

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD-SEDE ARAGUA
ESCUELA DE MEDICINA “Dr. WITREMUNDO TORREALBA”
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA

Estrategia educativa para disminuir heridas por reencapuchado de agujas
en personal de enfermería del Hospital Central de Maracay,
Aragua, Venezuela 2008.

Prof. Galindez, Luis
Prof (a) Navas, Margarita

Maracay, 25 de Febrero de 2009

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD-SEDE ARAGUA
ESCUELA DE MEDICINA “Dr. WITREMUNDO TORREALBA”
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA

Estrategia educativa para disminuir heridas por reencapuchado de agujas
en personal de enfermería del Hospital Central de Maracay,

Aragua, Venezuela 2008.

Trabajo presentado por los profesores Galíndez A.
Luis J. y Navas R. Margarita A. ante el Consejo de
Escuela de Medicina “ Dr. Witremundo Torrealba”,
Facultad de Ciencias de la Salud-Sede Aragua, como
requisito de mérito para optar al ascenso a las categorías
de Profesor Titular y Asociado respectivamente dentro
del Escalafón del Personal Docente y de Investigación
de la Universidad de Carabobo.

Prof. Galíndez, Luis
Prof (a) Navas, Margarita

Maracay, 25 de Febrero de 2009

DEDICATORIA

- A todo el personal de enfermería del SAHCM quienes fueron baluarte decisivo en este trabajo.
- Al equipo directivo del SAHCM quienes permitieron la realización de este trabajo.
- A todos quienes nos apoyaron para la construcción de este modesto aporte a la salud de los trabajadores de la salud y en especial al personal de enfermería.

Estrategia educativa para disminuir heridas por reencapuchado de agujas en personal de enfermería del Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay, Venezuela 2008.

Luis J. Galindez¹, Margarita Navas²

RESUMEN

Los trabajadores de la salud en su práctica cotidiana tienen el riesgo de exposición a agentes biológicos como bacterias y virus principalmente. En los hospitales y ambulatorios la exposición a estos agentes puede generar infecciones a través de heridas por agujas usadas o por objetos punzocortantes contaminados. Esto ha motivado a desarrollar una investigación con el propósito de implementar una estrategia educativa basada en factores relacionados con el reencapuchado de agujas usadas y heridas por pinchazos en el personal de enfermería. Es un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo en el cual participaron 120 enfermeras(os) adscritos a cuatro departamentos del Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay, el cual se realizó en tres fases: **diagnóstica** (conteo de agujas usadas, grupos focales); **de intervención o implementación** de la estrategia educativa y de **evaluación** (conteo de agujas usadas, comparación de morbilidad por pinchazos). Los resultados obtenidos con los grupos focales permitieron conocer los factores relacionados con la práctica del reencapuchado de agujas usadas, lo cual permitió establecer la estrategia educativa. El porcentaje general de las agujas sin tapa plástica en la fase diagnóstica fue de 24% contrastando con 40% después de la estrategia educativa. Se concluye que la estrategia educativa, orientada con la información del “deber ser” disminuyó la práctica de reencapuchado. La incorporación de estrategias de información, capacitación y actualización para garantizar las condiciones de higiene y seguridad del personal, así como adquisición de equipos adecuados para desechar los materiales punzocortantes, disminuyen la probabilidad de accidentes por pinchazos como condición peligrosa o riesgo laboral.

Palabras clave: reencapuchado de agujas, pinchazo, intervención, personal de enfermería, riesgo laboral.

¹Docente de la Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud-Sede Aragua. Escuela de Medicina. Departamento de Salud Pública. Centro de Estudios en Salud de los Trabajadores (CEST-UC). Maracay, Venezuela

²Docente de la Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud-Sede Aragua. Escuela de Bioanálisis. Departamento Socio-epidemiológico. Centro de Estudios en Salud de los Trabajadores (CEST-UC). Maracay, Venezuela

Educational strategy to reduce injuries from needles recapping in nurses at the Maracay Central Hospital, Venezuela 2008.

Luis J. Galindez¹, Margarita Navas²

ABSTRACT

Health care workers are at risk of exposure to bloodborne pathogens most common known as biological agents such as bacteria, viruses and others. At hospitals and outpatient medical settings exposure to bloodborne pathogens can cause infections through needlestick injuries. The objective of this research is to implement an educational strategy based on factors related to recapping of used needles and needlestick injuries within the population of nurses. It is a descriptive approach in which a total of 120 nurses participated from four different departments at the Maracay Central Hospital. The study was conducted in three phases: **diagnosis** (counting used needles and focus group discussions); **intervention or implementation** of the educational strategy and **evaluation** (counting used needles and comparison of needlestick-related morbidity). The results obtained from the focus groups revealed factors related to the practice of recapping, which represented the essential basis for the implementation of the educational strategy. During the diagnostic phase, the percentage of needles without recapping was 24% contrasting with 40% found after the educational strategy. We conclude that the educational strategy focused on the practice and habit of what should be done, which means applying the correct technique and procedure, decreased the recapping practice. Finally, we just want to point out that the incorporation of informational strategies, continuous and updated training, as well as education and monitoring process, play an important and determinant role in the control of the hazard exposure, building a safe and healthy workplace for the personnel; not less important is the acquisition of adequate equipment and devices for sharp handling and disposal, in order to complement the prevention of occupational accidents related to needlestick.

Key words: recapping, needlestick injuries, intervention, nurses, occupational hazard.

¹ Faculty of Universidad of Carabobo. College of Health Sciences-Campus Aragua. Medicine School. Public Health Department. Workers Health Studies Center (CEST-UC). Maracay, Venezuela

²Faculty of University of Carabobo. College of Health Sciences-Campus Aragua.. Bioanalysis School. Social Epidemiology Department. Workers Health Studies Center (CEST-UC). Maracay, Venezuela

INTRODUCCION

Los accidentes por pinchazos en el personal de salud, pueden producirse por diferentes situaciones: en la preparación de mezclas de medicamentos, durante su administración, al reencapuchar la aguja, al desecharla y al manipular los desechos. La mayoría de estas situaciones son un riesgo importante para la transmisión de enfermedades, tal vez con la excepción de la preparación de medicamentos (Avalos, 2008).

Uno de los estudios mas reciente sobre la ocurrencia de estos hechos fue la exploración realizada en el Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay (SAHCM) en el año 2004 por Galíndez y Haiduven (2007) con el objetivo de indagar sobre las circunstancias relacionadas con pinchazos por agujas usadas y material punzo cortante en trabajadores de la salud. Se escogió al azar 129 trabajadores entre los cuales figuraban médicos, enfermeras, odontólogos, bioanalistas, personal de laboratorio y de mantenimiento, de los cuales 30% reportó haber tenido un accidente laboral en el último año por pinchazos con agujas usadas o material punzo cortante y 88% reportó que en forma rutinaria insertan la tapa plástica en las agujas usadas. Las dos actividades con mayor frecuencia de exposición fueron extracción de sangre y aspectos relacionados con la disposición final de las agujas, con 15% y 12% de las heridas respectivamente. Los profesionales de enfermería presentaron la mayoría de las heridas con 54%, seguido por médicos y asistentes de laboratorios con 10%. Laboratorios y salas de obstetricia fueron los sitios con la más alta frecuencia y porcentaje de heridas con 13%, seguido por patología y área quirúrgica con 10%. Las circunstancias más frecuentemente reportadas que contribuyeron a las heridas por pinchazos fueron la reinserción de la tapa plástica en agujas usadas con 23% y manipulación de agujas en el paciente 21%. Es importante resaltar que 90% de los encuestados, quienes tuvieron heridas por agujas, reportaron el reencapuchado de las agujas usadas como un procedimiento rutinario.

La frecuencia de heridas por agujas usadas o por objetos punzo cortantes encontradas en los últimos años en el Estado Aragua han estado alrededor de 200 eventos, la mayoría provenientes del SAHCM con un promedio de 5 eventos por semana (CORPOSALUD, 2004). Se ha reportado además que, el personal involucrado en las heridas eran enfermeras, médicos y estudiantes de medicina, y los lugares más frecuentes

para estos accidentes, fueron la emergencia de adulto, el área quirúrgica y los instrumentos relacionados fueron agujas y scalp (SAHCM, 2004).

La situación en Venezuela pudiera no diferir sustancialmente de otros países en igualdad de condiciones, sin embargo, lo que hace esta problemática mucho más grave, es la ausencia, en el Sistema Asistencial Venezolano, de una cultura de seguridad para la protección de los trabajadores y trabajadoras tal como existe en algunas empresas del sector público como por ejemplo en la industria petrolera (PDVSA), de muy reciente data con el desarrollo del proyecto “Prevención de Accidentes Laborales por objetos cortopunzantes y contacto con patógenos de la sangre en el personal de salud” (Martínez y col. 2008). Otro aspecto a destacar, es la falta de experiencia en el desarrollo de programas de vigilancia de accidentes de trabajo y de enfermedades de origen laboral, a pesar de tener una legislación laboral vigente, que establece la obligatoriedad de llevar registros tanto en los establecimientos públicos como privados.

No obstante, es importante destacar que, si bien es cierto que en una buena parte de los centros asistenciales venezolanos se lleva a cabo un registro para accidentes laborales por pinchazos, parece evidente la necesidad de perfeccionar ese sistema de Vigilancia Epidemiológica, ya que existe un importante número de accidentes que no son reportados (subregistro), lo que contribuye a agravar la situación por ausencia del número real de los mismos y sus posibles consecuencias.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la fuerza laboral incorporada al sector salud a escala mundial es de aproximadamente 35 millones de personas, representando 13% de la población trabajadora (OMS, 2006). En los Estados Unidos de Norteamérica existen más de 8 millones de trabajadores de la salud, quienes laboran en hospitales y otros establecimientos de salud (National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH, 2006). Datos epidemiológicos relativos a eventos por heridas cortantes revelan que más de 385.000 heridas por agujas y otros objetos punzo cortantes ocurren por año en USA (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades CDC, 2004). La real dimensión del problema es difícil de precisar por cuanto, por un lado, no todos los centros reportan los accidentes y por otra, existe un porcentaje alto en cuanto al subregistro de dichos accidentes. Investigación sobre este tema indican que 50% o más de

las personas quienes se accidentan, no reportan sus heridas percutáneas (Abdel, Eagan y Sepkowitz, 2000).

Los datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (EPINet) en los Estados Unidos de Norteamérica, sugieren que en promedio los trabajadores en un hospital incurren aproximadamente en 26 heridas por agujas por cada 100 camas (USEPINet, 2001).

Cada año, entre 600.000 y 800.000 trabajadoras y trabajadores de la salud en USA experimentan exposiciones a sangre de acuerdo al United State Department of Labor y Occupational Safety Health Agency (USDOL-OSHA, 2001). El personal de enfermería graduado que trabaja directamente con los pacientes sufre en su gran mayoría de estas lesiones (Perry, Parker & Jagger 2003). Según los datos del Sistema de Nacional de Vigilancia para trabajadores de la salud en Norteamérica, demuestran que el personal de enfermería experimenta el mayor número de heridas, sin embargo, otros profesionales como médicos, personal de laboratorio y de mantenimiento también están a riesgo (Wilburn, 2004).

Los accidentes laborales por pinchazo en los centros y establecimientos de salud a nivel mundial, representan un gran riesgo para el personal quienes laboran en estas instituciones, ya que existe la posibilidad que a través de patógenos presentes en la sangre puedan infectar a quienes han tenido el accidente, dentro de estos, tenemos a los virus de la Hepatitis B, Hepatitis C y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (CDC, 2003) entre otros. Estos virus pueden producir enfermedades de curso agudo, crónicas discapacitantes o incluso provocar la muerte en el trabajador de la salud infectado. Es importante destacar que el virus de la hepatitis B puede provocar la muerte prematura por cirrosis o por un cáncer hepático en aquellas personas con infección crónica en un estimado de 15% a 25%. La infección por hepatitis B puede ser la causa de hasta un 80% de los hepatocarcinomas a nivel mundial seguido solamente por el tabaco entre los carcinógenos humanos conocidos (Chin, 2000).

El reporte de salud de la OMS publicado en Noviembre del 2002, demostró que 2 millones de heridas por agujas usadas ocurren en el mundo cada año. También el reporte indicó que el porcentaje de casos de trabajadores de la salud a nivel mundial con exposición

ocupacional a Hepatitis B, Hepatitis C fue de 40% para ambas y de 2.5 % para el VIH (WHO, 2002). Dentro de las causas de accidentes por pinchazos, el reencapuchado de la tapa plástica es la principal en los países subdesarrollados.

Las cifras del párrafo anterior son un aspecto importante ya que a pesar de los datos de la OMS aún persiste un número elevado de trabajadores que no reportan los accidentes, generando un subregistro, el cual, según organismos internacionales se ubica en un rango entre 30-80%.

Según NIOSH (Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional en Norteamérica. 1999), algunos tipos de diseños de inyectoras pueden aumentar el riesgo de lesión. Determinadas innovaciones pueden hacer más peligroso el dispositivo. Estos incluyen las agujas huecas para succión, las cuales necesitan que el trabajador de la salud quite o manipule, tales como dispositivos para succionar sangre que necesitan retirarse después de ser usados, jeringas que retienen una aguja expuesta después de ser usada, agujas que están adheridas a mariposas que pueden resultar de difícil desecho en los recipientes correspondientes. El mayor riesgo de lesión proviene de agujas hipodérmicas huecas a las cuales se les atribuyó el 63% de las lesiones por pinchazos entre junio de 1995 a julio de 1999 (NIOSH, 1999). El 90% de los casos documentados por el CDC sobre el trabajador de la salud que contrajo VIH por lesiones por pinchazos con agujas usadas involucraba a las agujas huecas (CDC, 1998).

Con la presente investigación, se realizó un diagnóstico de los factores que estuvieron relacionados con el reencapuchado de agujas usadas y las heridas por pinchazos, con el objetivo de implementar una estrategia educativa para el personal de enfermería de los departamentos seleccionados, la cual fue evaluada para medir su impacto. Los resultados de este estudio permitirán tanto a las autoridades del Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay como a las de la Corporación de Salud del estado Aragua (CORPOSALUD) mejorar condiciones de trabajo y aspectos organizacionales, así como establecer medidas tendentes a corregir prácticas de trabajo inseguras en el personal de enfermería, como causa de heridas por pinchazos, para prevenir enfermedades por agentes infecciosos.

MATERIALES Y METODOS

Se trata de un estudio descriptivo de campo, con abordaje cuantitativo, utilizando la metodología de grupos focales. La población en estudio estuvo constituida por personal de enfermería del SAHCM, clasificado como hospital tipo IV. La muestra fue conformada por 120 enfermeras/enfermeros seleccionados en forma no probabilística de tipo intencional con los siguientes criterios: a) voluntad de participar en las sesiones de los grupos focales previa firma del consentimiento informado, b) experiencia mayor a un (1) año en el trabajo hospitalario, c) pertenecer a uno de los cuatro (4) departamentos seleccionados que presentaron el mayor número de accidentes por pinchazos de acuerdo al informe del Sistema de Vigilancia del Servicio de Epidemiología del Hospital para 2007. Para garantizar la confidencialidad de la información obtenida y así proteger a los departamentos participantes, los mismos fueron denominados como A, B, C y D.

