

ORIGINAL

Recibido: 21/3/2022
 Aceptado: 12/1/2023
 Publicado: 23/1/2023
 e202301005

e1-e13

Experiences of health professionals with biological accidents in an Intensive Care Unit.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

El presente estudio forma parte de parte de la tesis: Hernández Paula. *Conocimientos y experiencias en bioseguridad de profesionales de la salud, en una Unidad de Cuidado intensivo, de la Ciudad de Cali, Valle.* [tesis de maestría]. Santiago de Cali: Facultad de salud pública, de la Universidad del Valle.

CORRESPONDENCIA

Paula Milena Hernández Murcia
 Programa de Fisioterapia.
 Facultad de Salud y Rehabilitación.
 Institución Universitaria
 Escuela Nacional del Deporte.
 Calle 9, Número 34-00.
 760026. Cali, Valle del Cauca, Colombia.
paulamilenah@gmail.com

CITA SUGERIDA

Hernández Murcia PM, Ordoñez Hernández CA, Saavedra Conde L, Ordoñez-Mora LT. Experiencias de profesionales de la salud con accidentes biológicos en una Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Esp Salud Pública. 2023; 97: 23 de enero e202301005.

Experiencias de profesionales de la salud con accidentes biológicos en una Unidad de Cuidados Intensivos

AUTORES

Paula Milena Hernández Murcia (1) [ORCID: 0000-0002-8410-4987]
 Cecilia Andrea Ordoñez Hernández (2) [ORCID: 0000-0001-9296-3768]
 Lizardo Saavedra Conde (2) [ORCID: 0000-0002-3383-1965]
 Leidy Tatiana Ordoñez-Mora (3) [ORCID: 0000-0001-8365-8155]

FILIACIONES

(1) Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte. Cali. Colombia.
 (2) Universidad del Valle. Cali. Colombia.
 (3) Fundación Universitaria María Cano. Cali. Colombia.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

CONCEPTUALIZACIÓN

PM Hernández Murcia

CA Ordoñez Hernández

L Saavedra Conde

DISÑO DE LA METODOLOGÍA

PM Hernández Murcia

CA Ordoñez Hernández

LT Ordoñez-Mora

CONDUCCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

PM Hernández Murcia

APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS Y ENTREVISTAS

PM Hernández Murcia

REVISIÓN DE LA VERSIÓN FINAL

PM Hernández Murcia

CA Ordoñez Hernández

L Saavedra Conde

LT Ordoñez-Mora

GESTIÓN DEL SOFTWARE ATLAS TI

L Saavedra Conde

DECODIFICACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

L Saavedra Conde

ESCRITURA DEL ARTÍCULO

LT Ordoñez-Mora

RESUMEN

FUNDAMENTOS // El personal sanitario tiene mayor riesgo de contraer infecciones relacionadas con su labor dentro del grupo de trabajadores con riesgo biológico, pudiendo afectar estos percances a su salud física y mental. Por lo tanto, se estableció como objetivo de la investigación comprender la experiencia de los profesionales sanitarios de una Unidad de cuidados intensivos (UCI) en Cali (Colombia) que sufrieron accidentes biológicos.

MÉTODOS // Se empleó un diseño fue mixto secuencial explicativo, que se desarrolló en dos fases: la primera, de tipo cuantitativo descriptivo; la segunda, de tipo cualitativo con enfoque fenomenológico. Inicialmente se caracterizaron los conocimientos sobre bioseguridad en cuarenta trabajadores a través de una encuesta y se estableció un primer contacto, se eligieron cinco participantes que compartieron sus experiencias con accidentes de tipo biológico, por medio de entrevistas a profundidad. El análisis estadístico fue descriptivo, las variables cuantitativas fueron presentadas a través de medidas de tendencia central y las variables cualitativas a través de frecuencia y porcentaje.

RESULTADOS // El 39% de los profesionales conocían las barreras de bioseguridad, el 35% identificaron las vías patógenas, el 34% acertaron sobre las medidas de protección, el 51% respondieron correctamente sobre el lavado de manos, el 70% respondieron adecuadamente sobre los residuos biológicos y solo el 38% reconoció el procedimiento para reportar un accidente.

CONCLUSIONES // Se aprecia un nivel bajo de conocimientos en temas relacionados con principios de bioseguridad, vías de transmisión, agentes de higienización de manos y procedimientos a seguir frente a un accidente de riesgo biológico. Sumado a ello, se identifican las UCI como un lugar de alto riesgo biológico que ocasionan sentimientos de temor, angustia y estrés, además de las altas jornadas laborales.

PALABRAS CLAVE // Riesgos Laborales; Accidentes; Unidades de cuidados intensivos.

ABSTRACT

BACKGROUND // Health personnel are at greater risk of contracting infections related to their work within the group of workers with biological risk, and these mishaps can affect their physical and mental health, therefore, the objective of this paper was to understand the experience of health professionals in an intensive care unit (ICU) in Cali (Colombia) who suffered biological accidents.

METHODS // Explanatory sequential mixed design, it was developed in two phases, the first of a descriptive quantitative type and the second of a qualitative type with a phenomenological approach. Initially the knowledge about biosafety in 40 workers was characterized through a survey and in the first contact, five participants were chosen who shared their experiences with biological accidents, through in-depth interviews. The statistical analysis was descriptive, the quantitative variables were presented through measures of central tendency and the qualitative variables through frequency and percentage.

