivo Nacional, en el reglamento de esta ley o en disposiciones especiales, determinará las condiciones que correspondan a las diversas formas de trabajo, especialmente en aquellas que por razones de insalubridad o peligrosidad puedan resultar nocivas, y

cuidará de la prevención de los infortunos del trabajo mediante las condiciones del medio ambiente y las con él relacionadas. (...)

Artículo 237. Ningún trabajador podrá ser expuesto a la acción de agentes físicos, condiciones ergonómicas, riesgos sicosociales, agentes químicos, biológicos o de cualquier otra índole, sin ser advertido acerca de la naturaleza de los mismos, de los daños que pudieren causar a la salud, y aleccionando en los principios de prevención.

Por último se presenta **la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo** con su Reglamento, tomado de la Gaceta oficial N° 3.850 Extraordinario del 18 de Junio de 1986 y N° 35.020 del 17 de Agosto de 1992. Artículos 1, 3, 4, y 6.

Artículo 1. El objeto de la presente ley es garantizar a los trabajadores, permanentes y ocasionales, condiciones de seguridad, salud y bienestar, en un medio ambiente de trabajo adecuado y propicio para el ejercicio de sus facultades físicas y mentales.

Artículo 3. El Estado, garantizará la prevención de los riesgos mediante la vigilancia del medio ambiente en los centros de trabajo y las condiciones con él relacionados, a fin de que se cumpla con el objetivo fundamental de esta ley.

Artículo 4. Se entiende por condiciones de trabajo, a los efectos de esta Ley:

- 1.- Las condiciones generales y especiales bajo las cuales se realiza la ejecución de tareas.
- 2.- Los aspectos organizativos funcionales de las empresas y empleadores en general, los métodos, sistemas o procedimientos empleados en la ejecución de las

tareas, los servicios sociales que éstos prestan a los trabajadores y los factores externos al medio ambiente de trabajo que tienen influencias sobre él.

Artículo 6. A los efectos de protección de los trabajadores en las empresas, explotaciones, oficinas o establecimientos industriales o agropecuarios, públicos y privados, el trabajo deberá desarrollarse en condiciones adecuadas a la capacidad física y mental de los trabajadores. (...). Parágrafo Único. Ningún trabajador podrá ser expuesto a la acción de agentes físicos, condiciones ergonómicas, riesgos psicosociales, agentes químicos, biológicos o de cualquier otro índole, sin ser advertido por escrito y por cualquier otro medio idóneo de la naturaleza de los mismos, de los daños que pudieren causar a la salud, y aleccionado en los principios de su prevención.

2.5.- Sistema de Variables

Estudio Univariable: Conocimiento que poseen los profesionales de enfermería del área quirúrgica sobre desechos cortopunzantes del Centro Clínico La Isabelica, Valencia Estado Carabobo año 2005.

Definición Conceptual:

Suma de hechos y principios que se adquieren, dando a entender que debe existir cierta participación activa de parte el que aprende. Diccionario Encarta (2003)

Definición Operacional: Referido a la información que posee el profesional de enfermería del área quirúrgica relacionado con el manejo de los desechos cortopunzantes.

2.6 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable Única: Conocimiento que poseen los profesionales del área quirúrgica sobre desechos cortopunzantes en el Centro Clínico La Isabelica. Tercer trimestre Año 2005 Valencia Estado Carabobo

Referido a la información que poseen los profesionales de Enfermería del área quirúrgica, en relación con el manejo de los desechos cortopunzantes.

DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ÍTEM
Manejo de desechos Cortopunzantes del área quirúrgica: Se refiere a la información que poseen los profesionales de Enfermería del área quirúrgica sobre el proceso que se aplica a los desechos cortopunzantes a través de: Recolección, Transporte y tratamiento.	Recolección de los Desechos Cortopunzantes: Son las respuestas que emiten los profesionales de Enfermería, sobre los recipientes y sus características, especiales.	<i>Características o condiciones especiales de los contenedores para los cortopunzantes:</i>	
		Material de fabricación. (polietileno, polipropileno)	1
		Identificación (Residuo Infeccioso)	2
		Condiciones del orificio de entrada de los recipientes.	3
		Capacidad de llenado.	4
		Cerrado hermético.	5

	Transporte de los desechos Cortopunzantes: Son las respuestas que emiten los profesionales de Enfermería sobre las condiciones del transporte interno, del área quirúrgica: traslado manual.	<i>Condiciones del transporte interno del área quirúrgica:</i> Traslado manual de los recipientes cortopunzantes.	6
	Tratamiento de los Desechos Cortopunzantes: Son las respuestas que emiten los profesionales de Enfermería del área quirúrgica sobre las técnicas: tipos y sus elementos para eliminar la capacidad de producir enfermedades de los objetos cortopunzantes.	Implementos de protección personal.	7
		Ruta de traslado.	8
		Traslado exclusivo de los recipientes de cortopunzante	9
		<i>Método o técnica de eliminación de patógenos.</i>	
		Tipos: Esterilización e Incineración <i>Elementos de la técnicas Esterilización a Vapor:</i>	10
		Temperatura de esterilización	11
		Período de tiempo de los desechos cortopunzantes <i>Incinerador</i>	12
		Temperatura de incineración	13
		Ventajas de la incineración sobre los cortopunzantes	14
		Combustión de recipientes compatibles	15

Fuente: Cuadro elaborado por Chávez, Moreno, Rojas (2005)

2.5.- Definición Operacional de Términos.

Bioseguridad: Serie de normas preventivas empleadas por los profesionales de enfermería, para proteger su salud de riesgos por exposición a agentes infecciosos.

Contenedor: Envase destinado para que el personal de enfermería coloque los desechos sólidos, para recolectarlos y luego darles tratamiento.

Establecimiento de salud: Lugar donde se brindan y llevan a cabo los cuidados, relacionados con la salud de las personas.

Polietileno: Material plástico de alta densidad, liviano, aislante eléctrico, con buena resistencia, destinado para la fabricación de los contenedores para objetos cortopunzantes.

Recolección: Procedimiento utilizado por los profesionales de enfermería, para recoger y/o recolectar los objetos cortantes y punzantes generados en la práctica quirúrgica en los contenedores especiales.

Rehúso: Es la acción de utilizar en variadas ocasiones y en determinados procedimientos un mismo objeto.

Residuos Biológicos: Son aquellos desechos provenientes de los seres humanos vivos o muertos.

Reutilizable: Es el acto de utilizar nuevamente un producto, para la misma función que desempeño antes.

Riesgos Laborales: Son los accidentes o contratiempos, a los que está expuesto el personal de enfermería, durante la jornada laboral en el área quirúrgica, lo pone en riesgo y desmejora su calidad de vida.

Segregación: Acción de separar los desechos cortopunzantes de acuerdo a su clasificación; generados en el área quirúrgica para ser manejados de forma especial.

Tratamiento: Es el acto de eliminar el potencial peligroso y el volumen de los residuos cortopunzantes antes de su disposición final.

CAPITULO III

Diseño Metodológico

3.1.- Tipo de Investigación

Al enfocar el tipo de investigación del estudio planteado, el que más se adapta al propósito del mismo, es la investigación Descriptiva, porque busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.

En este propósito señala (Sabino, 2002):

“En las investigaciones descriptivas, la preocupación primordial radica en describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos. Las investigaciones descriptivas utilizan criterios sistémicos que permiten poner de manifiesto la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando de ese modo información sistémica y comparable con la de otras fuentes” (Pág.43)

Así, esta investigación tiene características descriptivas por poner de manifiesto el conocimiento que poseen los profesionales de enfermería del área quirúrgica sobre los desechos cortopunzantes del Centro Clínico La Isabelica en el tercer trimestre para el año 2005, proporcionando información sistémica que permitirá determinar algunas características fundamentales respecto al objetivo general de este estudio.

3.2.- Tipo de Estudio.

El diseño de investigación (Sabino 2002) “remite a un plan coherente de trabajo para recabar y analizar los datos que nos acercan al conocimiento de la realidad en estudio” (Pág. 64), tomando en cuenta la naturaleza de la investigación, ésta se fundamentará en un diseño de campo no experimental transeccional.

Esta investigación, presenta un diseño de Campo, por permitir registrar datos, incorporar detalles, acciones y palabras. Se concibe este tipo de investigación como (Universidad Fermín Toro 2001) "el análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes", (Pág. 10).

Así mismo, el estudio propuesto se adecua a los propósitos de la investigación no experimental definida por (Balestrini 2001) como aquellos “donde se observan los hechos estudiados tal como se manifiestan en su ambiente natural, y en este sentido no se manipulan de manera intencional las variables”; (Pág. 118) específicamente transeccional o transversal, el cual indica (Hernández, Fernández, Baptista 2000) “Los diseños de investigación transeccional recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único”. (Pág. 186)

3.3. Población.

En los estudios descriptivos, como es esta investigación, el contexto poblacional no es más que la precisión de la unidad de análisis o la descripción del entorno situacional de la investigación, que define (Michelena 2000) “(...) como el conjunto de unidades o elementos claramente definidos por las características que

poseen, conforma un todo, y pueden ser personas, empresas, países, ciudades” (Pág. 55),

La población de este estudio estuvo conformada por el grupo de profesionales de enfermería que laboran en el área quirúrgica del Centro Clínico La Isabelica a saber son veinte (20) profesionales de las cuales diecinueve son Técnicos Superiores, un bachiller asistencial

3.4 Muestra

La muestra es un subconjunto de la población. Son los sujetos involucrados en el estudio. Es decir, es la unidad contextual que aporta la información.

