

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

ESCUELA DE POSGRADO



=====

**“CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN PRÁCTICA DE MEDIDAS DE
BIOSEGURIDAD, PERSONAL PROFESIONAL DEL SERVICIO DE
CIRUGÍA Y MEDICINA HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
MEDRANO DE HUÁNUCO – 2015”**

=====

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CIENCIAS DE LA SALUD

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN SALUD
PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA**

TESISTA: JUDITH MARÍA GALARZA SILVA

ASESOR: Mg. FLORIAN FABIAN FLORES

HUÁNUCO – PERÚ

2017

DEDICATORIA

El presente trabajo dedico en primer lugar a DIOS, por darme la vida, la oportunidad de seguir mis sueños y guiarme por el buen camino, a mis padres y hermanas por su apoyo incondicional, su amor y por los consejos que me brindan para ser cada día mejor.

AGRADECIMIENTO

El autor del presente trabajo expresa sus agradecimientos:

A Dios quien es mi guía y mi fortaleza.

A mi familia por ser mi sostén y por su amor incondicional.

A mis colegas, que son mis amigos y hermanos, siempre estaremos juntos.

A la UNHEVAL por su apoyo para realizar el trabajo.

A los estudiantes universitarios por su paciencia y su gran aporte.

RESUMEN

Objetivo.

Establecer la relación entre el conocimiento y la práctica de bioseguridad del personal de enfermería en la atención del paciente en el servicio de medicina.

Métodos.

Se aplicó un diseño descriptivo, Correlacional y prospectivo el que se efectuó durante el año 2015 en el Servicio de medicina Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco, Se seleccionó por Muestreo Aleatorio Simple a 6 Profesionales de enfermería a quienes se les aplicó el cuestionario de manera satisfactoria para determinar el conocimiento de bioseguridad y compararlos con la práctica de bioseguridad durante la atención del paciente adulto a través de una guía de observación estructurada.

Resultados.

En cuanto se refiere a la relación entre la aplicación integral de las medidas de bioseguridad y el dominio de la bioseguridad ante riesgos mínimos, se encontró una asociación lineal de $r=0.893$ lo que indica que existe una relación significativa entre estas dos variables.

Los dominios en la aplicación de las medidas de bioseguridad en riesgos considerables y la aplicación integral de bioseguridad de los enfermeros/as del servicio de pediatría no están correlacionadas adecuadamente, es decir las enfermeras presentan buen dominio de la bioseguridad, sin embargo las prácticas no son las adecuadas ($r = 0.782$, $P \leq 0.066$.)

La relación entre los dominios en las medidas de bioseguridad en riesgos altos y la aplicación integral de bioseguridad de los enfermeros/as del servicio de medicina de igual forma no guarda correlación adecuada, observándose buen nivel

en los dominios pero que estos no influyen en las prácticas de bioseguridad ($r=-0,239$, con una $t(4)=0,493$, $P=0.648$).

En la fuerza global de la asociación entre las variables predictoras (dominio de bioseguridad ante riesgos mínimos, riesgos considerables y riesgos altos) y el criterio (aplicación integral de bioseguridad), se encontró que el 59.1 % de la varianza de la variable aplicación integral de bioseguridad por los enfermeros/as en estudio está predicha por las variables: dominio de bioseguridad ante riesgos mínimos, riesgos considerables y riesgos altos.

Al observar la importancia relativa de cada variable predictoras (dominio de bioseguridad ante riesgos mínimos, riesgos considerables y riesgos altos) comparando los coeficientes BETA (en valor absoluto) se encontró, que la importancia de dominio de la bioseguridad ante riesgos mínimos es superior a la de riesgos considerables y riesgos altos, al predecir la aplicación integral de bioseguridad.

Conclusiones.

En este estudio se encontró correlación significativa entre la aplicación de la bioseguridad ante riesgos mínimos con los dominios de bioseguridad; la aplicación de la bioseguridad ante riesgos considerables y altos no guardan relación con los dominios que cuentan los enfermeros en estudio, es decir se evidencia buen dominio en el conocimiento de la bioseguridad, pero las prácticas no tienen la misma dimensión.

En consecuencia se requiere de mayores compromisos institucionales para el despliegue de facilidades y supervisión del cumplimiento de las normas de bioseguridad, así como del compromiso por un servicio de calidad total al usuario del servicio de pediatría en el centro de salud en estudio.

ABSTRACT

Objective.

To establish the relationship between knowledge and biosafety practice of nursing staff in the care of the patient in the medical service.

Methods.

A descriptive, Correlational and prospective design was applied that was carried out during the year 2015 in the Regional Hospital Medicine Service of Hermilio Valdizán de Huánuco. A random random sample was selected to 6 nursing professionals to whom the questionnaire was applied satisfactorily To determine the knowledge of biosafety and to compare them with the practice of biosafety during the care of the adult patient through a guide of structured observation.

Results.

As regards the relationship between the full application of biosecurity measures and the biosecurity domain to minimum risks, a linear association of $r = 0.893$ was found which indicates that there is a significant relationship between these two variables.

The domains in the application of biosafety measures at considerable risks and the comprehensive biosafety application of the nurses of the pediatrics service are not adequately correlated, ie nurses have a good mastery of biosafety, however the practices are not The appropriate ones ($r = 0.782$, $P \leq 0.066$.)

The relationship between domains in high risk biosecurity measures and the comprehensive application of biosafety of medical service nurses is similarly uncorrelated, with a good level observed in the domains, but these do not influence practices Of biosafety ($r = -0.239$, with a $t(4) = 0.493$, $P = 0.648$).

In the global strength of the association between the predictive variables (biosecurity domain with minimum risks, considerable risks and high risks) and criterion (integral application of biosecurity), it was found that 59.1% of the variance of the variable

integral application of Biosecurity by the nurses under study is predicted by the variables: biosecurity domain to minimum risks, considerable risks and high risks. By observing the relative importance of each predictor variable (biosecurity domain to minimum risks, considerable risks and high risks) comparing BETA coefficients (in absolute value) was found, that the importance of mastery of biosafety to minimum risks is higher than Of considerable risks and high risks, in predicting the integral application of biosafety.

Conclusions.

In this study, a significant correlation was found between the application of biosecurity to minimum risks with biosecurity domains; The application of biosafety to considerable risks and high are not related to the domains that the nurses in study, that is to say a good mastery in the knowledge of biosafety, but the practices do not have the same dimension.

Consequently, greater institutional commitments are required for the deployment of facilities and supervision of compliance with biosecurity norms, as well as the commitment for a total quality service to the user of the pediatric service in the health center under study.

ÍNDICE

	Página.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	iv
Abstract	vi
Introducción	x

CAPÍTULO I**EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1. Descripción del problema.	12
1.2. Formulación del problema.	13
1.3. Objetivo general y objetivo específico.	13
1.3.1. Objetivo general	13
1.3.2. Objetivo específico.	13
1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis.	14
1.4.1. Hipótesis General	14
1.4.2. Hipótesis Específica.	14
1.5. Variables	14
1.6. Justificación e importancia	17

CAPÍTULO II**MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes	19
2.2. Bases teóricas	20
2.3. Definiciones conceptuales	36

CAPÍTULO III**MARCO METODOLÓGICO**

3.1. Tipo de investigación	39
3.2. Diseño de Investigación	39
3.3. Población y muestra	40
3.4. Instrumento de recolección de datos	40
3.5. Presentación de datos	40

CAPÍTULO IV**RESULTADOS**

4.1. Presentación y análisis de resultados	41
--	----

CAPÍTULO V**DISCUSIÓN DE RESULTADOS.**

5.1. Discusión de resultados	72
CONCLUSIONES	82
RECOMENDACIONES	86
BIBLIOGRAFÍA	88
ANEXOS	90
NOTA BIOGRÁFICA	98

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de Investigación resultó de la observación sostenida durante nuestra experiencia laboral como los Enfermeros Asistenciales que desarrollamos en las diferentes “Instituciones de Salud” de la localidad de Huánuco, en donde nos pudimos percatar de la presencia de infecciones intrahospitalarias y de enfermedades transmisibles que contrae el paciente y el profesional de salud en su centro de trabajo el que se traduce de prácticas inadecuadas de las medidas de Bioseguridad.

La investigación del que damos cuenta tiene como título “CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE BIOSEGURIDAD DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO”, es un trabajo correccional cuyo objetivo general fue determinar la asociación que existe entre los conocimientos que dispone los enfermeros/as en el Servicio de Medicina del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano con las practicas integrales de bioseguridad durante los cuidados de enfermería.

Para efectos del estudio se ha dividido en siete capítulos:

En el primero se aborda el problema, los subproblemas, los objetivos, la justificación y las limitaciones.

En el segundo capítulo se présenla el marco teórico y conceptual.

En el tercer capítulo se expone la metodología de la investigación la cual está compuesta de las siguientes partes tipo de investigación, universo, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y técnicas de procesamiento y análisis de los datos.

En el cuarto capítulo se presenta los resultados.

En el quinto capítulo se expone, la discusión de los resultados

En el sexto capítulo se presenta las conclusiones y recomendaciones obtenidas en la presente investigación

Consideramos haber alcanzado el propósito de la investigación el que se orienta a la toma de conciencia por el personal de salud frente a los cuidados que brinda con mayor compromiso en la aplicación de las medidas de bioseguridad, así como el apoyo rotundo de las autoridades sanitarias en la provisión de facilidades y liderazgo en la garantía de la calidad de atención hacia una acreditación hospitalaria.

LA AUTORA

CAPITULO I

I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Profesional de Enfermería, al realizar sus actividades está expuesta permanentemente a una gran variedad de flora microbiana presente en el ambiente de trabajo y corre el riesgo de infectar o ser infectado si no cumple con las medidas de Bioseguridad.

En la actualidad las medidas de bioseguridad se vienen incorporando con bastante énfasis en el desempeño de los profesionales de salud. En la última década se ha venido desarrollando a nivel de los países desarrollados una revolución con el descubrimiento de nuevas tecnologías acorde con el avance científico, aspectos que van repercutiendo en los países en vías de desarrollo, que por sus limitaciones económicas y la crisis social que presentan van incorporando en forma paulatina, una cultura de calidad reorientando los antiguos enfoques en el proceso de atención de salud, identificando problemas y formulando alternativas de solución para satisfacer las necesidades de los usuarios.

Por la naturaleza del trabajo con pacientes y muestras biológicas que potencialmente puede causar daño, el personal de salud se encuentra en permanente exposición a las enfermedades o a daños accidentales, lo cual plantea una situación preocupante del enfermero que labora en el ambiente hospitalario.

El Enfermero, no está ajeno a esta realidad, pues se ha observado con mucha preocupación que no cumple adecuadamente con las normas de bioseguridad, a pesar de que los pacientes deben ser considerados en su totalidad como portadores potenciales de enfermedades infectocontagiosas, más aun sabiendo que existe una alta prevalencia de Tuberculosis Pulmonar e Infecciones de Transmisión Sexual y Hepatitis B en los pacientes que acuden a este nosocomio.

A la observación, el uso de materiales necesarios para la protección del personal (guantes, batas, mascarillas) es escaso en el servicio. El profesional de enfermería utiliza

como rutina el mandilón desde el momento que ingresa a su servicio hasta la culminación de su turno sin discriminar el diagnóstico o procedimiento que pudieran realizar con los pacientes; del mismo modo el personal técnico utiliza este método de protección solo en el momento del tendido de camas, mas no así en procedimientos que requieran de su uso. Las capacitaciones son permanentes, pero sin embargo se observa en la práctica cuando se brinda los cuidados no cumplen con las medidas de bioseguridad en su totalidad.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el conocimiento y aplicación práctica de medidas de bioseguridad, del personal profesional del servicio de medicina Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco -2015?

1.3. OBJETIVOS:

1.3.1. Objetivo General:

Determinar la relación entre nivel de conocimientos y aplicación práctica de las medidas de Bioseguridad del profesional de enfermería del servicio de medicina hospital regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco -2015

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar las características generales de la muestra en estudio
- Evaluar con valores correctos e incorrecto los conocimientos de bioseguridad con que cuentan los Enfermeros /as en estudio.
- Medir las prácticas de bioseguridad aplicados durante los cuidados de Enfermería.
- Determinar la relación entre los dominios de la bioseguridad y la práctica de bioseguridad.

1.4. HIPÓTESIS GENERAL

- **H1.** Existe relación significativa entre los dominios de bioseguridad y la práctica de bioseguridad durante los cuidados de Enfermería de los enfermeros/as en estudio.
- **H0.** No existe relación significativa entre los dominios de bioseguridad y la práctica de bioseguridad durante los cuidados de Enfermería de los enfermeros/as en estudio.

1.5. HIPÓTESIS ESPECIFICA

- **H1.** Los enfermeros/as en estudio tienen conocimientos suficientes sobre bioseguridad durante los cuidados de Enfermería.
- **H0.** Los enfermeros/as en estudio no tienen conocimientos suficientes sobre bioseguridad durante los cuidados de Enfermería.
- **H1.** Los enfermeros/as en estudio realizan prácticas adecuadas sobre bioseguridad durante los cuidados de Enfermería.
- **H0.** Los enfermeros/as en estudio no realizan prácticas adecuadas sobre bioseguridad durante los cuidados de Enfermería.

1.6. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

1.6.1. Variables:

Variable Independiente (causa) → Conocimiento de Bioseguridad.

Variable Dependiente (efecto) → Aplicación práctica de bioseguridad.

