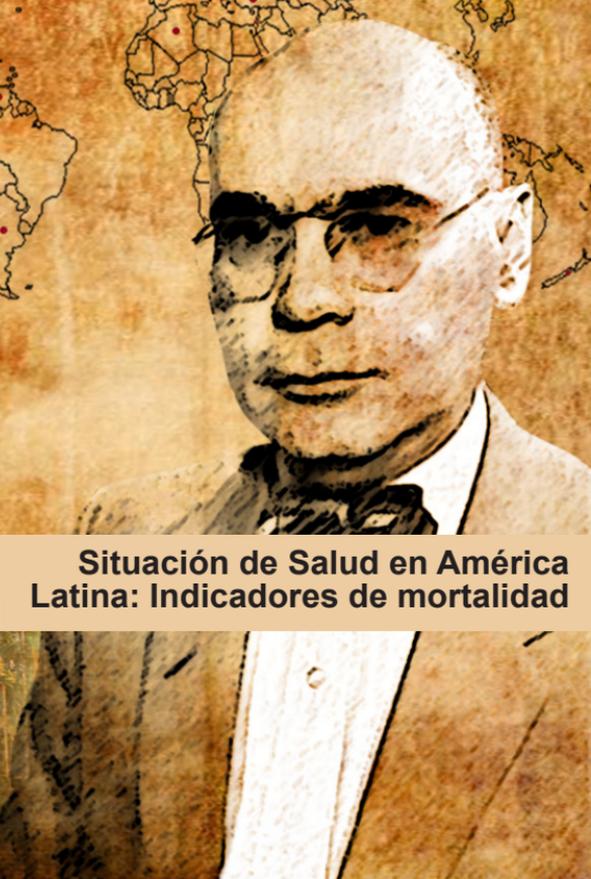


Boletín Informativo Sala Situacional

Día Mundial Sin Tabaco 2016



Situación de Salud en América Latina: Indicadores de mortalidad



EDITORIA

Dra. Fanny Dávila

Coord. de Sala Situacional de Salud del S.A. IAE "Dr. Arnoldo Gabaldon"

COMITE EDITORIAL

- Dra. Fanny Dávila
- Lcdo. Rafael Campins
- T.S.U. José Domingo Mora
- Econ. Yndira Rondón
- Ing. Diflor Domínguez
- Dra. Dora Manzanilla
- Lcdo. Oswaldo Flores

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

- Lcdo. Oswaldo Flores

Dirección de Gestión de Información del S.A. IAE "Dr. Arnoldo Gabaldon"

Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon"

Depósito Legal: pp201003AR674

ISSN: 2244-839X

Para contacto: Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon", Av. Bermúdez Sur. Telfs.: (0243) 232.5633 - 0833 - Fax: (0243) 232.6933. Ext. 141. Apartado Postal 2171-2113, Maracay 2011. Estado Aragua, Venezuela.

e-mail: sasit.iaes@gmail.com

Impreso en: S.A. IAE "Dr. Arnoldo Gabaldon" / Venezuela

Fecha: Junio 2016

Tiraje: 100 Ejemplares

Nota del Editor: Algunos artículos que aparecen en el Boletín Informativo reflejan los puntos de vista del autor y no necesariamente el punto de vista de la Sala Situacional de Salud "Dr. Arnoldo Gabaldon".

www.iaes.edu.ve

Contenido

Editorial	5
Día Mundial Sin Tabaco: <i>Prepárate para el Empaquetado Neutro</i>	6
Investigaciones del IAE	8
Indicadores de Productos Académicos IAE Dr. Arnoldo Gabaldon	24
Políticas en Salud Pública: <i>Cumpliendo las Metas del Milenio</i>	26
Situación de Salud en América Latina: <i>Indicadores de mortalidad</i>	27
Alerta Epidemiológico: <i>Zika. Actualización Epidemiológica</i>	29
Noticias en Salud	32
Conociendo nuestro país	35

El Boletín Informativo de la Sala Situacional de Salud "Dr. Arnoldo Gabaldon" es creado como un órgano destinado a divulgar la información de salud que contribuya con el conocimiento en el área y permita apoyar los trabajos científicos y la gestión de los servicios de salud, que buscan a su vez, diseñar y aplicar intervenciones estratégicas costo/efectivas de alto impacto social y así mejorar la calidad de vida de la población y la superación de las inequidades y las brechas sociales. Este boletín estará a su disposición en formato impreso y digital.

Editorial

Dentro de Investigaciones IAE se presenta un importante problema de salud pública, el Manejo de Desechos Hospitalarios, se desarrolló dentro del área de investigación trabajo y salud y en la línea de investigación factores de riesgo y efectos a la salud, esta línea abarca la identificación de los factores de riesgos psicosociales u organizacionales y sus determinantes para el control de los efectos dañinos a la salud en la población trabajadora.

Los desechos hospitalarios, son sustancias, materiales o subproductos en estado sólido, líquido o gaseoso, generados en la prestación de servicios de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) de todos los residuos generados por esas actividades, aproximadamente un 85% son desechos comunes no peligrosos, el 15% restante se considera material peligroso que puede ser infeccioso, tóxico o radiactivo.

En la actualidad, el manejo adecuado de los desechos hospitalarios, debe realizarse bajo las siguientes premisas: reducción de los residuos innecesarios, separación entre residuos ordinarios y peligrosos, y tratamiento de los residuos, con la finalidad de reducir los riesgos para los trabajadores sanitarios y para la comunidad en general.

La manipulación de desechos hospitalarios está relacionado de manera directa con las normas de bioseguridad, estas deben ser aplicadas por todo el personal que labora en las diferentes instituciones de salud, debido a que el manejo inadecuado de los desechos hospitalarios puede producir un incremento en la transmisión de enfermedades infectocontagiosas y de los accidentes laborales.

El conocimiento y la práctica del manejo adecuado de los desechos hospitalarios es un requisito obligatorio a cumplir por el personal de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Dra. Fanny Dávila

Efemérides y Conmemoraciones en Salud

Día Mundial Sin Tabaco: Prepárate para el Empaquetado Neutro

El **31 de mayo** de cada año la OMS y sus asociados celebran el Día Mundial Sin Tabaco para hacer hincapié en los riesgos sanitarios asociados al consumo de tabaco y abogar por políticas eficaces que contribuyan a reducir dicho consumo.



Con ocasión del **Día Mundial Sin Tabaco 2016**, la OMS hace un llamamiento a todos los países para que se preparen para el empaquetado neutro de los productos de tabaco. El empaquetado neutro es una importante medida de reducción de la demanda que disminuye el atractivo de los productos de tabaco, restringe el uso de los paquetes de tabaco como soportes para publicitar y promover el tabaco, limita el empaquetado y etiquetado engañosos y aumenta la eficacia de las advertencias sanitarias. Lo que se pretende con el empaquetado neutro de los productos de tabaco es restringir o prohibir el uso de logotipos, colores, imágenes de marca o información promocional sobre el envase, excepto los nombres de la marca y del producto, que se han de presentar en un color y tipo de fuente estándar.

En las directrices relativas a los artículos 11 y 13 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) se recomienda que las Partes consideren la adopción del empaquetado neutro.

El empaquetado neutro se apoya en otras medidas que forman parte de un enfoque multisectorial integral del control del tabaco. Los encargados de la formulación de políticas, la sociedad civil y la población en general pueden tomar medidas para que sus gobiernos consideren la adopción del empaquetado neutro.

Datos sobre el empaquetado neutro

El interés por el empaquetado neutro va en aumento en todo el mundo:

- En diciembre de 2012, Australia se convirtió en el primer país que aplicó plenamente el empaquetado neutro.
- En 2015, Irlanda, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Francia aprobaron leyes para dar efecto al empaquetado neutro a partir de mayo de 2016.
- Varios países se encuentran en una etapa avanzada con respecto a la consideración de la adopción de leyes sobre el empaquetado neutro.

Objetivos de la campaña del Día Mundial Sin Tabaco 2016

El Día Mundial Sin Tabaco 2016 tiene como objetivo:

- Subrayar el papel del empaquetado neutro como parte de un enfoque integral y multisectorial del control del tabaco.
- Facilitar la formulación de políticas por los Estados Miembros y la implantación mundial del empaquetado neutro proporcionando información significativa, convincente y persuasiva.
- Alentar a los Estados Miembros a reforzar las medidas y restricciones relativas al empaquetado y el etiquetado, en particular con respecto a la publicidad, la promoción y el patrocinio, a medida que avanzan hacia la adopción del empaquetado neutro de manera gradual.
- Apoyar a los Estados Miembros y la sociedad civil en sus esfuerzos contra la injerencia de la industria tabacalera en los procesos políticos conducentes a la adopción de leyes sobre el empaquetado neutro.

Fuente:

OMS (2016). Campañas mundiales de salud pública de la OMS. Día Mundial Sin Tabaco 2016. Consultado el 31 de mayo de 2016. Ver en línea: <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2016/event/es/>

Investigaciones del IAE

Conocimiento que tiene el Personal de Enfermería sobre el Manejo de Desechos Hospitalarios Tipo C en el Hospital “Dr. José Gregorio Hernández” Puerto Ayacucho, estado Amazonas Venezuela 2016

Autores: Ana Martínez¹ & Fanny Dávila²

¹Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Dto. Capital, Venezuela.