RESULTS // 39% of the professionals knew the biosafety barriers, 35% identified the pathogenic pathways, 34% were right about the protection measures, 51% answered correctly about hand washing, 70% answered adequately about biological waste, and only 38% recognized the procedure for reporting an accident.

CONCLUSIONS // A low level of knowledge is identified on issues related to biosafety principles, transmission routes, hand sanitizing agents, and procedures to follow in the event of a biohazard accident. In addition, ICUs are identified as high-risk places, biological that cause feelings of fear, anguish, and stress that are added to the long working hours.

KEYWORDS // Occupational hazards; Accidents; Intensive care unit.

INTRODUCCIÓN

LOS/LAS TRABAJADORES/AS DE LA SALUD en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) están en constante riesgo biológico por el contacto directo con fluidos corporales, cultivos y/o desechos orgánicos, además de microorganismos que pueden transmitir enfermedades infectocontagiosas tales como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis B y hepatitis C (1-3). La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA), que es parte del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, refirió en 2019 que el personal sanitario en todo el mundo está especialmente expuesto a lesiones con objetos cortopunzantes que usan en el desempeño de sus funciones, que incluyen aplicación de inyecciones, toma de muestras de material biológico y sustitución repetida del capuchón de la aguja ya utilizada (4).

En Colombia, los sectores económicos con mayor incidencia de accidentes laborales son los servicios sociales y de salud, quienes reportaron 79.257 casos en 2020 (de ellos, 90% en el sector salud), porcentaje que se incrementó en comparación con 2018 (40%) y 2019 (36,60%) (5). En concordancia, los profesionales de la salud son más propensos a infectarse dentro de los grupos ocupacionales con riesgo biológico (6). En los entornos hospitalarios, por cada cien horas laborales trabajadas se generan alrededor de ochenta accidentes con residuos biológicos, más del 90% con material cortopunzante (7).

Los accidentes laborales en profesionales de la salud se deben principalmente a factores como el estrés y a movimientos del paciente durante los procedimientos. Se ha identificado una prevalencia de 76% en personal femenino y suelen ocurrir con mayor frecuencia en personal con antigüedad de cinco a nueve años (8); el 44% de las lesiones se da por pinchazo con agujas y el 20% por salpicaduras de diferentes agentes, afectando principalmente la piel y comprometiendo áreas

como los miembros superiores (54,5%), el rostro (11,6%) y múltiples sitios (5,7%) (9).

Actualmente, un accidente laboral de tipo biológico conlleva un protocolo de procedimientos complejos que comprometen el bienestar físico y emocional de los afectados (10,11). Los/las trabajadores/as en salud deben someterse a procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico que restan horas laborales y de ocio, al igual que experimentan consecuencias psicológicas que afectan a su persona y permean en su entorno familiar. También conllevaron cambios psicolaborales como estrés, depresión, ansiedad, temor por la actividad laboral, agotamiento y disminución del rendimiento laboral (12), lo cual genera la necesidad de plantear escenarios individuales para dimensionar el impacto de sufrir una exposición al riesgo desde la particularidad del profesional.

El objetivo de este estudio fue comprender la experiencia de los profesionales sanitarios de una Unidad de cuidados intensivos (UCI) en Cali (Colombia) que sufrieron accidentes biológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

EL ESTUDIO FUE UN DISEÑO MIXTO, EXPLICATIVO, que se llevó a cabo en dos fases. La primera fase de la investigación fue un diseño descriptivo de corte transversal, se aplicó una encuesta validada de conocimientos sobre bioseguridad que contenía doce preguntas (13). La muestra estuvo constituida por el total de la población de profesionales de la salud (medicina, enfermería y fisioterapia) que trabajan en una UCI (n=40) ubicada en un hospital público de Cali. La fase cualitativa fue de carácter fenomenológico, conduciendo a la descripción de los significados a partir de la experiencia vivida narrada por cada persona (14). La fenomenología comprende los aspectos más profundos y complejos de la vida humana desde la perspectiva personal. Se efectuó siguiendo los parámetros de la guía para estudios cualitativos Coreq (15).

Se consideró como criterios de inclusión tener experiencia en UCI mayor de un año, haber tenido un accidente de trabajo de riesgo biológico (reportado o no), querer participar voluntariamente en el estudio y tener la voluntad de hablar sobre la experiencia vivida de accidente de trabajo.

Las técnicas de recolección de información fueron encuesta y entrevista. La muestra estuvo conformada por cuarenta y cinco participantes, respectivamente. La encuesta interrogó sobre conocimientos en bioseguridad y prevalencia de accidentes biológicos (16,17). Para la entrevista se diseñó una guía de entrevista y un protocolo de reclutamiento.

La entrevista fue presencial en el lugar y hora propuesto por el informante, cada individuo fue entrevistado una vez con una duración promedio de dos horas y se procuró una conversación espontánea, cómoda y relajada que le permitiera hablar ampliamente de su experiencia. Durante el desarrollo de las entrevistas no se contó con la participación de personas adicionales. La investigadora principal efectuó las entrevistas, la cual cuenta con experiencia clínica de diez años dentro del área contextual en la que fue desarrollada esta investigación; en el momento del desarrollo de las entrevistas era docente de práctica clínica, había recibido formación en la comprensión de los fenómenos cualitativos y el equipo contaba con experiencia en el desarrollo de investigaciones similares previas. Se hizo un proceso previo de evaluación de las preguntas y abordaje a los participantes entre el equipo investigador y expertos en el área.

Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y exportadas al programa de análisis de datos cualitativo Atlas.ti como una sola unidad hermenéutica (Muh T. *Scientific Software Development GmbH*, Berlín, Alemania). Estas transcripciones fueron presentadas de forma individual a cada uno de los participantes con el objetivo de reportar la realidad manifestada por cada uno de ellos y dar la oportu-

nidad a correcciones. Se realizó análisis fenomenológico que incluye tres fases (14): descripción, reducción e interpretación; en la primera fase se detallaron las experiencias, comportamiento, opiniones, valores, sentimientos, sensaciones y conocimientos; en la segunda fase se codificó y categorizó según los cuatro existenciales básicos fenomenológicos (cuerpo, relaciones humanas, espacio y tiempo vivido); en la tercera fase se especificó el sentido de la experiencia con accidentes biológicos.

Criterios éticos. Los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio, el procedimiento para la recolección de información, la posibilidad de abandonar el estudio si así se deseaba, la confidencialidad y la protección de los datos. Se resolvieron todas las dudas y se firmó consentimiento informado.

Esta investigación contó con el aval ético del Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Universidad del Valle y fue clasificado como estudio con riesgo mínimo (18).

RESULTADOS



Análisis estadístico descriptivo. La población de estudio estuvo conformada por cuarenta personas con edades entre los 22 y los 38 años, con una media estimada de 28 años y desviación estándar de 3,89 (distribución normal según la prueba de Shapiro Wilks; $p=0,14$), la mayoría de sexo femenino (65%, $n=26$), el 40% manifestaron ejercer como médicos ($n=16$) y fisioterapeutas y el 20% restante como enfermeras ($n=8$). En la encuesta de bioseguridad, el 41,03% de los participantes refirió no haber recibido nunca capacitaciones sobre bioseguridad, mientras que el 39,4% reconoció los principios básicos sobre universalidad, barreras protectoras y control de residuos, el 35% identificó las principales vías de transmisión de patógenos y el 70% indicó el jabón antiséptico como el agente apropiado para la higienización. Adicionalmente, el 87,18%, conocían la razón por la cual se aplican las normas de

Experiencias de profesionales de la salud con accidentes biológicos en una Unidad de Cuidados Intensivos.

PAULA MILENA HERNÁNDEZ MURCIA et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
23/1/2023
e202301005

bioseguridad y el 82,5% identificó el manejo correcto del instrumental contaminado.

Acerca de la frecuencia del lavado de manos, 39 personas contestaron, de estas el 51,28% seleccionó correctamente *antes y después de efectuar el procedimiento*, el 48,72% restante admitió lavarse las manos *siempre que sea necesario*. En cuanto a la clasificación de residuos, el 29,73% aceptó tener dificultad para clasificarlos correctamente. Por otra parte, el 97,44% de los profesionales respondió correctamente a la pregunta sobre la aplicación de los principios de precaución universal (*sin importar su diagnóstico*). Finalmente, respecto al procedimiento recomendado ante un accidente biológico, el 38,46% reconoció *reporte, pruebas al paciente implicado, esperar indicaciones del infectólogo* como la opción adecuada, el 48,72% seleccionó la opción *primeros auxilios, reporte, pruebas al paciente implicado, inicio de tratamiento con medicamentos* y el 12,82% la opción *pruebas al paciente implicado, inicio de tratamiento con medicamentos, reporte*.

Análisis Fenomenológico.

Fase 1. Descripción. Los participantes en las entrevistas fueron dos médicos, dos enfermeras y un fisioterapeuta que refirieron haber experimentado un accidente de tipo biológico. En la **TABLA 1** se presentan las características de los participantes que fueron abordados en las entrevistas.

Fase 2. Exploración del material.

Espacio vivido. Los cinco participantes refirieron tener trayectoria y experiencia en las UCI lo que les favoreció su aprendizaje y adquisición de habilidades para el trabajo seguro, sin embargo, todos habían sufrido accidentes biológicos **[TABLA 2]**.

es como un fantasma que te acompaña de manera constante y por más que quieras que no esté, siempre está. Sufrí un accidente biológico, que reporté, estuve incapacitada, con miedo por no saber que podía pasar, me cuestioné a mí misma, sobre la experiencia que tenía, cómo se lo decía a mi familia, cómo le comentaba a mis jefes, que por error propio me había punccionado con una aguja, sentí temor por mi vida y vergüenza, sentía que me iban a vigilar [...]

(Enfermera. 45 años. 20 años de experiencia)

Los participantes refirieron que el proceso posterior al accidente biológico les provocó sentimientos de temor, sufrimiento, estigmatización, señalamientos, frustración. Sin embargo, logran con el tiempo y el apoyo de compañeros e incluso de la propia organización asumir constructivamente la experiencia.

“[...] Después que me pinché, sentí que me desmayaba, pero seguía en pie, tomé mi mano, la miraba con detenimiento y tenía una sensación de frío. Una compañera que ingresó me vio la cara, me dice que estaba paralizada, me preguntó: ¿tomaste los gases? ¿Estás bien? No hablé y moví la cabeza, me chucé, eran como las 4:00 a.m., dije una grosería, y me dijo, tranquila, vamos, me lavó, me ayudó con el reporte y todo el personal estaba atento. ¿Sabes que recuerdo? Que me dolió [...]