1.6.2. Variables Intervinientes:

- Edad
- Sexo
- Tiempo de servicio
- Número de capacitaciones
- Capacidad Instalada

1.6.3. Operacionalización de variables:

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	INDICADORES
<p>V. Independiente (Causa) Nivel de conocimiento</p>	<p>Nivel, es el lugar, sitio que alcanza una persona u objeto de acuerdo a su importancia. Conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto,</p>	<p>Bueno</p> <p>Regular</p>	<p>- Denota aprobación. - Ajustar el funcionamiento de un sistema a determinados fines. Determinar las reglas o normas a que debe ajustarse alguien o algo.</p>	<p>1. Definición de medidas de bioseguridad. Tipos de lavados de manos. Tiempo requerido para frotado de manos. Pasos de frotado de mano. Indicaciones para el lavado de manos clínico. Uso de guantes. Uso de ropa protectora. Uso de preparación adecuado de soluciones de cloruro. Indique el antiséptico ideal. Esterilización de objetos contaminados</p> <p>0. Tiempo y temperatura necesaria para la esterilización en estufa.</p> <p>1. Residuos sólidos biocontaminados, 2. Eliminación de jeringas y agujas descartables. 3. Desechos líquidos contaminados.</p> <p>1. LAVADO DE MANOS ADECUADAMENTE Tiempo para lavado de manos clínico. Secado de manos</p> <p>Cierra la manija de la caña con toalla descartable. Utiliza antiséptico No lleva reloj, anillo durante lavado de manos. Tiene las uñas cortas y limpias.</p> <p>2. VERIFICACIÓN DE LAVADO DE MANOS Antes y después de examinar al paciente. Después de utilizar objetos contaminados. Luego de tener contacto con líquidos corporales.</p> <p>3. USOS DE SOLUCIONES ANTICEPTICAS Luego de utilizar el estetoscopio, termómetro.</p> <p>4. ELIMINACIÓN DE DESECHOS SÓLIDOS CONTAMINADOS</p>	<p>- Nominal</p> <p>- Nominal</p> <p>- Ordinal</p> <p>- Nominal</p> <p>- Nominal</p> <p>- Nominal</p> <p>- Nominal</p> <p>- Nominal</p> <p>- Nominal</p> <p>- Ordinal</p> <p>- Nominal</p> <p>- Ordinal</p> <p>- Nominal</p> <p>- Nominal</p> <p>- Nominal</p> <p>- Nominal</p> <p>- Ordinal</p>
<p>V. Dependiente (Efecto) Aplicación práctica de medidas de bioseguridad.</p>	<p>- Emplear, administrar o poner en práctica un conocimiento, medida o</p>	<p>Malo</p>	<p>- Para reprobar algo, o para significar que ocurre inoportunamente, infunde sospechas o es contrario a un fin determinado.</p>		

	<p>principio, a fin de obtener un determinado efecto o rendimiento en alguien o algo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acción y efecto de dedicar o dedicarse. - Conjunto de medidas preventivas que tiene como objetivo proteger la salud y la seguridad del personal. <p>Y de los pacientes frente a diferentes riesgos.</p> <p>Universalidad: Asume que toda persona está infectada, sus fluidos y todos los objetos que han usado son potencialmente infectantes.</p> <p>Uso de Barreras: No evitan los accidentes, pero disminuyen el riesgo de contacto con fluidos o materiales infectados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuada - Inadecuada - Indeciso 	<ul style="list-style-type: none"> - Acomodado a una cosa, apropiado. - No adecuado - Que tiene dificultad para decidirse, dudoso, incierto. 	<p>Evitar colocar la cubierta protectora de agujas.</p> <p>Los desechos biocontaminados (gasas, torundas, etc.) los coloca en bolsa roja.</p> <p>5. ELIMINACIÓN DE DESECHOS LIQUIDOS CONTAMINADOS</p> <p>Los desechos líquidos lo trata con solución de cloro. Antes de su eliminación.</p> <p>6. PASOS PARA EL LAVADO DE MANOS CLINICO</p> <p>Frotar enérgicamente.</p> <p>Frotar dorso c/d</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Palma c/palma 4. Dedos flexionad. 5. Pulgar izquierdo 6. Yema de dedos. <p>7. USO DE BARRERAS PROTECTORAS</p> <p>Guantes Mandilón Mascarilla Lentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nominal - Nominal - Ordinal - Ordinal - Nominal - Nominal - Nominal - Nominal - Nominal
--	--	--	---	---	---

1.7. JUSTIFICACIÓN:

La deficiente aplicación práctica de medidas preventivas en los Enfermeros, constituyen un riesgo potencial para producir infecciones ocupacionales e infecciones cruzadas para los pacientes hospitalizados. Así mismo en estas dos últimas décadas se han incrementado enfermedades infecciosas potenciales en su propagación, de características epidemiológicas relacionadas a prácticas deficientes de Bioseguridad en el personal de salud, cuyos resultados permiten tomar acciones en diferentes niveles, para su corrección oportuna, capacitación y actualización de normas de Bioseguridad en el personal en el actual centro, así como hacer énfasis a los recursos humanos en formación sobre la problemática y hacer partícipe en la responsabilidad de evitar infecciones intra hospitalarias por deficiencia en la aplicación práctica de Bioseguridad.

Se estima que en Estados Unidos las infecciones intrahospitalarias ocurren en por lo menos 5% de los pacientes hospitalizados; en el Perú estudios realizados desde la década del 90 reportan tasas que van desde el 8% hasta el 30% dependiendo de los hospitales, servicios e intervenciones previas a los estudios. El impacto económico de estas ha sido estimado, por ejemplo, en el Hospital Rebagliati en el orden de los nueve millones de dólares anuales, que incluye el costo por cama, prolongación de estancia y el costo de los antibióticos utilizados.

En esta perspectiva es importante considerar el estudio sobre los conocimientos y aplicación práctica de las normas de bioseguridad de mucha utilidad, no solamente como contribución al conocimiento de lo que está ocurriendo en dicho centro; sino también, constituye la base para la planificación de intervenciones con el objetivo de mejorar el desempeño del personal para la atención del paciente; así mismo mejorar las prácticas del personal redundan en una mayor protección del mismo.

Por todo ello el presente estudio, tiene la finalidad de saber cuánto conoce el personal profesional de Enfermería sobre medidas de bioseguridad y si aplican o no correctamente dichas medidas. No se trata solamente de dar a conocer los problemas puntuales mencionados; hay que tener una mirada estratégica para postular

modificaciones que conlleven a una atención de salud de calidad, y con ello motivar el conocimiento y práctica de las mismas, sensibilizar a los trabajadores a tomar conciencia de la importancia que significa, así mismo incentivar a las autoridades de la institución desarrollar programas de capacitación, proporcionar elementos necesarios para la protección de su personal, fomentar la creación de un programa de salud ocupacional; todo ello con el propósito de mejorar la calidad de atención al paciente. Además este estudio servirá de base para futuros estudios de investigación.

CAPITULO II

II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del estudio

A Nivel Nacional

- Aedo Farfán, Diomar, en el trabajo (1999) ***“BIOSEGURIDAD: CONOCIMIENTOS Y APLICACIÓN PRÁCTICA PARA LA PREVENCIÓN DE LA HEPATITIS B DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE TINGO MARÍA”***; llegando a las siguiente conclusión:

El mayor porcentaje del personal de enfermería tiene un nivel de conocimientos deficiente y un mínimo porcentaje conocimiento regular, no encontrándose conocimiento bueno; concluyendo que a conocimiento deficiente practica deficiente.¹

“EVALUAR EL CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA”; llegó a la siguiente conclusión que:

Existe un alto grado de conocimiento de las normas de bioseguridad por el personal profesional y técnico de enfermería, sin embargo, el cumplimiento por parte del personal profesional y técnico de las normas de bioseguridad es en promedio (30-60%).²

- En Ayacucho compararon el nivel de conocimientos y actitudes de los médicos y paramédicos de los hospitales de Ayacucho, (1997); **“CONOCIMIENTOS DE BIOSEGURIDAD EN RELACIÓN AL VIH/SIDA”** llegaron a la conclusión:

- Hospital Nacional de Ayacucho (2002),

Un buen nivel de conocimientos en ambos lugares y en los distintos grupos ocupacionales y que los conocimientos están relacionados con las actitudes en ambos hospitales.³

1 Aedo Farfán, Diomar, en el trabajo “bioseguridad: conocimientos y aplicación práctica”2009.

2 Hospital Nacional Ayacucho 2002.

³ Hospital Ayacucho Nacional , en 1997

A Nivel Internacional

- *“Gestión Integral de Residuos sólidos Peligrosos y Cumplimiento de Normas de Bioseguridad en Laboratorios de Tanatopraxia”*. 2000 El 98% conocían los factores de riesgo ocupacionales; sin embargo el 60% de ellos no se protegían adecuadamente. Además los esquemas de vacunación contra hepatitis B estaban incompletos.⁴

- Una monografía que compara una funerarias de Medellín Colombia, (2000), respecto **“A accidentes corto punzantes con material patogénico”**, encontró accidentes en el personal de enfermería del sector privado (10%) en mayor proporción con respecto al personal de enfermería del sector público (8%); siendo lo contrario al comparar tasa de accidentes en médicos residentes del sector público (3%) con el privado (1%); sin embargo, lo mas llamativo fue con el personal de limpieza y recolectores de residuos, con tasa de 58 % en institución pública y tan sólo 10 % en institución privada; esto indica que no se está implementando las medidas de bioseguridad y proporcionando los implementos necesarios de protección a los trabajadores.⁵

- Un estudio entre las clínicas odontológicas de la región metropolitana de Santiago de Chile, demostró que 74,3% del personal odontológico tiene conocimiento del Manual de Normas de Bioseguridad y 79% consideró muy necesario su aplicación; sin embargo, un tercio del equipo declaró haber tenido algún accidente laboral en los últimos seis meses.⁶

A Nivel Local: Según Valdivia Meza, J. (2003); En su trabajo **“Nivel de conocimiento de medidas de bioseguridad” en los trabajadores asistenciales del Class Las Moras** Llego a la conclusión: Que el nivel de conocimiento sobre de medidas de bioseguridad es bajo.⁷

2.2. Bases teóricas

Los **antecedentes** acerca de las medidas para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas datan de siglos. El concepto de higiene de las manos surge en el siglo XIX;

cuando en 1822 un farmacéutico francés demostró que las soluciones cloradas erradicaban la totalidad de los olores asociados con los cuerpos. En 1878, Luis Pasteur presenta su informe “Teoría de los gérmenes y su aplicación en la medicina y la cirugía”; durante los años siguientes los científicos continuaron identificando bacterias y su relación con las enfermedades. Décadas después en 1961 el servicio para la salud pública de los Estados Unidos, produce una película con las recomendaciones y técnicas para el lavado de manos recomendado para los trabajadores de salud.

Posteriormente se difundieron normas más completas que no sólo abarcaban el lavado de manos; las más difundidas hasta hoy, son las propuestas por el Centro de Enfermedades (CDC), de la India, Georgia, en el manual sobre “Técnicas de aislamiento para uso en hospitales”, publicado en 1970 y modificado en 1980.

Ante la pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) surgen en 1960 las “**precauciones universales**” con los pocos datos que se conocían sobre la mortal enfermedad. Al mismo tiempo una nueva categoría de aislamiento denominada “**precauciones para sustancias corporales**” fue propuesta. En 1960 se publicaron nuevas guías para aislamiento de tuberculosis.

Se publicó en 1970 las **Precauciones estándar y los sistemas de aislamiento** las cuales cubren todas las posibilidades de transmisión.

PRECAUCIONES ESTÁNDAR Y SISTEMAS DE AISLAMIENTO:

Para el uso apropiado de las precauciones estándar y sistemas de aislamiento, las siguientes recomendaciones han sido categorizadas de acuerdo con la fundamentación científica que las avala

- **Categoría IA.** Recomendada y apoyada en estudios bien diseñados.
- **Categoría IB.** Recomendada por expertos en el área como efectiva, sin estudios científicos que lo avalen.
- **Categoría IIB.** Se sugiere su implementación pero podría no ser aplicable en todos los hospitales. Sin recomendación, no hay consenso que sugiera eficacia.
- **Precauciones estándar.**

Las precauciones estándar son el resultado de la combinación de las precauciones universales y las precauciones para sustancias corporales.

Son medidas que buscan proteger a pacientes, familiares y trabajadores de la salud, de infecciones que pudieran adquirir a través de las diferentes vías de entrada durante la ejecución de actividades y procedimientos cotidianos en la atención de pacientes. Las precauciones incluyen lo siguiente:

- Lavado de manos
- Uso de guantes
- Uso de bata
- Uso mascarilla y gorroz.
- Manejo de material punzocortante
- Manejo de ropa sucia
- Manejo de equipo , material e instrumental

Lavado de manos

Es la medida mas económica, sencilla y eficaz para prevenir infecciones intrahospitalarias, su importancia radica en que las manos son el instrumento mas importante que se tiene, sin embargo, puede servir como vehículo para transportar gérmenes, ya sea, del trabajador al paciente, del paciente al trabajador, y del paciente a paciente a través del trabajador.

En las manos existen 2 tipos de flora:

☞ ***Flora transitoria (llamada también flora contaminante o no colonizante);*** Son microorganismos que pueden ser aislados de la piel pero que no demostraron estar consistentemente presentes en la mayoría de las personas. Esta flora es considerada transitoria, pero está involucrada en la rápida transmisión por las manos, a menos que sea removida por la fricción mecánica de agua y jabón o destruida por la fricción con un antiséptico. Algunos microorganismos, particularmente Gram negativos como la *Escherichia coli*, sobreviven pobremente en la piel y son considerados flora transitoria. También organismos como el *Staphylococcus aureus*, que se puede adquirir de pacientes colonizados o del medio ambiente contaminado, puede estar en la piel como flora transitoria.