El estudio fue organizado en tres fases: diagnóstica, intervención y evaluación (ver tabla). **La fase diagnóstica** se desarrolló en dos etapas: **la primera** tuvo como propósito: a) identificar y cuantificar el número de agujas con tapa plástica (expresión de práctica insegura) y b) número de heridas presentadas en el personal de los departamentos seleccionados. Para cumplir con esta etapa, se visitó dos días por semana a cada uno de los departamentos, recolectándose los recipientes en donde el personal de enfermería desechaba las agujas usadas. De igual forma se visitó al Servicio de Epidemiología para obtener el informe de la morbilidad de heridas por pinchazos en los departamentos en estudio. **La segunda** etapa se orientó a identificar los factores relacionados con: a) conocimiento, actitudes, creencias, valores y percepciones del personal de enfermería, los cuales influyen en su motivación para reencapuchar agujas usadas; b) experiencia con heridas por pinchazos; c) prácticas seguras o inseguras de trabajo; d) cultura de seguridad dentro de la institución y e) cursos de entrenamiento o capacitación recibidos para la prevención de accidentes laborales particularmente heridas por pinchazos. La metodología empleada en esta etapa fue la de grupos focales, técnica cualitativa definida según Kreuger y Casey (2000) como "una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho

social que es objeto de investigación". En esta investigación los grupos focales permitieron promover una interacción, discusión y elaboración de los factores relacionados con el reencapuchado de agujas usadas como causa de heridas por pinchazos en el personal de enfermería del hospital. Por lo tanto lo que identificó a los grupos focales con el personal de enfermería del SAHCM fue la participación dirigida y consciente y unas conclusiones producto de la interacción y elaboración de unos acuerdos entre los participantes. Para dicha actividad se programaron reuniones en horario de trabajo, ya que dicho personal no disponía de tiempo libre para hacer las reuniones fuera de su horario laboral. La unidad de estudio fue un grupo focal por cada turno de trabajo (mañana, tarde y noche) para un total de 12 grupos focales distribuidos en los cuatro departamentos seleccionados. A cada participante se le entregó un cuestionario contentivo de preguntas relacionadas con aspectos demográficos, laborales y de exposición de importancia para el estudio.

La fase de intervención fue organizada con la información obtenida en la fase anterior. Se desarrolló una estrategia educativa en donde participaron 120 enfermeras/os, la misma se realizó en sesiones de dos horas de duración en los mismos sitios de trabajo en donde se realizaron los grupos focales. En dicha actividad se discutió la información suministrada por los(as) participantes como necesidades sentidas en los grupos focales. Para ello se preparó y entregó un sobre a cada participante contentivo de material el cual incluía un díptico informativo (anexo A), la Ley (anexo B) y el Reglamento sobre Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (anexo C), guía de los artículos de la ley a ser discutidos (anexo D), pautas a seguir ante accidentes por pinchazos (ver anexo E) y material del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL) sobre las funciones del delegado o delegada de prevención como promotor de la salud y seguridad en centros de trabajo (anexo F) y un díptico sobre el Centro de Atención al Trabajador con Discapacidad (anexo G). Al comienzo de la reunión se distribuyó un pretest con la finalidad de medir el grado de información de las/los participantes sobre aspectos relativos a los accidentes por pinchazos, agentes etiológicos y aspectos legales (anexo H), siendo aplicada esa misma prueba (postest) al finalizar la reunión (anexo I) para medir el grado de captación de la información suministrada.

En **la fase de evaluación** el objetivo fue evidenciar la efectividad de la estrategia educativa. Para realizar esto, nuevamente se visitaron los cuatro departamentos para

cuantificar el número de agujas con y sin tapa plástica que fueron desechadas durante su labor habitual en el hospital.

Fases y actividades del estudio

Fases	Actividades realizadas
<p>Diagnóstica</p> <p>Cuantificar el número de agujas con tapa plástica e identificar número de heridas presentadas en el personal de los departamentos seleccionados.</p> <p>Determinar los factores relacionados con el reencapuchado de agujas usadas y de las heridas por pinchazos en el personal de enfermería del hospital.</p>	<p>Visitas:</p> <p>Servicios seleccionados para recolectar los envases y posteriormente contar el número de agujas usadas con y sin tapa plástica.</p> <p>Servicio de Epidemiología para obtener datos de la vigilancia de heridas por pinchazos.</p> <p>Desarrollo de los grupos focales 12 en total.</p> <p>Participación de 120 enfermeras/os.</p>
<p>Intervención</p> <p>Desarrollar una estrategia educativa en los servicios seleccionados</p>	<p>Visitas:</p> <p>Servicios seleccionados para realizar reuniones sobre tópicos relevantes referidos en las sesiones de los grupos focales.</p> <p>Desarrollo de la estrategia educativa participaron 120 enfermeras/os.</p> <p>Discusión del material entregado</p> <p>Aplicación de las pruebas pretest y postest</p>
<p>Evaluación</p> <p>Evaluar la efectividad de la de la estrategia educativa</p>	<p>Visitas:</p> <p>Servicios seleccionados para recolectar los envases y posteriormente contar el número de agujas usadas con y sin tapa plástica.</p> <p>Servicio de Epidemiología para obtener datos de la vigilancia de heridas por pinchazos.</p>

Técnicas e instrumentos de recolección de información: Observación directa: en la primera fase y previa autorización de la Dirección del Hospital para realizar la investigación, se procedió a visitar el Servicio de Epidemiología para obtener la información sobre la ocurrencia de accidentes por pinchazos y así seleccionar los departamentos que formarían parte del estudio. Los departamentos seleccionados fueron visitados dos veces por semana durante dos meses, antes y después de la fase de intervención educativa, con la finalidad de recolectar los recipientes donde el personal de enfermería depositaba las agujas usadas, dicho material era trasladado al Laboratorio de

Metales Pesados de la Universidad de Carabobo, donde se contaron las agujas de acuerdo a las características de con o sin tapa plástica, los resultados se transcribieron a una hoja elaborada en Excel (anexo J).

Grupos focales: al finalizar la recolección de los recipientes, se procedió a visitar a las supervisoras del personal de enfermería de los departamentos seleccionados con la finalidad de distribuir información sobre las características del estudio a través de un documento (consentimiento informado, anexo K) para conformar un grupo homogéneo entre 8-12 enfermeras/os en cada turno de trabajo por departamento y establecer la fecha de reunión (ver tabla No. 2 y 3). El día pautado, el moderador con la colaboración de un asistente trabajaron durante dos horas en la discusión de un protocolo de preguntas (anexo L) previamente diseñadas siguiendo las técnicas establecidas en los grupos focales. Al inicio de la reunión se aplicó un cuestionario anónimo en donde se recolectó información demográfica, laboral y de exposición o riesgo (Anexo M). De igual forma se leyó una introducción en todos los grupos focales explicando el objetivo de la investigación y las normas a seguir dentro del grupo focal, así como la independencia del autor con respecto a las instituciones SAHCM y CORPOSALUD (anexo N). Las sesiones de los grupos focales fueron grabadas y se tomaron notas de los comentarios realizados en los mismos. Al finalizar cada sesión de los grupos focales, el asistente del moderador hizo un resumen de lo comentado en la reunión el cual fue sometido a aprobación por parte de las y los participantes para obtener el consenso del grupo.

Variables del estudio de los grupos focales: 1) **demográficas:** edad, sexo, nivel educativo, 2) **laborales:** cargo de trabajo actual, departamento o unidad de trabajo, años de trabajo en la enfermería, años de trabajo en el hospital, años de trabajo en el cargo actual, horas de trabajo diarias, horas de trabajo en la semana, turno de trabajo, trabajo en otro centro diferente al hospital y 3) **exposición o riesgo:** heridas por pinchazos en el último año.

Análisis de la información: 1.- cuantitativa: para la organización y análisis de la información obtenida en el cuestionario aplicado en las sesiones de los grupos focales se elaboró una base de datos en Epi-info versión 3.4.3 (Noviembre 2007) para el cálculo de frecuencias absolutas, porcentajes, promedios y desviación standard de cada una de las

variables demográficas y laborales utilizadas en el cuestionario. Los datos se organizaron en cuadros y gráficos. Los datos obtenidos del conteo de las agujas usadas en cada uno de los departamentos seleccionados se incorporaron a una base de datos elaborada en EXCEL. Dicha incorporación se hizo por semanas, por mes y el total general, Para observar la significancia estadística de las diferencias porcentuales de los valores de agujas sin tapa se utilizó el módulo de Stalcal del Programa Epi-info versión 3.4.3 (Noviembre 2007) y lo mismo aplicó para el cálculo de los riesgos relativos. Adicionalmente, se analizaron cuantitativamente las respuestas correctas del pre y postest de la estrategia educativa, las cuales se presentaron en porcentaje.

2.- Cualitativa: Las respuestas obtenidas de las y los participantes de los grupos focales fueron transcritas para luego analizarlas en interrelación con los datos cuantitativos, de allí que las consideraciones finales consensuadas obtenidas en los grupos focales formaron parte de la discusión y análisis final de los resultados.

Para el análisis de los datos obtenidos de los grupos focales se siguió el método descriptivo detallado por Krueger y Casey, 2000 y Wolcott, 1994. Se analizaron los temas surgidos en cada grupo producto de la lectura de los resúmenes y las transcripciones de cada grupo focal para agrupar las respuestas dadas por los participantes a cada una de las preguntas del guión. Del contenido de las respuestas emergieron cinco (5) áreas temáticas las cuales se relacionan con el objetivo del trabajo, las mismas fueron: **a)** condiciones ambientales y organizacionales del hospital, **b)** factores asociados al reencapuchado y a los accidentes por pinchazos, **c)** percepción del personal de enfermería ante los accidentes por pinchazos, **d)** políticas hospitalarias en materia de seguridad laboral y **e)** medidas preventivas para evitar el reencapuchado y los accidentes por pinchazos.

Tabla No. 1
Grupos focales distribuidos por departamentos y por turnos de trabajo.
SAHCM, Maracay, 2008

Departamentos	Mañana	Tarde	Noche	Total
A	1	1	1	3
B	1	1	1	3
C	1	1	1	3
D	1	1	1	3
Total	4	4	4	12

Fuente: sesiones grupos focales

Tabla No. 2
Número de participantes en las sesiones de los grupos focales y estrategia educativa
distribuidos por departamentos y por turnos de trabajo.
SAHCM, Maracay, 2008

Departamentos	Mañana	Tarde	Noche	Total
A	12	10	10	32
B	10	11	10	31
C	08	09	09	26
D	12	08	11	31
Total	42	38	40	120

Fuente: sesiones grupos focales

RESULTADOS Y DISCUSION

En la muestra conformada por 120 enfermeras/os del SAHCM quienes participaron en los grupos focales y de acuerdo a la tabla No. 3, se observó una media de edad de 36,29 años, un promedio de años de graduación de 13,68 años y una media de antigüedad en el trabajo en el hospital de 12, 50 años. Estos datos evidencian que el grupo estudiado, poseía experiencia laboral y suficiente tiempo en la institución hospitalaria como para conocer bien su dinámica ya que la diferencia entre los años de graduación y la antigüedad en el hospital fue de un año promedio.

El promedio de las horas de trabajo diarias fue de 11,01 horas y las horas de trabajo semanal promedio de 48,63 horas. Estos resultados guardan correspondencia con el trabajo de Loli (2000) en donde reporta que las enfermeras peruanas trabajan entre 30 a 40 horas semanales en hospitales públicos, con 2 o 3 días libres a la semana, mientras que en clínicas particulares laboran 40 a 48 horas semanales con un día libre a la semana. Los datos de la investigación en el SAHCM indican que las horas de trabajo diario y semanal están por encima de lo estipulado en la Ley Orgánica del Trabajo (1997) y contraviniendo así lo establecido en el informe 149-1997 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el cual recomienda reducir las horas a un máximo de 35 horas semanales. Se hace necesario revisar este tópico ya que el exceso de horas de trabajo puede no sólo provocar un impacto negativo a la salud, sino también convertirse en un factor de accidentabilidad por cansancio físico y/o mental.

Tabla No. 3
Variabes de edad, años de graduación, antigüedad en el hospital, horas de trabajo diarias y horas de trabajo semanales personal de enfermería asistente a los grupos focales de los departamentos del SAHCM, Maracay, 2008

Variables	Promedio X	Desviación Standard (DS)
Edad (años)	36.29	10.05
Años de graduación	13.68	10.24
Antigüedad en el hospital	12.50	9.61
Horas de trabajo diarias	11.01	4.6
Horas de trabajo semanales	48.63	17.88

Fuente: cuestionario aplicado a los grupos focales

En la tabla No. 4 se observa que en **la variable sexo** predominaron las enfermeras con un 88%, lo que ratifica que la práctica profesional de la enfermería, históricamente ha sido una actividad con predominio femenino, a pesar de la incorporación progresiva de hombres a esta profesión.

Con respecto **al nivel educativo**, 73% tenían un nivel universitario/tecnológico. Este resultado demuestra que el personal de enfermería en el SAHCM se ha ido profesionalizando en los últimos años, tal como ha sucedido en otros países. En **la variable cargo dentro de la institución** 67% es personal graduado, 22% auxiliares y un 11% estudiantes. Es necesario subrayar que existe un 6% de profesionales que no tienen cargos acorde a su capacitación profesional, es decir, aún continúan en otras categorías. En **la variable por departamentos**, la muestra estuvo integrada por 27% del departamento A, 26% del departamento B, 21 del departamento C y 26% del departamento D. **La distribución por turnos** diurno, vespertino y nocturno fue de un 35%, 32% y 33% respectivamente, sin embargo, hubo 34 (14%) trabajadoras/os quienes refirieron laborar en más de un turno, no obstante, en la pregunta referente a **si laboraban en otra institución asistencial** 87% manifestó que no lo hacían.

De esta información se deduce que el personal no se traslada a laborar en otras instituciones sino que permanece trabajando en el mismo hospital en diferentes turnos. Con respecto **al antecedente de pinchazo en el último año**, 29% respondió afirmativamente. Esto contrasta con los datos presentados por Junco y Col (2003), realizado en unidades asistenciales de La Habana encontrándose que 39% de las enfermeras había sufrido lesión en el último año. Por otra parte, según Palucci (2003) en un trabajo realizado en cuatro

hospitales de Brasil encontró que el 50% de los accidentes reportados fueron lesiones punzocortantes en el personal de enfermería.

Es significativo enfatizar que en el estudio en el SAHCM todas las heridas por pinchazos (35) fueron reportadas en su momento (100% de los casos). Esto difiere con el trabajo de Junco y Col. (2003) realizado en la Habana, Cuba, al señalar que 96% no reportó el accidente al momento de producirse y según Martínez y Col (2008), quien ha reportado un subregistro superior al 80% en un universo de 20.000 trabajadores de 4 estados de Venezuela. En ese mismo trabajo manifiesta que las razones para no reportar ha sido que: no lo consideran importante o no saben a donde reportar el mismo. En este sentido, se hace urgente la necesidad de afrontar el subregistro para así tener un diagnóstico real de la problemática de los accidentes por pinchazos. El 78% del personal quien refirió lesiones presentaron un solo evento, mientras que un 22% refirió dos eventos en el año.

En la tabla No. 5 se expresan características y número de las agujas desechadas en los departamentos del hospital antes y después de la estrategia educativa, encontrando que 24% de agujas estaban no reencapuchadas (sin tapa plástica) antes de la intervención en contraste con el 40% obtenido después de la intervención, para una diferencia de 16%, siendo este valor significativamente estadístico.

En la tabla No. 6 se muestran las características y número de las agujas desechadas discriminada por departamentos antes y después de la estrategia educativa, encontrando que el departamento D presentó el porcentaje más alto con 23% de agujas no reencapuchadas (sin tapa plástica) después de la intervención, seguido de los departamentos B, A y C con 18%, 10% y 14% respectivamente. Los valores de p en todos los departamentos mostraron significancia estadística.