(Enfermera. 45 años. 20 años de experiencia)

Tiempo vivido. En cuanto al tiempo en función del trabajo, los entrevistados declararon que los procesos de atención eran exigentes, rigurosos y además se debe invertir parte del tiempo del turno en cada una de las acciones de bioseguridad, respecto a lavarse las manos, revisar y colocarse los elementos de bioseguridad **[TABLA 2]**:

“[...] Yo llevo 20 años aproximadamente y cada día que voy a trabajar, aprendo algo nuevo y el riesgo biológico está presente,

“[...] En la UCI, debes tener cuenta que el tiempo apremia, siempre debes estar presto a la atención del paciente, pero no solo eso: ves-

Tabla 1
Características sociodemográficas de los participantes en la entrevista en profundidad.
Santiago de Cali, Colombia. 2018.

Participantes	Edad	Género	Profesión	Nivel de formación	Tiempo de experiencia en UCI
1	67	Hombre	Médico	Especialista	25 años
2	45	Mujer	Enfermera	Especialista	20 años
3	28	Mujer	Fisioterapeuta	Profesional	6 años
4	34	Hombre	Enfermero	Profesional	9 años
5	31	Mujer	Médico	Profesional	5 años

Fuente: Propia.

Tabla 2
Categorías, códigos y definiciones de *Espacio vivido* y *Tiempo vivido*.

	Categoría	Códigos	Definiciones
Espacio vivido	En el trabajo	Cansancio por largos horarios	Sensación de falta de energía debido a los horarios de los turnos
		Espacios limitados	Lugares de esparcimiento dentro de la unidad poco eficientes
		Incomodidad en el transporte de pacientes	Dificultad para realizar traslados de los pacientes
		Desplazamiento	Recorrido, movimiento dentro y fuera de la unidad
	En el cubículo	Incomodidad con los ventiladores	Molestia con el uso y espacio que ocupan los ventiladores dentro de los cubículos
		Incomodidad con la administración de medicamentos	Molestia con la administración de medicamentos por espacio
Tiempo vivido	Evocaciones	Tiempo pasado	Aquello que ya sucedió
		Tiempo presente	Aquello que está sucediendo
		Tiempo futuro	Aquello que va a suceder
	Tiempo en función del trabajo	Desgaste	Cansancio presente pos turno
		Iluminación	Cantidad de luz disponible en el área de trabajo
		Ruido	Cantidad de sonidos de la unidad

Experiencias de profesionales de la salud con accidentes biológicos en una Unidad de Cuidados Intensivos.

PAULA MILENA
HERNÁNDEZ
MURCIA
et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
23/1/2023
e202301005

Fuente: Propia.



◀
tirse, colocarse las monogafas, el tapabocas, la bata, los guantes limpios y los estériles que te queden bien ajustados, sin filtros.

Es tiempo que se debe dedicar y que nadie tiene en cuenta. [...]

(Enfermero. 34 años. 9 años de experiencia)

Los entrevistados, reconocieron en sus relatos que habían surgido cambios en relación al pasado y presente, mostraron expectativas de mejora en cuanto a manejo de bioseguridad en salas de cuidados intensivos:

“[...] Antes la implementación de los protocolos no era tan rigurosa, ni tan detallada, no veíamos tantos letreros educativos en las unidades. El lavado de manos, si bien era importante, no había un paso a paso tan fácil de interpretar como lo hay ahora. Siento que aunque hay falencias se ha mejorado mucho este aspecto [...]”

(Fisioterapeuta. 28 años.
6 años de experiencia)

Cuerpo vivido. Con respecto a las sensaciones referidas por los profesionales al hablar sobre bioseguridad y riesgo biológico, aludieron sentir miedo y preocupación en el momento de realizar intervenciones a los pacientes, debido al alto riesgo de infección al que están expuestos. Independientemente del agotamiento físico y mental, priorizaron la salud de los pacientes:

“[...] En la Unidad de cuidado intensivo, te enfrentas a que expones tu vida, tu seguridad, hasta tu integridad por la del usuario, muchas veces sin pensar en ti mismo.

Uno se despoja de sus propias necesidades, por la del paciente [...]”

(Médica. 30 años. 5 años de experiencia)

Las experiencias propias y ajenas que ponen en riesgo la integridad de los profesionales del área de salud son cotidianas y fre-

cuentes, razón por la cual reconocieron la importancia del uso adecuado de los Elementos de protección personal (EPP) para proteger su integridad física, la de sus compañeros, pacientes y hasta sus propios familiares:

“[...] A veces te sientes desprotegido, frente a tantas infecciones y riesgos, pero lo único que te recuerda que estás a salvo y que puedes proteger a tu familia, y a tus compañeros, son los EPP, no más, no hay otra forma de evitar que te lles cualquier virus a tu casa [...]”

(Enfermera. 45 años. 20 años de experiencia)

Otras sensaciones y sentimientos expresados por los entrevistados incluyeron angustia y temor por presentar accidentes biológicos o pérdida de su trabajo luego de sufrirlo. Lo expresado conlleva a que los profesionales se encontraran en constante agotamiento físico y mental [TABLA 3].