Al respecto (Michelena, 2000): señala, “La muestra es el subconjunto de ese universo, presupone que esta debe poseer las características del conjunto, por lo tanto su importancia radica en que la escogencia sea representativa en muchos casos, especificando tamaño y tipo de muestreo, ya que existe gran variedad al respecto” (Pág. 55).

Por lo que, para hacer una generalización exacta de una población es necesario tomar una muestra representativa y por tanto la validez de la generalización depende de la validez y tamaño de la muestra.

Como ya se ha especificado anteriormente, la población de este estudio está integrada por veinte profesionales de enfermería y dada las características de la misma, pequeña, finita y homogénea, se tomarán como unidades de estudio e indagación a todos los individuos que la integran, no aplicando en consecuencia

criterios muestrales, es decir el tipo de muestra corresponde a la no probabilística o población censal.

3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de los Datos

Las técnicas o procedimientos de recolección de los datos explican, el procedimiento, lugar y condiciones que tienen las mismas para su aplicación. En el desarrollo de la presente investigación se utilizó como procedimiento de recolección de datos, la encuesta: el cuestionario autoadministrado, el cual es un listado fijo de 15 ítems con cierto orden, adecuada redacción y cuya estructuración se basa en el tipo de preguntas cerradas dicotómicas, las cuales según (Hernández, Fernández, Baptista 2000) “contienen categorías o alternativas de respuesta que han sido delimitadas y son definidas a priori por el investigador, quien se los presenta al respondiente para que éste pueda seleccionar más de una opción o categoría de respuesta” (Pág. 176).

Y que luego sistematiza los aspectos de los hechos que considera de mayor importancia en el estudio.

Al respecto (Sabino, 2002): menciona

“Para ello las preguntas suelen dividirse en dos grandes tipos a) de alternativas fijas; b) de final abierto. Las preguntas de *alternativas fijas*, llamadas comúnmente cerradas, formalizan más el cuestionario, pues en ellas sólo se otorga al entrevistado la posibilidad de escoger entre un número limitado de respuestas posibles. Si se pregunta A) Cree Ud. En los OVNIS, si o no?”, estaremos ante la típica pregunta cerrada. No importa la cantidad de alternativas ofrecidas, sean éstas dos, tres o veinte, si el respondiente no puede elegir una respuesta que este fuera de la lista, la pregunta se habrá de considerar cerrada” (Pág.110).

3.6. Técnicas de Análisis de los datos.

Una vez tabulados los datos, los mismos fueron procesados y analizados electrónicamente, mediante la estadística descriptiva denominada tabulación simple porcentual (frecuencias y porcentuales), a fin de que cada indicador fuera cuantificado por separado, y obtener información real sobre la relación entre las variables planteadas.

3.7. Validez.

La validez de un instrumento según (Hernández, Fernández, Baptista 2000), “en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir” (Pág. 236) para la validez se tomaron en cuenta las dimensiones de las variables y los respectivos indicadores, sometiéndoles a:

a) La validación de contenido: La cual viene dada porque los ítem buscan dar respuesta a los objetivos que el estudio se plantea, para ello se elaboró el cuadro de operacionalización de las variables, determinándose las dimensiones y los indicadores, los cuales se obtuvieron de la fundamentación teórica que avala este estudio.

b) La Validación a juicio de Expertos: Ya que el instrumento será sometido a una revisión cuidadosa por parte de personas conocedoras de metodología y de la temática tratada, con la finalidad de establecer los criterios en cuanto a redacción de lo que se quiere preguntar; una vez dada las opiniones de los expertos,

se harán las correcciones necesarias, y se emitirá un nuevo instrumento ya corregido, listo para aplicar.

En relación a la validez, ésta se determinó mediante el criterio de juicio de expertos en materia, como lo son expertos del área de: Metodología de la Investigación, Enfermería Perioperatoria y Salud Ocupacional.

3.8. Confiabilidad.

Una vez obtenido el juicio de validación unánime se procederá a determinar la confiabilidad del cuestionario, mediante un ensayo. Ya que para este estudio se usará la población completa y que por la dicotomía del instrumento, la confiabilidad será determinada mediante el coeficiente K_{R20} Kuder Richardson, apropiado para instrumento de respuesta dicotómica.

(Hamdan 1994), expresa “un instrumento es confiable o seguro cuando aplicado repetidamente a un mismo individuo o grupo, o al mismo tiempo por los tiempo por los investigadores diferentes, proporciona resultados iguales o parecidos” (Pág.88).

En este sentido, la prueba piloto según (Flames 2001) “es un instrumento de medición que permite obtener datos, aspectos, ideas e informaciones necesarias para determinar la confiabilidad de un instrumento de recolección de datos” (Pág. 41).

Dentro de esta perspectiva (Sabino, 2002): “Una vez que se redacta el conjunto de preguntas que constituyen un cuestionario es necesario revisar éste una y otra vez para asegurarse de su consistencia y eliminar los posibles errores u omisiones. Casi siempre se realiza lo que se denomina **prueba piloto**, que consiste en administrar el cuestionario a un conjunto reducido de personas para calcular su duración, conocer sus dificultades y corregir sus defectos antes de aplicarlo a la totalidad de la muestra. (Pág. 110).

Una vez que se realizó la selección del cuestionario y de haber definido el estudio, se procedió a establecer la confiabilidad, mediante el análisis de las dimensiones e indicadores donde se pretendió medir el rango de estabilidad del cuestionario en su aplicación.

Dentro de esta perspectiva (Hernández, Fernández, Baptista 2002) Sostienen que: “La confiabilidad de un cuestionario de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados” (Pág. 242).

Una vez validado el cuestionario se aplicó a (7) profesionales de enfermería representantes de la población en condiciones similares que no formaron parte de la muestra, lo que permite según Tamayo y Tamayo (1998) “cuestionar la calidad de los instrumentos que se han diseñado y se piensan aplicar... Esta prueba lleva a la realización de los ajustes necesarios, debe ser lo más representativamente posible a la muestra definitiva de la población” (Pág. 125).

Para efectuar el cálculo de la confiabilidad de un cuestionario existen infinidad de fórmulas que generan coeficientes de confiabilidad. Estos coeficientes pueden

oscilar entre 0 y 1, siendo “0” una confiabilidad nula y 1 una confiabilidad máxima, mientras mas se acerca el valor a cero más factible es el error en la medición.

A efectos de esta investigación se concluyó utilizar el Coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson (K_{R20}), utilizado para escalas policotómicas, es decir los de selección simple con cuatro alternativas de respuestas cerradas y la dicotomía del instrumento se aplica, puesto que tiene una sola respuesta correcta, administración de una única prueba el cual emplea información fácil de obtener y cuya fórmula es:

$$K_{R20} = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum p * q}{S^2_t} \right]$$

Donde:

K_{R20} = Coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson.

K = número de ítems.

p = Proporción respuestas correctas.

q = Proporción respuestas incorrectas.

s^2_t = Varianza de los porcentajes de la prueba.

Sustituyendo en el cuestionario aplicado para medir la variable:

$$K_{R20} = \frac{15}{15-1} \left[1 - \frac{2.61}{12.86} \right]$$

$$\alpha = 1.07^* [1 - 0.20]$$

$$\alpha = 0.86$$

Los resultados se interpretaron de acuerdo con el siguiente cuadro de relación

ESCALA	CATEGORIA
0 - 0,20	Muy baja
0,21- 0,40	Baja
0,41 - 0,60	Moderada
0,61 - 0,80	Alta
0,81 - 1	Muy alta

Fuente: Pérez, G. (1999)

Comparando el valor obtenido de 0,88 con la tabla presentada por Pérez Galán (1999), refleja una confiabilidad “**Muy Alta**”. Según (Hernández, Fernández, Baptista 2000) los valores de los índices de confiabilidad alrededor de este son muy satisfactorios, lo que confirma que de ser aplicado el cuestionario en otros grupos los resultados serian similares porque la confiabilidad sobrepasa el 60% en todos los casos. (Pág.577)

CAPÍTULO IV

Presentación y Análisis de Resultados

El presente capítulo, hace referencia a la presentación de los resultados obtenidos del instrumento aplicado a fin de determinar el conocimiento que poseen los profesionales de enfermería del área quirúrgica sobre los desechos cortopunzantes, así mismo describe el análisis e interpretación de los resultados en función de los objetivos formulados comparando los resultados con el basamento teórico.

4.1. Presentación de Resultados

Para efectos del análisis de los resultados se aplicó la estadística descriptiva, tomando en consideración las respuestas correctas e incorrectas, posteriormente se adaptaron frecuencias absolutas y porcentuales en función de las alternativas de respuestas, considerando la variable, dimensión, indicadores y subindicadores previamente formulados. Asimismo, la interpretación de la información se realizó destacando los datos de mayor relevancia en cada uno de los Ítems. Los resultados se obtuvieron a través del programa SPSS V-7 para Windows XP y se complementan con gráficos adecuados al tipo de dato procesado.

CUADRO N° 1

DISTRIBUCION ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LOS DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL NIVEL ACADÉMICO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA. ÁREA QUIRÚRGICA. CENTRO CLÍNICO LA ISABELICA, TERCER TRIMESTRE AÑO 2005 VALENCIA EDO. CARABOBO.