☞ **Flora residente (también llamada flora colonizante);** Son los microorganismos persistentemente aislados de la piel de la mayoría de las personas. Estos microorganismos son considerados como permanentes residentes de la piel y no son rápidamente removidos por la fricción mecánica. La flora colonizante incluye el *Staphylococcus coagulasa* negativo, miembros del género *Corynebacterium*, *Acinetobacter*; especies y probablemente ciertos miembros de la familia de las enterobacterias. Esta flora microbiana sobrevive y se multiplica en las capas superficiales de la piel.

TIPOS DE LAVADO DE MANOS:

- **Lavado social:** Se define como un frote breve de todas las superficies de las manos con jabón, seguido de enjuague al chorro de agua. Su objetivo es remover la suciedad por arrastre.
- **Lavado clínico:** Se define como un frote breve y enérgico de todas las superficies de las manos con una solución jabonosa anti-microbiana, de rápida acción, no irritante diseñada para el uso frecuente; seguido de enjuague al chorro de agua. Busca remover la suciedad, el material orgánico y disminuir la concentración de la flora transitoria, adquirida por contacto reciente con pacientes.
- **Lavado quirúrgico:** Se define como un frote enérgico de todas las superficies de las manos hasta los codos con una solución antimicrobiana, seguido de enjuague al chorro de agua. Busca eliminar, la flora transitoria y disminuir la concentración de bacterias de la flora residente.
- **Sanitización:** es el lavado seco de manos, que se realiza con soluciones tópicas, sin la necesidad de utilizar pileta, agua jabón y toallas. Se define como un frote breve con una solución antiséptica a partir de alcohol y emolientes, buscando destruir los microorganismos de la flora bacteriana transitoria, adquiridos recientemente por contacto directo con pacientes, familiares u objetos contaminados y disminuir la flora residente. Siempre y cuando las manos se encuentren limpias y sin contaminación con material orgánico.

Indicaciones del lavado de manos:**Lavado clínico:**

- ☞ Al llegar y al salir del hospital.
- ☞ Antes y después de los siguientes procedimientos: procedimiento invasivo como colocación de un catéter vascular periférico, catéter urinario o toma de muestras, etc.
- ☞ Medir presión nerviosa central o monitoreo de presión intra vascular.
- ☞ Curación de heridas.
- ☞ Preparación de soluciones parenterales.
- ☞ Administrar medicación parenteral.
- ☞ Aspirar secreciones de vías respiratorias.
- ☞ Administrar y/o manipular sangre y sus derivados.
- ☞ Antes y después de estar en contacto con pacientes potencialmente infectados.
- ☞ Después de hacer uso sanitario toser, estornudar o limpiarse la nariz.
- ☞ Antes del contacto con pacientes inmunodeprimidos por alteraciones en la inmunidad humoral o celular o con alteraciones de la integridad de la piel y mucosas (quemados, escaras, heridas), o con edades extremas.

Lavado quirúrgico:

- ☞ Antes de cada cirugía.
- ☞ Antes de cada procedimiento invasivo con incisión en piel.

Sanitización:

- No se recomienda en caso de exposición a secreciones excreciones y fluidos corporales.
- Antes y después de la preparación de soluciones parenterales.
- Antes de administrar medicación parenteral.
- Antes y después de medir presión venosa central o monitoreo de presión intravascular.
- Antes y después de manipular equipos de respiración artificial.
- Antes y después del contacto con pacientes inmunodeprimidos por alteraciones en la inmunidad humoral o celular o con alteraciones de la integridad de la piel y mucosas (quemados, escaras, heridas), o con edades extremas.

Técnica del lavado de manos:**Lavado clínico:**

- ☞ Use agua y jabón antimicrobiano líquido.
- ☞ Mojar las manos con agua, use 1 aplicación de jabón, fregar enérgicamente por 15-30", **siguiendo los siguientes pasos:** (útiles para cualquier tipo de lavado de manos):

Paso 1: Palma con palma

Paso 2: Palma derecha sobre dorso de mano izquierda y viceversa.

Paso 3: Palma con palma intercalando los dedos.

Paso 4: Dedos flexionados de mano derecha sobre dorso de mano izquierda y viceversa.

Paso 5: Pulgar izquierdo con mano derecha y viceversa.

Paso 6: Yema de dedos de mano derecha sobre palma de mano izquierda y viceversa.

- Enjuagar con abundante agua.
- Las manos se secan con toallas de papel desechables.
- Para el cierre de la llave use el mismo papel toalla, para evitar la re contaminación.

Lavado quirúrgico:

- ☞ Se usara agua y jabón antimicrobiano líquido (Clorhexidina).
- ☞ La llave se accionara con pedal o con el codo o célula fotoeléctrica.
- ☞ Mojar las manos con agua, aplicar el jabón, restregar enérgicamente por un periodo de cinco (5) minutos en el primer lavado y de tres (3) minutos en los lavados siguientes.
- ☞ Cubrir todas las superficies de manos y dedos, llegando hasta encima del pliegue de los codos.
- ☞ Enjuagar con abundante agua.
- ☞ Durante el procedimiento se recomienda mantener los brazos hacia arriba favoreciendo el escurrimiento hacia los codos.
- ☞ Se utilizara compresa estéril para el secado de manos, dedos y brazo.

Sanitización:

- * Aplique y esparza 1 aplicación de alcohol glicerinado. En la superficie de las manos incluyendo el área interdigital por 10 segundos.
- * Deje secar al aire del ambiente.⁸

Utilización de productos para el lavado de manos:

- ☞ Si el jabón es en barra; cortarlo en pequeños pedacitos y descartarlo después de cada uso.
 - ☞ Si el jabón está en dispensadores, éstos deben ser descartables preferentemente. Si el envase no es descartable, debe ser vaciado cada 24 horas, lavado, enjuagado y secado antes de volver a llenarlo. Esta práctica es difícil de controlar y se han documentado epidemias por la contaminación de los jabones en envases rellenos, aunque sean antimicrobianos.
 - ☞ Las piletas de lavado de manos deben ser profundas, amplias, de superficies lisas, no porosas, en lo posible de acero inoxidable ya que es un material noble cuyo acabado final no se salta ni cuarteo, y de puntas redondeadas. Las cañerías deben proveer agua tibia. Si el regulador de temperatura no es central, deben tener cañerías mezcladoras. El agua muy fría o muy caliente favorece la irritación de la piel.
 - ☞ Las toallas deben ser descartables, de papel resistente, y estar colocadas en dispensadores adecuados que permitan la extracción o el corte sin necesidad de manipularlas.
 - ☞ Algunos jabones comunes tienen adicionado un agente químico; esto es para conservar el jabón pero no tiene acción antiséptica.
 - ☞ Siempre tener en cuenta la concentración recomendada de los jabones antisépticos, ya que su actividad es fórmula dependiente. (Gluconato de clorhexidina (G.C.) 2 % - 4 %, Iodopovidona (IP) 7,5 % - 5 %, Triclosan 0,3 % - 1 %). La rutina de uso con hexaclorofeno o amonios cuaternarios no está indicada.
 - ☞ Para el lavado de manos quirúrgico utilizar una solución antiséptica de amplio espectro para el lavado de manos quirúrgico. (Triclosan 1 % GC. 2 % - 4 % IP. 7,5
-

% - 5 %). Si existe alergia o sensibilidad a los agentes químicos habituales, las manos se pueden lavar con jabón común; seguido de la aplicación de solución alcohólica para manos; frotando hasta que las manos estén secas. Se utilizarán cepillos reusables o descartables para el lavado de manos quirúrgico o bien esponjas descartables y cepillos para uñas. Si el cepillo es reusable, se cuidará que después del proceso de esterilización permanezca suave. El cepillo debe estar preparado en envoltorio individual y estéril. Nunca se sumergirán los cepillos en un desinfectante para eliminar los gérmenes. Numerosas epidemias se documentaron por esta práctica.

Cabe mencionar que el lavado de manos indiscriminado, sin un tiempo adecuado y sin un objetivo claro, resulta inútil y puede causar resequedad de la piel y/o dermatitis, entre otras.⁹

Uso de guantes

Objetivos:

- Disminuir la transmisión de gérmenes del paciente a las manos del personal que lo asiste.

Características de los guantes:

Los guantes pueden ser de plástico, polietileno, deben estar indemnes y limpios, de preferencia desechables.

Recomendaciones:

- El uso de guantes se recomienda en la atención de pacientes, tomando en cuenta el principio básico de bioseguridad “universalidad”.
- Se recomienda también en situaciones en las que se va a estar en contacto con piel no intacta, membranas y mucosas con sangre, secreciones y excreciones de cualquier persona y cuando se maneje material, equipo y superficies contaminadas como mobiliario, paredes, pisos (en este último caso utilizar guantes gruesos como los usados en trabajos del hogar).

9 ELGUREN, M. “Bioseguridad” (en línea). Buenos Aires: Monografías.com, 18 Dic 2001

- Es fundamental retirar o cambiar los guantes si se va a pasar de una zona contaminada a una limpia. Una vez que se termina un procedimiento con guantes y estos ya se consideran contaminados, no se deben tocar ninguna superficie ni objeto limpios, ni efectuar acciones con ellos, como subir la cabecera, colocar la sábana, darle un vaso con agua.
- Los guantes deben retirarse siempre antes de salir del área donde se utilizaron.
- El uso de guantes para efectuar la punción venosa periférica, ya sea para instalar venoclisis o tomar muestras de sangre disminuye el riesgo de transmisión en caso de accidente.

PROCEDIMIENTO:

Para colocarlos: el procedimiento usual.

Para retirarlos:

- Para retirar el primer guante tomar el borde de la cana, dar vuelta completamente y desechar.
- Para retirar el segundo guante, tomarlo por la cara interna y dar vuelta completamente.
- Desechar.
- Lavar y secar las manos.

Consideraciones Generales:

- El uso del guante NO reemplaza el lavado de manos.
- Cuando se especifique el uso de guantes debe disponerse del material suficiente, disponible para el número y tipo de procedimiento.
- Los guantes deben cambiarse entre cada paciente y una vez terminado el procedimiento.
- El uso del tipo de guante seleccionado dependerá del procedimiento y/o actividad sea limpio o estéril.
- Todos los guantes utilizados en la atención de pacientes en aislamiento deberán ser eliminados con la finalidad de evitar contaminación.

- El procedimiento de sacarse los guantes es de gran importancia dado que estos se encuentran contaminados y que su manipulación inadecuada puede provocar contaminación masiva de las manos.

Uso de bata (categoría IB)

Se recomienda utilizar bata cuando se realicen procedimientos que puedan producir salpicaduras. Como características se deberán observar que esté limpia, íntegra, de material que no genere estática, que cubra brazo y antebrazo y abarque del cuello a la rodilla. Para que realmente esta protección sea eficaz, la bata debe colocarse y retirarse con técnica, sin olvidar algunos puntos muy importantes como son: lavarse las manos antes de colocarse la bata y después de retirarla; en caso de que sólo se disponga de una bata durante la jornada laboral, deberá utilizarse con un solo paciente y lavarse las manos antes de tocar las áreas limpias de la misma al retirarla (se considera área limpia de la bata cinco cm. del cuello hacia abajo y la parte interna).

En caso de que se contamine la bata durante el procedimiento, deberá cambiarse por otra limpia para continuar la atención al paciente.

Uso de cubreboca o mascarilla y goggles:

El uso de estos accesorios se recomienda durante procedimientos que puedan generar salpicaduras; por ejemplo, aspiración de secreciones, lavado bronquial, endoscopías y broncoscopías. De esta manera las mucosas conjuntivales, nasales y orales del personal, se protegen de secreciones, sangre o fluidos corporales procedentes del paciente que pudieran estar infectados.

Los cuidados a estos accesorios serán los recomendados por el fabricante y dependen del material con que esté hecho, de igual manera también el tiempo de uso.

Manejo de material punzocortante (categoría IB).

El uso y disposición de desechos de material punzocortante es fundamental para prevenir accidentes y en consecuencia, prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas. Para tal propósito se debe contar con contenedores de material irrompible e imperforable, donde se deberán desechar todas las agujas, hojas de bisturí, restos de ampollitas de cristal, etc. La mayoría de los contenedores actuales tienen un orificio donde se coloca la aguja, se

gira la jeringa hacia la izquierda y cae la aguja dentro del contenedor, esto minimiza la posibilidad de accidente ya que no se tiene que separar la aguja de la jeringa con las manos; si se tiene que hacerse es necesario utilizar una pinza. Estos depósitos se deben llenar hasta 80% de su capacidad, sellar y enviar a incineración.

Recordar siempre algunos puntos de suma importancia:

- ☞ Nunca doblar ni reencapuchar las agujas, y en caso de esto último, hacerlo con técnica de una mano, es decir sobre una superficie plana colocar el capuchón y con la mano que sostiene la jeringa introducir la aguja al capuchón, una vez que la aguja está cubierta levantar la jeringa y asegurar el capuchón.
- ☞ Disminuir en lo posible la manipulación de objetos punzocortantes colocando los recipientes para su desecho lo más cerca del área donde se está trabajando.

Los recipientes para objetos punzocortantes deben tener las siguientes características: ser de material rígido (polipropileno), resistente a fracturas y pérdida de contenido en el caso de caída accidental, de color rojo que permita la visibilidad del volumen ocupado, destructible por métodos físicos, tapas de ensamble seguro y cierre permanente, así como separador para agujas y abertura de depósito.

Manejo de ropa sucia (categoría IB)

Toda ropa sucia debe colocarse en bolsas de plástico y transportarla en carros exclusivos. Se debe usar guantes para manipularla; cuando se cierre la bolsa, procurar que el aire que sale de la misma se dirija hacia donde no haya personas.