Relaciones humanas vividas. El trabajo en equipo, en gran medida, era percibido desde la rivalidad de poderes por parte del personal a cargo de las unidades. Existían sentimientos de subestimación y abuso de poder entre los colaboradores, debido a que se subvaloraban acciones poco contundentes dentro del ámbito laboral en lo referente a bioseguridad, existiendo una constante actitud de discriminación por parte de quien podía ejercer la voz de mando, desencadenando ambientes laborales hostiles [TABLA 3].

Por otra parte, los participantes percibían las acciones encaminadas a la bioseguridad como un trabajo en cadena que permitía reconocer y corregir los errores cometidos con el fin de proteger a todo el equipo interdisciplinario de la UCI y obtener un reconocimiento que favoreciera los estándares de calidad de la institución. Sin embargo, manifestaron momentos de tensión propios de UCI, que provocaron ambiente laboral estresante para los profesionales.

Tabla 3
Categorías, códigos y definiciones de *Cuerpo vivido* y *Relaciones humanas vividas*.

	Categoría	Códigos	Definiciones
Cuerpo vivido	Mente	Miedo	Sensación de angustia y/o desconfianza
		Preocupación por el despido	Temor a perder puesto laboral
		Cansancio mental	Sensación de fatiga mental
		Estrés posturno	Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal
	Experiencia	Sueño	Estado de reposo
		Salpicadura	Acción y resultado después de salpicar
	Experiencia de trabajo	Pinchazo	Herida que se produce al pincharse con algún elemento cortopunzante
		Frío extremo	Temperatura baja en la unidad de cuidados intensivos
		Traslado de paciente	Desplazamiento del paciente entre las salas de la institución
			Lavado de manos constante
Relaciones Humanas vividas	Trabajo en equipo. Experiencias vividas por los entrevistados en su ambiente laboral	Rivalidad	Disputa por el liderazgo
		Subestimar	Desestimar el trabajo entre el personal del equipo
		Pendiente de los errores	Intención de identificar errores cometido en el equipo
		Acciones en cadena	Conjunto de acciones entrelazadas con un objetivo
		Correcciones	Modificación a procesos erróneos
		Abuso de poder	Uso excesivo, impropio o injusto de un superior hacia una persona en situación de subordinación
	Valores colectivos	Proteger el equipo	Velar por el bienestar integral de todos los miembros del equipo de trabajo
		Reconocimiento	Distinguir una buena acción dentro de los miembros del equipo
		Empoderamiento	Reconocimiento de poder e independencia para mejorar acciones
		Frases de animo	Conjunto de palabras que tienen el fin de incentivar buenas prácticas
		Lealtad al grupo	Sentimiento de respeto y compromiso con el equipo interdisciplinar

Experiencias de profesionales de la salud con accidentes biológicos en una Unidad de Cuidados Intensivos.

PAULA MILENA
HERNÁNDEZ
MURCIA
et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
23/1/2023
e202301005

Categoría	Códigos	Definiciones	
Relaciones Humanas vividas	Espacios de encuentro	Momentos organizados con el fin de compartir saberes y enseñanzas	
	Valores colectivos	Responsabilidad	Cualidad de las trabajadoras que le permite querer cumplir a cabalidad con sus obligaciones laborales
		Ayuda mutua	Simpatía y solidaridad entre el equipo de trabajo
		Retroalimentación en equipo	Construcción de conocimientos y fortalecimiento entre los integrantes del equipo
	Con el personal de la salud	Satisfacción por el trabajo por grupo	Estar a gusto con la actividad laboral que se realiza
		Presión laboral	Competencia por trabajar bajo condiciones adversas
		Acoso por cumplir	Hostigamiento para mostrar resultados
		Abuso de poder	Uso excesivo, impropio o injusto de un superior hacia una persona en situación de subordinación
	Trato inhumano	Trato desconsiderado ante la situación de discapacidad de otra persona	
	Inconformidad con la atención	Sensación de no estar de acuerdo y a gusto con situaciones o decisiones	

Fuente: Propia.

En los relatos también recalcaron valores grupales como la comunicación asertiva, el apoyo emocional y la retroalimentación mutua en el equipo interdisciplinar, los cuales pueden ser fortalecidos para generar un ambiente de aprendizaje de los principios de bioseguridad sin tensión.:

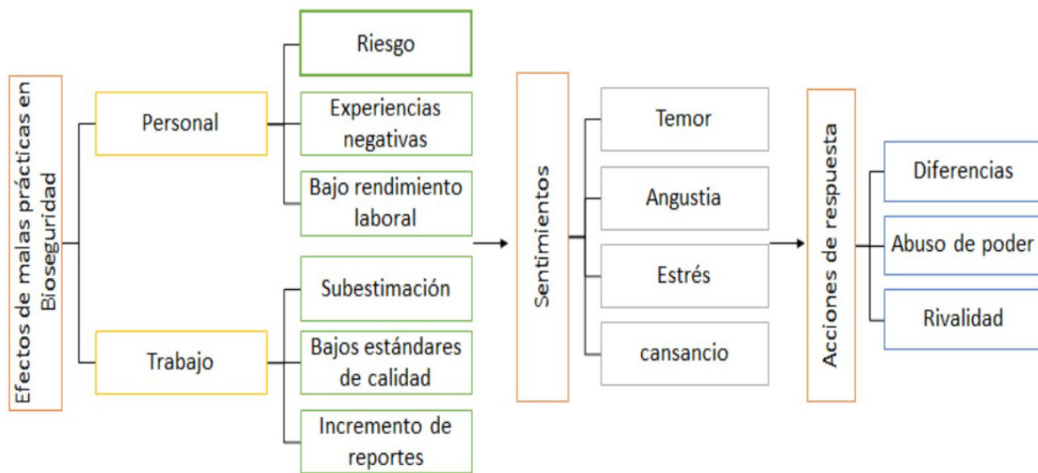
“[...] Por eso toca trabajar en equipo, porque en las UCIs no solo estamos los médicos y las enfermeras, también hay auxiliares, los fisios, personal de aseo y, entre todos, tratar de fortalecer el proceso hasta que logremos cumplir el objetivo de recuperar al usuario. Debemos olvidar la tensión, el estrés de que la muerte nos