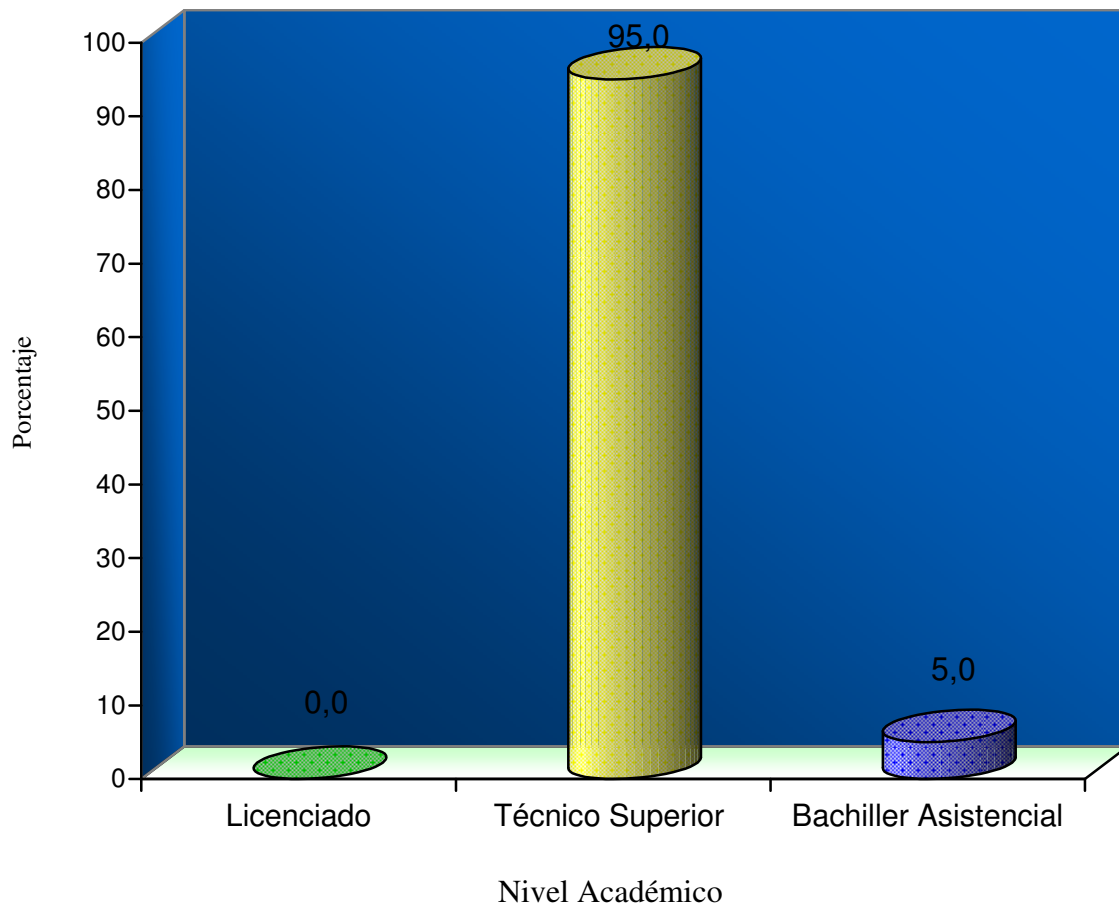
Nivel académico	F	%
Licenciado	0	0.0
Técnico Superior	19	95.0
Bachiller Asistencial	1	5.0
Totales	20	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado.

En el cuadro N° 1, se reportan los resultados correspondientes al nivel académico del personal de enfermería, donde el 95% son Técnico Superiores y el 5% Bachiller Asistencial.

GRÁFICO N° 1

DISTRIBUCION ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LOS DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL NIVEL ACADÉMICO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA. ÁREA QUIRÚRGICA. CENTRO CLÍNICO LA ISABELICA, TERCER TRIMESTRE AÑO 2005 VALENCIA EDO. CARABOBO.



Fuente: Cuadro N° 1.

CUADRO N° 2

DISTRIBUCION ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LOS DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA. ÁREA QUIRÚRGICA. CENTRO CLÍNICO LA ISABELICA, TERCER TRIMESTRE AÑO 2005 VALENCIA EDO. CARABOBO.

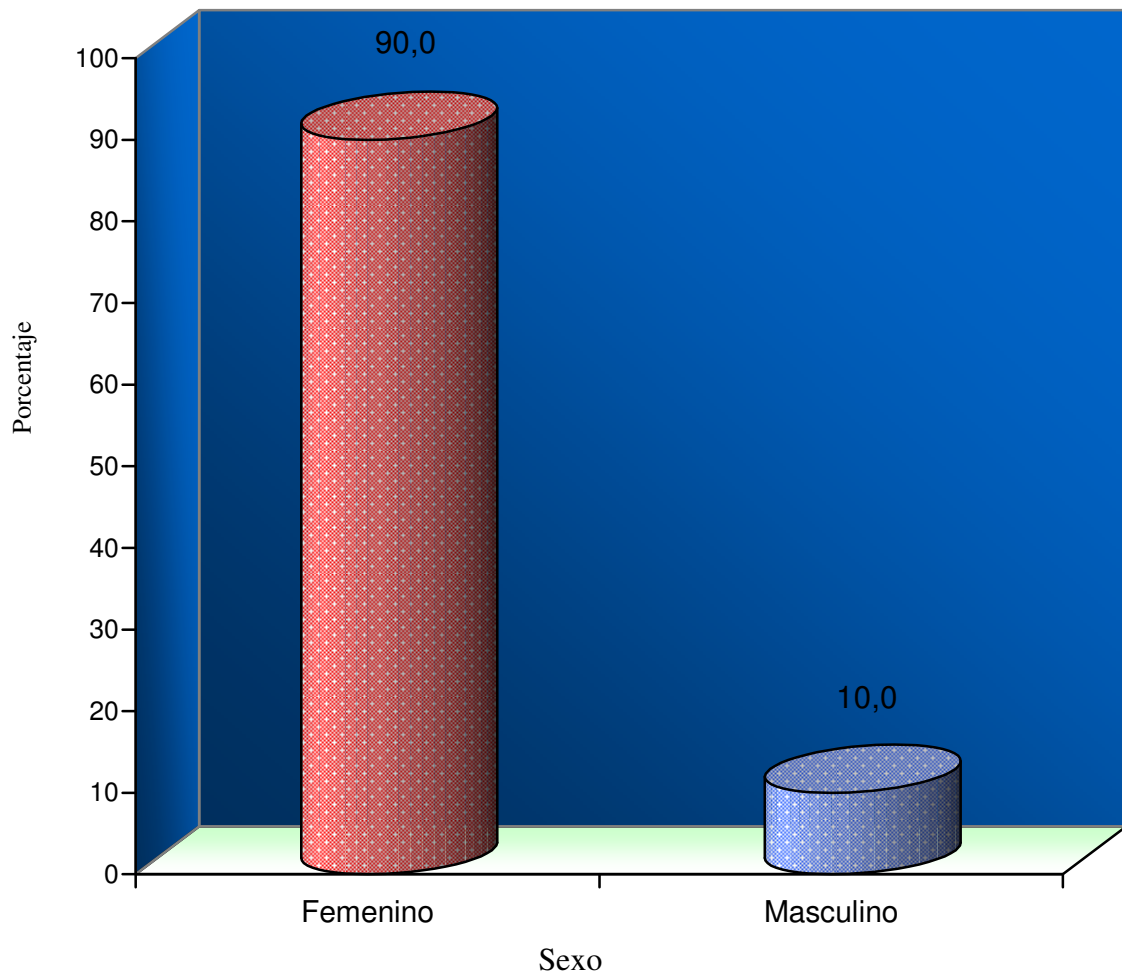
F	Sexo	%
18	Femenino	90.0
2	Masculino	10.0
20	Totales	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado.

En el cuadro N° 2, se reporta los resultados correspondientes al sexo del personal de enfermería, donde el 90% es de sexo femenino; y el 10% masculino.

GRÁFICO N° 2

DISTRIBUCION ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LOS DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA. ÁREA QUIRÚRGICA. CENTRO CLÍNICO LA ISABELICA, TERCER TRIMESTRE AÑO 2005 VALENCIA EDO. CARABOBO.



Fuente: Cuadro N° 2.

CUADRO N° 3

DISTRIBUCION ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LOS DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL CARGO QUE DESEMPEÑA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA. ÁREA QUIRÚRGICA. CENTRO CLÍNICO LA ISABELICA, TERCER TRIMESTRE AÑO 2005 VALENCIA EDO. CARABOBO.