Manejo de equipo, material e instrumental.

Para manipular equipo, material e instrumental contaminado, es necesario colocarse guantes. Con ayuda de una pinza retirar el material punzocortante, realizar limpieza para quitar el exceso de materia orgánica y proporcionar los cuidados según la norma del hospital.

Existen factores que afectan la desinfección, por lo tanto, hay que poner especial atención en: limpieza previa para disminuir la carga orgánica que pueda contener, tipo y nivel de contaminación microbiana; concentración y tiempo de exposición al desinfectante; configuración física del objeto; temperatura y pH del proceso. En cuanto a la concentración

y tiempo de exposición, así como el pH y la temperatura deberán seguir las indicaciones del fabricante. En la medida que se garantice una adecuada esterilización y desinfección en el equipo que se utiliza se evitarán complicaciones intrahospitalarias de tipo infeccioso.¹⁰

Sistemas de aislamiento:

Para el control de microorganismos infecciosos en los hospitales, se utilizan además de las precauciones estándar los sistemas de aislamiento por contacto, por aire y por gotas de acuerdo con la ruta de transmisión.

Los microorganismos pueden transmitirse por: contacto, gotas, vía aérea, vehículo común y vectores; de la misma manera, un microorganismo puede transmitirse por más de una ruta.

Transmisión por contacto (categoría IB)

Se considera la ruta mas frecuente de transmisión de infecciones nosocomiales, ya sea por contacto directo entre superficies corporales o por contacto indirecto con la participación de un objeto inanimado.

Aislamiento por contacto

- ☞ Uso de guantes.
- ☞ Uso de bata.
- ☞ Lavarse las manos al retiro de los puntos.

Transmisión por gotas (categoría IB)

Este tipo de transmisión es generada por una persona al toser, estornudar o hablar durante los procedimientos depositando las gotas expelidas en la conjuntiva, boca o mucosa nasal, su tamaño es de más de 5 micras y no se desplazan a más de un metro.

Aislamiento por gotas: Uso de mascara al entrar al cuarto y desecharlo antes de salir, uso de bata, lavarse las manos y en caso de tener contacto con el paciente.

Transmisión por aire (categoría IB): La transmisión ocurre por la diseminación de núcleos de gotas de tamaño menor a 5 micras que permanecen suspendidas en el aire por largos periodos de tiempo, o por partículas de polvo con agentes infecciosos

¹⁰ ESSALUD. "Normas Generales de Bioseguridad en ESSALUD". Directiva N° 12 GG- EsSalud-2001

diseminándose ampliamente por las corrientes de aire. De esta forma pueden inhalarse en el mismo espacio del sujeto infectado o a largas distancias.

Aislamiento por vía aérea.

- ☞ Lavarse las manos antes de entrar al cuarto.
- ☞ Mascarilla antes de entrar al cuarto, efectivo contra partículas menores a 5 micras.
- ☞ Lavarse las manos al salir del cuarto.
- ☞ Cuarto de preferencia con presión negativa (aspiración de aire que probablemente contenga gérmenes patógenos).

En resumen las precauciones estándar por mecanismo de transmisión son las medidas básicas de seguridad para la prevención y el control de infecciones dentro del ámbito hospitalario, ya que deben ser utilizadas en todos y cada uno de los pacientes cada unidad debe adaptarlas a sus propias necesidades y recursos, sin perder la esencia del objetivo de cada una de ellas.¹¹

CONOCIMIENTO

El conocimiento, ha sido históricamente tratado por filósofos y psicólogos ya que es la piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología, su acertada comprensión depende de la concepción que se tenga del mundo. Al respecto Rossental define al conocimiento como un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica.

También el conocimiento implica una relación de dualidad el sujeto que conoce (sujeto cognoscente) y el objeto conocido, en éste proceso el sujeto se empodera en cierta forma del objeto conocido, como lo hizo desde los inicios de la existencia para garantizar los medios de su vida, tuvo que conocer las características, los nexos y las relaciones entre los objetos, definiendo entonces el conocimiento como: **“acción de conocer y ello implica tener la idea o la noción de una persona o cosa”**

¹¹ TAFUR, R. “La tesis universitaria”. Primera edición. Editorial Mantaro. Lima 1995

El conocimiento es una capacidad humana y no una propiedad de un objeto como pueda ser un libro. Su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje. Transmitir una información es fácil, mucho más que transmitir conocimiento.

AFANASTEY define conocimiento como **“la asimilación espiritual de la realidad, indispensable para la actividad práctica, en el proceso del cual se crean los conceptos y teorías. Esta asimilación refleja de manera creadora, racional y activa los fenómenos, las propiedades y las leyes del mundo objetivo y tiene una existencia real en forma de sistema lingüístico”**

MARIO BUNGE los define como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexactos, calificándolos en conocimiento científico, ordinario o vulgar.

Desde el punto de vista fisiológico Salazar Bondy, define el conocimiento primero como un acto (conocer el producto) y segundo como un contenido, que lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto, éste conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros. No son puramente subjetivos, puede independizarse del sujeto gracias al lenguaje.

“Entonces se podría concluir que conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto, el que se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte, originándose cambios en el pensamiento, acciones, o actividades de quien aprende”.¹²

CLASES DE CONOCIMIENTO:

1) Conocimiento Cotidiano o Vulgar.- Satisface las necesidades prácticas de la vida cotidiana de forma individual o de pequeños grupos. Se caracteriza por ser a metódico, asistemático, el conocimiento se adquiere en la vida diaria; en el simple contacto con las cosas y con los demás hombres. No explica el “cómo”, ni el “porqué” de los fenómenos.

¹² MARIO BUNGE. “Conocimiento” (en línea). Colombia: Monografías.com, 18 Dic 2001

2) Conocimiento Científico.- Es fruto del esfuerzo, consciente, es metódico, crítico, problemático, racional, claro, objetivo y distinto. Cuando el conocimiento ordinario deja de resolver problemas empieza el conocimiento científico; actividad social de carácter crítico y teórico que indaga y explica la realidad desde una forma objetiva, mediante la investigación científica, pues trata de captar la esencia de los objetos y fenómenos, conservando principios, hipótesis y leyes científicas. Expresan la verdadera relación y las conexiones internas de los fenómenos, es decir dan soluciones para resolver los problemas que afronta la sociedad.

3) Conocimiento Filosófico.- Es un conocimiento altamente reflexivo trata sobre los problemas y las leyes más generales, no perceptibles por los sentidos, trata de explicar la realidad en su dimensión universal.

4) Conocimiento Teológico.- Conocimiento revelado relativo a Dios, aceptado por la fe teológica.

FUENTE DEL CONOCIMIENTO: Lo constituyen la realidad exterior que circunda al hombre que actúa sobre él y a su vez el hombre no sólo percibe los objetos y fenómenos del mundo, sino influye activamente sobre ellos transformándolas.

“TEORÍA DEL CONOCIMIENTO” Lenin, postuló lo siguiente:

“Existen cosas que no dependen de nuestra conciencia, de nuestras percepciones. No existe absolutamente ninguna diferencia entre el fenómeno y la cosa en sí, lo que realmente existe son las diferencias entre lo que es conocido y lo que se desconoce, hay que razonar dialécticamente, es decir, no considerar que nuestro conocimiento es acabado e inmutable, sino que está en constante movimiento: de la ignorancia al saber, de lo incompleto a lo completo, de lo inexacto a lo exacto”

FORMAS DE ADQUIRIR EL CONOCIMIENTO:

Las actividades irán cambiando a medida que aumente los conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, esto unido a la importancia que se dé a lo aprendido, se lleva a cabo básicamente a través de 2 formas:

☞ **Lo Informal:** Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por éste sistema que

las personas aprenden sobre el proceso salud - enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.

- ☞ **Lo Formal:** Es aquello que se imparte en las escuelas e instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

TIPOLOGÍA DEL CONOCIMIENTO

Estudio y clasificación de tipos que se practica en diversas ciencias

Podemos establecer varias clases de conocimiento (unas más generales y otro más profundo.

- El conocimiento puede ser **codificado** si se puede almacenar o especificar formalmente de tal manera que no se pierda ninguna información. Por contraposición el conocimiento **no codificado** es aquél que no puede ser codificado ya que es difícil de expresar o explicitar.
- El conocimiento puede ser **público** si es fácil de compartir, y consiste en un conocimiento creado/difundido por la sociedad. En cambio, si es **personal** ha sido construido por el propio individuo; es la base del conocimiento público.
- Cuando se cruza la cultura con la localidad espacial y lo ecológico, hablamos de conocimiento **local**, es decir, un conocimiento desarrollado alrededor de una área geográfica definida. En cambio, el conocimiento **global** es el que se ha formado mediante redes o comunidades, pertenecientes a lugares geográficos dispares.
- El conocimiento es **explícito** si puede ser transmitido de un individuo a otro mediante algún medio de comunicación formal. Si el conocimiento es difícil de comunicar o de formalizar, hablamos de conocimiento **tácito o implícito**, normalmente arraigado en experiencias personales o modelos mentales.
- El conocimiento es **empírico** si ha sido asumido colectivamente a través de ciertos resultados a los que no se ha llegado aplicando ningún método formal. Si por el contrario se ha seguido una metodología estamos ante conocimiento **científico**. Como en este último caso existen leyes y principios que lo avalan (las que nos han permitido llegar a él) podremos concluir que este conocimiento siempre es cierto.

- El conocimiento será **cultural** cuando en una organización se empleen términos, nomenclaturas y procedimientos que hayan sido acordados internamente. Cuando estos elementos tengan una base bibliográfica hablaremos de conocimiento de **diccionario**.¹³

APLICACIÓN

Es el conjunto de acciones que se llevan a cabo para cumplir las metas de un programa o subprograma de operación, que consiste en la ejecución de ciertos procesos o tareas (mediante la utilización de los recursos humanos, materiales, técnicos, y financieros asignados a la actividad con un costo determinado), y que queda a cargo de una entidad administrativa de nivel intermedio o bajo. Es una categoría programática cuya producción es intermedia, y por tanto, es condición de uno o varios productos terminales. La actividad es la acción presupuestaria de mínimo nivel e indivisible a los propósitos de la asignación formal de recursos. Conjunto de operaciones o tareas que son ejecutadas por una persona o unidad administrativa como parte de una función asignada.

Porfía, empeño para lograr algo, tarea trabajo¹⁴

2.3. Definiciones Conceptuales

Para efectos del estudio se estableció las siguientes:

1. **Conocimiento:** Es un proceso mental que refleja la realidad objetiva en la conciencia del hombre, tiene carácter histórico y social porque está ligado a la experiencia”.
2. **Nivel:** Es el lugar, sitio que alcanza una persona u objeto de acuerdo a su importancia.
3. **Aplicación:** Porfía, empeño para lograr algo
4. **Personal:** Conjunto de las personas que trabajan en un mismo organismo, dependencia, fábrica,
5. **Centro de salud:** Fundación, institución
6. **Asistencial:** Pertenece o relativo a la asistencia, especialmente la médica o la social

¹³ Tipología en conocimiento (en línea). Perú: Google.com, 23 Enero 2004

¹⁴ Zavala Robbins “Aplicación” (en línea). Venezuela: Monografias.com, 01 Octubre 2000

7. **Bioseguridad:** Conjunto de medidas preventivas orientadas a proteger la salud y la seguridad del personal que trabaja en salud y su entorno.
8. **Principios básicos de Bioseguridad:**
9. **Universalidad:** asume que toda persona está infectada y que sus fluidos y todos los objetos que se han usado en su atención son potencialmente infectantes ya que es imposible saber a simple vista que alguien tiene o no una enfermedad.
10. **Colocación de barreras protectoras:** Un medio eficaz para evitar o disminuir el riesgo de contacto con fluidos o materiales potencialmente infectados, es colocar una “barrera” física, mecánica o química entre personas o entre personas y objetos.
11. **Agente infeccioso:** Son Virus, bacterias, hongos, protozoarios o helmintos; capaces de producir infección.
12. **Antisepsia:** Uso de un agente químico (antiséptico) sobre la piel u otros tejidos vivos para evitar la infección inhibiendo el crecimiento de los microorganismos o eliminándolos.
13. **Antiséptico:** Compuesto orgánico o inorgánico preparado para utilizarse sobre un tejido vivo con el fin de inhibir la proliferación de microorganismos endógenos y la flora residente.
14. **Asepsia:** Significa libre de gérmenes.
15. **Desechos contaminados:** Son desechos con grandes cantidades de microorganismos y si no se les elimina en forma apropiada, son potencialmente infecciosos. Muchos de ellos están contaminados con sangre, pus, orina, heces y otros fluidos corporales.¹⁵
16. **Infección:** Entrada de microorganismos dentro de los tejidos, sin producir necesariamente sintomatología o enfermedad.
17. **Contaminación:** Es la presencia de un agente infeccioso en la superficie del cuerpo, vestidos, instrumentos u otros artículos quirúrgicos o sustancias incluyendo el agua y los alimentos.