Tabla No. 4
VARIABLES DEMOGRÁFICAS, LABORALES Y DE EXPOSICIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ASISTENTE
A LOS GRUPOS FOCALES DE LOS DEPARTAMENTOS DEL SAHCM, MARACAY, 2008

Variable		No.	%
Sexo	F	106	88
	M	14	12
	Total	120	100
Nivel educativo	Tecnológico/ Universidad	88	73
	Bachillerato	25	21
	Otros	07	06
	Total	120	100
Cargo en la institución	Enfermeras graduadas	81	67
	Auxiliar de enfermería	26	22
	Estudiantes	13	11
	Total	120	100
Departamentos	A	32	27
	B	31	26
	C	26	21
	D	31	26
	Total	120	100
Turnos	7 a.m. - 1 p.m.	42	35
	1 p.m. - 7 p.m.	38	32
	7 p.m. - 7 a.m.	40	33
	Total	120	100
Trabaja en otra institución	No	105	87
	Si	15	13
	Total	120	100
Ha tenido usted un accidente por pinchazo en el último año?	No	85	71
	Si	35	29*
	Total	120	100
Si su respuesta fue afirmativa cuantas veces se ha pinchado?	1	27	78
	2	8	22
	Total	35	100

Fuente: encuestas a los grupos focales

Tabla No. 5

Características y número de las agujas en todos los departamentos antes y después de la estrategia educativa. SAHCM, Maracay, 2008

	Antes estrategia	Después estrategia	Diferencia %	Valor de P
Total de agujas	33015	33267		
Agujas con tapa plástica	25243	20022		
Agujas sin tapa plástica	7772	13245		
% de agujas sin tapa plástica/total de agujas	24	40	16	0.000*

Fuente: base de datos Excel * p < 0.005

En la tabla No. 7 se observa que la estrategia educativa se comportó como efecto protector al obtenerse valores de RR. < 1. Para todos los departamentos el RR fue de 0.79, lo que incrementó en un 21% las agujas sin reencapuchar después de la estrategia educativa. Al obtener los riesgos relativos discriminados por departamentos estos también tuvieron valores por debajo de 1 (efecto protector), observando que el departamento D presentó un R.R. 0.65, lo que significa que hubo un incremento de un 35% de agujas sin reencapuchar después de la estrategia educativa, siendo este el mejor departamento en cuanto a respuesta del efecto protector, seguido del departamento B con un R.R. 0.78, obteniendo los departamentos A y C los riesgos relativos más altos pero aún así los mismos muestran un efecto protector (< 1). La significancia estadística en todos los departamentos, pudiera explicar el personal modificó las prácticas de trabajo con respecto al reencapuchado después de la estrategia educativa ya que esta se comportó como un efecto protector en la conducta de la reinsertión de la tapa plástica. Estos resultados se corresponden con los estudios de Marin y Col. (2008) realizado en un hospital terciario en Brasil, los cuales revelaron que "el reencape de agujas" fue un importante predictor para los accidentes percutáneos entre los profesionales de enfermería y así mismo Doebbeling y Col. (2003) encontraron que el manoseo constante de agujas huecas fue considerado un factor de riesgo para accidentes percutáneos: (OR 1.02) entre profesionales del área de la salud, en cuanto que no reencapuchar las agujas fue identificado como un factor de protección (OR 0.74), después del ajuste para potenciales factores de confusión.

En la tabla No. 8 se observa que en los cuatro departamentos se encontró un porcentaje de 170% entre las agujas sin tapa plástica (no reencapuchadas) después y antes de la estrategia educativa. Es decir, se incremento un 70% el número de agujas sin tapa

plástica (no reencapuchadas). Todos los departamentos en forma independiente también presentaron incrementos de 78%, 86%, 64% y 61% con relación al número de agujas no reencapuchadas después de la estrategia educativa. Con estas cifras se puede afirmar que hubo una respuesta positiva por parte de las/los participantes en cuanto a la no práctica de la técnica del reencapuchado de agujas usadas.

Tabla No. 6
Características y número de las agujas por departamentos antes y después de la estrategia educativa. SAHCM, Maracay, 2008

Características de las agujas /departamentos	Antes estrategia	Después estrategia	Diferencia %	Valor de P
Total de agujas Departamento A	8183	8198		
Agujas con tapa plástica	6668	5494		
Agujas sin tapa plástica	1515	2704		
% agujas sin tapa plástica/total agujas	19	33	14	0.000 *
Total de agujas Departamento B	8080	8087		
Agujas con tapa plástica	6439	5033		
Agujas sin tapa plástica	1641	3054		
% agujas sin tapa plástica/total agujas	20	38	18	0.000*
Total de agujas Departamento C	7877	8124		
Agujas con tapa plástica	6471	5817		
Agujas sin tapa plástica	1406	2307		
% agujas sin tapa plástica/total agujas	18	28	10	0.000*
Total de agujas Departamento D	8875	8858		
Agujas con tapa plástica	5665	3678		
Agujas sin tapa plástica	3210	5180		
% agujas sin tapa plástica/total agujas	36	59	23	0.000*

Fuente: base de datos Excel

* $p < 0.005$

Tabla No. 7

Riesgos relativos, intervalos de confianza y valor de p distribuidos por departamentos. SAHCM, Maracay 2008

Departamentos	RR	CI	P <0.005
Todos los departamentos	0.79	(0.78, 0.80)	0.000*
Departamento A	0.82	(0.81, 0.84)	0.000*
Departamento B	0.78	(0.77, 0.80)	0.000*
Departamento C	0.87	(0.86, 0.89)	0.000*
Departamento D	0.65	(0.63, 0.67)	0.000*

Fuente: base de datos Excel

* Significancia estadística

Tabla No. 8
Porcentaje entre las agujas sin tapa plástica después y antes de la estrategia educativa.
SAHCM, Maracay, 2008

Departamentos	Después	Antes	%
Todos los departamentos	13245	7772	170
Departamento A	2704	1515	178
Departamento B	3054	1641	186
Departamento C	2307	1406	164
Departamento D	5180	3210	161

Fuente: base de datos Excel

En la tabla No. 9 se refleja que en 3 preguntas hubo un porcentaje por encima del 50%, correspondiendo a las preguntas: accidentes por pinchazos como riesgos (1), forma de adquisición de la hepatitis B (4) y reencapuchado de la tapa plástica como procedimiento (7). Del resto de las respuestas presentaron porcentajes bajos de aciertos, incluyendo la pregunta No.2 que estaba relacionada con la transmisión de hepatitis B, C y VIH y en la cual sólo 8% contestó correctamente en el pretest. Esta situación es bastante preocupante ya que demuestra una falta de información básica sobre aspectos relativos a la facilidad de adquirir una infección viral. Después de la intervención se aplicó nuevamente la prueba y los resultados mejoraron presentando una variación positiva entre un 9 y 59%. Esta variación pudiese ser explicada por el impacto de la aplicación de la estrategia educativa utilizada en la reunión realizada con el personal de enfermería en cada uno de los departamentos convocados. Cada grupo estuvo conformado por el mismo personal que participó en los grupos focales, El material central de la discusión fue un díptico (anexo A) que contenía información básica de las necesidades que los participantes manifestaron en los grupos focales. Es significativo destacar que el díptico entregado a cada participante también fue enviado a las compañeras/os del personal que no pudieron asistir a la reunión educativa por estar en la actividad asistencial en el servicio respectivo, con la intención de difundir la información suministrada.

Tabla No. 9
Resultados de las respuestas al Pretest y Postest aplicados
durante la estrategia educativa. SAHCM, Maracay, 2008

	Pre-test	Post-test	
Preguntas	Correctas %	Correctas %	Dif.
1. Accidentes por pinchazos son riesgos importantes por cuanto sus consecuencias pudieran ser muy graves para la salud del trabajador:	100	100	0
2. Cual de estos virus tiene más facilidad de transmisión después de una exposición a sangre contaminada:	8	67	+ 59
3. Cual considera usted es el porcentaje a nivel mundial del subregistro de accidentes por pinchazos:	36	87	+ 51
4. La Hepatitis B puede ser adquirida a través de contacto casuales tales como abrazos o darse la mano:	78	87	+ 09
5. El virus de la hepatitis B puede causar cáncer de hígado:	44	70	+ 26
6. La efectividad de la vacuna de la hepatitis B en la prevención de la enfermedad en personal a riesgo es:	29	87	+ 59
7. La reinsertión de la tapa plástica en agujas usadas es un procedimiento:	54	63	+ 09
8. Dentro de las causas del subregistro de los accidentes por pinchazos tenemos:	38	70	+ 32

Fuente: pretest y postest aplicados

En la tabla No. 10 se aprecia que sólo 38% del personal que asistió a las sesiones de la estrategia educativa tiene el esquema completo de la vacuna contra la hepatitis B. De igual manera es importante destacar que 18% respondió no a dicha pregunta, lo sugiere que dicho personal no tiene ninguna dosis de la inmunización. Estos datos contrastan con los reportados por Junco y Col (2003) quienes reportaron en un trabajo realizado en La Habana, Cuba donde los encuestados manifestaron tener inmunización completa contra la hepatitis B. De igual manera Palucci y Col (2004) han publicado resultados de trabajadores que en 84,8 % han referido protección contra la hepatitis B. De acuerdo a los datos presentados por Martínez y Col. (2008), en un diagnóstico situacional realizado en 4 estados de Venezuela, con un universo de 20.000 trabajadores de la salud, se encontró que la cobertura de vacunación contra la hepatitis B no supera el 65%. Estos resultados deben llamar a la reflexión por cuanto la hepatitis B tiene prevención por vacuna y la misma es distribuida en forma gratuita a cada trabajador de salud que la solicite en el departamento de inmunizaciones del SAHCM (Epidemiología). Esta situación pudiera estar reflejando el

poco conocimiento que el personal tiene sobre las consecuencias de la enfermedad a largo plazo, tal como sería el desarrollo de cirrosis hepática o un adenocarcinoma hepático.

Tabla No. 10
Cumplimiento del esquema de inmunizaciones de la vacuna contra la Hepatitis B en el personal de enfermería asistente a las sesiones de estrategia educativa. SAHCM. Maracay. 2008

Dosis	No.	%
1 ^{era} . Dosis	37	26
2 ^{da} . Dosis	26	18
3 ^{era} . Dosis	55	38
No	26	18
Total	144	100

Fuente: respuestas a preguntas del cuestionario

Cuando se analizan los resultados obtenidos de los grupos focales en complementariedad con los datos cuantitativos se encuentra que los mismos sirvieron como elemento diagnóstico utilizado en la estrategia educativa.

De la discusión de los grupos focales surgieron cinco (5) áreas temáticas las cuales fueron: **a)** condiciones ambientales y organizacionales del hospital, **b)** factores asociados al reencapuchado y a los accidentes por pinchazos, **c)** percepción del personal de enfermería ante los accidentes por pinchazos, **d)** políticas hospitalarias en materia de seguridad laboral y **e)** medidas preventivas para evitar el reencapuchado y los accidentes por pinchazos.

CONDICIONES AMBIENTALES Y ORGANIZACIONALES

En esta temática las respuestas se agruparon en dos aspectos: a) condiciones ambientales relativas a **factores físicos** (infraestructura hospitalaria) y b) las relacionadas con la **organización del trabajo hospitalario**. Con respecto a los **factores físicos** las/os participantes manifestaron *“Hay deficiencias de iluminación, tanto de día como de noche”*. Este problema sentido la deficiencia de iluminación en muchas de las áreas del hospital, esta presente a lo largo del día, pero evidentemente es más notorio en el turno de noche, lo que dificulta las actividades propias del personal de enfermería (preparación y

administración de los medicamentos, extracción de sangre etc.) por una parte y por la otra hay un aumento de la probabilidad de accidentes por pinchazos ante esta condición insegura. Además se comentó el problema de los lavamanos, tanto por insuficiencia de los mismos, como en el deterioro de las llaves o grifos y otras veces hay problemas relacionados con la falta del suministro de agua. Por otra parte en algunos servicios los lavamanos son utilizados para funciones diferentes como sería para la realización de limpieza de equipos para aseo de los pisos (mopas/coletos). ***“A veces los lavamanos no funcionan”***. ***“Donde nos lavamos las manos, nos lavamos la boca, los instrumentos... en fin es el mismo lavamanos para todo”***. También expresaron que el aseo no es suficiente, entre otras razones por la falta de agua, así como por la falta de recipientes apropiados para desechar material médico quirúrgico. ***“El aseo es deficiente. A veces no hay papeleras. Se hacen las curas y uno tiene que andar buscando donde echar la basura. A veces no hay agua”***. ***“El personal de saneamiento trabaja nada más en el turno de la mañana. La mayoría de las veces nosotras nos vemos en la obligación de vaciar los desechos en una bolsa para no correr el riesgo de pincharnos, porque los envases están rebosados de basura y no hay quien los vacíe”***. Es evidente que todos estos aspectos inciden en la asepsia y antisepsia de dicho personal que favorecería la transmisión de enfermedades infecciosas.

Para reforzar los comentarios anteriores, Borges (1998) plantea que en muchos hospitales venezolanos la mayoría de los ambientes de trabajo (emergencia, hospitalización, pabellones quirúrgicos, etc.), el personal no cuenta con lavamanos en perfectas condiciones, con flujo continuo de agua limpia, jabón en dispensador estéril y toallas descartables para el lavado correcto de las manos, principal práctica de asepsia y antisepsia para disminuir la exposición a los riesgos biológicos. De igual manera resalta que se observa con preocupación que en muchos servicios o unidades, de forma totalmente irregular coexisten en un mismo ambiente las denominadas “faenas” limpia y sucia. Así mismo, las papeleras con sus respectivas bolsas para la recolección del material contaminado descartable (jeringas, scalp, hojillas de bisturí, catéteres contaminados con sangre, etc.) son prácticamente inexistentes. Estas prácticas inadecuadas generan otros factores de riesgo como son los factores mecánicos o de accidentes, la ocurrencia de heridas y pinchazos, que a su vez constituyen la puerta de entrada para enfermedades infectocontagiosas como la Hepatitis B, VIH/SIDA entre otras.

Dentro de los **aspectos organizacionales** en los grupos focales, se resaltó con mucha insistencia el problema del exceso de pacientes relacionados con el número de camas existentes en el hospital. En el año 2.007 se atendieron en el área de hospitalización 3.281 pacientes de otros Estados que representa el 10,95% del total de egresos de este centro asistencial. Carabobo sigue siendo el Estado con más número de pacientes ingresados (2.198) en el SAHCM seguido de Guárico, Apure, Miranda y otros (SAHCM, Informe de Gestión 2007). Los participantes en los grupos focales manifestaron que como consecuencia del aumento de la población a cubrir hay una desproporción con relación a las camas hospitalarias y personal de enfermería. Así mismo, el personal hizo comparación entre las cifras de los organismos internacionales en cuanto al número de enfermeras a cubrir por cama hospitalaria y expresaron que en el hospital había una sobredemanda no satisfecha influyendo en la calidad de la prestación del servicio. ***“Hay muy pocas camas para la cantidad de pacientes que tenemos”. “El personal no se da abasto para dar buena atención (se da cantidad y no calidad), aparte que el espacio físico es pequeño, no está acondicionado”. “No se trabaja con las condiciones idóneas como uno debería”. “Aquí no sólo se duplica el trabajo sino a veces también se triplica por la falta de personal”. “Si trabajáramos más holgados no hubiese tantos tipos de problema en ese particular”.. No contamos con una planta fija de personal, la mayoría son suplentes”. “En el trabajo estamos limitadas y sobrecargadas”***. Derivado de lo anterior el personal expresó como el exceso de trabajo y las condiciones de “hacinamiento” referido a cantidad de personas y al poco espacio físico crea una situación de estrés laboral en forma permanente que afecta el clima laboral.

Esta relación entre al clima laboral u organizacional, existen estudios que plantean una estrecha relación entre ambiente y accidentabilidad, ha sido tema de estudio en diferentes países del mundo. Rodríguez, (1998) el clima laboral ha sido definido como “la percepción que los miembros de una organización tienen de las características más inmediatas que les son significativas, que la describen y diferencian de otras organizaciones”, lo cual influyen en el comportamiento organizacional del personal de enfermería. El término también se refiere a la atmósfera social de una empresa u organización específica y que determina el grado de bienestar y satisfacción que se puede encontrar en ella (Gonzalez-Roma y Peiro, J., 1999).