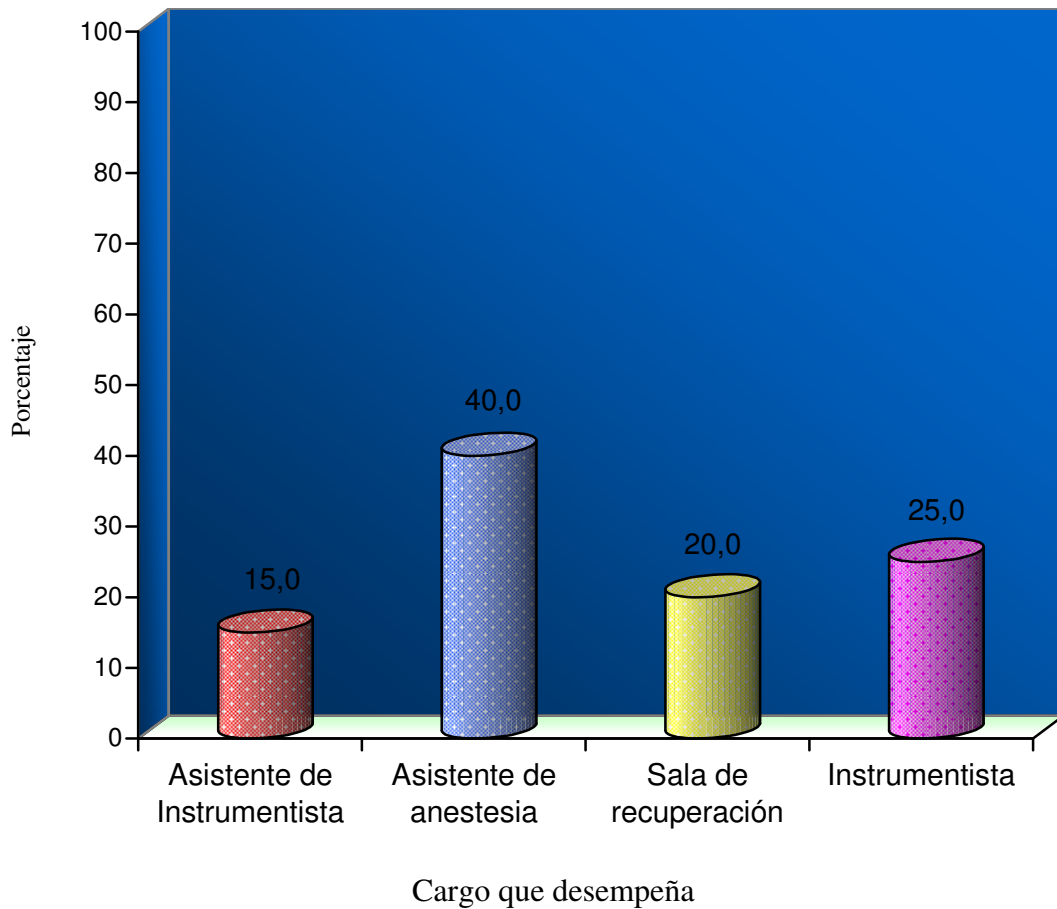
Cargo	F	%
Asistente de Instrumentista	3	15.0
Asistente de anestesia	8	40.0
Sala de recuperación	4	20.0
Instrumentista	5	25.0
Totales	20	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado.

En el cuadro N° 3 se reporta los resultados correspondientes al cargo que desempeña el personal de enfermería en el área quirúrgica, donde el 40% desempeñan el cargo de asistente de anestesia; el 25% de los(as) que ocupan el cargo de instrumentista; el 20% es de quienes desempeñan el cargo en la sala de recuperación y el 15% Asistente de Instrumentista.

GRÁFICO N° 3

DISTRIBUCION ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LOS DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL CARGO QUE DESEMPEÑA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA. ÁREA QUIRÚRGICA. CENTRO CLÍNICO LA ISABELICA, TERCER TRIMESTRE AÑO 2005 VALENCIA EDO. CARABOBO.



Fuente: Cuadro N° 3.

CUADRO N° 4

DISTRIBUCION ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LOS DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LOS AÑOS DE SERVICIO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA. ÁREA QUIRÚRGICA. CENTRO CLÍNICO LA ISABELICA TERCER TRIMESTRE AÑO 2005 VALENCIA EDO. CARABOBO.

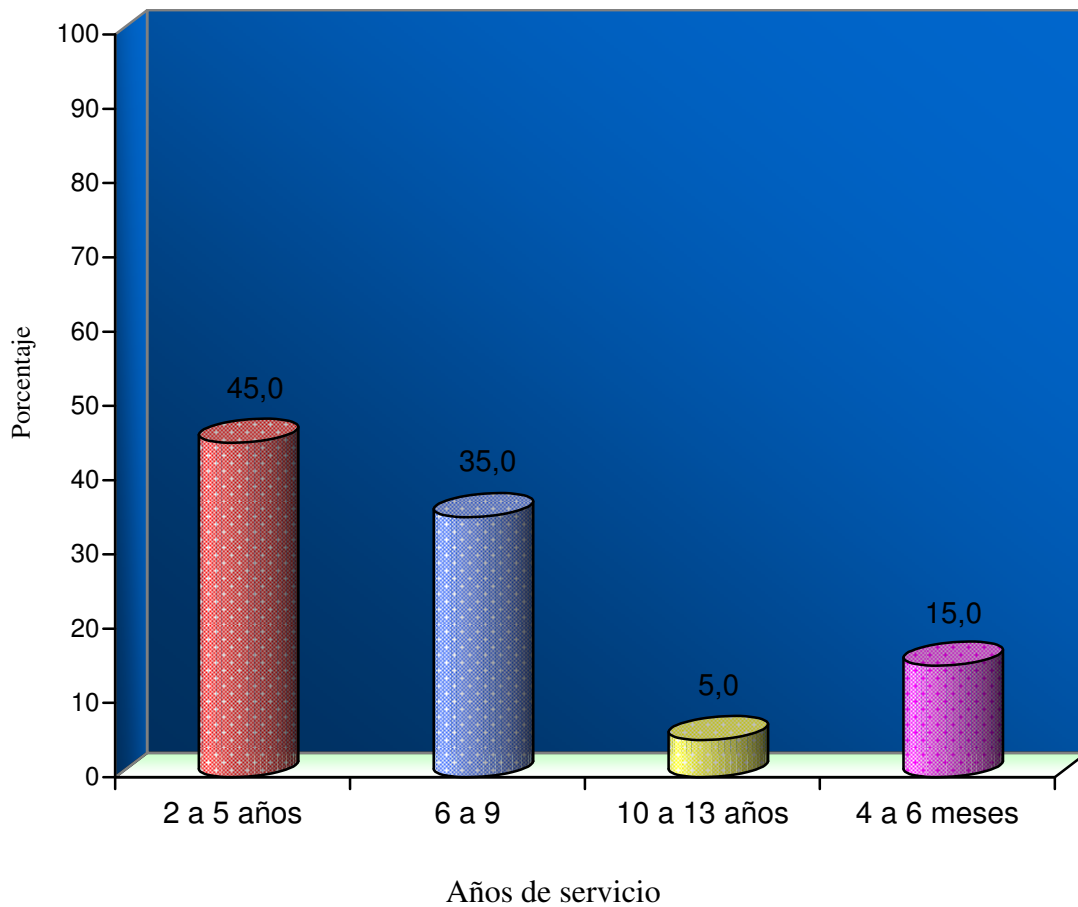
Años de servicio	F	%
2 – 5 años	9	45,0
6 – 9 años	7	35,0
10-13 años	1	5,0
4 – 6 meses	3	15,0
Totales	20	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado.

El cuadro N° 4, reporta los resultados correspondientes a los años de servicio en la institución; determinándose que el 45% tienen entre 2 a 5 años de servicio; el 35% tienen entre 6 a 9 años de servicio; el 15% tienen de 4 a 6 meses y el 5% tiene 13 años de servicio.

GRÁFICO N° 4

DISTRIBUCION ABOLUTA Y PORCENTUAL DE LOS DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LOS AÑOS DE SERVICIO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA. ÁREA QUIRÚRGICA. CENTRO CLÍNICO LA ISABELICA. TERCER TRIMESTRE. AÑO 2005. VALENCIA EDO. CARABOBO.



Fuente: Cuadro N° 4.

CUADRO N° 5

DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL, DE LOS RESULTADOS A FIN DE IDENTIFICAR LA INFORMACIÓN QUE POSEEN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE LA RECOLECCIÓN DE LOS DESECHOS CORTOPUNZANTES EN LOS SUBINDICADORES MATERIAL DE FABRICACIÓN, IDENTIFICACIÓN DE LOS RECIPIENTES; CONDICION DEL ORIFICIO DE ENTRADA DE LOS RECIPIENTES; CAPACIDAD DE LLENADO; CERRADO HERMÉTICO. ÁREA QUIRÚRGICA. CENTRO CLÍNICO LA ISABELICA. TERCER TRIMESTRE AÑO 2005 VALENCIA EDO. CARABOBO.

Subindicadores	Alternativas	Correcta		Incorrecta		Totales	
		f _a	%	f _a	%	f _a	%
Material de fabricación		19	60,0	1	40,0	20	100.0
Identificación de los recipientes		14	70,0	6	30,0	20	100.0
Condición del orificio de entrada de los cortopunzantes		14	60,0	6	40,0	20	100.0
Capacidad de llenado.		15	75,0	5	25,0	20	100.0
Cerrado hermético		19	95,0	1	5,0	20	100.0
Promedio		72		28			

Fuente: Instrumento aplicado.

En el cuadro N° 5, se reportan los resultados correspondientes al subindicador características o condiciones especiales de los contenedores para los cortopunzantes: determinándose que el 60% del personal de enfermería encuestado respondió correctamente que el material de fabricación de los recipientes para recolectar los objetos cortopunzantes deben ser de polietileno o polipropileno; y el 40% respondió incorrectamente.

Referido al subindicador identificación de los recipientes (símbolo universal), el 70% del personal de enfermería respondió correctamente que para la identificación de los recipientes de los desechos cortopunzantes se requiere escribir claramente “residuos peligros”, y el 30% respondió incorrectamente.