visite todo el tiempo y cuidarnos entre nosotros, partiendo de la bioseguridad. [...]”

(Enfermera, 45 años, 20 años de experiencia)

Fase 3. Interpretación. En esta fase se buscaba dar interpretación a la experiencia de trabajar con riesgo biológico, contagiarse con infecciones graves y poderlas transmitir a la familia, y cómo la bioseguridad estricta es parte fundamental del buen desempeño durante la jornada laboral. Los profesionales reconocieron la UCI como un área de trabajo con una probabilidad de riesgo alta, identificaron momentos de estrés, angustia y/o cansancio, pudiendo

Figura 1
Sentimientos, sensaciones y opiniones en torno a los accidentes de tipo biológico y malas prácticas de bioseguridad.



Fuente: Propia.

aparecer en cualquier momento del turno, con mayor frecuencia en turnos nocturnos por factores como mayor presión laboral y malestar térmico. La bioseguridad la reconocieron como su mayor fuente de protección pero manifestaron su incomodidad al utilizar estos medios, debido a generar zonas de presión, irritación e incluso ahogo. Sin embargo, son necesarios para el cumplimiento de los protocolos [FIGURA 1].

DISCUSIÓN

LA ENCUESTA DE NUESTRO ESTUDIO demuestra que los temas de mayor claridad y menor margen de error para los profesionales son: aplicación de normas de bioseguridad; uso de EPP; frecuencia del lavado de manos; clasificación de residuos y principios de precaución universal. Zúñiga, en su estudio con profesionales de la salud en UCI (19), difiere de esta investigación, al identificar que las principales medidas de bioseguridad, los métodos de barrera, la adecuada eliminación del material contaminado, el manejo de los elementos cortopunzantes y el lavado de manos no son

aplicadas correctamente, estando de acuerdo con las respuestas en encuestas de conocimiento sobre bioseguridad, incrementando el riesgo de presentar un accidente laboral en este tipo de población. Zúñiga relaciona estos resultados con la falta de capacitación del personal, la carga laboral que no favorece espacios de aprendizaje y la baja experiencia de trabajo en UCI.

Díaz *et al.* (10), quienes aplicaron un instrumento de recolección de datos en una población de estudiantes y docentes de instrumentación quirúrgica (n=103), encontraron que solo el 13% reconoce la universalidad de los principios de bioseguridad. También refirieron que el 83% de la población reconoce el agente adecuado para la higienización. Los autores del presente estudio identifican que puede justificarse esta situación, ya que la mayoría de la población participante nunca recibió capacitación de bioseguridad.

En la categoría relaciones humanas vividas, el trabajo en equipo es percibido y definido con una conducta de rivalidad entre el

Experiencias de profesionales de la salud con accidentes biológicos en una Unidad de Cuidados Intensivos.

PAULA MILENA HERNÁNDEZ MURCIA *et al.*

personal encargado de las unidades, se identifican sentimientos de subestimación y abuso de poder entre los actuantes. Sin embargo, se reconoce una mejoría en las acciones encaminadas a la implementación de políticas de bioseguridad. Estos resultados son similares y respaldados por estudios como el de Canova (20) y Villagra *et al.* (21) reportaron que los profesionales en salud tienen una percepción de poco respaldo y compromiso de quienes toman las decisiones relevantes hacia el personal inferior.

Los valores identificados fueron el empoderamiento y el nivel de responsabilidad, donde los profesionales, por medio de estrategias interpersonales como frases de ánimo, reconocimientos y espacios de encuentro, fomentan una comunicación asertiva para integrar el equipo y encaminar acciones de bioseguridad, buscando así retroalimentación y ayuda mutua. Al comparar con Villagra *et al.* (21) se encuentran similitudes, los autores hallaron que la mejor dimensión es la motivación intrínseca, conductas motivadas dirigidas a la satisfacción personal y efectuar actividades de servicio por el placer de realizarlas, fortaleciendo la búsqueda de estrategias para empoderamiento.

Por otro lado, en las relaciones vividas con el personal de salud, se encuentra una alta presión laboral para cumplir los protocolos establecidos en un modelo de abuso de poder por parte de los líderes de las acciones en bioseguridad, situaciones que los participantes reconocen como causa de baja adherencia a políticas en bioseguridad, ocasionando estrés e inconformidad entre profesionales. Al compararlo con Saltos *et al.* (22) se encuentran similitudes, los autores manifiestan un exceso de carga laboral en enfermeros que brindan atención a usuarios en esta unidad, aspectos que pueden conllevar un detrimento de la calidad en la atención al paciente.