²MPPS. Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” (IAE). Maracay, estado Aragua. Venezuela.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar el conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre el manejo de los desechos hospitalarios tipo C, en el Hospital Dr. José Gregorio Hernández, Puerto Ayacucho, estado Amazonas, Venezuela. Metodológicamente estudio enmarcado dentro del paradigma positivista con un enfoque cuantitativo con un diseño, no experimental, de campo descriptivo. En lo referente a la población estuvo conformada por trece (13) profesionales de la enfermería que laboran en dicha área, se trabajo con una muestra censal. Las técnicas utilizadas para la recolección de los datos fueron la observación directa y la encuesta, y los instrumento, una guía de observación y un cuestionario con preguntas simple de tipo dicotómico, validados por juicio de expertos y con confiabilidad por Alfa de Cronbach. Los resultados permitieron determinar, según guía de observación que no se utilizan técnicas adecuadas para el lavado de manos, ni utilizan mascarillas, ni guantes, el gorro, lentes protectores, tampoco utiliza guantes en la preparación de tratamiento. El cuestionario evidencio que 75% del personal de los encuestados no cumplen las normas técnicas para el manejo de los desechos hospitalarios Tipo C, lo cual está relacionado con que el 80% del Personal de Quirófano indico no contar con un Manual de Normas o Procedimientos sobre los Desechos Hospitalarios, y que el 90% de la muestra no ha recibido Talleres de capacitación y Adiestramiento para la manipulación de los Desechos Hospitalarios.

Descriptor de contenido: Desechos Hospitalarios. Quirofano. Personal de Enfermeria.

INTRODUCCIÓN

El manejo inapropiado de los Residuos y Desechos Sólidos Hospitalarios, es un problema creciente en los servicios de salud que incrementa, a su vez, la complejidad de la administración de las basuras en general, en las concentraciones poblacionales, sin contar las evidencias científicas respecto a los efectos adversos en la salud por el mal manejo de los residuos hospitalarios. Por tanto, la inadecuada recolección transporte, almacenamiento y disposición final de los desechos hospitalarios puede provocar daños físicos serios e infecciones graves al personal que labora en los hospitales, a los pacientes y a la comunidad en general.

Al respecto, la organización Mundial de la Salud (OMS) (2015), define claramente el tipo de residuo que es visto como un problema de salud pública, tanto para los centros hospitalarios como para el personal de salud que labora y que maneja estos residuos especialmente en el área quirúrgica.

Los avances de la tecnología y los procesos de reciclaje no son suficientes para contener la producción cada vez mayor de desechos, sumado a esto los procedimientos rudimentarios de manejo, la insuficiencia de los espacios y la falta de nuevas plantas de tratamiento de desechos. Consecuentemente, el Decreto 2.218 en lo atinente al manejo de desechos generados en establecimientos de salud, tipifica a estos como el “Conjunto de operaciones dirigidas a darle a los desechos el destino más adecuado, de acuerdo con sus características, con la finalidad de prevenir daños a la salud y al ambiente”, a través de las siguientes acciones: Recolección/ Almacenamiento, Transporte. Tratamiento Disposición Final. Así mismo, el Decreto 2.218 señala en su Artículo 2 sobre Desechos generados en el sector salud que: “Todo material o sustancia generada o producida en los establecimientos relacionados con el sector salud, humana o animal cualquiera sea su naturaleza u origen destinado al desuso o al abandono” (Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 4418, 1992)

En referencia a la clasificación de los desechos generados en establecimientos de salud, los Desechos Comunes (Tipo A), son papeles, cartones, plásticos, residuos de alimentos, vidrios, componentes de barridos generados en las áreas administrativa,

limpieza en general, elaboración de alimentos, almacenes y talleres, siempre y cuando no hallan estado en contacto con los desechos clasificados como B, C, D y E. En cuanto a los Desechos Potencialmente Peligrosos (Tipo B): en dicho documento se especifican que son todos aquellos materiales, que sin ser por su naturaleza peligrosos, por su ubicación, contacto o cualquier otra circunstancia puedan resultar contaminados, se incluyen los provenientes de áreas de hospitalización de los enfermos y de consulta externa.

Por otra parte, los Desechos Infecciosos (Tipo C): Son aquellos desechos que por su naturaleza, ubicación, exposición, contacto o por cualquier otra circunstancia resulten contentivos de agentes infecciosos provenientes de áreas de reclusión y / o tratamiento de pacientes infectocontagiosos, mientras que los Desechos orgánicos y / biológicos (Tipo D): Todas aquellas partes y porciones extraídas o provenientes de seres humanos y animales, vivos o muertos y los envases que lo contengan. (Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 4418, 1992)

Dado el impacto que este tema representa para la salud pública, se han producido muchas investigaciones que avalan esta situación, como la realizada por Morales (2010) denominada "Diagnostico situacional sobre manejo de los residuos peligrosos biológicos infecciosos en el Centro de Salud Tipo III de la Ciudad de México", cuyo objetivo fue estudiar el personal de intendencia sobre el conocimiento en el manejo de los residuos peligrosos. Concluye que el personal de intendencia se le debe informar acerca del riesgo, a través de capacitación y adiestramiento mediante una guía de manejo de residuos peligrosos biológicos infecciosos, con la finalidad de minimizar las probabilidades de accidentes y/o pérdidas

Acota la OMS (2015) en su reporte anual sobre derechos hospitalarios indico que se administran cada año en el mundo 16 000 millones de inyecciones, aunque no todas las agujas y jeringas son eliminadas correctamente después de su uso, alegando también que "Los desechos de la atención sanitaria contienen microorganismos que pueden ser dañinos e infectar a los pacientes de los hospitales, al personal sanitario y a la población en general".

En Latinoamérica, la OMS y la UNICEF (2015), determinaron que de las instalaciones incluidas en la muestra,

que abarcaba un total de 24 países, apenas un poco más de la mitad (58%) tenía en funcionamiento de sistemas adecuados para la eliminación segura de desechos sanitarios. A todo ello hay que sumar los riesgos ligados a la práctica de hurgar en la basura de los vertederos o relacionados con el proceso de selección manual de los desechos peligrosos procedentes de los centros de salud. Se trata de prácticas comunes en muchas regiones del mundo, en particular en los países de ingresos bajos y medianos, donde las personas que manipulan desechos corren un riesgo inminente de lesión por objeto punzocortante y de exposición a material tóxico o infeccioso

Las normas de bioseguridad y manejo de desechos hospitalarios, están destinadas a todo el personal que labora en las diferentes instituciones de salud, encaminadas a reducir el riesgo de accidentes laborales y enfermedades infectocontagiosas, provocadas por el incumplimiento de las mismas. Por todo lo antes expuesto, el inadecuado manejo de los desechos hospitalarios puede facilitar un incremento en la transmisión de enfermedades infectocontagiosas, es de gran relevancia utilizar las medidas de bioseguridad para tratar de minimizar el riesgo de accidentes laborales provocados por el incumplimiento de las mismas.

Bajo este orden de ideas, el riesgo a infección por agentes biológicos, es reconocido como uno de los más importantes en las personas que prestan sus servicios en el sector salud, muy particularmente las que laboran en el área quirúrgica, sobre todo los profesionales de enfermería y faena, ya que en su rol tienen contacto directo con el paciente realizando actividades diarias de atención asistencial que involucran procedimientos quirúrgicos de todo tipo, estos a su vez implican Exposición a patógenos.

En este sentido, Moreta (2015), en su trabajo "Evaluación del Conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la OMS en Anestesiólogos, Cirujanos, y Enfermeras en el Hospital "Eugenio Espejo, mediante una encuesta directa. Entre sus resultados se cuenta que el 100% de los Anestesiólogos tenían claro cuál es el objetivo principal de la lista de verificación, no así las enfermeras y cirujanos quienes en esta pregunta respondieron correctamente solo el 72,7% y 66,7% respectivamente; el principal problema para la implementación de la lista de verificación, es la falta de conocimiento

de su importancia y la falta de unidad del equipo quirúrgico; existe un bajo porcentaje de cumplimiento completo de la normativa por parte de los profesionales que forman parte del equipo quirúrgico. Las enfermeras son las que mayormente la cumplen. El grado de conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura es menor de lo esperado, la falta del conocimiento de su importancia y la falta de unión en el equipo quirúrgico se han reconocido como errores que llevan al incumplimiento de la norma.

Asimismo, Panimboza y Pardo (2013) desarrollaron una investigación en Colombia para identificar las medidas de bioseguridad que aplica el personal de enfermería durante la estancia Hospitalaria del paciente en el Hospital Dr. José Garcés Rodríguez, Salinas 2012-2013, sus resultados expresan que el 71% de la población tienen conocimiento de los principios de medidas de bioseguridad, y el 75% tienen conocimiento de las barreras de protección personal. Al referirse a la aplicación de barreras de protección físicas se evidenció que se aplican siempre en un 19 % y las barreras químicas se aplican siempre en un 41%; al verificar el manejo adecuado de residuos hospitalarios este se da siempre en 55%. De forma general y respondiendo al tema de investigación aplicación de medidas de bioseguridad, el 36% aplica siempre, el 31% aplica a veces y el 33% nunca aplica.

En esta misma línea de investigación, Tinoco y Satos (2012) realizaron un estudio sobre la evaluación de Gestión Diseño de Procesos en el Manejo de Desechos Hospitalarios del Hospital General “Enrique Garcés” de Ecuador, donde su objetivo fue realizar un análisis dentro de la Unidad de Manejo de Desechos Hospitalarios para realizar una propuesta de mejoramiento en sus procesos. Concluyeron que los procesos tienen respaldo documental insuficiente, el usuario interno percibe desinformación sobre el Manejo de Desechos Hospitalarios y solicita capacitación, además se evidenció la ausencia de un manual de manejo de desecho hospitalario institucional, así como procesos con actividades conectoras incompletas.