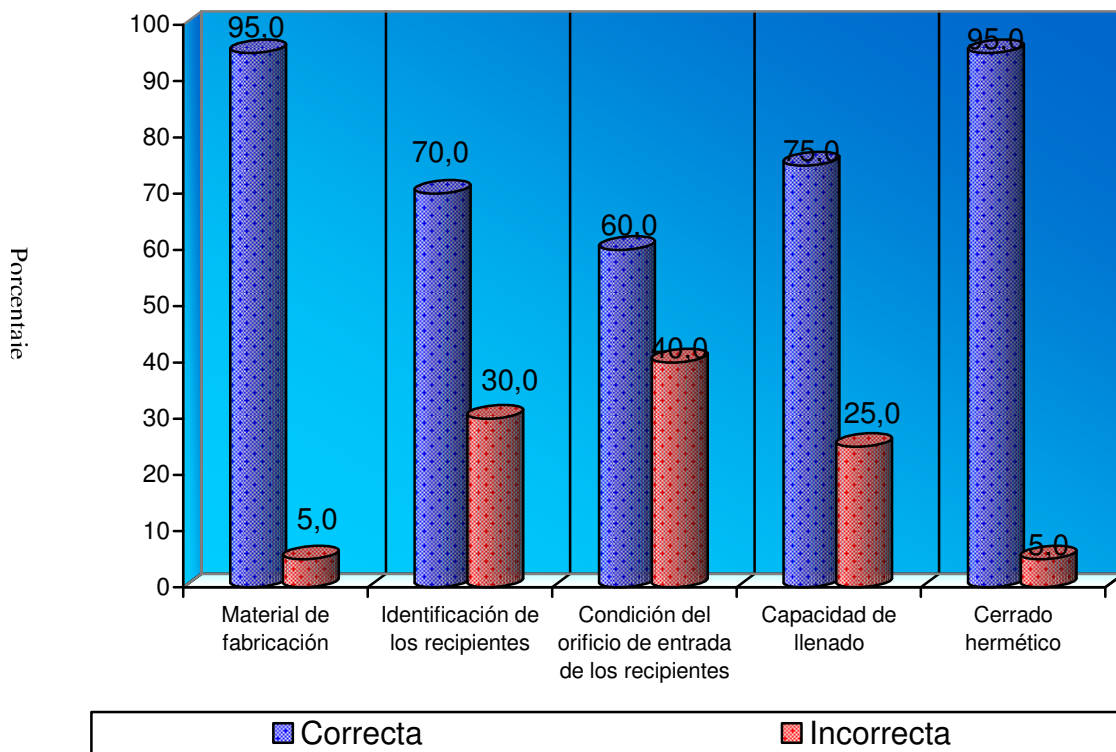
Los resultados correspondientes al subindicador condición del orificio de entrada del recipiente; para el descarte de los cortopunzantes, se determinó que el 60% del personal de enfermería encuestado respondió correctamente; mientras que el 40% respondió incorrectamente.

Con respecto al subindicador capacidad de los recipientes, el 75% respondió que la capacidad límite de los recipientes cortopunzantes debe ser hasta las $\frac{3}{4}$ partes, lo que indica que respondieron correctamente; y el 25% respondió incorrectamente.

De acuerdo al subindicador cerrado hermético, el 95% del personal de enfermería encuestado respondió correctamente, que el recipiente debe ser cerrado herméticamente en el área de generación y el 5% respondió incorrectamente.

GRÁFICO N° 5

DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LOS RESULTADOS A FIN DE IDENTIFICAR LA INFORMACIÓN QUE POSEEN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE LA RECOLECCIÓN DE LOS DESECHOS CORTOPUNZANTES EN LOS SUBINDICADORES MATERIAL DE FABRICACIÓN, IDENTIFICACIÓN DE LOS RECIPIENTES; CONDICION DEL ORIFICIO DE ENTRADA DE LOS RECIPIENTES; CAPACIDAD DE LLENADO; CERRADO HERMÉTICO. ÁREA QUIRÚRGICA. CENTRO CLÍNICO LA ISABELICA. TERCER TRIMESTRE AÑO 2005 VALENCIA EDO. CARABOBO.



Fuente: Cuadro N° 5.

CUADRO N° 6

DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LOS RESULTADOS A FIN DE IDENTIFICAR EL CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE EL TRANSPORTE DE LOS DESECHOS CORTOPUNZANTES EN LOS SUBINDICADORES CONDICIONES DEL TRANSPORTE INTERNO DEL ÁREA QUIRÚRGICA: TRASLADO MANUAL DE LOS RECIPIENTES CORTOPUNZANTES, IMPLEMENTOS DE PROTECCIÓN, RUTA DE TRASLADO, TRASLADO EXCLUSIVO DE LOS RECIPIENTES DE CORTOPUNZANTES. ÁREA QUIRÚRGICA. CENTRO CLÍNICO LA ISABELICA. TERCER TRIMESTRE AÑO 2005 VALENCIA EDO. CARABOBO.

Subindicadores \ Alternativas	Correcta		Incorrecta		Totales	
	f	%	f	%	f	%
Traslado manual de los recipientes cortopunzantes	5	25,0	15	75,0	20	100,0
Implementos de protección	15	75,0	5	25,0	20	100,0
Ruta de traslado	6	30,0	14	70,0	20	100,0
Traslado exclusivo de los recipientes de cortopunzantes.	6	30,0	14	70,0	20	100,0
Promedio.		40	60			

Fuente: Instrumento aplicado.

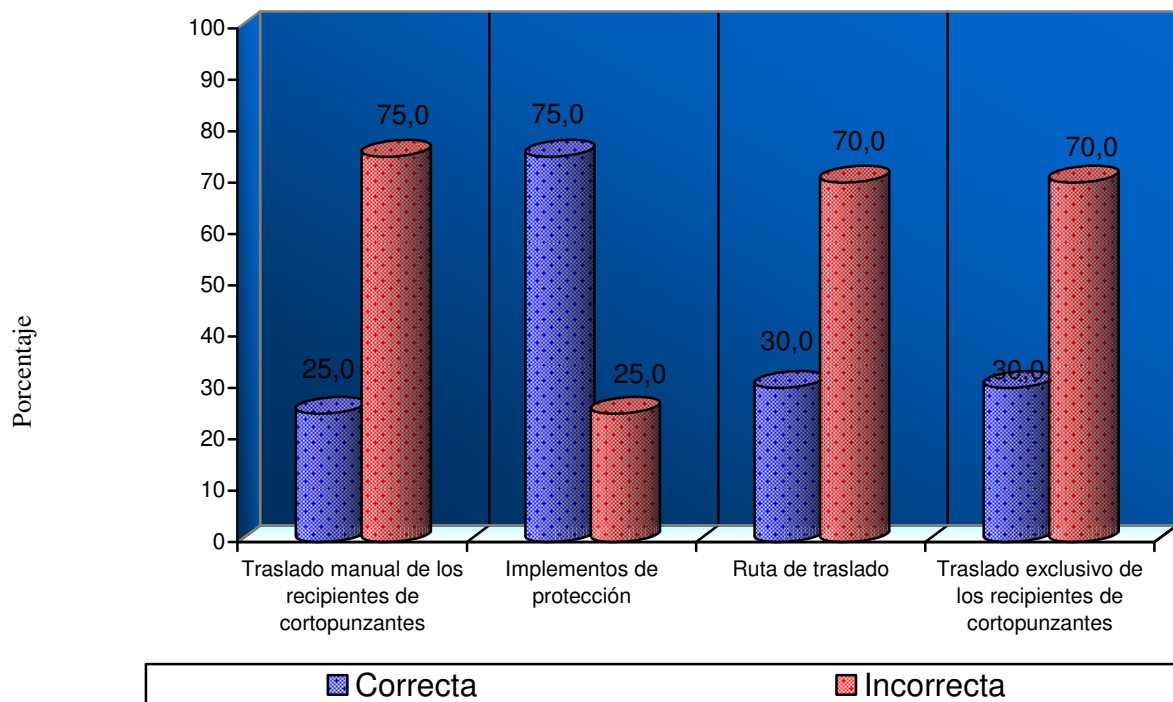
En el cuadro N° 6, se reportan los resultados correspondientes a las condiciones del transporte interno del área quirúrgica; destacándose que en el subindicador traslado manual de recipientes para los cortopunzantes, el 25% del personal de enfermería encuestado, respondió correctamente que debe realizarlo una sola persona, y el 75% respondió incorrectamente.

En el subindicador implementos de protección del total del personal encuestado 75% respondió correctamente, mientras que el 25% respondió incorrectamente sobre los implementos de protección personal.

En el subindicador traslado exclusivo de los recipientes de cortopunzantes solo 30% respondió correctamente, versus el 70% que respondió incorrectamente.

GRÁFICO N° 6

DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LOS RESULTADOS A FIN DE IDENTIFICAR EL CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE EL TRANSPORTE DE LOS DESECHOS CORTOPUNZANTES EN LOS SUBINDICADORES CONDICIONES DEL TRANSPORTE INTERNO DEL ÁREA QUIRÚRGICA TRASLADO MANUAL DE LOS RECIPIENTES DE CORTOPUNZANTES, IMPLEMENTOS DE PROTECCIÓN, RUTA DE TRASLADO, TRASLADO EXCLUSIVO DE LOS RECIPIENTES DE CORTOPUNZANTES. ÁREA QUIRÚRGICA CENTRO CLÍNICO LA ISABELICA. TERCER TRIMESTRE AÑO 2005 VALENCIA EDO. CARABOBO.