El ambiente laboral no se percibe como lugar de trabajo integrado con los otros pro-

fesionales del área. Estos resultados son parecidos a los reportados por Torre *et al.* (23), que evidenciaron altos niveles de estrés y cansancio en los participantes de su estudio que eran enfermeras. La situación más causal de estrés para la enfermería es el tiempo insuficiente para realizar las tareas asignadas. Zuñiga (19) concluyó que gran porcentaje de profesionales refieren incumplir normas de bioseguridad debido a la sobrecarga laboral.

Los profesionales expresan que se trabaja con temor y con alto riesgo de contraer infecciones en el ambiente laboral, resultados que se apoyan en los reportados por Pérez *et al.* (24), que encontraron que la población estudiada presenta altos niveles de temor y posible exceso de confianza frente a lo desconocido.

La protección familiar, de los compañeros y pacientes resulta ser una motivación para el cuidado de la propia salud de los entrevistados. En la investigación de Uribe *et al.* (25), el 64% de los trabajadores asistenciales de un hospital consideran que la exposición al riesgo biológico puede afectar a su núcleo familiar; sin embargo, también encontraron que la percepción sobre el riesgo biológico en las prácticas clínicas es más bajo a mayor antigüedad en el cargo, lo cual interviene con la rigurosidad con la que se usan los elementos de protección personal. Por su parte, Zuñiga (19) resalta la importancia de la disponibilidad, el buen uso de los recursos y el conocimiento sobre el uso de los elementos de protección personal para evitar las infecciones cruzadas en pacientes y otros profesionales sanitarios.

El lavado de manos se percibe en el tiempo como una acción rígida, repetitiva, resultando agotadora, lo cual puede estar relacionada con la adherencia a este procedimiento. Kumar *et al.* (26) evidenciaron que los profesionales en salud participantes en su estudio están familiarizados con las normas de bioseguridad y el lavado de manos; sin embargo, en la práctica es diferente, algunos comentan que no reali-

zan el lavado de manos por olvido, por falta de control de este procedimiento en el lugar y la falta de tiempo. Este hallazgo puede indicar que las estrategias de socialización, concienciación e implementación de la guía en este grupo de profesionales han sido insuficientes o mal dirigidas.

Como limitación de este estudio se encontró que es importante establecer un estudio con muestras de diferentes contextos para que las respuestas abordadas aquí puedan ser generalizadas.

A modo de conclusiones, los participantes perciben la UCI como un lugar de alto riesgo donde han experimentado y presenciado experiencias negativas de riesgo biológico, ocasionándoles sentimientos de temor, angustia y estrés; coinciden en que su trabajo los expone, pero dan relevancia a la recuperación del paciente. 📍

BIBLIOGRAFÍA



1. Arango Correa PA, Medina Murillo JJ, Salcedo Cifuentes M. *Accidentes con material biológico en trabajadores de la salud. Palmira-Valle del Cauca. 2014-2016*. Rev Cienc Cuid. 30 de junio de 2018;15(2):140-150. DOI: <http://dx.doi.org/10.22463/17949831.1408>
2. Bianco V, Spera AM, Maraolo AE, Parente S, Donno D, Schiano Moriello N *et al*. *Risk of professional accidental exposure to biological agents in health care workers: a retrospective analysis carried out in a southern Italian tertiary hospital*. Infez Med. 1 de marzo de 2019;27(1):40-45. pmid: DOI: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30882377>
3. Smith de Mesquita LL, Mendes Caldas AJ, Da Silva Soeiro VM, Santos Gomes SC, Furtado Ferreira T. *Trends in the use of personal protective equipment by health care workers who experienced occupational accidents in Brazil*. Rev Bras Med Trab. 2020 Dec 8;10(12):e041494. DOI: <https://dx.doi.org/10.47626/1679-4435-2020-567>
4. *Exposición a agentes biológicos y problemas de salud relacionados para los trabajadores sanitarios | Safety and health at work EU-OSHA* [Internet]. [citado 3 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/publications/exposure-biological-agents-and-related-health-problems-healthcare-workers/view>
5. Ministerio del Trabajo. *Guía para la prevención de la exposición a riesgo biológico en empresas*. [Internet]. 2021 [citado 3 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.mintrabajo.gov.co/web/guest/participa/-/document_library/rXGzArtfRTLj/view_file/62155566
6. Correa Serna LF, Dávila Guerrero CED. Ministerio de Salud y Protección Social. *Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis C*. MinSalud Colombia. [Internet] 2017; [citado 3 de octubre de 2021]31. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/protocolo-riesgo-biologico-its-vih-hepatitis.pdf>