Así mismo, Morales (2012) realizó un estudio denominado: “Propuesta para el Manejo de desechos hospitalarios del Municipio Maracaibo”, a objeto de estudiar los procesos de manejo de residuos hospitalarios y el diseñar los procedimientos de bioseguridad en esa

materia. Concluyo que el personal desconoce el buen manejo de los desechos sólidos Hospitalario y los tipos de tratamientos acorde a la característica de los diferentes componentes de los residuos generados de potencial de peligro.

En términos generales, todas estas investigaciones señalan que el tratamiento y la evacuación de desechos hospitalarios pueden entrañar riesgos indirectos para la salud, a través de la liberación al medio de patógenos.

En Venezuela, Agudelo y Meneses (2010), en su trabajo titulado “Programa de Gestión Integral para el manejo de Desechos Hospitalarios” del Hospital de Táriba, del Estado Táchira, se plantearon como objetivo realizar un diagnóstico del proceso para el manejo de los Desechos Hospitalarios. Entre sus resultados se menciona que lograron detectar falta de capacitación por parte del personal en cuanto al manejo de los desechos, por lo que se diseñó un programa contentivo de bases legales, procedimientos e instrumentos de validación y auditoria del mismo.

En este orden de ideas, Becerra (2010), realizaron una investigación “Aplicación de las Normas de Bioseguridad de los Profesionales de Enfermería” en la Unidad de diálisis del Hospital Julio Criollo Rivas Ciudad Bolívar. Los resultados demostraron en cuanto a la aplicación de las normas de Bioseguridad, el 95,31% del personal realiza el lavado de manos antes de cada procedimiento, un 99,22% hace uso correcto de guantes, que un 0% utiliza protección ocular, tan solo un 20,31% utiliza correctamente el mono clínico, solo el 39,84% usa el gorro, el 0% se coloca ropa impermeable, un 100% del personal maneja adecuadamente la recolección de objeto punzo cortante ya que cuenta con los recipientes adecuados para el descarte del material.

Rodríguez, *et al.* (2010) realizaron una investigación titulada, “Políticas Socio Sanitarias en el Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios. Caso Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Se determinó el nivel de cumplimiento del Decreto 2.218 (1992), “Normas para la Clasificación y Manejo de desechos en establecimiento de Salud”, empleando tablas de verificación, a través de inspecciones aleatorias, evidenciando rutas, horarios de limpieza y rutinas al personal. Se discute el

Marco Jurídico relacionado con los Desechos Hospitalarios. El caso Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” solo cumple el 21% de la Normativa Legal. Se requiere un Manual de Procedimientos para el Manejo de los Desechos Hospitalarios, Normas de Bioseguridad, seguimiento y registro de nosocomios. Se propone aplicar un nuevo Sistema de recolección y disposición final de Desechos Hospitalarios, y adiestramiento de la comunidad hospitalaria.

En Venezuela, la Gerencia de Epidemiología y Análisis del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL) reportó más de 10.000 accidentes laborales solo en la gran Caracas entre los años 2006-2010, el cual incluyó la ejecución del “Proyecto Pinchazo” en los Estados Aragua, Barinas Mérida y Amazonas, donde se concluyó que se registraron en ese periodo un promedio de 48% de accidentes laborales por objeto punzo cortante en el personal de salud.

Bajo este contexto, OMS en el periodo comprendido (2006-2010), aplica un Proyecto Piloto en América Latina incluyendo a Venezuela, el cual se lleva a cabo en los siguientes Estados: Aragua, Barinas Mérida y Amazonas, elaboran Trabajo de Investigación sobre Prevención de Accidentes Laborales por objeto punzo cortante en el personal de salud. Registra un Promedio de accidentes laborales por objeto punzo cortante en el personal de salud: 48%

A nivel regional, la organización Mundial de la Salud aplica en Puerto Ayacucho, estado Amazonas (2006 hasta 2010) un Proyecto Piloto de investigación con los estudiantes de Salud Pública del Instituto de Altos Estudios Dr. Arnoldo Gabaldon (IAES), titulado “Prevención de accidente laborales por pinchazos y contacto con patógenos de la sangre en el personal de salud” el Proyecto Piloto se desarrolla en el Hospital “Dr. José Gregorio Hernández”, arrojando el siguiente resultado, el 62% de las lesiones fue por inyectadoras. Los resultados arrojaron que el 62% de las lesiones presentadas por el personal de salud, fueron por inyectadoras.

Dada la importancia del tema y con el ánimo de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida en los puestos de trabajo de los equipos de salud, la realización de esta investigación se considera de suma importancia para conocer las inquietudes y posibles

soluciones en cuanto al manejo de los desechos hospitalarios Tipo C del Quirófano, Hospital Dr. “José Gregorio Hernández”, por lo que se ha planteado las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las medidas de bioseguridad, que adopta el personal de enfermería del Servicio de quirófano del Hospital “Dr. José Gregorio Hernández” de Puerto Ayacucho, Municipio Atures Estado Amazonas? ¿Qué conocimiento posee el personal de enfermería sobre el manejo de los Desechos Hospitalarios tipo C, de la Unidad Quirúrgica Hospital “Dr. José Gregorio Hernández” de Puerto Ayacucho Municipio Atures Estado Amazonas?

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación se suscribe bajo el paradigma positivista con un enfoque cuantitativo ya que el objetivo planteado busca explicar y describir el conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre el manejo de los desechos hospitalarios tipo C, del Hospital Dr. José Gregorio Hernández, Puerto Ayacucho, municipio Átures, estado Amazonas, Venezuela.

En cuanto al diseño de investigación, éste fue no experimental, de campo descriptivo, por cuanto se obtuvo información de una fuente primaria, es decir, directamente del área de quirófano del referido hospital.

La población estuvo constituida por el personal de enfermería que labora en el área quirúrgica del Hospital Dr. José Gregorio Hernández, en Puerto Ayacucho, municipio Atures del estado Amazonas, conformado por trece (13) enfermeros y enfermeras. Con relación a la muestra, se consideró una muestra censal, dado que se tomó el total de la población.

Las técnicas utilizadas para la recolección de la información fueron la observación directa y la encuesta. En cuanto a los instrumentos, se utilizaron, una guía de observación y el cuestionario con preguntas simple de tipo dicotómica, el consto de doce preguntas, validados por juicio de expertos y confiabilidad Alfa de Cronbrach.

Como consideración ética, para los efectos de la presente investigación, se partió del consentimiento informado a las y los actores inmerso en la misma, ello en el marco de la necesidad de

investigar el Conocimiento que tiene el Personal de Enfermería sobre el Manejo de los Desechos Hospitalarios Tipo C. Servicio de Quirófano del Hospital Dr. José Gregorio Hernández”, Puerto Ayacucho, municipio Atures, estado Amazonas. Venezuela 2016. Por otra parte, se suscribe esta investigación en la protección a la intimidad y confiabilidad de los datos, toda vez que el objeto de la investigación es un sujeto interactivo, motivado intelectual.

RESULTADOS

Tabla 1. Medidas de Bioseguridad que adopta el Personal de Enfermería del Servicio de Quirófano en el Hospital Dr. “José Gregorio Hernández, Puerto Ayacucho, estado Amazonas, Venezuela. 2016.

MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	SI	NO
Técnicas adecuadas para el lavado de manos		X
Utiliza material correcto para el lavado de manos		X
Utiliza guantes en la preparación de tratamiento		X
Utiliza guantes durante procedimientos invasivos	X	
Tiene lentes protectores		X
Tiene mascarilla	X	
Tiene botas desechables	X	
Utiliza adecuadamente el gorro		X

Fuente: Guía de observación

Los datos obtenidos a través de la implementación de la guía de observación al personal en estudio, determinó en cuanto a la adopción de prácticas de bioseguridad en el quirófano del hospital Dr. José Gregorio Hernández, fue no utilizan mascarillas, ni guantes, el gorro, lentes protectores, tampoco utiliza guantes en la preparación de tratamiento, no utiliza material correcto para el lavado de manos, ni técnicas adecuadas para el lavado de manos.

Tabla 2. Distribucion de frecuencia y porcentual del conocimiento sobre el manejo de los desechos hospitalarios tipo C que tiene el Personal de Enfermería de Quirofano del Hospital "Dr. José Gregorio Hernandez" Puerto Ayacucho, estado Amazonas, Venezuela 2016.

	PREGUNTAS	RESPUESTAS			
		SI	%	NO	%
1	Considera usted, que se cumplen las Normas Técnicas para el manejo de los Desecho Hospitalarios	3	23,09	10	76,9
2	Cuenta el área de Quirófano del Hospital Dr. "José Gregorio Hernández de Puerto Ayacucho, Municipio Atures Estado Amazonas con un Manual de Normas o Procedimientos sobre los desechos hospitalarios	0	0	13	100
3	Ha recibido usted Talleres de Capacitación y adiestramiento para la manipulación de los desechos hospitalarios Tipo (B:C:D Y E)?	0	0	13	100
4	Conoce usted, la clasificación de los desechos hospitalarios, según el Decreto 2.218?	6	46,1	7	53,8
5	Tiene usted, conocimiento sobre las Normas del manejo de los desecho hospitalarios (Tipo C)	2	15,3	11	84,6
6	Existen recipientes adecuados, según el Decreto 2.218, para el transporte interno de los Desechos hospitalarios (Tipo B, C,D y E)?	0	0	13	100
7	Considera usted, que se hace la desinfección, inmediata de los desechos generados, en el de Quirófano, del Hospital DR: "José Gregorio Hernández", Puerto Ayacucho, Municipio Atures Estado Amazonas	7	53,8	6	46,1
8	Se cumple con las Normas de Bioseguridad, en el Quirófano del Hospital Dr. José Gregorio Hernández, Puerto Ayacucho Municipio Atures Estado Amazonas	3	23,09	10	76,9
9	Se cuenta con los envases adecuados, según el Decreto 2.218 para la recolección de los objetos punzo cortantes	0	0	13	100
10	Ha recibido usted las inmunizaciones contra la Hepatitis B	10	76,9	3	23,09
11	Ha recibido usted las inmunizaciones contra la Hepatitis C	7	53,8	6	46,1
12	Considera usted, que el personal de salud que labora en área quirúrgica del Hospital Dr. "José Gregorio Hernández, Puerto Ayacucho, Municipio Atures Estado Amazonas posee los elementos necesarios de protección personal (bioseguridad)	6	46,1	7	53,8

Fuente: Cuestionario.