Fuente: Cuadro N° 6.

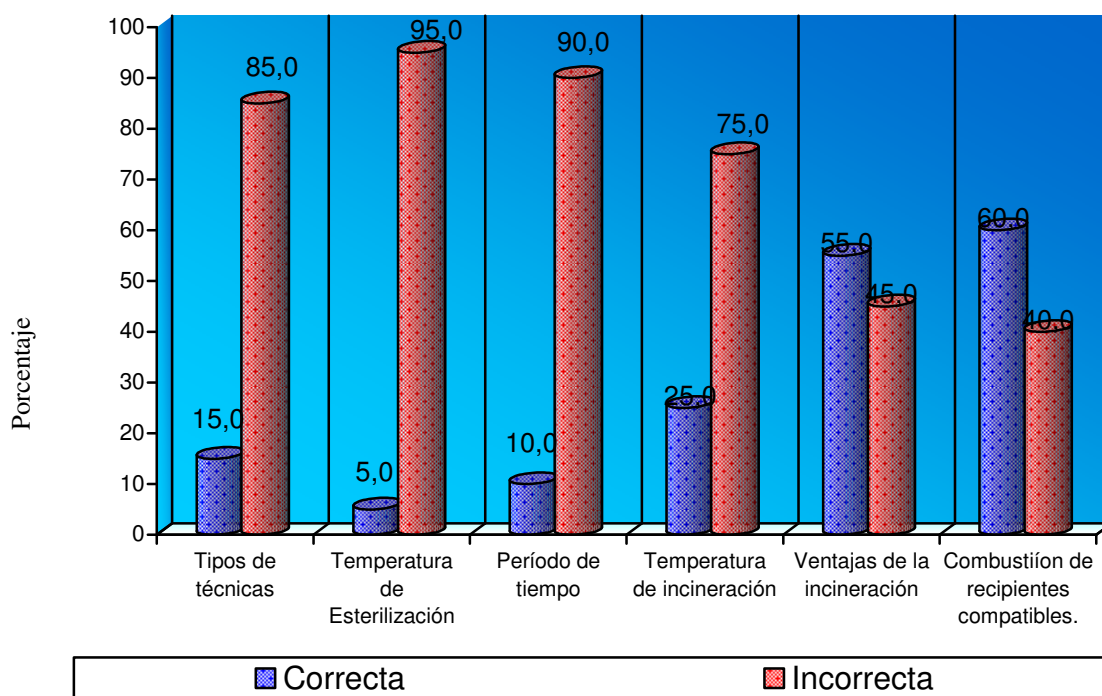
CUADRO N° 7

DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LOS RESULTADOS A FIN DE IDENTIFICAR EL CONOCIMIENTO QUE POSEEN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS DESECHOS CORTOPUNZANTES EN LOS SUBINDICADORES TIPOS DE TÉCNICAS: ESTERILIZACIÓN E INCINERACIÓN, ELEMENTOS DE LA TÉCNICA: TEMPERATURA DE ESTERILIZACIÓN Y PERÍODO DE TIEMPO, INCINERACIÓN: TEMPERATURA DE INCINERACIÓN VENTAJAS Y COMBUSTIÓN DE LOS RECIPIENTES COMPATIBLES ÁREA QUIRÚRGICA. CENTRO CLÍNICO LA ISABELICA. TERCER TRIMESTRE AÑO 2005 VALENCIA EDO. CARABOBO.

Subindicadores	Alternativas		Correcta		Incorrecta		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Tipos de técnicas (esterilización e incineración)	3	15,0	17	85,0	20	100,0		
Temperatura de Esterilización	1	5,0	19	95,0	20	100,0		
Período de tiempo de los cortopunzantes	2	10,0	18	90,0	20	100,0		
Temperatura de Incineración	5	25,0	15	75,0	20	100,0		
Ventajas de la incineración sobre los cortopunzantes.	11	55,0	9	45,0	20	100,0		
Combustión de recipientes compatibles (no clorados)	12	60,0	8	40,0	20	100,0		
Promedio								
Fuente instrumento aplicado.			28		72			

GRÁFICO N° 7

DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LOS RESULTADOS A FIN DE IDENTIFICAR EL CONOCIMIENTO QUE POSEEN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS DESECHOS CORTOPUNZANTES EN LOS SUBINDICADORES TIPOS DE TÉCNICAS: ESTERILIZACIÓN E INCINERACIÓN, ELEMENTOS DE LA TÉCNICA: TEMPERATURA DE ESTERILIZACIÓN Y PERÍODO DE TIEMPO, INCINERACIÓN: TEMPERATURA DE INCINERACIÓN, VENTAJAS Y COMBUSTIÓN DE LOS RECIPIENTES COMPATIBLES. ÁREA QUIRÚRGICA. CENTRO CLÍNICO LA ISABELICA. TERCER TRIMESTRE AÑO 2005 VALENCIA EDO. CARABOBO.



Fuente: Cuadro N°. 7.

CUADRO N° 8

DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LOS RESULTADOS PARA LA VARIABLE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE DESECHOS CORTOPUNZANTES EN SU DIMENSIÓN: MANEJO DE DESECHOS CORTOPUNZANTES. ÁREA QUIRÚRGICA. CENTRO CLÍNICO LA ISABELICA. TERCER TRIMESTRE AÑO 2005 VALENCIA EDO. CARABOBO.

Alternativas Indicadores	Correcta		Incorrecta		Totales	
	f	%	f	%	f	%
Recolección desechos cortopunzantes	81	72.0	19	28.0	100	100.0
Transporte desechos cortopunzantes	36	40,0	64	60,0	100	100.0
Tratamiento desechos cortopunzantes	34	28.0	86	72.0	120	100.0

Fuente: Instrumento aplicado.

La información del presente cuadro reporta los resultados para la variable Conocimiento que poseen los profesionales de enfermería del área quirúrgica sobre Desechos Cortopunzantes; destacándose en el indicador recolección de los desechos cortopunzantes, que el 72% de los encuestados poseen conocimientos sobre el material de fabricación de los contenedores; identificación de los recipientes (residuo infeccioso), condiciones del orificio de entrada de los recipientes, capacidad de llenado y cerrado hermético puesto que respondieron correctamente; mientras que el

28% respondió incorrectamente indicando desconocimiento sobre la recolección de los desechos cortopunzantes.

Aún cuando el % de las respuestas correctas (72%), es aceptable; podemos decir que ese 28% que desconoce sobre elementos tan importantes para la recolección de los desechos cortopunzantes, se ubica en un nivel de riesgo evidente para el trabajador de la salud, que en lugar de fomentar la misma; la demande por estar inmerso en una enfermedad profesional. Por lo tanto es preocupante que el 100% de los profesionales encuestados no tengan ese conocimiento al respecto, Ruiz (2000), indica “Cada área de generación de desechos en los establecimientos de salud, deberá contar con la cantidad necesaria de recipientes para recolectar y almacenar los desechos producidos, específicamente los cortopunzantes”.

En atención a lo anterior mencionado, podemos señalar que los accidentes con objetos cortopunzantes, son los más comunes que ocurren en las áreas quirúrgicas y que ocasionan infecciones por una ineficaz recolección.

Referente al indicador transporte de los desechos cortopunzantes, se evidenció que 40% de los encuestados respondieron correctamente, lo que determina conocimiento sobre las condiciones del transporte interno del área quirúrgica en relación a transporte manual de los recipientes para cortopunzantes, implementos de

protección personal, ruta de traslado; traslado exclusivo de los recipientes de cortopunzantes; en tanto que el 60% de los encuestados contestó incorrectamente indicando que no poseen estos conocimientos.

Cabe destacar que operativamente, este procedimiento no es acción de enfermería pero el deber ser indica, el manejo correspondiente de los contenidos teóricos que involucren al personal en general, al servicio donde se desenvuelven sus funciones, y un conocimiento amplio que permita corregir y sugerir como debe realizarse este aspecto en condiciones de seguridad y de eficacia requeridas.