El clima organizacional constituye uno de los factores determinantes de los procesos organizativos, de gestión, cambio e innovación. Adquiere relevancia por su repercusión inmediata, tanto en los procesos como en los resultados, lo cual incide directamente en la calidad del propio sistema y su desarrollo. Marchant (2005) realizó un análisis de casos de clima organizacional en hospitales de Chile, encontrando que el “espacio, entorno físico e infraestructura”, ha sido una de las variables peor evaluadas, observándose insatisfacción generalizada con las condiciones físicas y ambientales del trabajo. Es importante destacar, con base a los discursos emitidos por el personal de enfermería en los grupos focales, el clima organizacional con respecto a la variable del espacio físico e infraestructura del hospital en estudio, no es el más apropiado para el cumplimiento de sus diferentes actividades asistenciales. En este sentido, compartimos lo expresado por Marchant (2005), en cuanto que “cuando los espacios de trabajo no son suficientemente amplios ni están apropiadamente acondicionados para su funcionalidad no se dan las condiciones ambientales para trabajar adecuadamente y el desempeño laboral se verá perjudicado”. Mientras mejores sean las condiciones de espacios físicos de trabajo mejor será la percepción y desempeño de las labores de los trabajadores.

En cuanto a la insuficiencia de personal y su relación con el número de camas y de pacientes opinaron que la *“relación número de camas asignadas en función del personal de enfermería: hay una desproporción grande. Lo más frecuente es que haya insuficiente personal para el número de camas. Los pacientes quieren que uno les haga de todo, porque uno esta allí para atenderlos, pero a veces uno no se da abasto”*. *“La cantidad de pacientes que ingresan y el poco personal que hay, generan un impacto hacia nosotros que es recargo de trabajo, poco tiempo y el estrés, porque no es tan sólo el paciente sino el familiar también”*. *“Es ese déficit de personal el que genera estrés en el área de servicio y, a veces sin querer, hacemos accidentes laborales”*. *“También uno hace aquí muchas funciones”*. *“La falta de personal en la institución no permite ni siquiera que uno pueda dar charlas como medio de educación o como medio de refrescar todos los conocimientos que a ti te dan en un determinado momento, porque en la universidad te pueden decir cómo manipular la aguja, pero la falta de personal implica que aquí no se puedan supervisar esas cosas”*. *“Usted se imagina la cantidad de accidentes laborales que puede haber con la cantidad de pacientes que tenemos para una sola persona?”*. Esto coincide con los resultados de Marchant (2005), con respecto a la apreciación de la

“dotación de personal” y la “delimitación de funciones” la cual fue también negativa en su estudio. Las personas opinan que la actual dotación de personal, sea en cantidad, cualidad o distribución por unidades y funciones, es inadecuada. La mala distribución del personal genera recarga de trabajo para algunos, lo que les impide desarrollarse técnica o profesionalmente en las tareas asignadas originalmente, con la consecuente insatisfacción que deriva de lo expuesto. ***“Existe demasiada duplicidad de tareas”. “Hay situaciones donde a veces uno pudiera darles mal trato a los pacientes”***. Es de suponer que todo lo anterior repercutirá negativamente en la calidad del servicio prestado.

El personal participante en los grupos focales refirió al estrés como un aspecto vinculado a la actividad laboral cotidiana, que favorecería la ocurrencia de accidentes por pinchazos. ***“El estrés que genera el gran volumen de pacientes, la disminución de personal, la falta de seguridad, la falta (en ocasiones) de insumos, aunado con las exigencias del personal médico que trabaja con nosotras y de los familiares”. “El estrés a veces sin querer, nos lleva a accidentes laborales”. “Pienso particularmente que es un clima de estrés el que uno vive diariamente, a excepciones de días donde hay 10 pacientes y 5 enfermeras para todo”***. De acuerdo al Instituto Nacional de Salud y Seguridad (NIOSH, 2008) de los Estados Unidos de Norteamérica desde hace tiempo, el estrés ocupacional ha sido un problema preocupante para el personal quien trabaja en el sector salud. Los estudios indican que los trabajadores de la salud tienen tasas más altas de abuso de sustancias estupefacientes y de suicidio en comparación con otros profesionales, y tasas elevadas de depresión y ansiedad relacionadas con el estrés laboral. Además de la tensión emocional, otras consecuencias del estrés laboral son: agotamiento, ausentismo, ganas de abandonar el trabajo, menor satisfacción del paciente y errores de diagnóstico y en el tratamiento.

Acorde con NIOSH (2008), define el estrés ocupacional como las reacciones nocivas físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador". Las causas de estrés más comunes en los centros asistenciales son los siguientes: niveles de dotación de personal inadecuados, largas horas de trabajo, turnos de trabajo, ambigüedad en las funciones, exposición a sustancias peligrosas e infecciosas. En general, los estudios realizados en las enfermeras han determinado que los siguientes factores están relacionados con el estrés:

sobrecarga de trabajo, presión por tiempo, falta de apoyo social en el trabajo (especialmente de supervisores, enfermeras a cargo y dirigentes de la gerencia), exposición a enfermedades infecciosas, lesiones por pinchazos de agujas, exposición a violencia relacionada con el trabajo o amenazas, falta de sueño, ambigüedad y conflicto en las funciones, escasez de personal, preocupaciones de crecimiento profesional, trato de pacientes difíciles o gravemente enfermos.

Los datos disponibles hasta el momento son, sin embargo, bastante clarificadores. Más de 41 millones de trabajadores de la Unión Europea (es decir, uno de cada tres en los quince países miembro), según un estudio de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, sufren actualmente estrés laboral. El costo económico por absentismo y bajas laborales que genera esta situación supera los 20.000 millones de euros al año (Rodríguez y Vázquez, 2008).

De acuerdo con Gil-Montes (2002), la profesión de enfermería por sus singulares características (escasez de personal que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, relación con pacientes y familiares problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de reconocimiento profesional, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, etc.) genera estrés laboral crónico, y es una de las ocupaciones donde mayor incidencia tiene el síndrome del quemado o “burnout”. Sus consecuencias más relevantes son el deterioro de la calidad de los servicios que ofrecen las instituciones sanitarias y el alto índice de absentismo que existe entre estos profesionales. La sobrecarga laboral tiene una incidencia especial como fuente de estrés crónico en enfermería. Según Karnal, (1978) el ambiente de trabajo en las unidades de hospitalización suele ser estresante y las actividades que realizan las enfermeras frecuentemente las exponen a riesgos específicos con agentes biológicos, físicos, químicos y psicosociales. Sin embargo, se ha dedicado muy poca atención a su salud.

Otro aspecto destacado por el grupo focal nocturno estuvo relacionado con la ausencia de vigilancia y el aspecto de la violencia por parte de los pacientes, visitantes e incluso del mismo personal. ***“En los pisos no hay ni policías. Aquí se han presentado problemas que han venido a matar gente, a pacientes y mientras se llama a la policía o a seguridad... Vienen y te preguntan donde está fulano y van y lo matan”. “La parte de vigilancia es deplorable”. La violencia puede ser de algún paciente, familiar o***

compañera/o de trabajo”. De igual manera hubo planteamientos que tienen que ver con la forma de violencia de los compañeros/os de trabajo entre si y como el personal trata de darle solución a ese ambiente difícil para trabajar. *“También nosotros somos maltratados por los pacientes, por los médicos... todo eso se combina para que haya un ambiente hostil. Muchas veces el mismo personal de enfermería hace “pequeños compartir” para unirnos un poco más, pero eso depende del grupo de trabajo que haya. Hay turnos donde el personal está más compenetrado”*

Otro aspecto que establece vinculación entre accidentes por pinchazos y estrés es el relativo a la violencia y en este sentido los trabajadores de la salud están expuestos en los últimos tiempos a la violencia como uno de los factores de riesgos más importantes. NIOSH define la violencia en el lugar de trabajo como los actos violentos (incluyendo las agresiones físicas y las amenazas de agresión) dirigidos a las personas que trabajan o están de turno. Los ejemplos de violencia incluyen **amenazas**: las expresiones del propósito de hacer daño, incluyendo las amenazas verbales, el lenguaje corporal amenazador y las amenazas escritas; **agresiones físicas** los ataques que van desde golpear hasta la violación, el homicidio, y el uso de armas de ataque como las armas de fuego, las bombas o los cuchillos; **atracos** generalmente hechos sorpresivamente y con el propósito de robar. De acuerdo al Departamento de Estadísticas del Trabajo (BLS) de USA (NIOSH, 2002) refiere que los datos indican que los trabajadores de hospital tienen un riesgo elevado de experimentar la violencia en el lugar de trabajo. Según los cálculos aproximados del (BLS), los empleados de hospital sufrieron 2,637 agresiones no mortales en 2001, es decir, una tasa de 8.3 agresiones por cada 10,000 trabajadores. Este nivel es mucho más alto que el de las agresiones no mortales en todas las industrias del sector privado, que es de 2 por cada 10,000 trabajadores. Varios estudios indican que la violencia a menudo sucede durante las horas de mucha actividad e interacción con los pacientes, como en las horas de comer, de visita y de transferencia de pacientes. Las agresiones pueden ocurrir cuando se niega el servicio, cuando se ingresa un paciente involuntariamente o cuando un empleado de salud limita los alimentos, las bebidas o niega el consumo de bebidas alcohólicas.

Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 1993), la enfermería es el personal de salud más amenazado por la violencia en el lugar de trabajo. Las víctimas más probables son los "estudiantes" y el personal de enfermería, así como las enfermeras

supervisoras y el personal de ambulancias. En este sentido, el CIE (1993) plantea que el asalto con agresión física del personal de enfermería es perpetrado casi exclusivamente por los pacientes. Sin embargo, hay casos de maltrato o violencia perpetrados por familiares, otros miembros del personal sanitario, incluidas enfermeras y médicos, así como personas ajenas al equipo de enfermería. El sector salud como ámbito laboral no escapa a la presencia de la violencia, y es motivo de preocupación en especial para enfermería, por ser una carrera mayoritariamente compuesta por mujeres. Kigma (1998), enfermera consultora del Consejo Internacional de Enfermería (CIE), considera que "los principales factores que contribuyen a la violencia contra las enfermeras en su campo laboral son: tener que desempeñar su trabajo de manera aislada, con escaso personal y con formación inadecuada, tener que tratar con personas que consumen alcohol y drogas o que pueden estar estresadas o afligidas".

FACTORES ASOCIADOS AL REENCAPUCHADO Y A LOS ACCIDENTES POR PINCHAZOS

Esta temática estuvo relacionada específicamente con el procedimiento utilizado para el descarte de agujas usadas, factores o circunstancias que pudiesen estar asociadas al reencapuchado y a los accidentes por pinchazos. La disposición de las agujas usadas por parte del personal de enfermería no tiene un procedimiento común en el hospital, la práctica de trabajo es utilizar envases plásticos (refrescos, agua mineral o de los mismos equipos), cajas de cartón (de las soluciones, del adhesivo) o cualquier recipiente que permita colocar las agujas usadas. Hay antecedentes que en el hospital se suministraron envases o cajas de seguridad, las cuales permitían colocar los desechos punzocortantes en forma segura pero hubo discontinuidad en el suministro y el personal no recibió información del porque de lo ocurrido. En los grupos focales las expresiones fueron: *“Lo que consigamos para desecharlas. A veces una caja, plástico, una garrafa... para tratar de no botarlas en la papelera de basura (cuidando a nuestros compañeros de mantenimiento). Cualquier envase que sea grande, es “apropiado” para descartar las agujas”. “En realidad, aquí el personal se las inventa”. “Los familiares a veces nos facilitan los potes de agua mineral y allí nosotras descartamos las agujas”.*

Dentro de los factores asociados al reencapuchado de agujas usadas se comentó que frecuentemente se aplicaba este procedimiento como medida de prevención ante la ausencia

del material de seguridad apropiado para el descarte y así evitar pinchazos en el personal y en otros compañeros de trabajo, tales como el personal de mantenimiento, quienes manipulan los desechos sin la debida información ni con los equipos de protección personal adecuados. *“Hay oportunidades donde tenemos que reinsertar porque no tenemos el envase de plástico al lado o no tenemos donde desecharla, y no podemos dejar esas cantidades de agujas sueltas en una bandeja porque tenemos más riesgo”. “Si. Por protección a un tercero básicamente. Si fuera por nosotros, la agarráramos y la tiraríamos directo. Protección a los compañeros de mantenimiento y a aquellas personas que se la pasan buscando cosas en la basura”.* Parte de la argumentación esgrimida sobre lo anterior fue que la enfermera/o tiene un instinto de protección hacia los demás y siempre tiene en mente tapar la aguja para evitar daños a terceros. Es importante mencionar que este instinto de protección se remonta al mismo inicio de la enfermería cuando en 1860, Florence Nightingale cambia la enfermería de una actividad totalmente doméstica a un nivel de profesión. Paradójicamente el personal reconoce que el reencapuchado con las dos manos es una práctica insegura de trabajo (no es el deber ser) pero manifestaron que se sentían seguras/os colocando la tapa plástica a la aguja usada. La rapidez y la facilidad del reencapuchado también fueron respuestas de los participantes. *“Uno siente que colocando la capucha estás seguro y es al contrario corres el riesgo de pincharte”. “Lo hago por comodidad o por rapidez”.*

Con respecto a las causas de los accidentes por pinchazos mencionaron que los mismos ocurren debido a la rapidez con que realizan las tareas motivado al exceso, presión de trabajo y estrés por el número elevado de pacientes que atienden. *“Uno de los factores de riesgo es que estás apurado, la presión de sacar un trabajo... A veces colapsa el servicio y para tratar de cubrir las expectativas de todos los pacientes, uno acelera un poco más los procedimientos y entonces tienes ese riesgo de poderte pinchar con cualquier cosa”. “El estrés, el hacinamiento de pacientes, los familiares que están encima (que a veces no están conformes con el servicio) y uno por hacer el trabajo rápido pasa eso. Esto es horroroso, es como si estuviéramos en una guerra, mucho hacen las enfermeras que trabajamos acá. Aquí trabajamos a la viña de Dios”.*

De igual forma reafirmaron que factores como el déficit de iluminación, el hacinamiento, problemas de usar la técnica del reencapuchado como una rutina e incluso muchos participantes manifestaron como problema situaciones de descuido personal, todas estas son posibles causas de accidentes por pinchazos. *"La luz no nos ayuda a veces. En el turno de la noche, a veces para cateterizar una vía tienes que sacar al paciente con cama al pasillo, para tener una buena iluminación. Todas esas cosas contribuyen a que te pinches. Uno hace las técnicas y portamos nuestros guantes pero eso no nos protege". "La mala técnica". "A veces se trabaja muy apurado o no se da abasto el personal y se presentan casos de pacientes graves, entonces en el procedimiento uno se pudo pinchar". "Descuido del mismo personal de salud". "Las técnicas las tenemos y los conocimientos, pero no los podemos cumplir con la cantidad de pacientes y el poco personal"*.

Palucci y Carmo, (2003) en hospitales de Brasil, encontraron que jornadas de trabajo doble o triple de muchos profesionales de enfermería quienes inician sus labores ya fatigadas/os, inadecuadas formas de organización de trabajo y exceso de actividades a ser ejecutadas fueron factores asociados a accidentes por pinchazos. Estos autores, en 2004, encontraron en Brasil que dentro de los factores asociados a los pinchazos estaban: sobrecarga de trabajo, mala calidad de los materiales dispositivos desechables inadecuados, negligencia de los profesionales, agresividad de los pacientes, falta de atención y reencapuchado de agujas.