Estos resultados suponen que apenas el 23% del personal de enfermería del quirófano del Hospital Dr. José Gregorio Hernández de Puerto Ayacucho, estado Amazonas, cumplen con las Normas Técnicas para el manejo de los Desecho Hospitalarios. Todo el personal profesional de enfermería asignado a quirófano, expresó que el área de Quirófano del Hospital “Dr. José Gregorio Hernández” no cuenta con manual de normas o procedimientos (locales) sobre los desechos hospitalarios, tampoco ha recibido Talleres de Capacitación y adiestramiento para la manipulación de los desechos hospitalarios Tipo B, C, D y E; igualmente, el 100% manifestó que en el área quirúrgica no hay recipientes adecuados para el transporte interno de los referidos desechos hospitalarios según lo establecido en el Decreto 2.218, para tal fin, y no se cuenta con los envases adecuados para la recolección de los objetos punzocortantes.

Así mismo, el 53,8% indicó que no conoce la clasificación de los desechos hospitalarios, según el Decreto 2.218, y dijo que el personal de salud que labora en área quirúrgica, no posee los elementos necesarios de protección personal (bioseguridad). Ese mismo porcentaje informó que si ha recibido las inmunizaciones contra la Hepatitis C y estima que el personal de quirófano si hace la desinfección, inmediata de los desechos generados, en el de Quirófano. Un 84,6% afirmó no tener conocimiento sobre las normas del manejo de los desecho hospitalarios Tipo C pero que si ha recibido las inmunizaciones contra la Hepatitis C.

DISCUSIÓN

Los resultados de la guía de observación, con respecto a la identificación de las medidas de bioseguridad, indican que el personal de enfermería del área quirúrgica del Hospital “Dr. José Gregorio Hernández”, no cumple en gran medida con las prácticas de bioseguridad: las técnicas adecuadas para el lavado de manos, utiliza guantes en la preparación de tratamiento, hace uso de guantes durante procedimientos invasivos; no obstante, también hay otras medidas de bioseguridad que no se practican: uso de lentes protectores, material correcto para el lavado de manos y uso adecuado de gorro. Estos resultados no concuerdan con los

obtenidos por Becerra (2010) en el estudio “Aplicación de las Normas de Bioseguridad de los Profesionales de Enfermería” en la Unidad de diálisis del Hospital Julio Criollo Rivas Ciudad Bolívar” donde los datos demostraron en cuanto a la aplicación de las normas de Bioseguridad que el personal realiza el lavado de manos antes de cada procedimiento, utiliza correctamente el mono clínico, hace uso correcto de guantes, usa el gorro; Sin embargo, el total del personal maneja adecuadamente la recolección de objeto punzo cortante ya que cuenta con los recipientes adecuados para el descarte del material, caso distinto a lo que ocurre en el lugar de estudio de esta investigación.

Del mismo modo, Rodríguez et al (2010), en su investigación “Políticas socio sanitarias en el manejo de desechos sólidos hospitalarios. Caso hospitalario universitario Ruiz y Páez” determinaron el nivel de cumplimiento del Decreto 2218 (Normas para la clasificación y manejo de desechos en establecimientos de salud) con resultados de que no se cumple la normativa. Por tanto, se requiere un manual de procedimiento para el manejo de los desechos hospitalarios, normas de bioseguridad, seguimiento y registro de nosocomios.

En el caso del conocimiento que tiene el personal de enfermería de quirófano, el 84% manifestó que no se cumple con las normas técnicas para el manejo de los desechos hospitalarios, es decir que la mayor parte de éste grupo percibe que la parte de bioseguridad en el área no está funcionando de conformidad con la normativa. Al respecto, Tinoco y Satos (2012) llegaron a la misma conclusión, el usuario interno percibe desinformación sobre el Manejo de Desechos Hospitalarios y solicita capacitación, además se evidenció la ausencia de un manual de manejo de desecho hospitalario institucional, así como procesos con actividades conectoras incompletas. Con relación al manejo de los desechos hospitalarios tipo C, la situación es más delicada, pues la manipulación o disposición (temporal) de estos desechos se realiza sin las debidas protecciones (medidas bioseguridad) así como tampoco el uso adecuado para el almacenamiento temporal de ellos, colocando en exposición a riesgos de enfermedades infectocontagiosas a éste personal, al de faena, pacientes, usuario y los aseadores.

En este orden de ideas, los resultados obtenidos concuerdan con Moreta (2015), en su trabajo “Evaluación del Conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la OMS en Anestesiólogos, Cirujanos, y Enfermeras en el Hospital “Eugenio Espejo, determinó que el 100% de los Anestesiólogos conocen el objetivo principal de la lista de verificación, no así las enfermeras y cirujanos quienes en esta pregunta respondieron correctamente solo el 72,7% y 66,7% respectivamente; el principal problema para la implementación de la lista de verificación, es la falta de conocimiento de su importancia y la falta de unidad del equipo quirúrgico; existe un bajo porcentaje de cumplimiento completo de la normativa por parte de los profesionales que forman parte del equipo quirúrgico. Las enfermeras son las que mayormente la cumplen. El grado de conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura es menor de lo esperado, la falta del conocimiento de su importancia y la falta de unión en el equipo quirúrgico se han reconocido como errores que llevan al incumplimiento de la norma.

En vista de estos resultados, se concluye: con n respecto a las Medidas de Bioseguridad que adopta el Personal de Enfermería del Servicio de Quirófano en el Hospital Dr. “José Gregorio Hernández, las que se cumplen son las prácticas de uso de guantes durante procedimientos invasivos, mascarilla y botas desechables; realiza prácticas de alto riesgo en el cumplimiento de la normativa que rige la materia (Decreto 2218) sobre el manejo de los desechos hospitalarios, específicamente, el del tipo C, los cuales son depositados, en recipientes que no poseen tapas, ni pedal, las bolsas que se utilizan son de color azul y negra, los desechos biológicos infecciosos no se identifican ni son sellados de manera hermética, para evitar accidente en el momento del traslado, el carro de traslado interno no posee el material resistente de plástico, o metal inoxidable sobre ruedas, de superficie lisa y sin uniones salientes para su fácil limpieza y desinfección, solo cuenta con un carro de plástico sin paredes con sus cuatros estructuras y es allí donde se deposita la bolsa que contiene los Desechos Biológicos Infecciosos tipos(B,C,D y E), donde son trasladados hasta su disposición final. Tal situación, por lo general se debe al déficit de materiales médico quirúrgicos e implementos de material de limpieza, así como por la ausencia de manual de procedimiento, y supervisión por parte del Departamento de Epidemiología.

En lo referente a el conocimiento que tiene el Personal de Enfermería acerca del Manejo de los Desechos Hospitalarios Tipo C, en el Servicio de Quirófano del Hospital Dr. “José Gregorio Hernández, tiene escasa información sobre el Manejo de Desechos Hospitalarios y solicita capacitación.

En función de estas conclusiones, la investigadora recomienda, dado que la tarea de manejo generalmente se practica de manera personal, efectuar capacitación periódica de todo el personal involucrado en el manejo de estos desechos, principalmente a los del área quirúrgica; se debe implementar de manera continua, la supervisión del personal de enfermería, así como de la dotación de insumos y materiales requeridos para el manejo de los desechos tipo C.

REFERENCIAS

Dirección General de Salud Ambiental, Dirección Ejecutiva de Salud Ocupacional y OPS/OMS. 2005. Manual de Salud Ocupacional.

Becerra N. (2010). Aplicación de las Normas de Bioseguridad de los Profesionales de Enfermería en la Unidad de Diálisis del Hospital Julio Criollo Rivas en Ciudad Bolívar”. Trabajo de Grado para optar al Título de Licenciados en Enfermería. Universidad De Oriente. Núcleo Bolívar. Escuela de Ciencias de la Salud “Dr. Francisco Virgilio Battistini Casalta”. Venezuela.

Campoverde S. (2012). Plan para el mejoramiento de normas de bioseguridad en el personal de enfermería del Hospital Téofilo Dávila. Tesis de Grado para optar al título de Magíster en Gerencia Administracion de Salud. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas, Ecuador. Pp 105. Pdf

Guzmán J. (2010). Práctica de las normas de bioseguridad por parte de los profesionales de enfermería, adscritos a la Unidad de cuidados intensivos del Hospital Pérez de León de petare. Trabajo de Grado presentado como requisito

parcial para optar por el título de Licenciado en Enfermería. Universidad Central de Venezuela. Caracas-Venezuela.

Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT). Gaceta Oficial N 38.236/ 26 de Julio de 2005. Caracas. Editorial Romor.

MPPS/Viceministerio de Redes Colectiva (2012). Guía de Bioseguridad. Área 1 Epidemiología Módulo 1. 1.- Vigilancia Epidemiológica. Caracas Venezuela.

Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales. Estadísticas de accidentes laborales formalizados ante la institución, correspondientes a los años 2011 y 2012. Disponible en: http://www.inpsasel.gob.ve/estadisticas_08_09_10/estadisticas_2011.html Inpsasel. Consultado Marzo 2015

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2012). Estadísticas Sanitarias del INE. Documento en línea: www.ops.ve.com. Consultado el 12/12/2014

Moreta D. (2015). Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa. Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas. Trabajo de Tesis presentado para optar al título de Especialista en Anestesiología y Reanimación. Quito, Ecuador. P.63. pdf

OMS (2007). Manual de Normas de Bioseguridad. Documento Técnico para trabajadores de la Salud. (2007). Disponible en: <http://blog.utp.edu.co/cienciasclinicas/files/2010/10/normas-generales-de-bioseguridad-universidad-tecnol%c3%93gica-de-pereira.pdf> consultado: 07/12/2014.

OMS (2005). Manual de Bioseguridad en el Laboratorio. Ediciones de la OMS. Ginebra. 3era ed. Pp.19-49

Panimboza. y Pardo L. (2013). Medidas de bioseguridad que aplica el personal de enfermería durante la estancia Hospitalaria del paciente. Hospital Dr. JoseGarces Rodríguez, Salinas 2012 – 2013. Recuperado de:<http://repositorio.upse.edu.ec:8080/bitstream/123456789/1094/1/Tesis,%20Medids%20de%20Bioseguridad.pdf>

Indicadores de Productos Académicos IAE

Dr. Arnoldo Gabaldon

Indicadores Académicos

Cuadro 1. Número de Cursos no Conducentes a Título Académico y Personas Capacitadas por Direcciones y Áreas en el Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “ Dr. Arnoldo Gabaldon”. 1er. Semestre 2016.

Dirección	Área	Cursos		Nº de Personas Capacitadas		Sexo			
		N	%	N	%	M	%	F	%
Dirección de Postgrado	Postgrado	1	1,39	13	0,44	3	0,47	10	0,43
	Epidemiología	46	63,89	1478	49,48	356	11,92	1122	37,56
	Salud Pública	1	1,39	12	0,40	1	0,03	11	0,37
	Salud Ocupacional	11	15,28	728	24,37	215	7,20	513	17,17
	Sala Situacional	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Educación a Distancia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Programa Intensivo de Formación	2	2,78	112	3,75	38	1,27	74	2,48
	Medicina General Integral	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sub-Total		61	84,72	2343	78	613	20,89	1730	58,01
Dirección de Investigación	Dirección de Investigación	1	1,39	1	0,03	1	0,03	0	0,00
Sub-Total		1	1,39	1	0,03	1	0,03	0	0,00
Dirección Interacción Social	Escuela Nueva Ciudadanía	10	13,89	643	21,53	26	0,87	617	20,66
Sub-Total		10	13,89	643	21,53	26	0,87	617	20,66
Dirección de Gestión de Información	Dirección de Gestión de Información	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sub-Total		0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Dirección de Gestión Tecnológica	Dirección de Gestión Tecnológica	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sub-Total		0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total de Cursos del IAE		72	100,00	2987	100	640	21	2347	79

Fuente: Oficina de Control de Estudios-IAE.

En este primer semestre del año 2016 se impartieron 72 cursos no conducentes a título académico con un total de 2.987 personas capacitadas, de las cuales, el 21% (n=640) está representado por el sexo masculino y el 79% (n=2.347) por el sexo femenino. El mayor porcentaje de cursos lo ostenta el área de Epidemiología con el 63,89%, seguido de Salud Ocupacional con 15,28%, Escuela de Nueva Ciudadanía con 13,89% y Dirección de Postgrado, incluyendo un curso y dos (2) PIF, con el 4,17%, mientras que Salud Pública y Dirección de Investigación representan 1,39% cada uno.

Cuadro 2. Número de Personas Matriculadas por Programa de Formación en Desarrollo en el Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “ Dr. Arnoldo Gabaldon”. 1er. Semestre 2016.

PROGRAMA DE FORMACIÓN	Nº de Alumnos
POSTGRADO DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL	9.648
POSTGRADO DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA	1.124
POSTGRADO DE EPIDEMIOLOGÍA	917
POSTGRADO EN EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES METAXÉNICAS	78
POSTGRADO EN SALUD OCUPACIONAL E HIGIENE DEL AMBIENTE LABORAL	155
POSTGRADO MANEJO DE VECTORES Y RESERVORIOS EN SALUD	0
TOTAL	11.922

Fuente: Oficina de Control de Estudios-IAE.

El primer semestre de 2016, el IAE Dr. Arnoldo Gabaldon conto con un total de 11.922 participantes en los diferentes programas de formación. De este total, el número de profesionales matriculados en el postgrado de Medicina General Integral fueron 9.648, en Gestión en Salud Pública 1.124, Epidemiología 917, Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral 155, Epidemiología de las Enfermedades Metaxénicas 78. Mientras que el postgrado Manejo de Vectores y Reservorios en Salud no cursó con participantes para dicho período.

Cuadro 3. Número de Personas Egresadas por Programa de Formación en el Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “ Dr. Arnoldo Gabaldon” 1er. Semestre 2016.

EGRESADOS DE POSTGRADOS DE ESPECIALIZACIÓN	Nº EGRESADOS
GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA	57
EPIDEMIOLOGÍA	31
EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES METAXÉNICAS	1
SALUD OCUPACIONAL E HIGIENE DEL AMBIENTE LABORAL	8
TOTAL EGRESADOS PERÍODO JUNIO 2016	97

Fuente de la data: Oficina de Control de Estudios-IAE, junio de 2016.

En el período junio 2016 egresaron un total de 97 personas formadas en los diferentes postgrados de especialización. La especialidad de Gestión en Salud Pública egresaron 57 participantes, en Epidemiología con 31, en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral con y Epidemiología de las Enfermedades Metaxénicas 1.

Políticas en Salud Pública

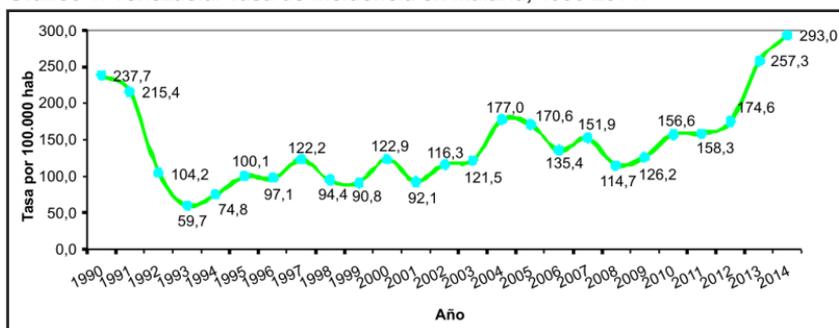
Cumpliendo las Metas del Milenio

Considerando los avances del cumplimiento de las metas del milenio por objetivo según el informe Venezuela cumple los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015 (Ministerio del Poder Popular para la Comunicación y la Información, 2015), en este número se aborda la actualización de la Tasa de Incidencia en Malaria hasta el año 2014.

OBJETIVO 6: COMBATIR EL VIH/SIDA, LA MALARIA Y OTRAS ENFERMEDADES

Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de la Malaria y otras enfermedades graves.

Gráfico 1. Venezuela. Tasa de Incidencia en Malaria, 1990-2014.



La tasa de incidencia de malaria en Venezuela ha presentado un comportamiento variable durante el período 1990-2008. De este modo, el valor inicial en este lapso fue de 237,7 casos por cada 100.000 habitantes, descendiendo a su incidencia más baja de 59,7 en el año 1993, para ubicarse posteriormente en 177,0 al final de 2004. Debido a esto, se intensificaron las medidas de control, lo cual logró la disminución de los casos hasta el año 2008 con una tasa de 114,7. Sin embargo, a partir de 2009, dicha incidencia experimentó un acentuado ascenso hasta alcanzar una tasa de 293,0 en el año 2014.

Situación de Salud en América Latina

Indicadores Básicos 2015.

Indicadores de mortalidad

Análisis de Indicadores Básicos según Informe 2015 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en relación a un grupo de 7 países representativos de América Latina entre los que se encuentran: Brasil, Región Andina (Bolivia, Ecuador, Colombia y Venezuela) y el Cono Sur (Argentina y Chile).

Cuadro 4. Indicadores de Morbilidad de Brasil, Bolivia, Ecuador, Colombia, Venezuela, Argentina y Chile. Organización Panamericana de la Salud. 2015.

	29 tasa de incidencia de tuberculosis (100.000 hab) 2013	30 población en riesgo de malaria (%) 2013	31 IPA malárico (1.000 hab) 2013	32 casos reportados de malaria 2013	33 casos reportados de dengue 2014	34 tasa de incidencia de SIDA (1.000 hab) 2013	35 razón de sexo casos de sida, (hombre:mujer)	36 proporción de b peso al nacer (<2.500 g) 2011-14, uad
Bolivia	78,0	2,9	24,1	7.342	23.726	2,8	2,1	...
Colombia	24,3	6,8	15,2	51.722	105.356	2,8	3,7	8,9
Ecuador	33,5	0,3	9,1	378	15.446	10,3 ^c	2,4 ^c	8,6
Venezuela	21,6	3,2	79,1	78.643	75.020	7,7
Brasil	37,9	27,7	23,2	178.546	591.080	19,7	1,8	8,5
Argentina	21,6	-	-	5*	3.270	2,6	3,0	7,4
Chile	13,7	-	-	6*	30	5,5	5,6	6,2

IB 32: (*) casos importados. IB 34-35: (c) valor 2011. IB 34-36: (...) dato no disponible.