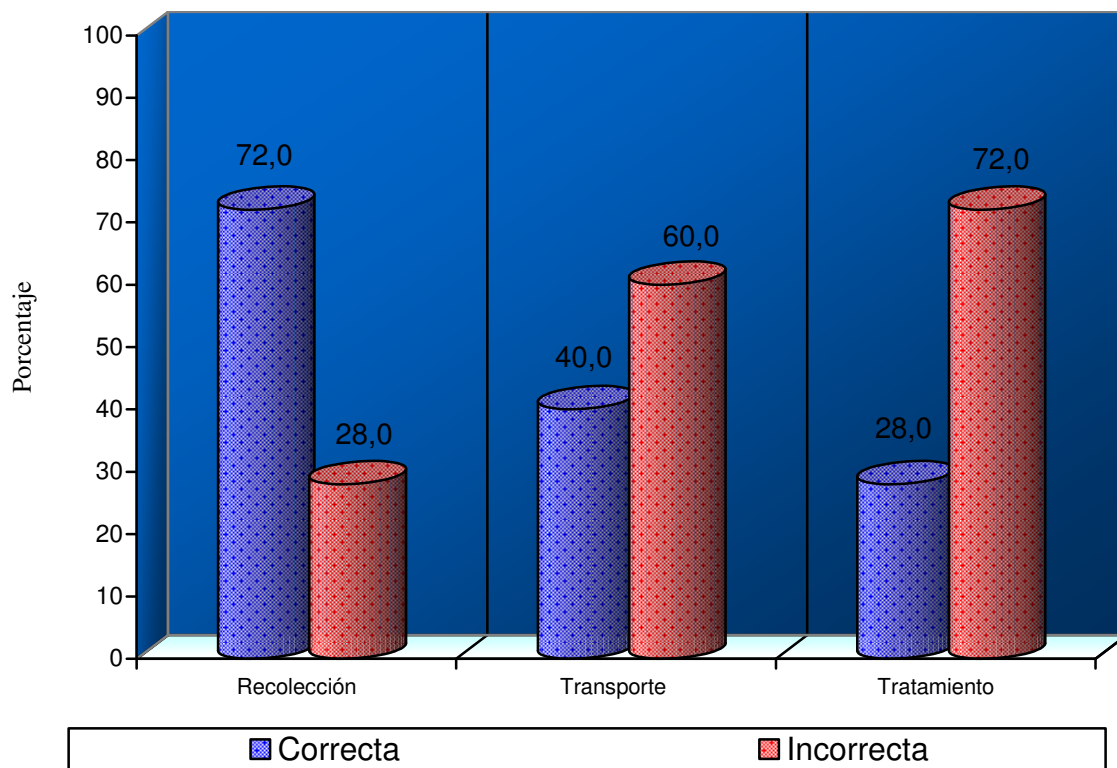
En el indicador tratamiento de los desechos cortopunzantes, se determinó que el 28% de los encuestados posee conocimiento sobre el método o técnica de eliminación de patógenos, ya que respondieron correctamente los planteamientos; mientras que el 72% respondió incorrectamente, lo que indica que no poseen estos conocimientos.

A la luz de esta investigación es alarmante que el 72% de los profesionales encuestados, desconozca del tratamiento que se le da a los desechos cortopunzantes, lo ideal sería que el 100% domine a cabalidad todos los aspectos relacionados con los tipos de técnicas y los elementos de ésta.

El deber ser de enfermería indica; tener conocimientos amplios y sólidos que vayan encaminados hacia el manejo correcto de los desechos cortopunzantes en el área quirúrgica, donde el tratamiento juega un papel primordial, para la eliminación de microorganismos patógenos con el propósito de que el personal de enfermería, logre desempeñar sus actividades en un ambiente libre de agentes agresores, que disminuyan o erradiquen la potencialidad de accidentes laborales.

GRÁFICO N° 8

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS PARA LA VARIABLE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE DESECHOS CORTOPUNZANTES EN SU DIMENSIÓN: MANEJO DE DESECHOS CORTOPUNZANTES. ÁREA QUIRÚRGICA. CENTRO CLÍNICO LA ISABELICA. TERCER TRIMESTRE. AÑO 2005. VALENCIA EDO. CARABOBO.



Fuente: Cuadro N° 8.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones.

Una vez analizado e interpretado los resultados se procedió a plantearse las conclusiones y recomendaciones pertinentes a la investigación; en cumplimiento con los objetivos específicos se realizan las siguientes conclusiones:

En relación a la información que poseen los profesionales de enfermería del área quirúrgica sobre la recolección de los desechos cortopunzantes; el cálculo de la media ($\bar{X}$) de los porcentajes (%) de las respuestas correctas, arroja que el 72% de los profesionales de enfermería, posee información sobre éste tópico; mientras que el 28% de los profesionales de enfermería no posee información evidenciándose a través de sus respuestas incorrectas.

En concordancia con el indicador transporte interno de los desechos cortopunzantes, se tiene que el 40% de las respuestas son correctas, cuyas respuestas concluyen que poseen estos conocimientos y el 60% de las respuestas son incorrectas, lo que indica que tienen desconocimiento en este aspecto.

Según los resultados obtenidos del indicador tratamiento de los desechos cortopunzantes, se tiene que el 28% respondió correctamente, mientras que el 72% respondió incorrectamente, evidenciándose un alto porcentaje de desconocimiento de los profesionales de enfermería sobre el tratamiento de los desechos.

Recomendaciones.

Reportar a la Directiva de la Institución los resultados obtenidos a través de esta investigación para el conocimiento y discusión de la temática planteada en la investigación.

Programar talleres de actualización para el personal de enfermería; contentivo de aspectos relacionados con el manejo de los desechos cortopunzantes.

Extender esa información a otras áreas del establecimiento de salud y centros asistenciales con el fin de que su contenido sea conocido y aplicado por otros.

Transmitir los resultados de la investigación a los profesionales en servicio de las áreas de riesgo, como: cuidados intensivos, emergencia, banco de sangre.

Se recomienda que el material cortopunzante, debidamente dispuesto en sus contenedores sea tratado primordialmente por esterilización a vapor, que inactive su potencialidad infectiva, para ser llevado al incinerador y luego pues así darle disposición final.

Se sugiere al personal de enfermería apegarse a las características propias del recipiente que lo destinan para la recolección de los objetos cortopunzantes, con la finalidad, de no usar recipientes inapropiados que atenten a favor de los accidentes laborales y la contaminación atmosférica.

Se sugiere la creación e implementación de un comité para el control de las enfermedades infecciosas o de vigilancia epidemiológica, con la correspondiente planilla de reporte para accidentes con cortopunzantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARIAS, F. (2004). **El Proyecto de Investigación**. Editorial Episteme. Cuarta Edición. Caracas. Venezuela.
- BAGNARDI, A. (2004). Residuos hospitalarios naturales y caracterizacion, gestión energética en hospitales. Buenos Aires . Argentina.
- BALESTRINI, M. (2001). **Cómo se Elabora el Proyecto de Investigación**. BL Consultores Asociados. Quinta Edición. Servicio Editorial. Caracas Venezuela.
- BARROSO, Z. TORRES, E. (2001).”Fuentes teóricas de la enfermería profesional” **Enfermería**, 27.(1).p.p.11-18.
- BELISARIO, Z.; CASTILLO, A.; CEDEÑO, A. Y OSORIO, M. (1997). *Vigilancia epidemiológica ambiental de enfermería en relación con el manejo de los desechos sólidos generados en el hospital “Dr. Leopoldo Manríque Terrero” durante el primer trimestre de 1997*.Caracas. Trabajo de Grado para optar al titulo de Licenciado en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.
- Centro Clínico La Isabelica. Pagina de internet disponible en www.cci.com. Consultado [20 de Junio de 2005].
- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (1999). Gaceta Oficial N° 36.860. 30 de Diciembre 1999. Caracas. Venezuela.
- ESTRADA, R. (1996). **Curso de Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud. Indicadores y Parámetros para el Control de los RSES**. Departamento de Salud del Distrito Federal. México
- FLAMES, A. (2001). **Cómo elaborar un trabajo de grado de enfoque cuantitativo para optar a los Títulos de Técnico Superior Universitario, Licenciado o Equivalente, Especialista, Magister y Doctor**. Editorial Fundación Abel Flames.

HAMDAN, G. (1998). **Métodos Estadísticos en la Educación**. Publicaciones Bourgeón, C.A. Segunda Edición. Caracas.

HERNÁNDEZ, M; SALINAS, A. Y DÍAZ, G. (2000). ***Información sobre riesgos biológicos ante el manejo, transporte, almacenamiento y eliminación de residuos que poseen los profesionales de enfermería del Hospital de Afecciones Respiratorias “Dr. Rafael González Plaza” de la Ciudad de Valencia, estado Carabobo.*** Trabajo de Grado para optar al título de Licenciado en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Valencia.

HERNÁNDEZ, R. ; FERNÁNDEZ, C. ; Y BAPTISTA, P. (2000). **Metodología de la Investigación**. Tercera Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México

INSTITUTO PARA EL DESARROLLO HUMANO Y SALUD. (2004). Guía de residuos patológicos en los hospitales municipales de la ciudad de Buenos Aires.

LEY ORGÁNICA DE PREVENCIÓN, CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO CON SU REGLAMENTO Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 35.020. 17 Agosto 1992.Caracas. Venezuela.

LEY ORGÁNICA DEL TRABAJO.Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 37.271, 29 Agosto 2001. Caracas. Venezuela.

LEY SOBRE SUSTANCIAS, MATERIALES Y DESECHOS PELIGROSOS. Gaceta Oficial N° 5.554 Extraordinario de fecha 13 de noviembre de 2001

MALAGÓN, G.; Y HERNÁNDEZ, E. (1999) Infecciones Hospitalarias. Segunda Edición. Editorial Médica Internacional LTDA panamericana. Bogotá. Colombia.

MANEJO DE RESIDUOS EN CENTROS DE ATENCION DE SALUD. Disponible en w.w.wapis-eps-oms.org/eswww/proyecto/repidesc/publica/hidt/hdt_069.html-40k. consultado (02 de Marzo de 2006)

MARRINER, T. ; RAIL, A. (1999) **Modelos y teorías en enfermería**. Cuarta Edición. Editorial Harcourt Brace. Madrid. España.

MARQUEZ C. (1999) “Desechos Hospitalarios, una situación de riesgos” (1999) **Diario La Nación**. pp.18

MICHELENA, B. (2000). **Todo en el Proceso de Investigación**. Litografía Tecnocolor. Caracas Venezuela.

MINISTERIO DE SALUD. (2001). Informe sobre Desechos hospitalarios: Riesgos biológicos y recomendaciones generales sobre su manejo. Chile.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (2003). Guía Técnica para el Manejo de los Desechos Sólidos Hospitalarios Bioinfecciosos, generados en establecimientos del sector salud. El salvador.