Havlovic y Col., (2002), han expresado que una larga jornada de trabajo semanal conduce a una mayor probabilidad de ocurrencia del accidente, lo que puede ser proveniente de mayor un tiempo de exposición del trabajador a situaciones de riesgo, y también por el hecho que largas jornadas de trabajo diario pueden favorecer el cansancio y aumentar el riesgo de accidentes. Trabajo realizado en USA comprobó que trabajar 50 horas o más por semana aumentó la probabilidad de accidentes percutáneos en 2.4 veces; resultados similares fueron encontrados para los que trabajaban en turnos rotativos o en el turno nocturno, cuando comparados con aquellos que trabajaban solamente en el turno diurno. Un estudio sobre accidentes punzocortantes relacionados con profesionales de enfermería también colocó en evidencia que la probabilidad de sufrir este tipo de herida ha aumentado en los turnos rotativos (Smith y Col., 2006). Esto se corrobora con lo presentado en la tabla No. 3, donde el grupo de enfermeras del SAHCM presentó un promedio horas

diarias y semanales laboradas por encima de las regulaciones laborales vigentes. Es evidente que la jornada laboral de este del grupo estudiado sobrepasa lo establecido en la legislación venezolana, esto podría ser causal de accidentes laborales en el hospital.

Ippolito y Col. (1997) dentro de los factores asociados con la ocurrencia de accidentes con material punzocortante entre el personal de enfermería está principalmente la práctica del encapuchado de la aguja, que se considera inadecuada y atenta contra las precauciones universales. De igual forma los autores Do AN y Col. (2003) y Rapparini (2006) refieren otros factores que pueden estar asociados con la ocurrencia de accidentes que causan lesiones percutáneas entre estos están los factores ambientales, relacionados con las condiciones en que el trabajo es ejecutado, tales como falta de entrenamiento y capacitación profesional, mala calidad de los materiales, sobrecarga de trabajo, falta de material de protección, falta de dispositivos apropiados para desechar el material, factores personales, relacionados con el comportamiento del trabajador, la falta de conocimiento acerca de los riesgos de infección ocupacional, falta de atención y tensión y por último los factores mecánicos, relacionados con los procedimientos ejecutados, tales como el tapado de las agujas y el transporte de material en recipientes inadecuados. Hay una concordancia entre los factores expresados por los autores y lo comentado por el personal de enfermería en los grupos focales como causales de los accidentes por pinchazos en los departamentos estudiados.

El siguiente párrafo es un escenario de la vida real planteado por NIOSH (2000) como una muestra de la factibilidad de los accidentes por pinchazos. El mismo se titula **¿Cómo podemos prevenirlo?**. Un paciente con SIDA se agitó y trató de arrancarse el catéter intravenoso. Durante el forcejeo del personal de salud para calmarlo, se salió una línea de infusión IV quedando expuesta la aguja, la cual fue recuperada por una enfermera que intentó reinsertarla. El paciente la pateó en su brazo e hizo que la aguja penetrara en la mano de otra enfermera. Tres meses después, la enfermera que sufrió el pinchazo con la aguja resultó seropositiva para un examen de VIH.

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LOS ACCIDENTES POR PINCHAZOS

En esta temática se incluyó aspectos como antecedentes de accidentes por pinchazos que les ocurrieron a las/os participantes, o de otros accidentes conocidos dentro la institución hospitalaria, y las reacciones que se generaron ante el accidente, así como precisar las posibles causas que lo originaron. En cada uno de los grupos focales hubo personal de enfermería quienes refirieron haber tenido un accidente por pinchazo, en todos los casos el primer pensamiento fue de miedo, estrés, llanto, crisis de nervios, sentimientos de culpa, aplicación de primeros auxilios y finalmente búsqueda de ayuda o asesoría para su accidente. Muchos de los relatos plantearon la causa del accidente y estuvo relacionada con el reencapuchado de agujas usadas.

El volumen, la presión y la rapidez con la que se realiza el trabajo en el área de la emergencia favorece este tipo de situaciones y en donde cualquier accidente puede surgir. El miedo y el llanto en muchos casos son las primeras reacciones que afloran seguido por la impotencia y la rabia ante la situación. *“La compañera sin querer entre los nervios, la muestra de sangre (búscame un tubo, las gasas...) y en la rapidez con que hacía cada procedimiento, fue a meter la aguja en la “capuchita” y se pinchó. Se les comunicó a los supervisores de guardia, epidemiología y allí “aparentemente” le hicieron una serie de exámenes y le mandaron un tratamiento por tres meses. Ella le agarró miedo al hospital y se retiro”. “Cuando me pinché, me asusté. Lo primero que hice fue buscar la historia del paciente, ver qué exámenes tenía, cómo los tenía y a pesar de que estaba bien, fui a epidemiología y planteé el caso. Eso sí, la sensación es muy fuerte... horrible. Sin embargo, hoy en día uno queda con la duda, con la mortificación. Me pinché por el exceso de trabajo, uno sólo con tantos pacientes. Fui a poner la capucha, ésta me rebotó y me la clavé en el dedo”*. Es evidente, la posibilidad de contraer una enfermedad producto de un accidente por pinchazos es real y es aquí donde la paradoja del trabajador de la salud esta presente, estos cumplen una función social en el hospital para tratar de apoyar a la recuperación de la salud de un paciente y por esas circunstancias posterior a un accidente por pinchazo se adquiere la enfermedad y comienzan las vicisitudes. *“Una compañera se pinchó en la emergencia de adultos. El paciente muere a las ocho horas por una bacteria y ella a los 4 o 5 días*

cae también enferma, no se sabía por qué. Supuestamente “se dice” que fue después del pinchazo. Ella estuvo en terapia, pasó después a sala recuperada. Desafortunadamente muchos accidentes por pinchazos se deben a la práctica insegura de reencapuchar las agujas usadas, esta es una conducta muy frecuentemente utilizada y seguramente esta motivada por la falta de equipos adecuados para el descarte de agujas usadas, situación propia de los países no desarrollados. Por otra parte en muchos hospitales no existen a pesar de los riesgos biológicos, protocolos o pautas a seguir por los trabajadores ante ocurrencia de accidentes por pinchazos y por lo tanto los trabajadores desconocen que hacer ante tal eventualidad. En otros hospitales, existen normativas pero el personal no está lo suficientemente informado y como consecuencia el resultado es el mismo.

Adicionalmente, existe la conducta de no reportar el accidente y dentro de estas motivaciones están: miedo al despido, falta de conciencia sobre el riesgo de infecciones y la falta de entrenamiento sobre los procedimientos a reportar. *“Pensé en la patología del paciente. Yo tenía guardia y el accidente ocurrió tratando de “encapuchar” la aguja, se me traspasó del protector y me pinché”. “Yo también me pinché. Uno se estresa. Me dijeron que fuera para epidemiología, pero hablé con un doctor y me dijo: (no, si el paciente tiene exámenes recién hechos quédate tranquila, pero hazte tú los exámenes). A uno le queda la duda”. “Me puse a llorar”. “Es un impacto tan fuerte que uno trata de controlarse y no ser agresivo, pero no puedes, porque te borras. Lo que piensas es en que te vas a morir”. “Hay una cuestión que a mi me preocupa. A veces hay personas que se pinchan y uno les sugiere reportar el accidente, pero dicen que no porque ven el diagnóstico y dicen que el paciente no tiene nada malo. Se exprimen donde ocurrió la herida y ya”.*

En la bibliografía consultada se encontró documentación sobre el impacto emocional que representan los pinchazos por agujas contaminadas, en un material de NIOSH se presentan dos relatos de enfermeras norteamericanas quienes posterior al accidente por pinchazos tuvieron seroconversión a VIH y VHC. En ambos casos las participantes manifiestan lo acontecido alrededor del accidente y el estado de ánimo durante y posterior al problema (IAES, CORPOSALUD, OPS, OMS, NIOSH, 2008). En este aspecto, los comentarios descritos por las/os participantes en los grupos focales

fueron muy vivenciales y expresan lo desagradable de dicho momento en donde se presentan sentimientos que pasan por el miedo, la ira, la impotencia y la incertidumbre sobre el futuro.

De acuerdo a Junco y Col. (2003) estos refieren que en la percepción del riesgo que representan los objetos punzocortantes, un elemento vital lo constituye el nivel de conocimiento de las normas de prevención de lesiones por estos objetos. De igual forma en el trabajo se expresa que la inexistencia de suficientes medios de protección en las instituciones de salud, por las actuales condiciones económicas de Cuba., esa puede ser una limitante para su realidad, pero para Venezuela el criterio de condiciones económicas deficientes no es excusa ya que esta nación es un país productor de petróleo y en los últimos años ha habido altos ingresos por este concepto. De acuerdo a Concha M. (2009), se estima que Venezuela, en los últimos 10 años ha obtenido, según el ex director del Banco Central, Domingo Maza Zavala, no menos de 350 mil millones de dólares por concepto del negocio petrolero. Por otro lado, contradiciendo a Maza Zavala, algunos expertos petroleros venezolanos manifiestan que el ingreso en estos 10 años de gobierno ha sido superior a los 800 mil millones de dólares. De cualquier manera, independientemente de cuales sean las cifras reales ha sido un flujo importante de dinero que ha ingresado al país.

Es importante resaltar que las heridas punzocortantes de los trabajadores de salud, no es tan sólo un problema relacionado con la infección o la enfermedad, sino que contiene un impacto emocional significativo y prolongado, al verse éstos expuestos a una lesión por pinchazo, aún en ausencia de una infección grave. Este impacto es particularmente severo cuando la lesión causa exposición al VIH, pese a existir hoy en día excelentes tratamientos con drogas retrovirales, tanto el trabajador sanitario como compañeros (as) de trabajo y miembros de su familia se ven afectados emocionalmente.

POLÍTICAS HOSPITALARIAS EN MATERIA DE SEGURIDAD LABORAL

En atención a las políticas del hospital para la prevención de accidentes por pinchazos, los comentarios fueron muy críticos. En forma unánime manifestaron que no hay una política en materia de seguridad laboral para proteger al personal, ni para la

adquisición de equipos adecuados para el descarte de los materiales punzocortantes, ni de otros equipos adecuados para evitar los pinchazos, ni para la formación y capacitación en el área de la salud ocupacional. Enfatizaron la ausencia o poca dotación de los implementos de protección personal que pudieran servir de barreras para la prevención de accidentes por pinchazos. *“El hospital no hace nada”. “no nos suministra ningún envase especial para ese tipo de agujas”. “Hay muchas fallas, sobre todo de protección (barreras de protección)”. “Deberíamos tener lentes y medios para el desecho de agujas”. “En cuanto a las medidas de seguridad, nosotras no tenemos. Aquí si hay tapabocas, no hay guantes... si hay guantes, entonces no hay tapabocas”. “Con la demanda de pacientes que hay, a veces o el material es insuficiente o no nos da tiempo de cambiarnos (por ejemplo de guantes). No hay un estricto control de protección”. “En la universidad les enseñan el deber ser, pero uno va a actuar según los medios que tenga”.* La información y capacitación en materia de salud y seguridad es una tarea indispensable en las instituciones hospitalarias, sin embargo, no es generalmente la prioridad de la gerencia hospitalaria. De igual manera sucede con los equipos de protección necesarios para trabajar con productos biológicos. *“No existen talleres de capacitación, no nos suministran materiales adecuados para desechar las agujas. A veces nos mandan un material para trabajar de segunda. “Trabajamos a veces con las uñas”.* También esta presente el problema del personal de mantenimiento quienes no reciben la suficiente información y capacitación sobre el manejo de desechos. *“Para los de mantenimiento es como si estuviesen recogiendo cualquier basurita. Ellos deberían tener para agarrar las bolsas guantes especiales, porque si se escapan las agujas se pueden pinchar. Ellos bajan las bolsas por los ascensores que usa todo el mundo”.* Otro aspecto comentado en los grupos focales estuvo relacionado con el seguimiento ante accidentes por pinchazos por parte de la institución hospitalaria y el comentario fue *“y aparte de eso, después que te pinchaste, te dan el medicamento, te hacen los exámenes y ya. Tú verás si sigues con el control o no”*

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR EL REENCAPUCHADO Y LOS ACCIDENTES POR PINCHAZOS

En cuanto a las medidas preventivas propuestas por los diferentes participantes de los grupos focales, las mismas fueron organizadas por áreas: **tecnológicas, formativas y administrativas**. Con respecto a las **medidas tecnológicas** los grupos focales plantearon la

urgente necesidad que el hospital adquiriera los envases plásticos para el descarte de las agujas usadas en cantidades suficientes para cubrir todos los servicios del hospital y así evitar la saturación de agujas, así como la compra de equipos retráctiles (inyectoras y jelcos) que impedirían accidentes por pinchazos y dotación adecuada y oportuna de los equipos de protección personal. ***“Incorporación de nuevas tecnologías”. “Adquirir envases para desechar las agujas”. “Brindarnos los equipos adecuados, donde se manejen medidas de bioseguridad, dotarnos de equipos donde podamos descartar estas agujas”.*** Es importante destacar que el 68% del personal participante en la sesiones educativas sabía de la existencia de equipos de seguridad para desechar material cortopunzante.

En las **medidas formativas** destacaron la realización de talleres de capacitación y de adiestramiento en forma periódica al equipo de salud de la institución sobre tópicos para la prevención de accidentes por pinchazos, identificación de factores de riesgos laborales y condiciones peligrosas, entrenamiento de equipos con nuevas tecnologías de seguridad, así como lo relacionados con aspectos de las leyes, reglamentos y normas técnicas sobre la materia de Salud y Seguridad Laboral. ***“Para corregir los accidentes por pinchazos se tendrían que dar talleres, orientación al personal (tanto mantenimiento como profesionales, todo el equipo de salud)”. “Primero educar al personal. Educarlo en cuestiones de seguridad nuevas, avances. No dejarnos como lo han hecho hasta ahora en el anonimato, aquí cada quien busca cómo se resuelve en su trabajo”. “La orientación al personal de saneamiento que trabaja aquí. No es nada más cuidarnos nosotras mientras los demás están por allá pinchándose”. “Yo creo que es difícil que los accidentes laborales se eliminen, pero por lo menos que disminuyan”.*** En las discusiones reconocieron tener debilidades en cuanto al conocimiento de la base legal venezolana en materia de salud y seguridad y gran mayoría del personal desconocía la existencia en el hospital de los delegados de prevención tal cual como lo establece la Ley Orgánica de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT). Datos obtenidos del pretest mostraron que el 90% del personal de enfermería no sabía de la existencia de la LOPCYMAT y el 78% no conocían acerca del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL). Adicionalmente, solo un 36% sabía de la existencia del Comité de Seguridad y Salud Laboral en el hospital. ***“Conocer y exigir aspectos***

relacionados con la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT)”.