Fuente: OPS(2015). Situación de Salud en Las Américas. Indicadores Básicos 2015. Extraído 11 de Enero de 2015 de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470%3A2010-data-statistics&catid=1900%3Adata-statistics-home&Itemid=2003&lang=es

La tasa de incidencia de tuberculosis por cada 100.000 habitantes en los siete países seleccionados de América Latina en orden descendente es la siguiente: Bolivia (78), Brasil (37,9), Ecuador (33,5), Colombia (24), Argentina (21,6), Venezuela (21,6) y Chile (13,7). Donde Chile, ubicado en un primer estrato, presenta la tasa más baja del grupo, en un segundo estrato están Venezuela, Argentina y Colombia, en el tercer estrato con tasas más elevadas se tiene a Brasil y Ecuador, mientras que en el quinto estrato se encuentra Bolivia con la tasa más alta y separada por una gran brecha del resto de los países que la acompañan.

Con relación a la población en riesgo de Malaria, Ecuador presenta el menor porcentaje con 0,3% y una Incidencia Parasitaria Anual (IPA) de 9,1, la cual resalta la eficacia del programa de Malaria en dicho país, a éste le siguen Bolivia con 2,9% (IPA: 24,1), Venezuela 3,2 % (IPA: 79,1), Colombia 6,8% (IPA: 51,2) y Brasil con 27,7% (IPA: 23,2). Mientras que en los países del Cono Sur como Argentina y Chile, donde la enfermedad no es endémica, ambos reportaron casos importados de malaria (n: 5 y n: 6, respectivamente).

En otro orden de ideas, los casos de Dengue reportados por país en el año 2014 de mayor a menor son: Brasil (n: 591.080), Colombia (n: 105.356), Venezuela (n: 75.020), Bolivia (n: 23.726), Ecuador (n: 15.446), Argentina (n: 3.270) y Chile (n: 30).

En cuanto a la tasa de incidencia por SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida), el valor más bajo lo presenta Argentina con 2,6 casos por cada 1.000 habitantes, seguido de Bolivia y Colombia con 2,8 cada uno, luego se ubica Chile con 5,5 y Ecuador con 10,3, mientras que Brasil ostenta el indicador más alto del grupo.

Por otra parte, la razón de sexo por casos de SIDA se expone de la siguiente manera en orden ascendente: En Brasil, Bolivia y Ecuador aproximadamente 2 hombres por cada mujer, Argentina 3, Colombia 4 y Chile con una razón cercana a 6 hombres por mujer .

Finalmente, en relación al indicador proporción de bajo peso al nacer (<2.500 gr.) expresado en porcentaje, se tiene a Chile con 6,2, siendo éste el valor más bajo del grupo, Argentina (7,4), Venezuela (7,7), Brasil (8,5), Ecuador (8,6) y Colombia (8,9). Cabe destacar, con respecto a este índice, que las edades extremas en la etapa reproductiva de la mujer, contribuye a una mayor incidencia del bajo peso al nacer, además de los factores sociales, como el bajo nivel educativo , momento de gestación tardío en que se realiza el control prenatal o ausencia del control, entre otros.

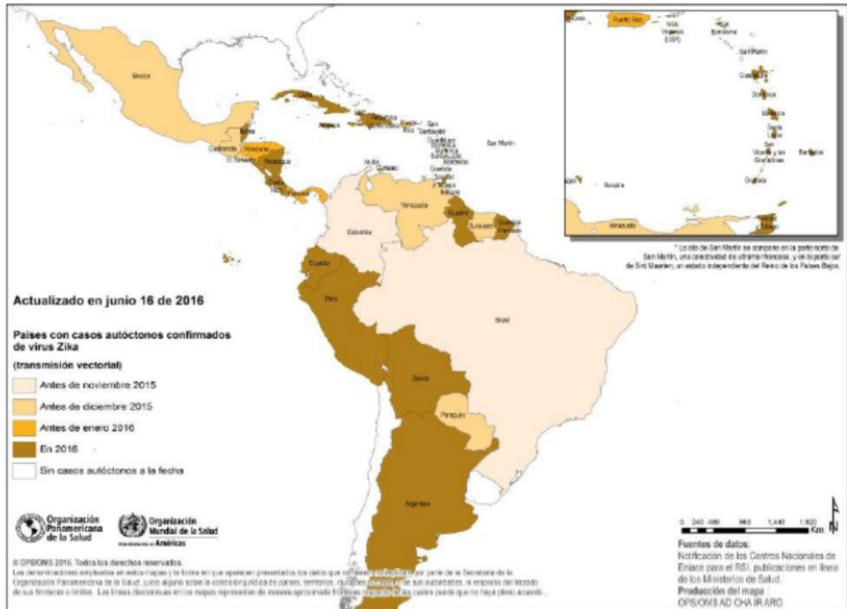
Alerta Epidemiológico

Zika Actualización Epidemiológica 24 de marzo de 2016

Incidencia y tendencia

Desde 2015 y hasta la fecha, 39 países/territorios de las Américas confirmaron casos autóctonos (transmisión vectorial) de enfermedad por virus del Zika. Desde la última Actualización Epidemiológica de la OPS/OMS publicada el 9 de junio de 2016, ningún nuevo país/territorio ha confirmado transmisión autóctona (Figura 1).

Figura 1. Países y territorios con casos autóctonos confirmados de enfermedad por el virus del Zika (transmisión vectorial) 2015-2016.



Enfermedad por el virus del Zika en gestantes

Veintiún países y territorios de las Américas notificaron casos confirmados y sospechosos de enfermedad por el virus del Zika en mujeres embarazadas (Cuadro 5).

Cuadro 5. Países y territorios de las Américas con casos confirmados y sospechosos de enfermedad por el virus del Zika en gestantes. 2016.

Países y territorios que han notificado enfermedad por el virus del Zika en gestantes			
Barbados	Ecuador	Martinica	República Dominicana
Brasil	El Salvador	México	San Martín
Bolivia	Guayana Francesa	Nicaragua	Venezuela
Colombia	Guadalupe	Panamá	
Costa Rica	Guatemala	Paraguay	
Dominica	Honduras	Puerto Rico	

Síndrome congénito asociado con la infección por el virus del Zika

Desde la última Actualización Epidemiológica de la OPS/OMS publicada el 9 de junio de 2016, El Salvador se sumó a la lista de países y territorios que han informado casos de síndrome congénito asociado a la infección por el virus del Zika en las Américas (Cuadro 6).

Cuadro 6. Países y territorios de las Américas que notificaron casos de síndrome congénito asociado con la infección por el virus del Zika. 2016.

Países/territorios que notificaron síndrome congénito asociado con la infección por el virus del Zika	Número de casos confirmados
Brasil	1.581
Colombia	7
El Salvador	1
Martinica ³	4
Panamá	5
Puerto Rico ⁴	1
Estados Unidos ⁵	2

³ Dos casos de microcefalia y dos otras anomalías congénitas.

⁴ Corresponde a un caso con defecto congénito.

⁵ Casos importados. Un caso vinculado a estadía en Brasil y un caso vinculado a breve estadía de la madre en Belice, Guatemala y México durante el período gestacional.

Síndrome de Guillain-Barré (SGB) y otras manifestaciones neurológicas. Actualización Epidemiológica

Hasta la fecha, 9 países y territorios de la Región han notificado aumento de casos de SGB con al menos un caso de SGB en el que se confirmó la infección por el virus del Zika. Paraguay ha notificado aumento de casos de SGB, aunque en ningún caso se confirmó la infección por el virus del Zika. Otros 3 países y territorios registraron casos de SGB asociados a la infección con virus del Zika aunque no registran aumento de casos de SGB (Cuadro 7).

Cuadro 7. Países y territorios de las Américas con casos de Síndrome de Guillain - Barré (SGB) en el contexto de circulación del virus del Zika. 2016.

Confirmación por laboratorio de virus del Zika, en al menos un caso de SGB	Confirmación laboratorio de virus del Zika en al menos un caso de	Incremento de casos de SGB sin casos confirmados por laboratorio para virus del Zika
Brasil	Haití	Paraguay
Colombia	Panamá	
El Salvador	Puerto Rico	
Guayana Francesa		
Honduras		
Martinica		
República Dominicana		
Suriname		
Venezuela		

Fuente:

OPS (2016). Operaciones de Alerta y Respuesta. Actualización epidemiológica, 16 de junio de 2016. Consultado el 16 de junio de 2016 en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=35046&lang=es

Noticias en Salud

Incorporar 100% de cobertura Universal de Atención Primaria Integral

Caracas, 20.06.16 (Prensa MPPS).- Incorporar el tema de la sobre el 100% de cobertura universal de servicios de salud, a través de la estrategia de Atención Primaria Integral (Barrio Adentro), en los próximos doce meses.

Planteó Luisana Melo, la máxima autoridad del despacho de Salud del país, durante su intervención XXXIX Reunión de Ministros y Ministras de Salud de MERCOSUR, realizada en Montevideo, Uruguay.

Subrayó que la República Bolivariana de Venezuela, con base a la profunda convicción en la integración y la unión regional, manifiesta su voluntad de dar continuidad y profundizar los logros alcanzados durante el próximo semestre de año en el ejercicio de la Presidencia Pro Tempore del referido organismo internacional.

Destacó que las Comisiones Intergubernamentales y Grupos Técnicos, continúan debatiendo en mesas de trabajo los siguientes temas: Enfermedades de Transmisión Vectorial, Salud Sexual y Reproductiva, VIH/SIDA, Enfermedades No transmisibles, Seguridad Alimentaria y Nutrición, Control de Tabaco, Donación y Trasplantes, entre otros.