¹⁵ DORLAND. “Diccionario de Ciencias Médicas”. 3° Edición. Editorial Libra. México-1997

- 18. Descontaminación:** Es un pretratamiento necesario para la protección, cuando se manipula materiales potencialmente infectados. Utilizar detergentes y luego desinfectantes. Se puede usar soluciones de cloro al 0,5%, Fenol al 5%, Peróxido de hidrógeno al 6%, glutaraldehído, formaldehído, etc.
- 19. Limpieza:** Es la eliminación física de la sangre, fluidos corporales o cualquier otro material extraño visible (polvo o suciedad) de la piel o de los objetos inanimados.
- 20. Desinfección de alto nivel:** Con este paso se eliminarán de los objetos a la mayoría de los microorganismos que causan enfermedades, como hongos, virus, bacterias, incluso el agente causal de la tuberculosis, excepto algunas endosporas bacteriales. Se puede obtener de dos formas: por ebullición o por uso de agentes químicos como las soluciones de cloruro, formaldehído al 8 %, glutaraldehído.
- 21. Esterilización:** Este proceso si permitirá eliminar completamente de los objetos todo microorganismo: bacterias, virus, hongos y parásitos, incluidas las endosporas bacterianas; es el método mas seguro para procesar los instrumentos que entran en contacto con el torrente sanguíneo, con el tejido por debajo de la piel o con tejidos que normalmente están estériles.¹⁶

¹⁶ Diccionario de Salud "Lexus de Salud" 2º Edición Editorial Mosby. Colombia-2000

CAPITULO III

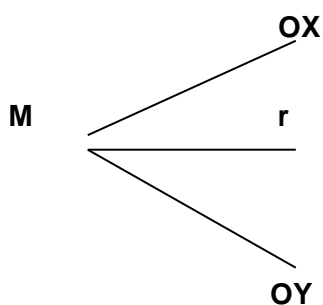
METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

- **Descriptivo, Observacional**, Porque nos permitirá describir los hechos tal y como se presentan.
- **Prospectivo**, Porque registrará la información a través de una encuesta realizada al personal asistencial y la posterior verificación del cumplimiento de dichas medidas, en el mismo lugar de trabajo.
- **Transversal**, Ya que no se observará la evolución de la población sino que la medición de las variables será efectuada en un momento determinado.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

DESCRIPTIVO CORRELACIONAL



M = Muestra 15,17,18,19-21 22,23,24,25 G1,2,23

OX = Datos de la Variable Independiente.

OY = Datos de la Variable Dependiente

r = Relación de los datos de la variable Independiente y Dependiente.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Lo constituirán todo el personal de Enfermería que laboran en el Hospital Hermilio Valdizán Huánuco que es un total de 30 personas.

Muestra: Para la selección de la muestra se usara la Población Muestral que es el 100% de la población descrita.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Cuestionario de conocimientos.

La que permitirá determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad que tiene el personal de Enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano. En este cuestionario de conocimientos las preguntas han sido tomadas del protocolo del MINSA.

3.4.2. Guía de observación de aplicación práctica.

Basada también en el protocolo del MINSA; es un instrumento utilizado para la evaluación del nivel de cumplimiento de medidas de bioseguridad por parte del personal profesional de Enfermería.

Esta guía de observación estará constituida por 27 preguntas que tendrá que responder el investigador luego de verificar si cumple o no las medidas de bioseguridad.

3.5. PRESENTACIÓN DE DATOS

Se tomara en cuenta a 30 personas en quienes será posible la evaluación tanto del nivel de conocimiento como las prácticas de medidas de bioseguridad.

Por la cual se hará la respectiva presentación por:

- Cuadros y gráficos estadísticos

CAPITULO IV

RESULTADOS

A. Caracterización de la Muestra

TABLA 01

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ENFERMEROS DE ESTUDIO
SERVICIO DE MEDICINA – HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN
MEDRANO DE HUÁNUCO – 2015**

CARACTERÍSTICAS GENERALES	Nº (n=30)	%
CARGO DE LA ENFERMERA		
Jefe de Servicio	1	16.67
Enfermeras asistenciales	29	83.33
EDAD (años):		
25-30	5	16.67
31-43	20	66.66
+ de 44	5	16.67
$\bar{X} \pm D.E.$	36.7	± 5.502
SEXO DE LOS ENFERMEROS		
FEMENINO	25	83.33
MASCULINO	5	16.67

Fuente: Cuestionario (ANEXO N° 01)

Interpretación

Los enfermeros/as en estudio según el cargo desempeña observamos una jefa de servicio y 29 enfermeras asistenciales, con respecto a la edad, se encontró una proporción de 66.66% (20) de los enfermeros/as entre las edades de 31 a 43 años; eso quiere decir que nuestra muestra fue conformada en su mayoría por enfermeros/as en edad adulta madura, lo que hace que su concepción frente a la bioseguridad sea muy considerable, por su concepción madura de ver las cosas. La edad promedio fue de 36.7, D.E. 5.502 años, siendo la edad mínima de 30 años y la máxima de mayor de 45 años de edad.

Con respecto al sexo, el servicio cuenta con un 83.33% (25) del sexo femenino y un 16.6% (5) del sexo masculino, lo que demuestra la condición de género no es importante para la atención del paciente adulto del servicio de medicina en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco.

TABLA 02

**OPINIÓN DE LOS ENFERMEROS/AS SOBRE LA DISPONIBILIDAD DE
MATERIALES E INSUMOS DE BIOSEGURIDAD EN EL SERVICIO DE
MEDICINA HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE
HUÁNUCO – 2015**

DISPONIBILIDAD DE MATERIALES E INSUMO	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Jabón líquido	25	83.33	5	16.67
Papel secante	20	66.67	10	33.33
Indumentaria completa	15	50.00	15	50.00
Guantes	20	66.67	10	33.33
Stock de productos químicos de bioseguridad	10	33.33	20	66.67

Fuente: Cuestionario (ANEXO N° 01)

En cuanto se refiere a los materiales e insumos que provee el Servicio de Medicina del Hospital Regional Hermilio Valdizán, para los cuidados de Enfermería, el 83.33% (25) de enfermeros/as reportan que cuentan con jabón líquido, el 66.67% de enfermeros/as (20) refirieron contar tanto con papel secante y guantes; y el 50% refirió contar con indumentaria completa y un 33.33% de enfermeros/as refirió disponer de stock suficientes de productos químicos para bioseguridad. En términos generales podemos percibir una mínima disponibilidad de materiales e insumos para la bioseguridad, que guarda relación con carácter de institución pública del estado a quienes el financiamiento les es limitado.

TABLAS 03

**TIEMPO DE SERVICIO DE LAS EMFERMERAS / OS EN ESTUDIO SERVICIO DE
MEDICINA HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE
HUÁNUCO – 2015**

TIEMPO DE SERVICIO	Nº (n=30)	%
1-3 años	5	16.67
4-6 años	5	16.67
7-9 años	10	33.33
+ DE 10 años	10	33.33
X± D.E	7.33 ±3.559	

Fuente: cuestionario (Anexo 01)

Observamos que el tiempo de trabajo de los enfermeros alcanza un 33.33% (10) el periodo 7 a 9 años, otro porcentaje similar de 10 años a más. El tiempo de 4 a 6 años y de 1 a 3 años alcanza porcentajes del 16.67%(5) para ambos sexos.

En consecuencia, el servicio cuento con mayor número de enfermeras con tiempo de trabajo por más de 7 años de servicio, lo que nos demuestra que el personal de enfermeras del servicio de medicina cuenta con muchos años de experiencia en atención de los pacientes.

TABLA 04

**ENFERMEROS/AS EN ESTUDIO SEGÚN DE CAPACITACIONES
RECIBIDAS ACERCA DE BIOSEGURIDAD SERVICIO DE MEDICINA
HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO
– 2015**

NUMERO DE CAPACITACIONES RECIBIDAS DE BIOSEGURIDAD	Nº (n=30)	%
1	5	16.67
2	10	33.33
3	10	33.33
+3	5	16.67
X ±D.E	2±0.894	

Fuente: Cuestionario (Anexo Nº 01)

En cuanto se refiere al número de capacitaciones recibidas acerca de bioseguridad se observa que recibieron en un 33.33% (10) hasta 3 capacitaciones y en igual proporción el número de dos capacitaciones en bioseguridad. El 17% (5) recibió más de tres y del mismo modo recibió solo una capacitación, lo que significa que dicha institución se preocupa por capacitar a su personal de enfermería y por ende mejorar la calidad de atención.

TABLA 05

**CAPACIDAD INSTALADA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL
HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO –
2015**

CAPACIDAD INSTALADA	Nº
Números de camas	26
% ocupación	87%
Promedio de permanencia	3 días

Fuente: cuestionario (Anexo Nº 01)

En cuanto se refiere a la capacidad instalada que cuenta el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco se puede apreciar que durante el año la demanda de atención es alta, con un promedio de permanencia de 3 días, y un porcentaje de ocupación del 87% para 26 camas arquitectónica. El servicio de medicina de dicha de institución su capacidad instalada para albergar al paciente pediátrico se encuentra en condiciones óptimas y normadas según el Ministerio de Salud.

B) conocimientos de las enfermedades sobre bioseguridad**TABLA 06**

**COMOCIMIENTOS GENERALES DE BIOSEGURIDAD DEL
PROFESIONAL DE ENFERMERIA SERVICIO DE MEDICINA
HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO
– 2015**

CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE BIOSEGURIDAD	RESPUESTA (n=30)					
	CORRECTA		INCORRECTA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bioseguridad	25	83.33	5	16.67	30	100
Desinfección	30	100.00	0	0.00	30	100
Esterilización	30	100.00	0	0.00	30	100
Limpieza	25	83.33	5	16.67	30	100
Riesgo	25	83.33	5	16.67	30	100

Fuente: cuestionario (Anexo N° 01)

Con respecto a los conocimientos generales de bioseguridad que tiene el personal profesional de enfermería se observa que el 100% (30) define correctamente lo que se desinfección y esterilización y el 83.33% (25) definición correctamente sobre bioseguridad, limpieza y riesgos respectivamente y el 16.67% (5) enfermeros/ as definió incorrectamente estos tres conceptos. Esto se relaciona con las actualizaciones y capacitaciones recibidas en bioseguridad y su condición profesional.

TABLA Nº 07

**CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE LA CADENA DE INFECCIÓN DEL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL
REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO – 2015**

CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE la CADENA DE INFECCIÓN	RESPUESTA (n=30)					
	CORRECTA		INCORRECTA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Definición de infección	25	83.33	5	16.67	30	100
Identificación de agentes infecciosos	20	66.67	10	33.33	30	100
Los modos de transmisión de la infección	15	50.00	15	50.00	30	100
El huésped susceptible	10	33.33	20	66.67	30	100

Fuente: cuestionario (Anexo Nº 01)

Ante las preguntas respecto a los conocimientos básicos de la cadena de infección, los enfermeros/as en estudio respondieron en un 83.33% (25) de manera correcta la definición de infección. Un 66.67% acertó en la definición de los agentes infecciosos.

Es variado el conocimiento de los modos de transmisión, de la infección y huésped susceptible cubriendo porcentajes del 50% (15) y 33.33%(10) respectivamente.

Observándose que el 16.67%(5) respondieron incorrectamente la definición de infección y que, la mayoría que representa el 66.67%(20), no respondieron sobre el conocimiento sobre el huésped susceptible, esto nos demuestra que algunos conocimientos básicos de la cadena de infección, el personal de enfermería desconoce.

TABLA 08

**CONOCIMIENTOS SOBRE PROTECCION PERSONAL DEL PERSONAL DE
ENFERMERIA SERVICIO DE MEDICINA**

HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO – 2015

CONOCIMIENTOS DE PROTECCION PERSONAL	RESPUESTA (n=30)					
	CORRECTA		INCORRECT A		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lavado de manos para la eliminación de agentes patógenos	30	100	-	-	30	100
Uso de guantes para la protección de sustancias o fluidos de alto riesgo	30	100	-	-	30	100
Características de la mascarilla	20	66.67	10	33.33	30	100
Orden de colocación de los anteojos	15	50	15	50.00	30	100
Razón por lo que el gorro cuenta con elástico	20	66.67	10	33.33	30	100
Áreas que deben usarse las botas	30	100	-	-	30	100
Áreas del uso del mandilón	30	100	-	-	30	100
Objetivo principal del uniforme asistencial	30	100	-	-	30	100

Fuente: cuestionario (anexo Nº 01)

Con respecto a las preguntas acerca de los conocimientos sobre protección personal que tiene los enfermeros/as; el 100.00% (30) respondieron correctamente sobre el lavado de las manos, el uso de guantes, área donde se usan las botas, del mandilón y el objetivo principal del uniforme en la protección del personal. Un 66.67% (20) acertó en referir las características de la mascarilla y las razones de presencia del elástico en el gorro. Un 50% (15) saben el orden secuencial de la colocación de los anteojos de protección. Observamos que el personal de enfermería, en su mayoría posee conocimientos correctos de protección personal.

TABLA 09

**COMOCIMIENTOS DEL MEJORAMIENTO DEL PRODUCTO O
DESECHOS SOLIDOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SERVICIO
DE MEDICINA**

**HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO –
2015**

CONOCIMIENTOS DEL MANEJO DE LOS PRODUCTOS O DESECHOS SOLIDOS	RESPUESTA (n=30)					
	CORRECTA		INCORRECTA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tratamiento de las muestras biocontaminadas	25	83.33	5	16.67	30	100
Traslado de las muestras biocontaminadas(bolsas rojas)	20	66.67	10	33.33	30	100
Uso de hipoclorito de sodio al 1% u otro desinfectante	25	83.33	5	16.67	30	100

Fuente: cuestionario (Anexo N° 01)

Cuando se les pregunto acerca del conocimiento del manejo de productos o desechos sólidos, el 83,33% (25) respondieron correctamente sobre el tratamiento de las muestras biocontaminadas y del mismo modo para el uso de hipoclorito de sodio al 1% u otro desinfectante. El 66.67% (20) acertó acerca del traslado de las muestras biocontaminadas (bolsa roja).