7. Bedoya EA, Sierra DD, Severiche CA, Meza MJ. *Diagnóstico de Bioseguridad en el Sector Sanitario del Departamento de Bolívar, Norte de Colombia*. Inf Tecnol. 2017;28(5):225-232. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-076420170005000021>
8. Padrón-Vega Y, Moreno-Pérez S, Márquez-Ferrer A, González-Valdés LM, Pérez-Hernández F. *Accidentalidad laboral en expuestos a riesgos biológicos en instituciones de salud- Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2017 Abr [citado 2021 Oct 20]; 21(2): 52-59. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200008&lng=es
9. Tomasina González FA, Álvarez Yunti CB, Alegretti Cammarano MÁ, Stolovas Safir N. *Accidentes de trabajo en un Hospital Universitario, Montevideo, Uruguay*. rev cuba salud trabajo [Internet]. 2019 [citado 20 Oct 2021]; 20(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revsalud-trabajo.sld.cu/index.php/revsy/article/view/113>
10. Diaz Tamayo AM, Vivas MMC. *Riesgo biológico y prácticas de bioseguridad en docencia*. Rev Fac Nac Salud Pública. 2016; 34(1):62-69. DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n1a08>
11. Becerra-Ostos LF, Restrepo-Guerrero HF, Quintanilla D, Vasquez XA. *Factores determinantes psicosociales asociados a patologías de stress laboral en funcionarios administrativos en una EPS de Bogotá*. Rev Salud Pública. 1 de septiembre de 2018;20(5):574-578. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n5.69094>
12. Cooke CE, Stephens JM. *Clinical, economic, and humanistic burden of needlestick injuries in healthcare workers*. Med Devices: Evid Res. 2017;10:225-35. DOI: <https://dx.doi.org/10.2147/MDER.S140846>
13. Betancourth AM, Bohórquez LV, Herrera LM, Millán LM, Ramírez EL, Hurtado ÁMR *et al. Cumplimiento normas de bioseguridad estudiantes V a VIII semestre Instrumentación Quirúrgica año 2010*. Cuaderno de investigaciones: semilleros andina [Internet]. 2010 [citado el 22 de diciembre de 2022];(3):13-18. Disponible en: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/vbn/article/view/479>
14. Fuster Guillen DE. *Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico*. Propós. represent. 1 de enero de 2019;7(1):201-229. DOI: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*. Int J Qual Health Care. 2007 Dec;19(6):349-357. doi: <https://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
16. Iapa-Rodríguez EO, Da Silva GG, Lopes Neto D, De Aguiar Campos MP, de Mattos MC, Otero LM *et al. Medidas para la adhesión a las recomendaciones de bioseguridad para el equipo de enfermería*. Enf Global. 2018;17(49):36-67. DOI: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.276931>
17. Álvarez Barahona FM, Juna Juca CF. *Conocimientos y prácticas sobre bioseguridad en odontólogos de los centros de salud de Latacunga*. Enferm. Investig. [Internet] 2017 [citado 20 Oct 2021];2(2):59-63. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194276>
18. Ministerio de Salud. *Resolución 8430 de 1993 - Colombia* [Internet]. www.redjurista.com [citado 14 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.redjurista.com/Documents/resolucion_8430_de_1993.aspX
19. Zuñiga Pacheco JX. *Cumplimiento de las normas de bioseguridad. Unidad de Cuidados Intensivos*. Hospital Luis Vernaza, 2019. REE. 2019;13(2):28-41. DOI: <https://dx.doi.org/10.37135/ee.004.07.04>
20. Canova-Barrios C. *Calidad de vida del personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos en Santa Marta, Colombia*. Rev Colomb Enferm. 21 de noviembre de 2017;15:10-18. DOI: <https://dx.doi.org/10.18270/rce.v15i12.2132>
21. Villagra Rivera N, Ruoti Cosp M. *Empoderamiento enfermero en las unidades de cuidados intensivos de adultos en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social*. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 12 de abril de 2018;16(1):84-93. DOI: [https://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2018.016\(01\)84-93](https://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2018.016(01)84-93)
22. Salto Rivas M, Pérez Cardoso CN, Suárez Mella R, Linares Giler SM. *Análisis de la carga laboral del per-*

sonal de enfermería, según gravedad del paciente. Rev Cuba Enferm [Internet]. 14 de septiembre de 2018 [citado 6 de octubre de 2021];34(2). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2170>

23. Torre M, Santos Popper MC, Bergesio A. Prevalencia de burnout entre las enfermeras de cuidados intensivos en Argentina. Enferm. Intensiva. 1 de julio de 2019;30(3):108-115. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2018.04.005>

24. Pérez Penagos JJ, Ayala Regalado I, Manuel Ramírez J. Percepción del riesgo biológico y condiciones de seguridad en auxiliares de enfermería de la Asociación de Comunidades Indígenas del Norte del Cauca (ACIN) 2015. RCSO. 2016; 6(3):72-76. DOI: https://dx.doi.org/10.18041/2322-634X/rc_salud_ocupa.3.2016.4920

25. Uribe-Salazar JA, Bedoya-Carvajal OA, Vélez-Gómez DE. Relación entre la percepción del riesgo biológico y la accidentalidad laboral en un hospital Colombiano, 2019. Rev. Politec. 22 de diciembre de 2020;16(32):56-67. DOI: <https://dx.doi.org/10.33571/rpolitec.v16n32a5>

26. Kumar A, KeriVC, Khan MA, Ranjan P, Rastogi N, Sahu M *et al.* Assessment of healthcare worker's hand hygiene and infection prevention practices of their personal belongings in a healthcare setting: a survey in pre COVID-19 era and literature review on standard disinfection practices. J Prev Med Hyg. 29 de abril de 2021;62(1):E104-109. DOI: <https://dx.doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.1.1742>

Experiencias de profesionales de la salud con accidentes biológicos en una Unidad de Cuidados Intensivos.

PAULA MILENA
HERNÁNDEZ
MURCIA
et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
23/1/2023
e202301005