Dentro de las sugerencias **organizativas administrativas** destacaron: la incorporación de personal, mejoramiento del ambiente de trabajo, políticas para el seguimiento de accidentes por pinchazos, entre otras. Se destacan algunos comentarios: *“Debería haber un compromiso de la institución como empleadores, para garantizar la seguridad de sus trabajadores” “Si se mejorara el ambiente de trabajo y el espacio físico”. “Que el ambiente físico sea el adecuado, sobre todo lo concerniente a la iluminación”. “Cambiar las políticas o al personal que se encarga de eso”. “Mejorar las políticas o cambiarlas porque no las vemos.” Que acondicionen el hospital de acuerdo a las necesidades”. “Menos hacinamiento de pacientes o más personal para trabajar, porque gran parte de los accidentes laborales es por la cantidad de pacientes que nosotros tenemos”. “Hacerle seguimiento al personal que sufra un accidente laboral”.*

De acuerdo a Wilburn y Eijkemans (2004) el medio más efectivo para prevenir la transmisión de patógenos sanguíneos es mediante la prevención de la exposición a pinchazos con agujas. La prevención primaria de los pinchazos se logra mediante la eliminación de inyecciones innecesarias y la eliminación de agujas. La implementación de educación y de las precauciones universales, la eliminación del reencapuchado de agujas y el uso de recipientes para desechar los objetos punzocortantes han reducido los accidentes en un 80% (CDC, 1997 y Jagger 1996). Siguiendo la tradicional jerarquía de las medidas de control, dentro de las medidas para prevenir los pinchazos se incluyen: **a) eliminación del riesgo:** sustituyendo la vía de administración de medicamentos por otra que no sea la aplicación de inyecciones, tales como tabletas, inhaladores, parches transdérmicos. Con esta medida se logra la disminución o eliminación de los objetos punzocortantes y las agujas y/o inyecciones innecesarias; **b) controles de ingeniería** tales como agujas retráctiles que se cubren o que pierden su filo inmediatamente después de usarse, los cuales están disponibles en otros países tanto de América como de Europa en donde son requeridos por ley; **c) controles administrativos** se corresponde con políticas y programas de entrenamiento orientados a limitar la exposición de riesgos. Ejemplos de estos controles incluyen: las precauciones universales, la asignación de recursos que muestren un compromiso con la seguridad del personal de salud, un comité de prevención contra los

pinchazos, un plan de control de la exposición y un entrenamiento sistemático; **d) control sobre las prácticas de trabajo** aquí se incluye el no reencapuchado de las agujas utilizadas, colocar los recipientes para desechos de objetos punzocortantes a la vista y al alcance de todo el personal, la revisión de los recipientes para desechos en base a una agenda y vaciarlos antes de que se llenen completamente, el establecimiento de los procedimientos sobre el manejo y desecho de los objetos punzocortantes antes de iniciar un procedimiento; **e) equipos de protección personal (EPP)** los cuales consisten en la colocación de barreras y filtros entre los trabajadores y el riesgo. Por ejemplo: lentes, guantes, escudos para la cara, máscaras y batas.

Estas medidas preventivas representan una inversión necesaria para preservar la salud del trabajador de la salud. Ninguna gerencia en salud debería escatimar esfuerzos para adoptar las medidas de prevención en salud y seguridad laboral. Para ejemplificar la situación se presenta lo ocurrido en el Estado Aragua en el año 2005, cuando fueron notificados y registrado 260 casos de accidentes punzocortantes en trabajadores del sector salud, que ameritaron tratamiento antirretroviral con tres medicamentos (durante un mes) lo que generó una inversión total del equivalente a \$18.130,00. Otro ejemplo que ilustra lo referente a costos, según la Asociación Norteamericana de Hospitales, un caso de infección severa causada por un patógeno transmitido por sangre puede generar un costo de \$1 millón en concepto de exámenes, seguimientos, tiempo cesante, subsidios e indemnizaciones. Los costos por el seguimiento a una exposición de alto riesgo son de casi \$3.000 por cada lesión provocada por agujas, aunque no se desarrolle ninguna infección. Las agujas que tienen dispositivos de seguridad solo cuestan 28¢ más que las comunes. Los hospitales de California esperan ahorrar más de \$100 millones anualmente después que se implemente la legislación que obligue a usar dispositivos de seguridad en las agujas (ANA, 1999). Es valido afirmar que en ambos ejemplos ese dinero gastado en tratamientos bien pudiese ser utilizado para invertirlo en la prevención en materia de salud y seguridad.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Los resultados obtenidos de los grupos focales muestran coincidencia en cuanto a la problemática de la salud y seguridad laboral tal y como se desprende de la amplia discusión suscitada en todos y cada uno de los grupos ya que los comentarios no sólo se concretaron a los accidentes por pinchazos, sino que generalizaron a otras áreas muy vinculadas con el problema en cuestión.

Se puede resaltar que el personal de enfermería del Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay participante en el presente trabajo, tiene una clara dimensión de la problemática de los accidentes por pinchazos y de la forma como afrontarla lo cual fue evidente en la discusión dada en las reuniones en los diferentes departamentos, sin embargo, requieren de capacidad organizativa para convertirse en el eje motor para iniciar la transformación de las condiciones de trabajo. Este personal debe pasar de la preocupación como elemento central a la participación activa, para exigir mejores condiciones laborales que no solo implican aspectos de infraestructura sino también aspectos organizacionales y lo concerniente en materia de salud y seguridad laboral. Por lo tanto, se hace indispensable que el personal de enfermería, como sector laboral, construya una conciencia colectiva de riesgo, la cual les permita apropiarse de las herramientas legales existentes siendo estas el elemento clave para la búsqueda de soluciones a los innumerables problemas que enfrentan en el quehacer cotidiano.

Es importante destacar la existencia de la normativa legal venezolana vigente, la cual esta enmarcada en acuerdos, convenios y resoluciones de organismos internacionales relativos a la salud y el trabajo. En primer lugar, existe la Constitución de la República Bolivariana (CRBV) la cual expresa en su artículo 83 “La salud es un derecho social fundamental, obligación del estado que lo garantizará como parte del derecho a la vida...”. Por lo tanto es importante resaltar que la salud es un derecho humano y constitucional para todos los venezolanos y venezolanas. De igual manera el artículo 86 establece muy claro la responsabilidad del empleador en materia de salud y seguridad cuando expresa “... Toda persona tiene el derecho al trabajo y el deber de trabajar...**Todo patrono o patrona**

garantizará a sus trabajadores condiciones de seguridad, higiene y ambiente de trabajo adecuado....”.

En segundo lugar existe la ley específica en materia de salud y seguridad laboral, la Ley Orgánica de Prevención y Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT), aprobada en Julio de 2005 y la cual en el artículo 4 del ámbito de aplicación expresa “Las disposiciones de esta ley son aplicables a los trabajos efectuados bajo relación de dependencia por cuenta de un empleador o empleadora, cualesquiera sea su naturaleza, el lugar donde se ejecute, persiga o no fines de lucro, sean **públicos o privados** existentes o que se establezcan en el territorio de la República....”. En definitiva es necesario resaltar que tanto la salud como el trabajo son derechos sociales expresados constitucionalmente y a los cuales todos tenemos acceso.

Toda esta sustentación legal es para rescatar el hecho que los trabajadores de la salud y en este caso particular el personal de enfermería del SAHCM, tiene el basamento jurídico para exigir sus derechos en cuanto a la materia de salud y seguridad laboral se refiere.

Los resultados de este trabajo deben llevar a la reflexión a la Gerencia del Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay y a CORPOSALUD-Aragua como ente rector de la salud en el estado Aragua para que emprendan con urgencia políticas de salud y seguridad laboral que les permita garantizar condiciones del medio ambiente laboral basados en la implementación y adopción de medidas de ambientes seguros para sus trabajadores.

En este trabajo se corrobora lo planteado a nivel mundial con respecto a que los pinchazos con agujas siguen siendo causas frecuentes de accidentes laborales en los hospitales y los mismos están asociados a los procedimientos y maniobras que realiza el personal de enfermería al manipular y tapar las agujas, a lo que habría que obligatoriamente añadir la demanda de pacientes que deben atender, lo que muchas veces altera la organización del trabajo.

Revisando la bibliografía nacional e internacional se encontraron pocos estudios que utilicen la metodología cualitativa de grupos focales para establecer los factores

relacionados con el reencapuchado de agujas y los accidentes por pinchazos. La experiencia para los autores fue invaluable por cuanto permitió indagar en profundidad aspectos de la cotidianidad de un personal quien con mística y vocación de servicio lleva adelante una tarea titánica de mucha responsabilidad social.

Este trabajo permitió con la participación del personal de enfermería del SAHCM corroborar que los accidentes por pinchazos no están asociados exclusivamente a conductas individuales de riesgo o protección personal. Se evidenció que estos accidentes están fuertemente influenciados por el ambiente físico, en el cual el personal de enfermería se ve obligado a trabajar y desempeñar su actividad profesional, así como a los aspectos organizacionales de la institución hospitalaria. Otros aspectos como los relacionados con el clima organizacional deben ser revisados para promover la reingeniería necesaria de una institución pública de gran compromiso social como lo es el SAHCM, para ello el personal de enfermería tiene mucho que aportar en esa materia.

La estrategia educativa aplicada posterior a la realización de los grupos focales de los cuales se obtuvo la información necesaria para promover la discusión, resultó satisfactoria si se mide en los datos cuantitativos obtenidos en las cifras de agujas no reencapuchadas después de la estrategia educativa, a pesar que no fue del todo lo impactante como se hubiese deseado. Ese cambio de actitud hacia una práctica más segura, fue posible al obtener de información directa de los grupos en la forma como el personal de enfermería percibían el problema y las posibles soluciones. Es importante rescatar el hecho que con una sola sesión informativa de dos horas de duración se pudo lograr modificaciones positivas demostrando que el personal de enfermería esta motivado para cambios en cuanto a mejorar condiciones de trabajo se refiere. De aquí surge la necesidad de implementar programas de formación continua que permitan fortalecer prácticas seguras de trabajo.

Uno de los hallazgos más resaltante fue el relativo a la seguridad física del personal y la violencia laboral ante la insuficiencia de vigilantes sobre todo en la noche y eso sumado a situaciones de sobrecarga de trabajo, ausencia de personal fijo, cumplimiento de roles diferentes a los establecidos para el personal de enfermería entre otros, favorecen condiciones inseguras para el desarrollo de accidentes por pinchazos.

Los autores están conscientes que eliminar o disminuir los accidentes por pinchazos y/o el reencapuchado de agujas usadas no se logra con una sola intervención y así esta reportado en otros estudios donde señalan que se requieren varias acciones en forma simultánea para lograr cambios favorables, tales como intervenciones tecnológicas, administrativas y por supuesto las educativas.

El estudio refleja que los grupos focales como técnica en la investigación aplicada al sector salud son una herramienta muy útil ya que permitió sistematizar información valiosa obtenida de la propia fuente, en este caso las/os participantes, la cual pudiera ser de gran aporte en la búsqueda de soluciones en materia de salud y seguridad laboral.

Finalmente, la limitación más importante del trabajo estuvo en la necesidad de desarrollar los grupos focales y las sesiones educativas en el mismo sitio y horario de trabajo del personal de enfermería. La dinámica de trabajo de este personal no permitió tal cual como lo establecen los expertos en la técnica de grupos focales, que estos se deberían realizarse en lugares adecuados, es decir, en sitios fuera del ambiente de trabajo habitual para evitar distracciones, interrupciones y la presión de tiempo que impidiese el mejor desempeño de las discusiones. Sin embargo, no fue posible y de allí que tanto la duración de cada grupo focal como de las sesiones educativas tuviesen un límite máximo de dos horas. De cualquier manera y a pesar de esa limitación fue una experiencia de gran aporte a la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abdel, M, Eagan, J, Sepkowitz, P. (2000). Epidemiology and reporting of needlestick injuries at a tertiary cancer center. [Abstract P-S2-53]. In: Program and abstracts of the 4th International Conference on Nosocomial and Healthcare-Associated Infections; Atlanta, March 5-9, 123.
- American Nurses Association, Nursing Facts: (1999). Needlestick Injury. Consultado el 07 Enero de 2008. Disponible en: www.who.int/occupational.
- Avalos, H., (2008.). Los pinchazos accidentales de agujas en el medio hospitalario y su prevención. Desarrollo Cientif. Enferm. Vol. 16 No. 2 Marzo.
- Borges, A. (1998). Personal de Enfermería: Condiciones de trabajo de alto riesgo. Revista Salud de los Trabajadores. Volumen 6 N° 2 / Julio.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2004). *Workbook for designing, implementing, and evaluating a sharps injury prevention program*. Consultado el 18 de Octubre de 2008. Disponible en: www.cdc.gov/sharpsafety/pdf/WorkbookComplete.pdf.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2003). Viral Hepatitis B. Consultado el 12 de Septiembre de 2008. Disponible en: www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/b/faqb.htm.
- Centers for Disease Control and Prevention (1998). "Recommendations for Prevention and Control of Hepatitis C Virus (HCV) Infection and HCV-Related Chronic Disease," MMWR: 47:21.
- Centers for Disease Control and Prevention (1997). "Evaluation of Safety Devices for Preventing Percutaneous Injuries among Healthcare Workers during Phlebotomy Procedures". Minneapolis- St. Paul, New York City, and San Francisco. MMWR; 46:21-23.
- Chin, J. (2000). Control of Communicable Diseases Manual. An official report of the American Public Health Association. Seventeenth edition. Washington, D.C.
- Concha, V., (2009). Economía y Petróleo. PDVSA a punto de quebrar. Consultado el 14 de Febrero de 2008. Disponible en: www.analitica.com
- [Consejo Internacional de Enfermería \(CIE, 1993\)](http://www.icn.ch/regnetsp.htm). Consultado el 08 de Febrero de 2008. Disponible en: www.icn.ch/regnetsp.htm.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Corporación BIG BEN C.A. Caracas.
- Corporación de Salud del Estado Aragua. Consultado 22 de Mayo de 2004. Disponible en: www.CORPOSALUDaragua.gov.ve
- Do AN, Ciesielski CA, Metler RP, Hammett TA, Li J, Fleming PL. (2003). Occupationally acquired human immunodeficiency virus (HIV) infection: national case surveillance data during 20 years of the HIV epidemic in the United States. Infect Control Hosp Epidemiol February; 24(2):86-96.

- Doebbeling BN, Vaughn TE, McCoy KD, Beekmann SE, Woolson RF, Ferguson KJ (2003). Percutaneous injury, blood exposure, and adherence to standard precautions: are hospital-based health care providers still at risk? *Clin Infect Dis* October; 37(8): 1006-13.
- Galindez, L., Haiduven, D. (2007). Circumstances Surrounding Needlestick/Sharp Injuries Among Healthcare Workers in a Venezuelan Public Hospital. Poster in the APIC Congress 2007.
- Gil-Monte., P. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, Maringá, v. 7, n. 1, p. 3-10, jan./jul. 2002.
- González-Romá, Peiró, J. (1999): Clima en las organizaciones laborales y en los equipos de trabajo. *Revista de Psicología general y aplicada*, 52 (2-3), p. 269-285.
- Havlovic S, Lau DC, Pinfield LT. (2002). Repercussions of work schedule congruence among full-time, part-time, and contingent nurses. *Health Care Manage Rev*; 27(4): 30-41.
- IAES, CORPOSALUD, OPS, OMS, NIOSH (2008). Reunión Nacional Evaluación del Proyecto "Prevención de Accidentes Laborales por objetos punzocortantes y contacto con patógenos de la sangre en el personal de salud".
- Informe de Gestión (2007). Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay. Consultado el 21 de Enero de 2008. Disponible en: www.CORPOSALUDaragua.gov.ve/SAHCM/web/images/informedegestionpdf.
- Ippolito G, Puro V, Heptonstall J, Jagger J, DeCarli G, Petrosillo N. (1999). Occupational human immunodeficiency virus infection in health care workers: worldwide cases through September 1997. *Clin Infect Dis* February; 28(2):365-83.
- Jagger, J. (1996). Reducing occupational exposure to bloodborne pathogens: where do we stand a decade later? *Inf Control Hosp Epidemiol*; 17:573-5.
- Junco, R., Oliva, S., Barroso, U. Guanche, H. (1996). Riesgo ocupacional por exposición a objetos punzocortantes en trabajadores de la salud. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). *Rev. Cubana Hig. Epidemiol.*:41(2).
- Karnal M. (1978). El hombre y el medio ambiente. Organización Mundial de la Salud.
- Kingma, M. (1998). "Enfermería y violencia". Boletín SWE del CIE. Consultado el 05 de Enero de 2008. Disponible en: www.icn.ch.
- Krueger, R., Casey, M., (2000). *Focus Groups. A practical Guide for Applied Research*. 3rd. Edition. Sage.
- Ley Orgánica de Prevención y Condiciones de Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT). (2005). Gaceta Oficial. República Bolivariana de Venezuela. No. 38236 de fecha 26 de Julio.
- Ley Orgánica del Trabajo 1997. Gaceta Oficial N° 5.152 de fecha 19 de Junio.