La información evidencia que el personal de enfermería está capacitado en este tema, lo cual es necesario que sustente la práctica de bioseguridad durante los cuidados de enfermería.

c) OBSERVACIÓN DE PRACTICAS DE BIOSEGURIDAD

TABLA 10

**ENFERMEROS/AS EN ESTUDIO SEGÚN LAVADO DE MANOS ANTE
LA EXPOSICIÓN DE RIESGOS DURANTE EL CUIDADO DEL NIÑO
SERVICIO DE MEDICINA**

HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO –

2015

LAVADO DE MANOS	CONTACTO DIRECTO CON EL NIÑO (n=30)		CONTACTO CON SECRECIONES (n=30)		CONTACTO CON MATERIALES E INSTRUMENTOS CONTAMINADOS (n=30)		CALZADO DE GUANTES (n=30)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	5	16.67	10	33.33	20	66.67	15	50.00
NO	25	83.33	20	66.67	10	33.33	15	50.00

Fuente: Guía de observación (Anexo N° 02)

Un 66.67%(20) de los enfermeros/as en estudio practican el lavado de manos antes y después del contacto con materiales e instrumentos contaminados durante el cuidado del niño, mientras que solo el 16.67%(5) de enfermeros/as aplica el lavado de manos ante el contacto directo con el niño, del mismo modo el 33.33%(10) de enfermeros/as aplican el lavado de manos durante el contacto con secreciones. Esto evidencia que los enfermeros que trabajan en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco no mantienen las medidas de bioseguridad con su persona y con los pacientes, a pesar de ser el lavado de manos la principal barrera de protección para el enfermero y paciente.

TABLA 11

**ENFERMEROS/AS EN ESTUDIO SEGÚN PRACTICA DEL USO DE GUANTES
DURANTE EL CUIDADO DEL NIÑO SERVICIO DE MEDICINA
HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO
- 2015**

PRACTICA DEL USO DE GUANTES	MANIPULACION DE FLUIDOS CORPORALES (n=30)		CONTACTO CON MUCOSAS (n=30)		VENOCLISIS Y VENOPUNCION (n=30)		ASPIRACION ORAL Y NASAAL (n=30)		INTUBACION (n=30)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	5	16.67	20	66.67	-	-	25	83.33	5	16.67
NO	25	83.33	10	33.33	30	100.00	5	16.67	25	83.33

Fuente: Guía de observación (Anexo N° 02)

Respecto al uso de guantes podemos observar que el 83.33%(25) utilizan principalmente para la aspiración de secreciones orales y nasales, seguido de un 66.67%(20) que usa guantes ante el contacto con las mucosas y la piel del niño, mientras que el 100%(30) de los enfermeros en estudio no utilizan guantes en el momento de la aplicación de la venoclisis o venopuncion. También observamos que un 83.33%(25) no se calza los guantes en la manipulación de fluido corporales, ni en la intubación.

Algunos enfermeros/as refieren que el centro de salud no les proporciona material necesario para cada procedimiento, lo que llama la atención, que la intubación siendo un procedimiento invasivo, se debería uso de los guantes.

TABLA 12

**ENFERMEROS/AS EN ESTUDIO SEGÚN EL USO DE MASCARILLAS Y
LENTES FRENTE A LA EXPOSICION DE FLUIDOS DE ALTO RIESGO
DURANTE EL CUIDADO AL NIÑO, SERVICIO DE MEDICINA
HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO - 2015**

USO DE MASCARRILLA Y LENTES	SALPICACION DE FLUIDOS CORPORALES (n=30)		SALPICACION DE SANGRE (n=30)		SALPICACION DE SECRESIONES (n=30)		SALPICACION DE SUSTANCIAS QUIMICAS (n=30)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	5	16.67	5	16.67	10	33.33	15	50.00
NO	25	83.33	25	83.33	20	66.67	15	50.00

Fuente: Guía de observación (Anexo Nº 02)

Ante el uso de mascarilla y lentes se observa que el 50%(15) enfermeros/as lo utilizan en la protección de la salpicadura de sustancias químicas, mientras que el 33.33%(10) utilizan en la protección de la salpicadura de secreciones, y un 16.67% (5) usa en la salpicadura de sangres y fluidos corporales. Evidenciando que los enfermeros/as en estudio no aplican con frecuencia el uso de mascarilla y lentes como medida de protección y de bioseguridad.

TABLA 13

**USO DE MANDILÓN POR ENFERMEROS/AS EN EL SERVICIO DE MEDICINA
HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO - 2015**

USO DEL MANDILÓN	ATENCIÓN DIRECTA DEL NIÑO (n=30)		MANIPULACIÓN DE SECRECIONES (n=30)		PROTECCIÓN DE SANGRE (n=30)		MANIPULACIÓN DE SUSTANCIAS QUÍMICAS (n=30)		MANIPULACIÓN DE FLUIDOS CORPORALES (n=30)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	20	66.67	20	66.67	20	66.67	-	-	20	66.67
NO	10	33.33	10	33.33	10	33.33	30	100.00	10	33.33

Fuente: Guía de observación (Anexo N° 02)

Ante el uso del mandilón, el 66.67%(20) evidencia el uso para la atención directa del niño, en la manipulación de secreciones, protección de sangre y manipulación de fluidos corporales. Reflejando en este caso un trabajo con adecuada protección frente a la exposición a riesgo de transmisibilidad.

TABLA 14

**USO DE SOLUCIONES ANTISÉPTICAS Y ESTERILIZACIÓN POR
ENFERMEROS/AS EN ESTUDIO SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL
REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO - 2015**

Uso de soluciones antisépticas y esterilización	si		No	
	Nº	%	Nº	%
Usa alcohol, yodopovidona o yodo en piel para procedimientos invasivos.	15	50.00	15	50.00
Usa alcohol o solución base de yodopovidona para piel en procedimientos quirúrgicos.	20	66.67	10	33.33
Usa alcohol etílico, alcohol yodado para administración de inyectables.	30	100.00	-	-
Usa yodopovidona o solución de clorhexidina en heridas infectadas.	10	33.33	20	66.67
Uso de hipoclorito de cidex n desinfección de material médico quirúrgico.	10	33.33	20	66.67
Utiliza el material estéril	25	83.33	5	16.67

Fuente: guía de observación (Anexo Nº 02)

Ante el uso de soluciones antisépticas y esterilización se observó que el 100%(30) de enfermeros/as utilizan el alcohol etílico y/o alcohol yodado para la limpieza de la piel en la administración de inyectables, mientras que el 83.33%(20) en el uso de material estéril, y el 66.67% de los enfermeros/as utilizan alcohol o solución a base de yodopovidona para la limpieza de la piel en el momento de los procedimientos quirúrgicos. Un 33.33% de enfermeros/as utilizan l alcohol, yodopovidona o yodo

para la limpieza de la piel en el momento de la realización de los procedimientos invasivos, así mismo utilizan yodipovidona o solución de clorhexidina en la curación de heridas infectadas y también utilizan hipoclorito de sodio en la desinfección de material médico quirúrgico.

Se deja entrever que la disponibilidad de los productos limita la utilización de los mismos.

TABLA 15

**MANEJO DE DESECHOS PUNZOCORTANTES POR LOS ENFERMEROS/AS
EN ESTUDIO SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL REGIONAL HERMILIO
VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO - 2015**

MANEJO DE DESECHOS PUNZOCORTANTE	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
LAS agujas se desechan en recipientes que contengan solución de hipoclorito de sodio al 1%.	20	66.67	10	33.33
Las agujas y jeringas lo depositan en el recipiente rotulado altamente contaminado.	20	66.67	10	33.33
Evita colocar la cubierta protectora de agujas para prevenir los pinchazos y accidente	25	83.33	5	16.67

Fuente: guía de observación (Anexo Nº 02)

Ante manejo de desechos punzocortantes se observó que el 83.33% (25) de enfermeros/as evitan colocar la cubierta protectora de agujas para prevenir los pinchazos y accidentes. Y el 66.67% (20) de los enfermeros/as depositan o desechan las agujas en recipientes que contienen hipoclorito de sodio al 5%, y también depositan o desechan las agujas en recipientes rotulados como "altamente contaminado".

En términos generales se guardan cuidados en el manejo de desechos punzocortante.

TABLA 16

MANEJO DE CONTENEDORES POR LOS ENFERMEROS/AS EN ESTUDIO

SERVICIO DE MEDICINA

HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO -

2015

MANEJOS DE CONTENEDORES	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Usa contenedores rígidos y resistentes para descartar los residuos solidos	5	16.67	25	83.33
Tiene identificado los contenedores según el nivel de contaminación	10	33.33	20	66.67
Selecciona los desechos sólidos adecuadamente en recipientes indicados	15	50.00	15	50.00
Verifica que los contenedores tengan un impermeable	10	33.33	20	66.67
Usan el contenedor hasta el nivel indicado	5	16.67	25	83.33

Fuente: Guía de observación (Anexo N° 02)

Ante el manejo de contenedores, se observó que el 50.00% (15) de los enfermeros/ras seleccionan los desechos sólidos adecuadamente en recipiente indicados. Un 33.33% (10) de los enfermeros/as tienen identificado los contenedores según el nivel de contaminación y a la vez verifican que los contenedores tengan un impermeable. De otro lado solo el 16.67%(5) de los enfermeros/as utilizan contenedores rígidos y resistentes para descartar los residuos sólidos, además utilizan estos hasta el nivel indicado.

TABLA 17

**MANEJO DE MATERIALES SOLIDOS POR LOS ENFERMEROS/AS EN
ESTUDIO SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL REGIONAL HERMILIO
VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO - 2015**

PRACTICA EN MANEJO DE MATERIALES SOLIDOS	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Deposite en plásticos colores normales	5	16.67	25	83.33
Manipulación con guantes gruesos	10	33.33	20	66.67
Verificación en el transporte interno sea correcto	15	50.00	15	50.00
Verifica que el tratamiento de los desechos sólidos se realice por personal capacitado.	10	33.33	20	66.67
Verifica el almacenamiento de los desechos sólidos sea adecuado a las normas de bioseguridad.	10	33.33	20	66.67

Fuente: Guía de observación (Anexo Nº 02)

Ante la practica en el manejo de materiales solido en observo que el 50% (15) de enfermeros/ras verifican que el transporte interno de estos sean correctos, y una proporción del 33.33% (10) de enfermeros manipulan con guantes gruesos, verifican que el tratamiento de los desechos sólidos se realice por el personal capacitado, y a la vez verifican el almacenamiento de los desechos sólidos sea adecuado. Mientras que un 16.67%(5) de los enfermeros/as deposita en plásticos de colores según norma.

D) CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE BIOSEGURIDAD**TABLA 18**

**CAPACIDADES Y APLICACIÓN DE PRACTICAS DE BIOSEGURIDAD DE LOS
ENFERMEROS/AS DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL REGIONAL
HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO - 2015**

CAPACIDADES	(n=30) RESPUESTA					
	SI		NO		NO OPINA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dominio de la bioseguridad ante riesgos mínimos	15	50.00	20	33.33	5	16.67
Dominio de la bioseguridad ante riesgos considerables	20	66.67	10	16.67	5	16.67
Dominio de la bioseguridad ante riesgo altos	25	83.33	-	-	5	16.67
Aplicación integral de la bioseguridad	15	50.00	10	33.33	5	16.67

Fuente: Diferencial semántico (Anexo N° 03)

Dentro de las capacidades el dominio de la bioseguridad ante riesgo mínimos fue del 50% (15) de enfermeros/ras; el dominio de la bioseguridad ante riesgos considerables es del 66.67% (20) de los enfermeros/as y el dominio de la bioseguridad ante altos riesgos fue de un 83.33%(5) de los enfermeros/as. Cabe resaltar, en cuanto a la aplicación integral de la bioseguridad es el 50% (15) de los enfermeros respondieron correctamente.

En esta tabla observamos que las capacidades y la aplicación de bioseguridad de los enfermeros son altas, demostrando eficiencia en la atención de los pacientes pediátricos.

E) RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO DE BIOSEGURIDAD Y PRACTICAS DE BIOSEGURIDAD

TABLA 19

DOMINIO DE BIOSEGURIDAD ANTE RIESGOS MÍNIMOS Y APLICACIÓN INTEGRAL DE BIOSEGURIDAD DE LOS ENFERMEROS/AS DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO - 2015

DOMINIO DE BIOSEGURIDAD ANTE RIESGOS MÍNIMOS	APLICACIÓN INTEGRAL DE BIOSEGURIDAD (n=30)					
	SI		NO		AVECES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	15	(50.00)	-	-	-	-
NO	-	-	10	(33.33)	-	-
NO OPINA	-	-	-	-	5	(16.67)

Fuente: Diferencial semántico (Anexo N° 03)

Con respecto entre el dominio de la bioseguridad ante riesgo mínimo y la aplicación integral de bioseguridad, se encontró que el 50% (15) de los enfermeros/as guardan correspondencia entre dominio y aplicación. El 33.33% (10) de los enfermeros/as no practican la bioseguridad ante riesgo mínimo. Por otro lado, el 16.67%(5) enfermeros/as practican a veces la bioseguridad ante riesgo mínimo.

Esta importante proporción reflejan que el dominio de bioseguridad ante riesgos mínimos influye en la aplicación integral de la bioseguridad.