Melo señaló: “Otro tema de interés para nuestros países es la promoción y fortalecimiento de las capacidades productivas nacionales de medicamentos esenciales y de alto costo, que más allá de debate de sus precios y regulaciones, permita superar la dependencia productiva de las grandes empresas transnacionales farmacéuticas”

Explicó que con la activación del Motor Farmacéutico se trabaja en la consolidación del acceso a medicamentos seguros y de calidad en forma universal.

La tercera propuesta, radica en la formación del talento humano en todas sus expresiones profesionales (medicina, enfermería, odontología, nutrición, bioanálisis, psicología, imagenología, citotecnología y otras), para los Sistemas Públicos de Salud, con un perfil de compromiso ético con las necesidades de salud de la población, de alta calidad científica y profundamente humanista.

Presidencia Pro Tempore de Venezuela (PPTV)

En ese sentido y en el marco del ejercicio de la PPTV, Melo propuso la realización de un seminario para intercambiar, entre los países del bloque, sus experiencias y avances en la producción de materia prima, el papel de la investigación y la generación de conocimientos para su producción, el rol de los convenios con países del Sur con fortalezas en esta área como India, China, Irán, Cuba, y la creación de mecanismos de financiamiento para este propósito.

Paralelamente a esto, sugirió el desarrollo de un evento en Caracas, en el último trimestre del 2016, orientado a debatir la universalización del derecho a la salud de nuestros pueblos y en el cual se expongan las experiencias de conformación y consolidación de sistemas de salud universales, desde la perspectiva de los trabajadores de la salud y los movimientos sociales, a realizarse tentativamente en el marco de la próxima reunión del subgrupo de trabajo nro. 11 "Salud" (SGT11).

Avances de Salud

La Titular de Salud, apuntó que a pesar de la situación económica que atraviesa Venezuela, el Gobierno Bolivariano ha creado la Universidad de Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías", experiencia de formación de profesionales y personal técnico para el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS).

"Esto nos ha permitido alcanzar la cifra de 21 mil 243 Médicos Integrales Comunitarios graduados 35 mil estudiando la carrera, 3 mil 500 graduados del postgrado de Medicina General Integral y 10 mil 343 estudiando la misma", precisó.

Antes de culminar su discurso, Luisana Melo, Ministra del Poder Popular para la Salud (MPPS), reafirmó su agradecimiento a Uruguay por todo el trabajo realizado en aras de la integración, así como por la organización de esta reunión que da cuenta de su excelente rol como anfitrión y “nos comprometemos nuevamente a hacer todo el esfuerzo de estar a la altura del nuevo reto que se nos presenta como país”.

Fuente:

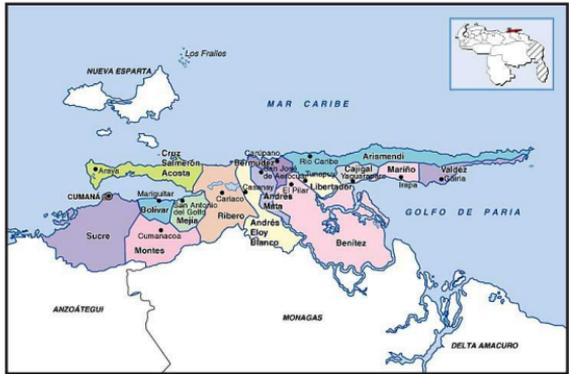
MPPS (2016). Sala de prensa. Artículos de Prensa. Extraído 20 de junio de 2016 de: http://www.mpps.gub.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=993:incorporar-100-de-cobertura-universal-de-atencion-primaria-integral&catid=86&Itemid=279

Conociendo Nuestro País

Características del Estado Sucre

Ubicación Geográfica

El estado Sucre está ubicado al oriente de Venezuela, en su mayor porción en la cordillera Oriental; en la parte norte se encuentra la doble península, que por el este es la península de Paria y por el oeste es la de Araya, dividiendo en sí las vertientes de los ríos que desembocan en los golfos de Paria y Cariaco, respectivamente. Las



alturas principales de la cordillera Oriental, son las de Cerro Negro, Peonía, Majagual y Arrempuja, todas ellas a más de 1.900 m., siendo las mayores elevaciones el pico de Turimiquire y Tristeza con 2 300 y 2 600 m.s.n.m.

El Estado está integrado por 15 Municipios y 55 parroquias, ocupando una superficie de 11.800 Km², la cual representa el 1,28% del territorio nacional.

Sus límites son:

- Norte: Mar Caribe y Estado Nueva Esparta.
- Sur: Estados Anzoátegui y Monagas.
- Este: Golfo de Paria.
- Oeste: Golfo de Cariaco.

Clima: Por la clasificación climática de Köppen, el clima se clasifica en tres clases: amazónico (Am), de estepa (Bs) y de sabana (Aw).

Existe una gran variedad en la distribución estacional y espacial de las lluvias, ocurriendo las mayores precipitaciones en el paisaje montañoso; en el macizo del Turimiquire los valores promedios anuales alcanzan los 1 900 mm, y en la península de Paria se dan valores extremos de 2 300 mm, mientras que en la Península de Araya se muestran las más bajas precipitaciones con 243,8 mm. En los meses de julio y agosto se presentan los máximos valores, y en febrero y marzo las mínimas cantidades de precipitación. La temperatura varía entre 12 y 27 °C.

Capital: Cumaná.

Economía: Es el principal productor pesquero del país, cerca del 50% de la producción nacional le corresponde a este estado, el cual sufre el 95% de la materia prima a las industrias elaboradoras de productos pesqueros, tales como sardinas, atún, jurel, lisa, mero, camarones, langostas, entre otros. En dicho estado se concentra casi la mitad de la flota pesquera y artesanal del país.

En el área de la agricultura, es el principal productor de mapuey y aguacate del país, también sobresale en la producción de ocumo, cacao y coco; así como, en café, ñame, cambur y la caña de azúcar. Mientras que en la explotación maderera con un gran potencial por la cantidad de apamates, mijaos, pardillo, balatá y mangle entre otras especies que abundan en la región. Por otra parte ostenta la producción del ron, la elaboración de chocolate, tabaco, cueros, tejidos, artesanía, etc. También cabe destacar, el ensamblaje automotriz y los talleres navales.

Sitios históricos:

- Ruinas del Convento de San Francisco
- Museo de Antropología e Historia del Estado Sucre
- Ruinas del Castillo de Santa María de la Cabeza
- Iglesia de Santa Inés
- Imagen de Santa Inés
- Tienda de artesanías “La Cazuela”
- Ruinas del Palacio de Gobierno
- Casa Natal del poeta Andrés Eloy Blanco
- Ateneo de Aragua
- Castillo de San Antonio de la Eminencia

- Museo Gran Mariscal de Ayacucho
- Casa de la Cultura La Victoria
- Mercado Municipal

Parques Nacionales:

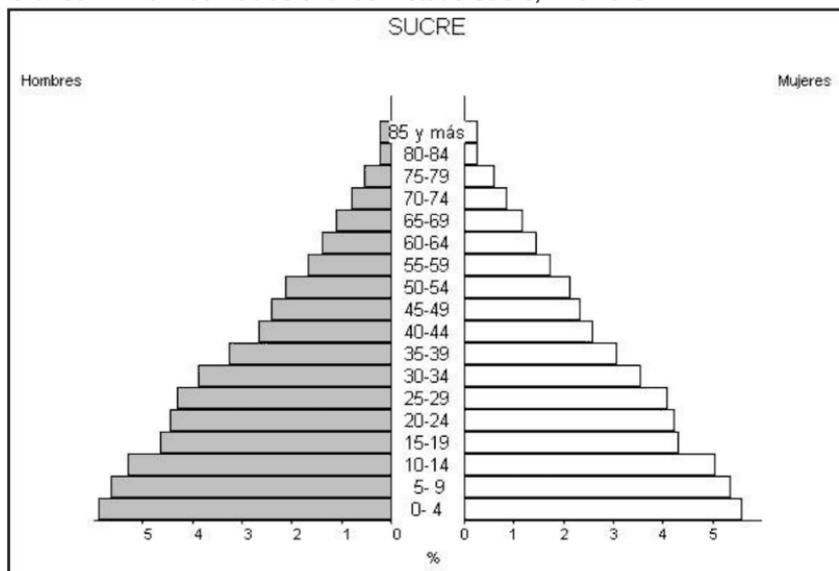
- Parque Nacional Mochima
- Parque Nacional Península de Paria
- Parque Nacional Turuépano

Indicadores Demográficos

El Estado Sucre es la décima entidad federal en número de habitantes, 3,35% en el contexto nacional y la undécima en densidad de población (habitantes/Km²). La población aproximada es de 1.039.717 habitantes (Proyección INE Sucre 2015), (Mujeres: 49,3%; Hombres: 50,7%).

Según los índices demográficos año 2015, el Estado Sucre está representado por una población de carácter progresivo, es decir, tiende a crecer ya que hay suficiente población joven como para reemplazar a la población de más edad (índice de Sundborg). El índice de Friz, así como el Burgdöfer, indican que el estado lo conforma una población joven y su edad media de 28 años sugiere que dicha población está en proceso de maduración. Según su índice de masculinidad, hay 106 nacimientos masculinos por cada 100 nacimientos femeninos. Mientras que su índice Geográfico de Dependencia, indica que por cada 100 personas en edad de trabajar hay 65 personas en edades inactivas.