- Loli, A. (2000). Ambiente Laboral y Condiciones de Salud de las Enfermeras en los Hospitales de las Fuerzas Armadas, EsSALUD y Clínicas Particulares de Lima Metropolitana.
- Marchant, L. (2005) “Actualizaciones para el desarrollo organizacional” primer seminario Viña del Mar. Chile • Marchant, L.; Prieto, A. (2005) “Cuestionario CCO (Copyright 2005, N 149.282. Viña del Mar. Chile.
- Martínez, C., Alarcón, W., Lioce, S., Tennasse M., Wuilburn, S. (2008) Prevención de accidentes laborales con objetos punzocortantes, y exposición ocupacional a agentes patógenos de la sangre en el personal de salud. Revista Salud de los Trabajadores / Volumen 16 N° 1 / Enero-Junio.
- Marin, S. Alves, S., Gir, E., Martins, I. (2008). Factores asociados con heridas percutáneas en el equipo de enfermería de un hospital universitario de nivel terciario. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.16 no.5 Ribeirão Preto Sept./Oct.
- National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH, (2006). Preventing needlestick injuries in health care settings.
- National Institute for Occupational Safety and Health. (1999). NIOSH Previniendo pinchazos con agujas en centros de atención de salud. Noviembre, 1999. Publicación NR. 2000-108.
- National Institute for Occupational Safety and Health (2008). Exposición al estrés: riesgos ocupacionales en los hospitales. Publicación NIOSH núm. 136.
- National Institute for Occupational Safety and Health. Violencia ocupacional en los hospitales DHHS (NIOSH) (2002). Núm. de Publicación 101 Abril Consultado el 12 de Septiembre de 2008. Disponible en: www.cdc.gov/spanish/niosh/docs.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo (2007). Consultado el 04 de Noviembre de 2008. Disponible en: www.who.int/whr/2006/06_chap1_es.pdf
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1977). Informe 149. Consultado el 22 de Noviembre de 2008 Disponible en: www.parlamento.gub.uy/htmlstat/pl/convenios/convoit-C149.htm
- Palucci, M. (2003). Ocurrencia de accidentes de trabajo causados por material punzocortante entre trabajadores de enfermería en hospitales de la región Nordeste de Sao Paulo, Brasil. Cienc. enferm. [periódico en la Internet]. Jun [citado 2009 Feb 22]; 9(1): 21-30. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717
- Palucci, M., Carmo, M., (2004). Accidentes de trabajo con material punzocortante en enfermeras de hospitales. Nurse Investigación. No. 2 Febrero.
- Perry, Parker & Jagger. (2003). EPINET report: 2001 percutaneous injuries rates. *Advances in Exposure prevention*, 6(3), 32-36.
- Rapparini C. (2006). Occupational HIV infection among health care workers exposed to blood and body fluids in Brazil. *Am J Infect Control* May; 34(4): 237-40.

- Rodríguez, D. (1998) “Diagnóstico Organizacional”. Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Rodríguez, C., Vázquez, C. (2009). Se quema la Sanidad española?. Revista Economía y Salud. Descargado el 07 de Febrero de 2009. Disponible en: www.economiadelasalud.com
- Servicio Autónomo del Hospital Central de Maracay (2004). Programa de Vigilancia Epidemiológica. Servicio de Epidemiología del SAHCM.
- Smith D., Mihashi M, Adachi Y, Nakashima Y, Ishitake T. (2006). Epidemiology of needlestick and sharps injuries among nurses in a Japanese teaching hospital. J Hosp Infect September; 64 (1): 44-9.
- [Sociedad Chilena de Educación en Enfermería \(1995\)](#). Estudio del recurso humano de enfermería profesional en Chile. Santiago.
- U.S. EPINET. (2001). “Uniform Needlestick and Sharp Object Injury Report. Advances in Exposure Prevention. 6(3):33.
- USDOL-OSHA. (1999). Department of Labor, Bureau of Labor Statistics; Occupational Safety and Health Administration. Occupational outlook handbook, 2002–2003 edition. Washington: U.S.
- Wolcott, H. (1994). *Transforming Qualitative Data*. Description, Analysis, and Interpretation. Sage.
- World Health Organization. (2002a). Hepatitis B. Consultado 17 de octubre de 2004. Disponible en: www.who.int
- Wilburn, S. (2004). Needlestick and sharps injury prevention. Online Journal in Nursing. Vol. 9, No.3. Consultado el 09 de Enero de 2008. Disponible en: www.nursingworld.org.
- Wilburn, S., Eijkemans E. (2004). La prevención de pinchazos con agujas en el personal de salud. Una colaboración entre OMS-CIE. Int J Occup Environ Health 2004; 10:451–456.

Necesitamos tu compromiso para tu protección y la de los demás compañeros de trabajo

¿Que debemos hacer?

Usar equipos seguros para descartar agujas o material cortopuzante



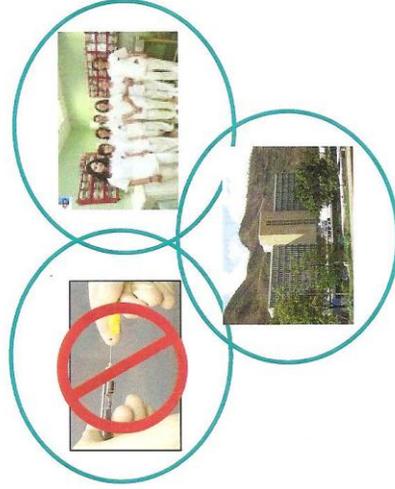
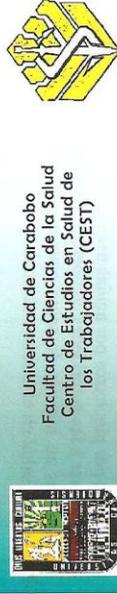
Realizar cursos periódicos de capacitación sobre seguridad en el ambiente laboral



Conocer aspectos legales sobre la prevención de accidentes en los ambientes de trabajo



Promover la inmunización contra la hepatitis B



Factores relacionados con el reencapuchado de agujas usadas y heridas por pinchazos en el personal de enfermería del Hospital Central de Maracay 2008

Investigadores: *Luis J. Galíndez A. y Margarita A. Navas R.*
Asistente de Investigación: *Licenciado Víctor Loreto*

Gracias por cuidar de aquellos que cuidan a otros

Maracay · Aragua · 2008

Necesitamos tu compromiso para tu protección y la de los demás compañeros de trabajo

¿Que debemos hacer?

Usar equipos seguros para descartar agujas o material cortopuzante



Realizar cursos periódicos de capacitación sobre seguridad en el ambiente laboral



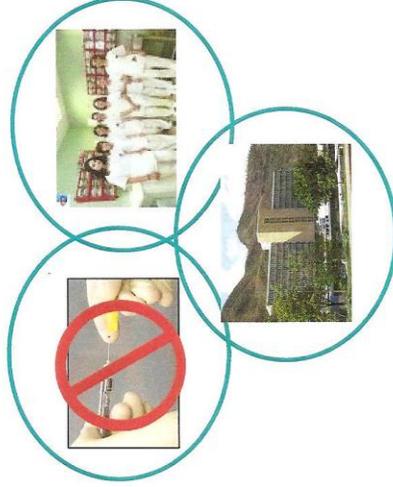
Conocer aspectos legales sobre la prevención de accidentes en los ambientes de trabajo



Promover la inmunización contra la hepatitis B



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Centro de Estudios en Salud de los Trabajadores (CEST)



Factores relacionados con el reencapchado de agujas usadas y heridas por pinchazos en el personal de enfermería del Hospital Central de Maracay 2008

Investigadores: *Luis I. Calíndez A. y Margarita A. Navas R.*
Asistente de Investigación: *Licenciado Víctor Loreto*

Gracias por cuidar de aquellos que cuidan a otros

Maracay · Aragua · 2008

Sabías que...



- Los accidentes por pinchazos representan 2 millones de exposiciones en el mundo cada año.
- El porcentaje a nivel mundial del subregistro de accidentes por pinchazos se ubica entre 30-80%.
- De los trabajadores de la salud infectados por heridas por pinchazos a nivel mundial: 40% son por hepatitis B, 40% hepatitis C y por VIH 4.4%.
- El riesgo de infección de hepatitis B (6-30%) es la más alta comparada con la hepatitis C y el VIH.
- La reinserción de la tapa plástica representa la principal causa de pinchazos en los países en vías de desarrollo.
- En muchas partes del mundo a pesar de existir una vacuna contra la hepatitis B con una efectividad del 95%, más del 80% de trabajadores de la salud no están vacunados.
- Dentro de los principales obstáculos del subregistro de accidentes por pinchazos tenemos:
 - Miedo a ser despedida (o)
 - Falta de conciencia sobre el riesgo de infecciones
 - Falta de garantía de confidencialidad
 - Énfasis en el cuidado del paciente
 - Falta de entrenamiento sobre los procedimientos para reportar
 - No disponibilidad del tratamiento post-exposición
- Existen equipos seguros para desechar material corto punzante.
- La Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT) tiene como objetivo garantizar condiciones de seguridad, salud y bienestar en un ambiente de trabajo adecuado y propicio.
- El Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales es el organismo encargado de ejecutar la Política Nacional de Salud y Seguridad Laboral en el Trabajo (www.inpsasel.gov.ve).
- Es derecho de los empleadores y de los trabajadores formar el comité de seguridad y salud laboral destinado a la consulta regular y periódica de las políticas, programas y actuaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo.



¿Qué estamos estudiando?

Los factores relacionados con la reinserción de la tapa plástica en agujas usadas y las heridas por pinchazos en el personal de enfermería del Hospital Central de Maracay. Esto es importante porque una mejor comprensión de estos factores permitiría desarrollar intervenciones adecuadas para su control o eliminación.



¿Por qué?

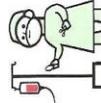


A nivel mundial, el personal de enfermería que utiliza agujas en sus prácticas cotidianas tiene el mayor riesgo de presentar lesiones por pinchazos, seguido por personal de laboratorio, médicos, odontólogos personal de mantenimiento y otros trabajadores de la salud tales como estudiantes de enfermería, de medicina y de postgrado.

Estos accidentes pueden provocar infecciones graves o mortales de patógenos transmitidos por vía sanguínea tales como el virus de la hepatitis B, hepatitis C y/o el virus de inmunodeficiencia humana



¿Para qué?



Para que todo el equipo de salud incluyendo el personal directivo hospitalario y de CORPOSALUD, busquen las soluciones necesarias para prevenir daños a la salud como resultado de la exposición a accidentes por pinchazos por agujas usadas.

Para motivar a las autoridades competentes a diseñar políticas preventivas en materia de salud ocupacional para los trabajadores del sector salud en el ámbito nacional.

ANEXO B



ANEXO C



ANEXO D

Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT)

Artículos a ser discutidos:

- 1.- Objeto de la ley (art. 1)
- 2.- Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSSL art. 17)
- 3.- Competencias del INPSSL (art. 18)
- 4.- Delegados o delegadas de prevención (art. 41)
- 5.- Comité de Seguridad y Salud Laboral (art. 46)
- 6.- Derechos de los trabajadores y las trabajadoras (art. 53)
- 7.- Deberes de los trabajadores y las trabajadoras (art. 54)
- 8.- Derechos de los empleadores y las empleadoras (art. 55)
- 9.- Deberes de los empleadores y las empleadoras (art. 56)

ANEXO E

Agujas seguras salvan vidas*

La prevención es la mejor vía para evitar infecciones.

Si usted presenta un accidente por pinchazo:

En forma inmediata:

- Lavar la herida con agua y jabón.
- Reportar rápidamente ante su supervisor el accidente por pinchazo.
- Asistir a la Emergencia de Adultos o al Servicio de Epidemiología para evaluación y tratamiento.
- Identificar la fuente (paciente) a quien deberá extraerle sangre para exámenes de Hepatitis B, Hepatitis C y VIH.
- Practicarte en forma inmediata los exámenes de VIH, hepatitis B, y hepatitis C
- Si la fuente (paciente) es desconocida o si resulta positivo:
 - Hepatitis B: si estas vacunada (o) no requiere tratamiento, pero si no estas vacunada (o) colocar Inmunoglobulina específica (IGHB), e iniciar esquema de vacunación contra HB.
 - VIH: cumplir tratamiento post exposición **dentro de las dos horas** de exposición.
 - Hepatitis C: no hay tratamiento, pero consulta con especialistas sobre la profilaxis post exposición de tipo experimental.

Seguimiento:

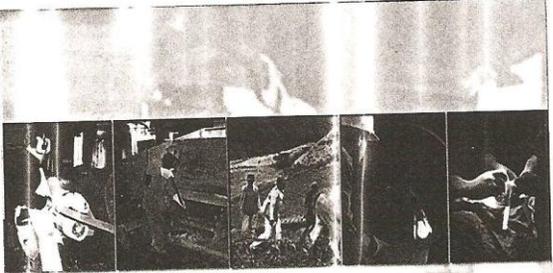
- Pruebas de sangre a las 5 semanas, 3, 6 meses y dependiendo del riesgo al año.
- Recibir monitoreo y seguimiento de toxicidad del tratamiento profiláctico.
- Recibir asesoría y educación del Servicio de Salud Ocupacional del empleador.
- Tomar precauciones para prevenir la exposición de otros (sexo seguro).

Para prevenir accidentes:

- Implementar o utilizar las Precauciones Universales:
 - Lavarse las manos.
 - Evitar la reinsertión de la tapa plástica en agujas usadas.
 - Recolección y disposición segura de objetos corto punzantes.
 - Cumplir con el esquema de vacunas contra el virus de la hepatitis B.
- Utilización adecuada de los equipos de protección personal.
- Trabajar con el comité de seguridad y salud del Hospital Central de Maracay para proponer soluciones que mejoren las condiciones de trabajo y las prácticas seguras de trabajo y así disminuir o eliminar los accidentes por pinchazos.

* Traducción realizada por el Dr. Luis Galíndez del material de la Asociación Americana de Enfermería, www.needlestick.org

ANEXO F



Elige al
**Delegado o Delegada
de Prevención**
en tu Centro de Trabajo

Art. 41 de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (Lopcyamat)



INSTITUTO NACIONAL
DE PREVENCIÓN, SALUD
Y SEGURIDAD LABORALES

Con tu participación podrás defender
tu derecho a un trabajo digno y seguro,
mediante la promoción de la salud y
la prevención de enfermedades y
accidentes ocupacionales.



Gobierno Bolivariano
de Venezuela

Ministerio
del Trabajo
y Seguridad Social

Venezuela
Ministerio del Trabajo
y Seguridad Social

La Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (Lopcyamat) te permite una mayor participación en la vigilancia y control de las condiciones y medio ambiente de trabajo.

ANEXO G

CATDIS
**CENTRO DE ATENCIÓN AL
TRABAJADOR CON DISCAPACIDAD
POR ACCIDENTES DE TRABAJO
Y ENFERMEDADES OCUPACIONALES
"DR. PEDRO J. OVALLES"**

TRABAJADOR...!
Tienes derecho
a un sitio
de Trabajo
seguro
y Saludable

...La Ley está
de Tu Parte!!!

ARAGUA
UN GOBIERNO PROMOTOR

ANEXO H

Proyecto “Factores relacionados con la reinsertión de la tapa plástica en agujas usadas y con heridas por pinchazos en el personal de enfermería del Hospital Central de Maracay 2007”

PRETEST

Esta prueba constituye parte de la actividad del proyecto de investigación y tiene como objetivo obtener información acerca de su conocimiento sobre los accidentes laborales por pinchazos, la reinsertión de la tapa plástica en agujas usadas, inmunizaciones y aspectos legales vigentes en Venezuela. Esta prueba es completamente **ANONIMA** para garantizar la confidencialidad. Consta de dos tipos de preguntas, las cerradas con opción de selección múltiple y las de respuesta afirmativa o negativa según corresponda. Le agradecemos su colaboración y muchas gracias.