TABLA 20

**DOMINIO DE LA BIOSEGURIDAD ANTE RIESGOS CONSIDERABLES Y
 APLICACIÓN INTEGRAL DE BIOSEGURIDAD DE LOS ENFERMEROS/AS
 DEL SERVICIO DE MEDICINA
 HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO -
 2015**

DOMINIO DE BIOSEGURIDAD ANTE RIESGOS CONSIDERABLES	APLICACIÓN INTEGRAL DE BIOSEGURIDAD (n=30)					
	SI		NO		AVECES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	20	66.67	-	-	-	-
NO	-	-	5	16.67	-	-
NO OPINA	-	-	-	-	5	16.67

Fuente: Diferencial semántico (Anexo N° 03)

Para el 66.67%(20) de los enfermeros/as se evaluó como evidencia el dominio de la bioseguridad ante riesgos considerables y a la vez la aplicación integral de la bioseguridad; esta importante proporción pone de manifiesta que los enfermeros/as en estudio manejan sólidamente la bioseguridad en los cuidados en enfermería.

TABLA 21

**DOMINIO DE LA BIOSEGURIDAD ANTE RIESGOS ALTOS Y APLICACIÓN
INTEGRAL DE BIOSEGURIDAD DE LOS ENFERMEROS/AS DEL SERVICIO
DE MEDICINA
HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO -
2015**

DOMINIO DE BIOSEGURIDAD ANTE RIESGOS ALTOS	APLICACIÓN INTEGRAL DE BIOSEGURIDAD (n=30)					
	SI		NO		AVECES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	15	(50.00)	10	(33.33)	-	-
NO	-	-	-	-	-	-
NO OPINA	-	-	-	-	5	(16.67)

Fuente: Diferencial semántico (Anexo N° 03)

Para el 83.33%(25) de los enfermeros/as se evaluó que como evidencia el dominio de la bioseguridad ante riesgo altos y a la vez la aplicación integral de la bioseguridad solo cubre al 50% de la muestra; esta importante proporción pone de manifiesto que los enfermeros/as en estudio manejan en números restringido la bioseguridad en los cuidados en enfermería que entrañan riesgos altos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

- a. **DOMINIO EN BIOSEGURIDAD Y APLICACIÓN INTEGRAL DE LA BIOSEGURIDAD DURANTE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LOS ENFERMEROS EN ESTUDIO**

TABLA 22

ASOCIACIÓN LINEAL ENTRE LOS DOMINIOS DE BIOSEGURIDAD Y LA APLICACIÓN INTEGRAL DE BIOSEGURIDAD DE LOS ENFERMEROS/AS

DEL SERVICIO DE MEDICINA

HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO

- 2015

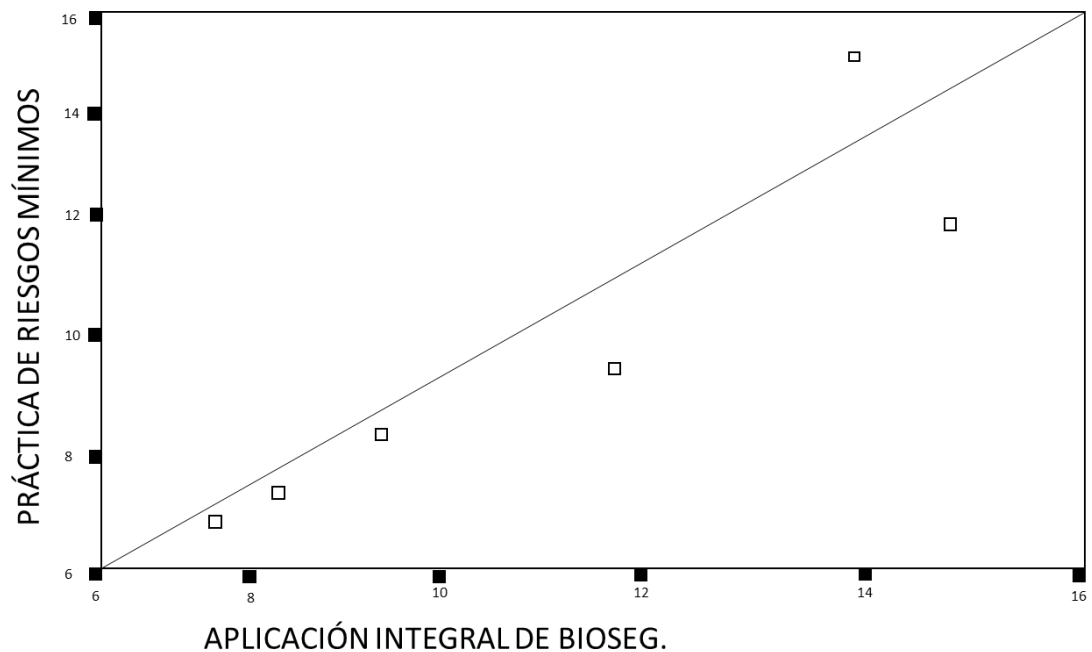
APLICACIÓN INTEGRAL DE BIOSEGURIDAD (n=30)	
Dominio de la Bioseguridad ante riesgos mínimos	R=0.893; t(20)=3.975, P=0.016

Fuente; Tabla 19

En cuanto se refiere a la relación entre la aplicación integral de bioseguridad y el dominio de la bioseguridad ante riesgos mínimos, se encontró una asociación lineal de $r=0.893$. Para determinar si dicha asociación es estadísticamente significativa, se contrastó mediante la prueba t de student, siendo $t(20)=3.075$, $p=0.016$ lo que indica que existe una relación significativa entre estas dos variables, es decir, están correlacionados.

GRÁFICA 01

**RELACIÓN LINEAL ENTRE LOS DOMINIOS EN BIOSEGURIDAD Y LA
 APLICACIÓN INTEGRAL DE BIOSEGURIDAD DE LOS ENFERMEROS/AS
 DEL SERVICIO DE MEDICINA
 HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO –
 2015**

**Fuente; Tabla 19**

Al observar las direcciones de las relaciones entre los dominios en bioseguridad y la aplicación integral de bioseguridad de los enfermeros/as del servicio de medicina, se encontró una correlación lineal (recta) positiva, donde indica que a medida que aumentan los dominios en bioseguridad, aumentan también la aplicación integral de bioseguridad de los enfermeros/as del servicio de medicina. La ecuación de regresión para el pronóstico de y (prácticas de riesgos mínimos) a partir de x (aplicación integral de bioseguridad) fue de $y=1.630+0.893x$, donde esta ecuación puede utilizarse para hacer predicciones de y , para cualquier nivel dado de x .

TABLA 23

**ASOCIACIÓN LINEAL ENTRE LOS DOMINIOS DE BIOSEGURIDAD Y LA
 APLICACIÓN INTEGRAL DE BIOSEGURIDAD DE LOS ENFERMEROS/AS
 DEL SERVICIO DE MEDICINA
 HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO
 - 2015**

APLICACIÓN INTEGRAL DE BIOSEGURIDAD (n=30)	
Dominio de la Bioseguridad ante riesgos considerables	R=0.782; t(20)=2.513, P=0.066

Fuente; Tabla 20

La asociación lineal entre los dominios en bioseguridad en riesgo considerable y la aplicación integral de bioseguridad de los enfermeros/as del servicio de medicina fue de $r=0.782$; dicha asociación no representa significancia al nivel $P \leq 0.066$, encontrándose una $t(20)=2.513$, $P=0.066$, lo que constata que estas dos variables no están relacionadas adecuadamente.

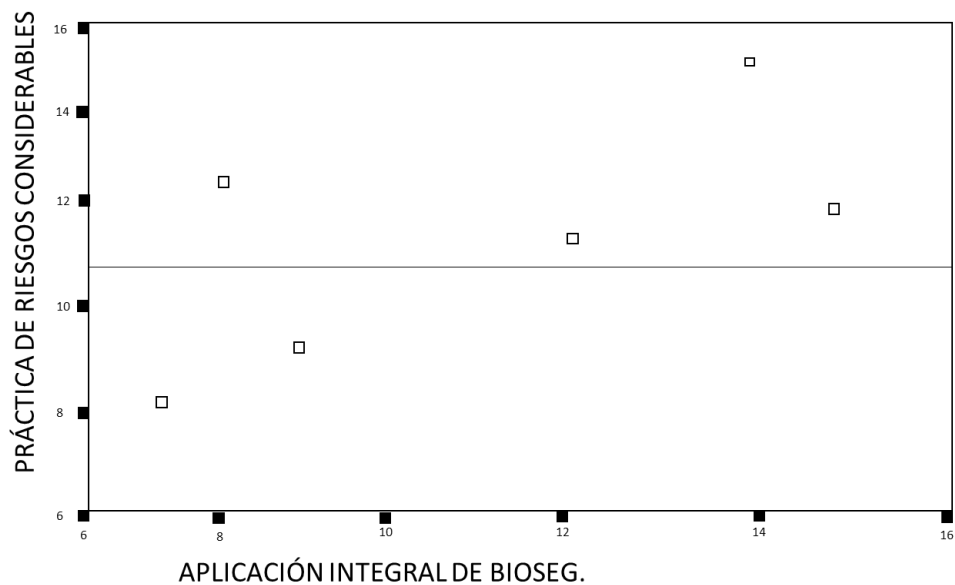
GRÁFICA 02

RELACIÓN LINEAL ENTRE LOS DOMINIOS EN BIOSEGURIDAD Y LA
 APLICACIÓN INTEGRAL DE BIOSEGURIDAD DE LOS ENFERMEROS/AS

DEL SERVICIO DE MEDICINA

HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO

– 2015



Fuente; Tabla 20

En cuanto a la dirección de la relación entre los dominios en bioseguridad en riesgos considerables y la aplicación integral de bioseguridad de los enfermeros/as del servicio de medicina, no se evidenció relación lineal (recta) positiva, lo que indica que pese a que un importante grupo de los enfermeros/as cuentan con dominios de bioseguridad en riesgo considerables, sucede que disminuye la relación integral de bioseguridad. Con respecto a la ecuación de regresión para el pronóstico de Y (aplicación integral de capacidad) a partir de X (dominios de bioseguridad ante riesgos considerable), se encontró una $Y=0.700 + 0.398X$, indicando que esta ecuación puede utilizarse para ser predicciones de Y , para cualquier nivel dado de X .

TABLA 24

**ASOCIACIÓN LINEAL ENTRE LOS DOMINIOS DE BIOSEGURIDAD EN
RIESGOS ALTOS Y LA APLICACIÓN INTEGRAL DE BIOSEGURIDAD DE LOS
ENFERMEROS/AS DEL SERVICIO DE MEDICINA
HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO
- 2015**

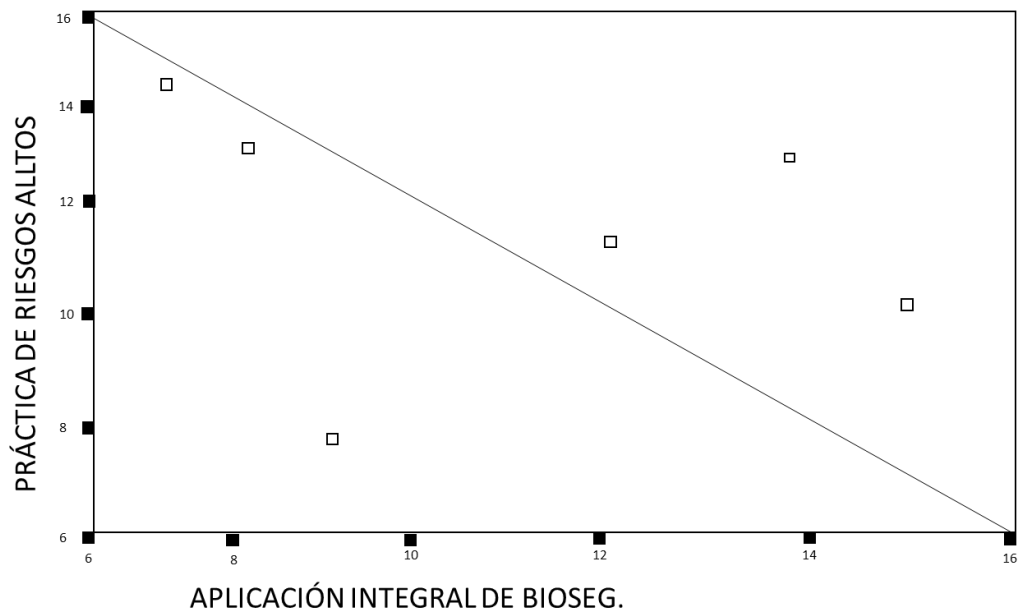
APLICACIÓN INTEGRAL DE BIOSEGURIDAD (n=30)	
Dominio de la Bioseguridad ante riesgos altos	R=-0.239; t(20)=-0.493, P=0.0648

Fuente; Tabla 21

La asociación lineal entre los dominios en bioseguridad en riesgos altos y la aplicación integral de bioseguridad de los enfermeros/as del servicio de medicina fue de $r=-0.239$, con una $t(20)=-0.493$, $P=0.0648$, lo que indica bajas significancia estadística, y se concluye, de igual modo, que estas dos variables no están relacionadas.

GRÁFICA 03

**ASOCIACIÓN LINEAL ENTRE LOS DOMINIOS EN BIOSEGURIDAD EN
RIESGOS ALTOS Y LA APLICACIÓN INTEGRAL DE BIOSEGURIDAD DE LOS
ENFERMEROS/AS DEL SERVICIO DE MEDICINA
HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO
– 2015**

**Fuente; Tabla 21**

Con respecto a la dirección de la relación entre los dominios en bioseguridad en riesgos altos y la aplicación integral de bioseguridad de los enfermeros/as del servicio de pediatría, se encontró una correlación lineal (recta) negativa. La ecuación de regresión para el pronóstico de Y (aplicación integral de bioseguridad) a partir de X (dominio de bioseguridad en riesgos altos) fue de $Y=1.483+0.761X$, considerando que esta ecuación puede utilizarse para hacer predicciones de Y, para cualquier nivel dado de X.