Por otra parte, el Estado Sucre para el mismo período, según su índice de envejecimiento hay 19 adultos mayores de 65 años por cada 100 niños menores de 15 años y su índice de reemplazamiento de población activa señala que por cada 32 personas que salen de la edad activa (laboral), ingresan 100, además, cuenta con una población laboral joven (estructura de población activa). En relación al índice generacional de ancianos en Sucre por cada 100 personas mayores de 65 años hay 431 personas que podrían hacerse cargo de ellas.

Gráfico 2. Pirámide Poblacional del Estado Sucre, Año 2015.

Elaboración propia de la Sala Situacional – IAE

Fuente de la data: Proyecciones de población Estado Sucre según censo año 2001 (INE)

Cuadro 8. Índices Demográficos del Estado Sucre

Índices	Valor	
Masculinidad	105,6181	
Friz	175,3141	
Sundbarg	65,7542	33,8253
Burgdöfer	21,4332	15,4488
Envejecimiento	19,0904	
Dependencia	64,5710	
Estructura de la población activa	51,7786	
Reemplazamiento de la población activa	32,1187	
Número de hijos por mujer fecunda	47,2041	
Índice generacional de ancianos	430,8698	
Tasa general de fecundidad	9,3668	
Edad media	28,2993	
Edad mediana	24,6079	

En cuanto al índice de número de hijos por mujer fecunda hay 47 niños en edad preescolar por cada 100 mujeres de edad fértil, mientras que la tasa general de fecundidad indica que por cada 100 mujeres en edad fértil hay 9 nacidos.

Indicadores de Condiciones de Vida

La esperanza de vida en el Estado Sucre presenta un incremento. Para el año 1990 los años de vida promedio eran 67,57, mientras que para el 2008 ascienden a 70,78, representando un incremento en 3,21 años, esto significa mejoras en la calidad de vida de sus habitantes, ubicándose a 2,98 puntos por debajo de la esperanza de vida del país en el mismo período.

Por otra parte, el Estado Sucre para el año 1990 presentó un índice de desarrollo humano (IDH) de 0,7209 y para el 2008 fue de 0,7731, demostrando mejoras en la condiciones de salud, educación e ingreso de los pobladores de dicha entidad federal, manteniéndose en el nivel de IDH Mediano Alto.

Con respecto a la Educación, el Estado Sucre presentaba una tasa de alfabetismo de 84,17 por cada 100 habitantes para 1990, mientras que en 2008 la tasa era de 89,40, incrementándose en 5,23 puntos.

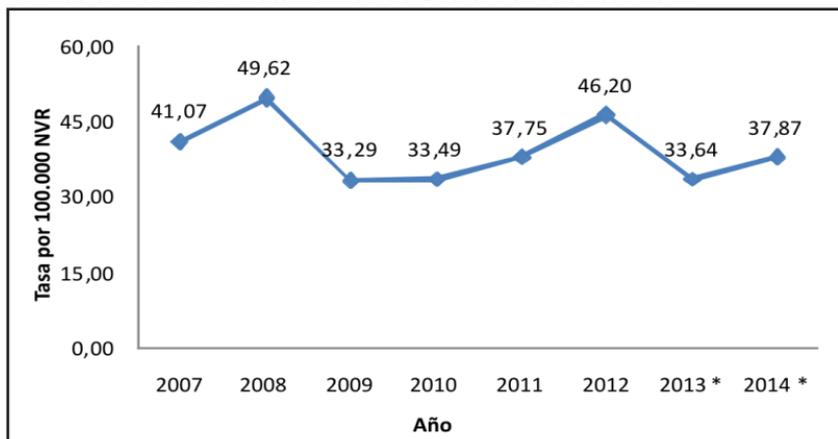
Indicadores de Mortalidad

En el Gráfico 3, se puede observar que en el período 2007-2014 las tasas de mortalidad materna más elevadas fueron alcanzadas en los años 2008 y 2012, mientras que las tasas más bajas se obtuvieron en el 2009, 2010 y 2013. De esta manera, la tendencia es a la disminución, tomando en cuenta la tasa inicial de dicho período (41,07 muertes por cada 100 mil nacidos vivos) y la tasa al cierre del año 2014 (37,87). En el período de 8 años, el estado Sucre presentó un descenso en 3,2 puntos con respecto a la tasa inicial y ubicándose a 36,13 puntos por debajo de la tasa de mortalidad a nivel de país para el 2014.

En el Gráfico 4, se observa una tasa de mortalidad infantil variable con ascensos y descensos en el período 2007-2014,

arrojando las tasas más bajas en los años 2007 y 2010, mientras que las más altas se obtuvieron en el 2008 y del 2012 al 2014. La tendencias de la mortalidad en menores de un año es al aumento en dicho período alcanzando la tasa más alta de 13,72 muertes por cada mil nacidos vivos. En el transcurso de 8 años, el Estado Sucre presenta un ascenso de 3,62 puntos por encima de su tasa inicial y una diferencia menor a un punto (0,01) por encima de la tasa del país en el año 2014.

Gráfico 3. Mortalidad Materna. Estado Sucre. Período 2007-2014.

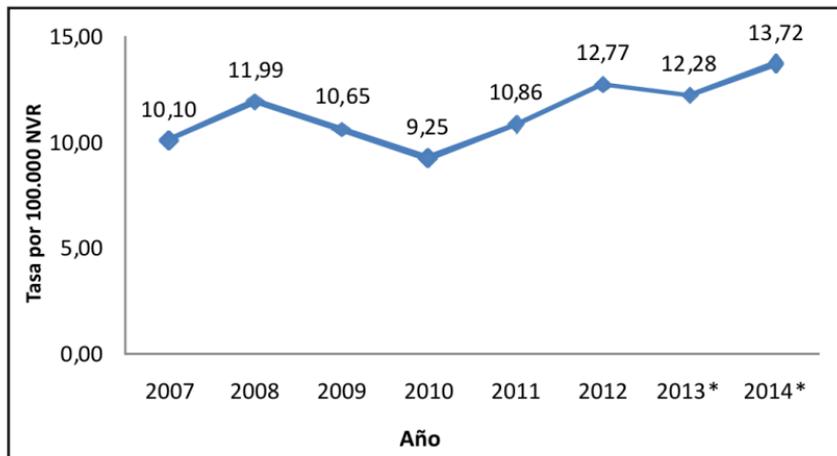


Elaboración propia de la Sala Situacional – IAE

Fuente de los datos:

- MPPS (2007). Anuario de Mortalidad.
- MPPS (2008). Anuario de Mortalidad.
- MPPS (2009). Anuario de Mortalidad.
- MPPS (2010). Anuario de Mortalidad.
- MPPS (2011). Anuario de Mortalidad.
- MPPS (2012). Anuario de Mortalidad.
- *MPPS (2013). Boletín Epidemiológico. Semana N° 52.
- *MPPS (2014). Boletín Epidemiológico. Semana N° 53.

Nota: Debido a que aún no se dispone de los Anuarios de Mortalidad año 2013 y 2014, se hace uso de la data del Boletín Epidemiológico del MPPS última semana epidemiológica de dichos años, con el fin de realizar el análisis de la tendencia de mortalidad materna del Estado Sucre en el período 2007 – 2014.

Gráfico 4. Mortalidad Infantil. Estado Sucre. Período 2007-2014.

Elaboración propia de la Sala Situacional – IAE

Fuente de los datos:

- MPPS (2007). Anuario de Mortalidad.
- MPPS (2008). Anuario de Mortalidad.
- MPPS (2009). Anuario de Mortalidad.
- MPPS (2010). Anuario de Mortalidad.
- MPPS (2011). Anuario de Mortalidad.
- MPPS (2012). Anuario de Mortalidad.
- * MPPS (2013). Boletín Epidemiológico. Semana N° 52.
- * MPPS (2014). Boletín Epidemiológico. Semana N° 53.

Nota: Debido a que aún no se dispone de los Anuarios de Mortalidad año 2013 y 2014, se hace uso de la data del Boletín Epidemiológico del MPPS última semana epidemiológica de dichos años, con el fin de realizar el análisis de la tendencia de mortalidad infantil del Estado Sucre en el período 2007 – 2014.

Fuente:

INE (2013). Síntesis Estadística Estatal. Consultado el 05 de Marzo de 2013 de: <http://www.ine.gov.ve/documentos/see/sintesisestadistica2013/estados/sucre/Index.htm>

INE (2013). Indicadores Sociales. Consultado el 05 de Marzo de 2013 de: <http://www.ine.gov.ve/documentos/Social/IndicedeDesarrolloHumano/html/IDHEntFed90.html>

INE (2013). Indicadores Sociales. Consultado el 05 de Marzo de 2013 de: <http://www.ine.gov.ve/documentos/Social/IndicedeDesarrolloHumano/html/IDHEntFed08.html>

INAMEH (2014). Estadísticos Básicos de Precipitación, Temperatura y Humedad. Consultado el 09 de septiembre de 2014 de: http://www.inameh.gov.ve/documentos/ESTADISTICOS_BASICOS_TyHR_EXTREM.pdf

DIRECTORIO ACADÉMICO S.A. IAE “DR. ARNOLDO GABALDON”

Dirección Ejecutiva
Dr. Joel Caraballo

Dirección de Postgrado
Dr. Benny Suarez

Dirección de Investigación
Dra. María Naranjo

Dirección de Interacción Social
Lcda. Tibisay Padrino

Coordinación del Área de Epidemiología
Lcda. Marlene Salazar

Coordinación de Gestión en Salud Pública
Soc. Yvonne Guédez

Coordinación de Salud Ocupacional
e Higiene del Ambiente Laboral
MSc. Cesmagly Martínez

Coordinación de Medicina General Integral
Esp. Julian Díaz

www.iaes.edu.ve

Maracay , estado Aragua - Venezuela