NAVAS, Y. RAMÍREZ,M. (2003). *Programa de capacitación para el manejo de desechos hospitalarios dirigido al equipo de salud del servicio de terapia intensiva del hospital general tipo III “Dr. Placido Daniel Rodríguez Rivero”*. Trabajo de Grado para optar al título de Licenciado en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad de Carabobo. San Felipe. Estado Yaracuy.

NAVARRO, S Y MALLÍA, A. (2003). *Diseño de un plan para el manejo de los desechos hospitalarios generados en un centro de salud pública*. Trabajo de Grado para optar al título de Licenciado en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad de Carabobo. Maracay. Estado Aragua.

NORMAS PARA LA CLASIFICACION Y MANEJO DE DESECHOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. Decreto 2.218. Publicado en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 4.418. 02 de Abril de 1.992. Caracas. Venezuela.

NORMAS UNIVERSALES PARA EL CONTROL DE LAS ETS/SIDA. MANUAL DE CONDUCTAS BÁSICAS EN BIOSEGURIDAD.(C.D.C) Disponible en w.w.w.minproteccion-social.gov.co/msec-ontent/imagenes/new/doc-new-No-10144.doc. consultado (02 de Marzo de 2006)

PALELLA S, S. ; MARTINS, P. (2004). **Metodología de la Investigación Cuantitativa**. Primera Edición. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Caracas.

PERÉZ, Galán. (1981). **Evaluación de los Aprendizajes**. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México.

POZO, M. (2003). “Ciudad, Ambiente y Hospitales”. **Boletín Informativo Fundación Natura**.(7). p.p 2-37

RUIZ, G. (2000) **Control de Infecciones Intrahospitalarias, Productos Farmacéuticos y Normas Transfusionales**. Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago de Chile.Chile.

SABINO, C. (2002) **El Diseño de Investigación**. El Proceso de Investigación. Editorial Panapo. Caracas Venezuela.

SUÁREZ, E. (1998). **Ética en el Cuidado Humano. En Ética de la Moral y la práctica en Enfermería**. Tomo I, Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Escuela Experimental de Enfermería. Caracas Venezuela.

TAMAYO Y TAMAYO, M., (1997). **El Proceso de la Investigación Científica. Fundamentos de Investigación, Manual de Evaluación e Proyectos**. Tercera Edición: Editorial Limusa, S.A. de C.V. Grupo Noriega Editores. . Mexico

UNIVERSIDAD FERMÍN TORO. VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO.(2001). Normas para la Elaboración y Presentación de los Trabajos de Grado para Especialización, Maestría y Tesis Doctorales. Cabudare.

WESLEY, R. L. (1997). **Teorías y modelos de enfermería**. McGraw-Hill Interamericana. México.

ZABALA, M. (2002). “Manual para el manejo de Desechos en Establecimientos de Salud”. **Publicaciones OMS**. (2) pp. 3 – 56.

ANEXOS

ANEXO I

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZULA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA EXPERIMENTAL DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El presente cuestionario ha sido diseñado con la finalidad de recabar información para determinar el conocimiento que poseen los profesionales de enfermería del área quirúrgica sobre los desechos cortopunzantes del Centro Clínico “La Isabelica” Valencia Estado Carabobo para el año 2005.

El mismo será de gran importancia en el desarrollo de esta investigación, que se lleva a cabo en la Universidad Central de Venezuela para optar al título de Licenciado en Enfermería.

Muchas Gracias

Instrucciones:

- a) No escriba su nombre.
- b) Lea cuidadosamente cada enunciado.
- c) Seleccione sólo una alternativa.
- d) Marque con una “X” la opción correcta

Datos Demográficos.

1. Nivel académico del personal de enfermería:

Licenciado . ☐

Técnico Superior ☐

Bachiller Asistencial. ☐

2. Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

3. Cargo que desempeña en el área quirúrgica:

Asistente de Instrumentista ☐

Asistente de Anestesia ☐

Sala de Recuperación ☐

Instrumentista ☐

4. Años de servicio en la Institución _____

Parte I.

Indicador. Recolección de los Desechos Cortopunzantes.

1. El material de fabricación de los contenedores para los desechos cortopunzantes debe ser de:
 - a. Tela o vinil. ()
 - b. Plastico o tela. ()
 - c. Cuero. ()
 - d. Polietileno o polipropileno. ()

2. Para identificar los dispositivos de los desechos cortopunzantes se requiere escribir:
 - a. “No toque” en letras minúsculas. ()
 - b. “Inofensivo” contiene desechos cortopunzantes. ()
 - c. Alerta “Desecho Especial”. ()
 - d. “Residuo Infeccioso”. ()

3. La condición del orificio de entrada del recipiente para el descarte de los cortopunzantes debe ser:
 - a. Orificio con tapa de sellado. ()
 - b. Boca ancha que facilite el descarte de los objetos. ()
 - c. Boca redonda o cuadrada. ()
 - d. Orificio que permita visualizar el contenido. ()

4. La capacidad limite de los recipientes de cortopunzantes debe ser:
 - a. 100 % lleno. ()
 - b. Hasta las $\frac{3}{4}$ partes del recipiente. ()
 - c. Hasta $\frac{1}{2}$ del recipiente. ()
 - d. Desde $\frac{1}{2}$ hasta las $\frac{3}{4}$ partes. ()

5. Una vez lleno el recipiente de cortopunzantes se procedera a:
- a. Cerrar hermèticamente. ()
 - b. Vaciar el contenido a otro recipiente. ()
 - c. Colocarlo en una bolsa. ()
 - d. Agregarle solución desinfectante. ()

Parte II.

Indicador. Transporte de los Desechos Cortopunzantes.

Condiciones del transporte interno del área quirúrgica:

6. El traslado correcto de los recipientes de cortopunzantes debe ser :
- a. Por medio de carros transportadores. ()
 - b. Manipulado por una sola persona. ()
 - c. A través de ascensores al público. ()
 - d. Mediante ductos para basura. ()
7. Durante el traslado de los desechos cortopunzantes los implementos de protección personal a utilizar es:
- a. Guante y bata. ()
 - b. Gorro y mascarilla. ()
 - c. Equipo completo de protección. ()
 - d. Lentes protectores y guantes. ()
8. Para el traslado de los contenedores de los desechos cortopunzantes es importante considerar a excepción de:
- a. Rutas de alto riesgo. ()
 - b. Recorrido más corto. ()
 - c. Ser trasladado por una sola persona. ()
 - d. Colocarlos en carros tranportadores. ()

9. Durante el traslado exclusivo de los recipientes de cortopunzantes a excepción de en ningún momento se podrá:
- a. Traslados destapados. ()
 - b. Traslados lentamente ()
 - c. Traslados con solución antiséptica.. ()
 - d. Traslados con la basura común. ()

Parte III. Indicador. Tratamiento de los Desechos Cortopunzantes.

Método o técnicas de eliminación de patógenos.

10. Indique entre los métodos o técnicas mencionados, cual es la excepción para el tratamiento de los desechos cortopunzantes.
- a. Incineración. ()
 - b. Esterilización. ()
 - c. Desinfección ()
 - d. Irradiación. ()
11. La temperatura adecuada para la esterilización de los contenedores debe ser:
- a. 180°C ()
 - b. 165°C ()
 - c. 150°C ()
 - d. 135°C ()
12. Para que haya una apropiada eliminación de los microorganismos en los cortopunzantes el período de tiempo para la esterilización debe ser:
- a. 20 a 24 minutos. ()
 - b. 12 a 18 minutos. ()
 - c. 15 a 20 minutos. ()
 - d. 18 a 36 minutos. ()

- 13.** La temperatura adecuada para la incineración de los contenedores debe ser:
- a. Menor de 600 °C. ()
 - b. Mayor de 850°C. ()
 - c. Mayor de 360°C. ()
 - d. Menor de 500°C. ()
- 14.** Cual es la ventaja principal de la incineración sobre los cortopunzantes
- a. Desinfecta las agujas y las inyectoras. ()
 - b. Convierte los objetos cortopunzante en reutilizable. ()
 - c. Inhibe la acción patológica. ()
 - d. Inutiliza las agujas y las inyectoras. ()
- 15.** El uso de recipientes no clorados durante la combustión de los desechos cortopunzantes evitara:
- a. Provocar humo en el ambiente. ()
 - b. Derretimiento de los recipientes. ()
 - c. Daños indeseados a la atmósfera. ()
 - d. Torción de los recipientes. ()

ANEXO II

República Bolivariana de Venezuela
Universidad Central de Venezuela
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Enfermería

CERTIFICACIÓN DE VALIDEZ

Yo, _____, en mi carácter de experto en: _____, certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de los datos de la investigación que desarrollan las T.S.U: CHÁVEZ ZOPPI, C.I. 13.989.633, MORENO ADRIANA, C.I: 14.624.517, ROJAS CHEMMY C.I: 11.522.733, en su trabajo especial de grado, cuyo título es: **CONOCIMIENTO QUE POSEEN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL ÁREA QUIRÚRGICA SOBRE LOS DESECHOS CORTOPUNZANTES. EN EL CENTRO CLÍNICO LA ISABELICA. VALENCIA. ESTADO CARABOBO**, el cual en mi criterio reúne los requisitos de validez.

Nombre: _____

C.I: _____

Firma: _____