1. **Los accidentes por pinchazos son riesgos importantes por cuanto sus consecuencias pudieran ser muy graves para la salud del trabajador:**
 - a. Cierto
 - b. Falso
 - c. No sabe
 - d. No contesta

2. **Cual de estos virus tiene más facilidad de transmisión después de una exposición a sangre contaminada:**
 - a. Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
 - b. Virus de la hepatitis C
 - c. Virus de la hepatitis B
 - d. Todos tienen la misma probabilidad

3. **Cual considera usted es el porcentaje a nivel mundial del subregistro de accidentes por pinchazos:**
 - a. 10-20%
 - b. Menos del 10%
 - c. Entre un 30 al 80%
 - d. Es incalculable

4. **La Hepatitis B puede ser adquirida a través de contacto casuales tales como abrazos o darse la mano:**
 - a. Siempre
 - b. Usualmente
 - c. Nunca
 - d. No estoy segura (o)

5. **El virus de la hepatitis B puede causar cáncer de hígado:**
 - a. Siempre
 - b. Usualmente
 - c. Algunas veces
 - d. Nunca

6. **La efectividad de la vacuna de la hepatitis B en la prevención de la enfermedad en personal a riesgo es:**
- Siempre efectiva
 - Usualmente efectiva
 - Nunca es efectiva
 - No estoy segura (o)
7. **La re inserción de la tapa plástica en agujas usadas es un procedimiento:**
- Que se puede utilizar de rutina ya que no representa riesgo alguno
 - Es una causa importante de pinchazos
 - Inseguro para el personal
 - Las opciones a y b son ciertas
8. **Dentro de las causas del subregistro de los accidentes por pinchazos tenemos:**
- Miedo a ser despedida (o)
 - Falta de conciencia sobre el riesgo de infecciones
 - Falta de entrenamiento sobre los procedimientos para reportar
 - Todas son razones validas para no reportar
9. **Antes de las sesiones de los grupos focales con el Dr. Galíndez, conocía usted la existencia de equipos de seguridad para desechar material cortopuzante?:**
 Si _____ No _____ No estuve en el grupo focal _____
10. **Conoce usted la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT).**
 Si _____ No _____
11. **Conoce usted acerca del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSSL):**
 Si _____ No _____
12. **Existe en este hospital comité de seguridad y salud laboral:**
- Si
 - Existe pero no esta funcionando actualmente
 - No
 - No se
12. **Por favor indique si usted ha recibido la vacuna contra la hepatitis B:**
 Si _____ No _____
13. **Si su respuesta fue afirmativa a la pregunta anterior, por favor especifique cuantas dosis recibió?**
- Solo la primera dosis
 - Primera y segunda dosis
 - Las tres dosis

ANEXO I

Proyecto "Factores relacionados con la reinserción de la tapa plástica en agujas usadas y con heridas por pinchazos en el personal de enfermería del Hospital Central de Maracay 2007"

POST TEST

1. **Los accidentes por pinchazos son riesgos importantes por cuanto sus consecuencias pudieran ser muy graves para la salud del trabajador**
 - a. Certo
 - b. Falso
 - c. No sabe
 - d. No contesta
2. **Cual de estos virus tiene más facilidad de transmisión después de una exposición a sangre contaminada:**
 - a. Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
 - b. Virus de la hepatitis C
 - c. Virus de la hepatitis B
 - d. Todos tienen la misma probabilidad
3. **Cual considera usted es el porcentaje a nivel mundial del subregistro de accidentes por pinchazos:**
 - a. 10-20%
 - b. Menos del 10%
 - c. Entre un 30 al 80%
 - d. Es incalculable
4. **La Hepatitis B puede ser adquirida a través de contacto casuales tales como abrazos o darse la mano:**
 - a. Siempre
 - b. Usualmente
 - c. Nunca
 - d. No es muy segura (o)
5. **El virus de la hepatitis B puede causar cáncer de hígado:**
 - a. Siempre
 - b. Usualmente
 - c. Algunas veces
 - d. Nunca
6. **La efectividad de la vacuna de la hepatitis B en la prevención de la enfermedad en personal a riesgo es:**
 - a. Siempre efectiva
 - b. Usualmente efectiva
 - c. Nunca es efectiva
 - d. No es muy segura (o)
7. **La reinserción de la tapa plástica en agujas usadas es un procedimiento:**
 - a. Que se puede utilizar de rutina ya que no representa riesgo alguno
 - b. Es una causa importante de pinchazos
 - c. Inseguro para el personal
 - d. Las opciones b y c son ciertas
8. **Dentro de las causas del subregistro de los accidentes por pinchazos tenemos:**
 - a. Miedo a ser despedida (o)
 - b. Falta de conciencia sobre el riesgo de infecciones
 - c. Falta de entrenamiento sobre los procedimientos para reportar
 - d. Todas son razones validas para no reportar

ANEXO K

Espacio de abajo reservado para el sello del IRB
Por favor deje en blanco

Documento de aprobación para adultos

Ciencias Sociales y de la Conducta
Universidad del Sur de la Florida

Información para personas quienes participan en estudios de investigación

Investigadores de la Universidad del Sur de la Florida (USF) estudian muchos tópicos. Nosotros deseamos estudiar factores humanos y ambientales asociados con la reinsertión de la tapa plástica en agujas usadas y heridas por pinchazos en los trabajadores de la salud. Para hacer esto, requerimos de la ayuda de personas que estén de acuerdo en participar en un estudio de investigación.

Título de la investigación: Factores asociados con la reinsertión de la tapa plástica en agujas usadas y heridas por pinchazos en los trabajadores de la salud en el Hospital Central de Maracay, Aragua, Venezuela 2006.

Persona encargada del estudio: Luis J. Galíndez A.

Grupo de la investigación quien actuara en nombre de la persona encargada:

Dr. Donna Haiduven

Donde se realizara el estudio: Hospital Central de Maracay, Aragua Venezuela

Quien financia el estudio: La Universidad de Carabobo, Venezuela

Puede usted participar en este estudio?

Este documento explica detalles acerca de este estudio. Usted puede decidir si desea participar en el mismo. Usted no esta obligado a participar. La lectura de este documento puede ayudarle a tomar una decisión.

Antes que usted decida:

- Lea este documento.
- Hable con la persona encargada de este estudio o de la (s) persona (s) autorizada (s) designada (s) para explicar detalles del mismo. Usted puede estar acompañada (o) por alguien cuando desee información acerca del estudio.
- Obtenga detalles acerca del estudio.

Usted puede hacer preguntas:

- Usted puede tener preguntas que este documento no responde. Si eso sucede, pregúntele a la persona encargada del estudio o a algún miembro del equipo de investigación tan pronto como le sea posible.
- Usted no tiene que adivinar cosas que no entiende. Haga que las personas que están dirigiendo el estudio le expliquen las cosas de una manera entendible para usted.

IRB Form: ICadult-SBv17

Proyecto "Factores relacionados con la reinscripción de la tapa plástica en agujas usadas y con heridas por pinchazos en el personal de enfermería del Hospital Central de Maracay 2007"

POST TEST

1. **Los accidentes por pinchazos son riesgos importantes por cuanto sus consecuencias pudieran ser muy graves para la salud del trabajador**
 - a. Cierto
 - b. Falso
 - c. No sabe
 - d. No contesta
2. **Cual de estos virus tiene más facilidad de transmisión después de una exposición a sangre contaminada:**
 - a. Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
 - b. Virus de la hepatitis C
 - c. Virus de la hepatitis B
 - d. Todos tienen la misma probabilidad
3. **Cual considera usted es el porcentaje a nivel mundial del subregistro de accidentes por pinchazos:**
 - a. 10-20%
 - b. Menos del 10%
 - c. Entre un 30 al 80%
 - d. Es incalculable
4. **La Hepatitis B puede ser adquirida a través de contacto casuales tales como abrazos o darse la mano:**
 - a. Siempre
 - b. Usualmente
 - c. Nunca
 - d. No estoy segura (o)
5. **El virus de la hepatitis B puede causar cáncer de hígado:**
 - a. Siempre
 - b. Usualmente
 - c. Algunas veces
 - d. Nunca
6. **La efectividad de la vacuna de la hepatitis B en la prevención de la enfermedad en personal a riesgo es:**
 - a. Siempre efectiva
 - b. Usualmente efectiva
 - c. Nunca es efectiva
 - d. No estoy segura (o)
7. **La reinscripción de la tapa plástica en agujas usadas es un procedimiento:**
 - a. Que se puede utilizar de rutina ya que no representa riesgo alguno
 - b. Es una causa importante de pinchazos
 - c. Inseguro para el personal
 - d. Las opciones b y c son ciertas
8. **Dentro de las causas del subregistro de los accidentes por pinchazos tenemos:**
 - a. Miedo a ser despedida (o)
 - b. Falta de conciencia sobre el riesgo de infecciones
 - c. Falta de entrenamiento sobre los procedimientos para reportar
 - d. Todas son razones validas para no reportar

ANEXO L

Preguntas a los Grupos Focales

1. Antes de introducirnos en las preguntas específicas acerca del reencapuchado de agujas usadas y heridas por pinchazos en el hospital, nos gustaría obtener un mejor conocimiento de las condiciones bajo las cuales ustedes trabajan todos los días. Por favor describa condiciones o circunstancias que están presentes en el ambiente laboral hospitalario.

Por ejemplo: describa aspectos físicos (iluminación, número de camas asignadas, lavamanos cercanos etc.)

Describa factores organizacionales tales como (clima de seguridad, políticas y procedimientos, asignación de tareas, duplicidad de tareas, planificación del tiempo de trabajo, entrenamiento, cursos de actualización, etc.)

2. Por favor describa el procedimiento actualmente utilizado en el hospital para desechar las agujas usadas.
3. Que circunstancias o procedimientos piensa usted puedan contribuir a pinchazos por agujas en el hospital?
4. Describa algún incidente reciente en un personal de enfermería que involucre a microorganismos (patógenos) transmitidos por sangre que haya podido ser prevenido en el hospital.
5. Usted reinserta la tapa plástica en agujas usadas?. Que factor o factores pudieran influenciar a una enfermera (o) la decisión de reinserta la tapa plástica en el hospital?.
6. Si su respuesta anterior es afirmativa. Usted reinserta la tapa plástica en agujas usadas en algún equipo en particular mas que en otro? Si esto es así cual es y porque lo hace?
7. Piense retrospectivamente si usted ha tenido un accidente por pinchazo al reinsertar la tapa plástica en agujas usadas. Que pensó en el momento del accidente?. Cual fue su reacción inmediata?. Como manejo la situación? Que circunstancia en particular piensa usted pudiera haber influido en ese accidente?
8. Como piensa usted que la reinsertación de la tapa plástica en agujas usadas pueda ser eliminada o controlada en el hospital?
9. Por favor describa políticas o procedimientos usados por el hospital para evitar heridas por pinchazos.
10. De acuerdo a su criterio cual sería lo mas importante para asegurar que el trabajo que usted realiza se haga con seguridad?
11. Algún comentario adicional que desean hacer?

ANEXO M

Preguntas a los participantes del Grupo Focal Información Demográfica y de Exposición

Estimado Participante: Nosotros estamos interesados en algunos datos personales de los participantes y apreciaríamos que usted se tomara algunos minutos de su tiempo para responder este breve cuestionario. Para cada pregunta que usted responda, por favor revise todas las opciones que aplican en caso de ser necesario. Usted puede responder todas o ninguna de las preguntas, de acuerdo con su criterio.

1. Edad: _____
2. Sexo: Femenino Masculino
3. Nivel educativo: _____
4. ¿Cual es su posición de trabajo?:

 Enfermera profesional Licenciada en Enfermería Auxiliar de Enfermería
 Estudiante de Enfermería
5. En que departamento o unidad trabaja actualmente? _____
6. Años de trabajo en el área de la enfermería? _____
7. Años de trabajo en el hospital? _____
8. Años de trabajo en el cargo actual _____
9. Durante un día promedio, **en los últimos 6 meses**, ¿cuantas horas trabaja usted? _____
10. Cual es actualmente su turno de trabajo? 7-1 (mañana) 1-7 (tarde) 7-7 (noche)
11. Durante una semana promedio, **en los últimos 6 meses**, ¿cuantas horas trabaja usted?
12. Trabaja usted en otro hospital o clínica? Si No

Preguntas de exposición

13. **En los últimos 12 meses**, ha tenido usted heridas por pinchazos con objetos punzantes como agujas o scalp que hayan sido previamente usados en un paciente?
 Si No

Si su respuesta es afirmativa cuantos eventos tuvo usted durante ese periodo _____.

NOTA: Como todas las partes de este estudio esta información no será usada para averiguar su identificación y por lo tanto se mantendrá el anonimato. ¡Muchas gracias!

ANEXO N

Modelo de introducción para la reunión del grupo focal Estudio de la Reinserción de la tapa plástica en agujas usadas y heridas por pinchazos en el Hospital Central de Maracay, (HCM) Aragua Venezuela

Introducción del moderador

Buenos días y bienvenidos a la sesión de hoy. Gracias por tomar parte de su tiempo para asistir a esta reunión. Mi nombre es Luis Galíndez y soy el investigador quien conducirá las reuniones con los grupos focales en este estudio. Soy estudiante de doctorado en la Universidad del Sur de la Florida (USF) en Tampa. Estoy interesado en oír sus opiniones y puntos de vista en aspectos relacionados con la reinserción de la tapa plástica en agujas usadas y heridas por pinchazos en el HCM.

Leeré esta introducción así como las preguntas para la discusión. Mi plan es reunirme con otros dos grupos y deseo estar seguro de decir lo mismo en cada grupo.

El propósito de estos grupos focales es obtener información sobre cuales son los factores asociados con la reinserción de la tapa plástica en agujas usadas y heridas por pinchazos y como ustedes piensan que esta situación pueda ser modificada para proteger la salud de los trabajadores en este hospital.

Yo no trabajo para este hospital y no recibo financiamiento ni de esta ni de otra institución de salud del estado Aragua o de Venezuela. Este es un estudio que sirve para mi tesis doctoral en la (USF) y es financiada parcialmente por la Universidad de Carabobo (UC).

No existen respuestas correctas o incorrectas en ninguna de las preguntas que se harán hoy. Sin embargo, ustedes pueden diferir en puntos de vista. Por favor, compártanlos con nosotros aún cuando sean diferentes. A la vez profundice en comentarios hechos por otros compañeros (as).

Mi rol en esta reunión es servir de facilitador. Haré las preguntas al grupo para establecer la discusión. Estaré acompañado por dos colegas quienes están trabajando en este estudio. La licenciada Margarita Navas Docente e Investigadora de la UC. y el Licenciado Víctor Loreto investigador del CEST-UC. Ambos ayudaran a clarificar cualquier aspecto que ustedes consideren no lo esta debidamente. Margarita y Víctor también tomarán apuntes de la discusión.

Ante de comenzar, permítanme recordarles algunas reglas básicas para la reunión. Debido a que esto es una investigación, esta sesión será grabada. Por lo tanto, ustedes deberán hablar en voz alta y solamente una persona podrá hablar a la vez. Yo no quiero perderme ninguno de sus valiosos comentarios.

Por favor, no revele nada durante la discusión que sea personal o confidencial. Por favor, no comente afuera del grupo focal lo que se dijo durante la discusión. Durante la discusión, por favor, no mencione nombres de ninguna persona. Mi objetivo es prevenir y preservar su confidencialidad. Como esta escrito en el documento de consentimiento que usted firmó, las cintas de grabación serán guardadas por el investigador en un gabinete con cerradura.

Esta sesión durará aproximadamente 1 horas, no habrá un receso formal. Puede levantarse en cualquier momento pero por favor hágalo en silencio.

Empezaremos con una ronda alrededor de la mesa y cada quien se presentará. La grabación no comenzará hasta que se terminen las presentaciones individuales.

Alguna pregunta?

Comencemos!