TABLA 25

ASOCIACIÓN LINEAL MÚLTIPLE ENTRE LOS DOMINIOS DE BIOSEGURIDAD ANTE RIESGOS MÍNIMOS, DOMINIOS DE BIOSEGURIDAD ANTE RIESGOS CONSIDERABLES Y DOMINIOS DE BIOSEGURIDAD ANTE RIESGOS ALTOS DE LOS ENFERMEROS/AS DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO - 2015

	R Múltiple	R² Múltiple	Coficiente Estandarizados BETA	T	P
Dominio de la bioseguridad ante riesgos mínimos			0.700	1.138	0.373
Dominio de la bioseguridad ante riesgos considerables	0.915*	0.591	0.205	0.332	0.772
Dominio de la bioseguridad ante riesgos altos			-0.212	-0.681	0.566

* $P \leq 0.05$ (Asociación Global)

En la fuerza global de la asociación entre las variables predictoras (dominio de bioseguridad ante riesgos mínimos, riesgos considerables y riesgos altos) y el criterio (aplicación integral de bioseguridad), se encontraron el coeficiente de correlación múltiple de $r=0.915$. En cuanto al coeficiente de determinación múltiple fue de $r^2 = 0.591$, ello indica que el 59.1 % de la varianza de la variable aplicación integral de bioseguridad por los enfermeros/as en estudio está predicha por las variables: dominio de bioseguridad ante riesgos mínimos, riesgos considerables y riesgos altos. Para determinar si dicha asociación global (r múltiple) es estadísticamente significativa, se contrastó mediante F de Snedecor, siendo

$F(3,2) = 3.408$, $P = 0.235$, lo que indica que existe una relación significativa entre la variable criterio y las variables predictoras.

Al observar la importancia relativa de cada variable predictor (dominio de bioseguridad ante riesgos mínimos, riesgos considerables y riesgos altos) comparando los coeficientes BETA (en valor absoluto) se encontró, que la importancia de dominio de la bioseguridad ante riesgos mínimos es superior a la de riesgos considerables y riesgos altos, al predecir la aplicación integral de bioseguridad. Con el contraste t se evidencia que los coeficientes BETA de dominio de riesgo considerables y riesgos altos no son significativas con $t(20) = 0,332$, $P = 0.772$ y $t(20) = -0.681$, $P = 0.566$, respectivamente; para el dominio de bioseguridad ante riesgos mínimos los valores fueron $t(4) = 1.138$, $P = 0.373$, siendo este resultado significativo.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El estudio efectuado evidencia correlación lineal significativa entre los dominios cognoscitivos en bioseguridad y una práctica integral de la bioseguridad de tipo mínimo en el personal del servicio de medicina del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco, es decir que la atención que brinda el personal Profesional de enfermería a los pacientes del servicio de medicina solamente aplican las medidas o prácticas de bioseguridad universales y no siempre guardan relación con el conocimiento alcanzado lo que indica un nivel de riesgos laborales para los usuarios y personal vinculados a este hospital, situación que caracteriza a muchos establecimientos de salud tal como lo refiere DONABEDIAN²⁴

"Por otro lado los hospitales las clínicas y las centros ofrecen mayor riesgo de contaminación o infección que cualquier otro lugar, si a ello se suman las bajas defensas de la mayoría de las personas, los procedimientos invasivos que se les practican a los enfermos, la diversidad de los cuidados con personas de diferentes patologías, el tránsito de visitantes y la producción de productos peligrosos entre muchas circunstancias son sin lugar a dudas, espacios de mucho riesgo para las personas que allí trabajan".

En consecuencia al no aplicarse las medidas de bioseguridad la situación de riesgo potencial determina para los expuestos probabilidades de infecciones intrahospitalarias que de presentarse en el paciente del servicio de medicina podría resultar extremadamente riesgoso por cuanto las enfermedades infecciosas continúan siendo una de las principales causas de enfermedades en todo el mundo, y el personal que trabaja en el área de la salud corre el riesgo de contraerlas.²⁵

Así mismo la falta de aplicación de las medidas de bioseguridad genera problemas de infecciones adquiridas, es el caso que ocurre en los nosocomios, tal como informa la oficina de Epidemiología de la DISA Huánuco quienes encontraron en el personal profesional (Médicos y enfermeros) contagios con enfermedades como el SIDA, tuberculosis pulmonar, hepatitis, etc. Por no poner en práctica los conocimientos de bioseguridad, representando el riesgo para la salud y el bienestar

26

En estos casos no se puede atribuir que el componente capacitación suele ser el único factor de las fallas en la aplicación de la bioseguridad, también lo son las pésimas internas y externas como el caso del bajo financiamiento de los equipos y materiales para una buena bioseguridad, a falla de ellos se ofrece atención de bajo precio que a la larga inciden en la prestación del servicio no garantizado, sin embargo esto exige transformación relevantes en la calidad para competir con éxito.²⁷

En concordancia con el aspecto financiero DONABEDIAN en el estudio de las dimensiones de la calidad consideró la estructura en la que intervienen los recursos físicos y materiales, expresó:

"Por estructura debemos entender todos los recursos con los que cuenta una unidad de salud para proporcionar la atención: las personas, la tecnología, as instalaciones, los materiales, etc. Pero no solo eso, la estructura también consiste en la forma en que los recursos disponibles están organizados, de modo que podrían identificar unidades que, aun estando bien equipadas y contando con una plantilla completa, sean menos productivas y su trabajo sea de menor calidad que el de otros menos afortunados. Es decir, la estructura es aquello con lo que se cuenta para trabajar y la forma en que se utiliza adecuadamente de tal forma evitar desperdicios y baja calidad".²⁸

En consecuencia es conveniente aplicar medidas de universales y específicas en los ámbitos hospitalarios y servicios de salud por cuanto debemos mantener la garantía de calidad que requiere el servicio de salud. Al respecto Donabedian (1999) refirió:

“que toda persona tiene derecho a exigir los bienes destinados a la atención de su salud, corresponden a los estándares de calidad.¹⁰³ Si sucediera lo contrario los pacientes no acudirían agravando su estado de salud, que en tales circunstancias los gastos de atención generarían incrementos muy significativos, por ello el esfuerzo constante por la satisfacción general, debe ser comprendido por los proveedores.²⁹

Por lo tanto toda institución de salud tiene como responsabilidad la garantía de calidad y es conveniente para ello capacitar continuamente a su personal profesional para que estén de acorde con los avances de la ciencia y la tecnología y en especial en la Bioseguridad que es fundamental en todo proceso sobre todo cuando éste involucra el contacto entre el profesional de la salud y el paciente (como el otorgamiento de una consulta, la realización de una Cirugía o la aplicación de un biológico). Por otro lado los criterios de la capacidad del profesional permiten demostrar procesos sistemáticos, de control y vigilancia en el cuidado de la calidad y la atención, que de ser lo contrario afectaría la garantía de calidad, tal como afirma Richard A. Garibaldi.³⁰ Así mismo cuando existe un nivel de conocimientos no, aceptable la atención al paciente es deficiente produciéndose complicaciones y aumentando los días de estancia del paciente quienes dejan de utilizar los servicios que ofrece la institución e inician la búsqueda de servicios alternativos, que le permitan cubrir sus , requerimientos”

Por lo tanto la calidad existe en el grado en el que el servicio sea eficiente, bien desempeñado, efectivo y apropiado.

Para el efecto de un servicio libre de infecciones existen medidas; recomendadas por organismos del Ministerio de Salud y de la OMS como por ejemplo las "normas generales de bioseguridad" la que establece tener como práctica a las precauciones universales. Estas precauciones buscan la disminución del riesgo de transmisión de microorganismos de cualquier fuente hospitalaria. Tienen mucha importancia en el manejo de todos los pacientes hospitalizados con o sin diagnóstico de infección. Se aplican en todas las situaciones en las que se manipule sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones (excepto sudor, piel no intacta y mucosas) y los objetos punzantes y cortantes, etc.

Sus elementos son el lavado que siempre debe realizar el personal de salud antes y después de la atención directa de pacientes, pero sin embargo su práctica observa desviaciones tal como lo afirma TIETJEN Linda

"La propagación de las infecciones al interior de los centros de salud se debe en gran medida a la falta de costumbre del personal de lavarse las manos antes y después del contacto con cada paciente".

El lavado de manos ayuda a prevenir la propagación de la infección por la contaminación cruzada (persona a persona), y protege al personal de la salud en todos los niveles, proporcionándoles condiciones de trabajo seguras.

El uso de guantes es una práctica necesaria solo si se manipula algún fluido corporal, deben retirarse después de la atención de cada paciente y posteriormente lavarse las manos.

Los guantes médicos están diseñados para proteger al personal de salud y a los pacientes contra peligros químicos, físicos y especialmente biológicos. Actualmente, los guantes médicos están hechos de diversos materiales, por ejemplo, látex natural, látex sintético y otros productos sintéticos como el cloruro de polivinilo (PVC, a menudo denominado simplemente vinilo). El Dr. Joseph

Bloodgood, popularizó el uso de los guantes en la sala de operaciones al exigir al personal quirúrgico que los usara y al demostrar que al usarlos se reducía considerablemente el número de infecciones postoperatorias. A principios del siglo XX, los cirujanos empezaron a usar guantes habitualmente para proteger a los pacientes contra la contaminación de las heridas por microorganismos presentes en las manos de los cirujanos. Con el tiempo, los guantes quirúrgicos se han llegado a considerar como una barrera necesaria para proteger tanto al paciente como al personal médico.

El uso del delantal, mascarilla y lentes: se efectúa cuando se sospecha salpicadura de sangre u otros fluidos. Al respecto García, Alvarado refirió:

"Se recomienda utilizar el mandilón cuando se realicen procedimientos que puedan producir salpicaduras. Como característica se deberán observar que esté limpia íntegra, de material que no genere estática, que cubra brazo y antebrazo y rodilla para que realmente esta protección sea eficaz, la bata o el mandilón debe colocarse y retirarse con técnica, sin olvidar algunos puntos muy importantes como son dos puntos lavarse las manos antes de colocarse la bata y después de retirarla; en caso de que sólo se disponga de una bata durante la jornada laboral, deberá utilizarse con un sólo paciente y lavarse las manos antes de tocar las áreas limpias de la misma al retirarla (se considera área limpia de la bata cinco centímetros del cuello hacia abajo y a la parte interna), en caso de que se contamine la bata durante el procedimiento deberá cambiarse por otra limpia para continuar la atención al paciente"

Es necesario también considerar en el enfoque de la bioseguridad el espacio físico como el caso de la habitación individual que es importante para la prevención directa o indirecta de la transmisión por el contacto y debemos de tomar

precauciones que limiten esa transmisión de microorganismos ya que complican la salud del paciente.

Del mismo para la bioseguridad hospitalaria corresponde conocer la limpieza y, desinfección en las áreas altamente contaminadas, lo que no solamente significa retirar, el polvo y sustancias extrañas de las paredes, los pisos y superficies sino hacerlo con ética y responsabilidad con la técnica adecuada y de forma oportuna eficiente y eficaz. De ahí que la limpieza y desinfección que se realiza en las instituciones de salud no se debe delegar a personas neófitas o sin adiestramiento porque las clínicas, los hospitales requieren de condiciones sanitarias básicas y elementales; por tanto quienes dirigen los establecimientos de salud tienen que impulsar la práctica de bioseguridad desde los aspectos básicos hasta los más específicos como el caso de bioseguridad para zonas especializadas y alcanzar por ejemplo para el área de centro quirúrgico “conciencia de bioseguridad para el área quirúrgica”.

Otra de las medidas son las precauciones basadas en el mecanismo de transmisión, estas precauciones están orientadas a los pacientes en los que se ha documentado o se sospecha una infección por un patógeno altamente transmisible o de importancia epidemiológica. Existen tres tipos de precauciones basadas en el mecanismo de transmisión:

b.1 Precauciones en transmisión aérea. Se utilizan para evitar la transmisión de agentes que permanecen suspendidos en gotitas de menos de 5 micras y que pueden diseminarse por corrientes de aire. Como por ejemplo TBC, Varicela, Sarampión, Zoster diseminado.

Las medidas específicas consideradas son: Habitación individual o con pacientes con infección similar. Ventilación a presión negativa, con 6 a 12 cambios por hora.

El paciente está limitado a su habitación y cuando sea indispensable salir utilizará máscara. El personal en contacto directo debe usar medios de protección respiratoria y si es susceptible a la enfermedad no entrará en la habitación.

b.2 Precauciones en transmisión por gotitas: Se utilizan para evitar la diseminación de agentes que se transmiten en gotitas de más de 5 micras de diámetro y que pueden proyectarse hasta un metro al toser, estornudar, conversar y que entran al huésped susceptible por la conjuntiva, mucosa nasal o boca. Los agentes que pueden transmitirse por esta vía entre otros son: meningococo, difteria, adenovirus, influenza, parotiditis, coqueluche, hemophilus, micoplasma, faringitis estreptococia, etc.

Las medidas específicas son: El paciente debe tener habitación individual o con pacientes con infección similar.

Las salidas indispensables y siempre con máscara. El personal usará máscaras para su protección.

b.3 Precauciones por contacto: Se utilizan para evitar diseminación de agentes de importancia epidemiológicas que pueden transmitirse por contacto directo con el paciente o por contacto indirecto. Los agentes que pueden transmitirse por esta vía son entre otros: bacteria multiresistentes, agentes etiológicos de diarrea. Herpes simple, impétigo, pediculosis, escabiosis, etc.

Las medidas específicas son: Mantener al paciente en habitación individual si es posible, con pacientes de igual enfermedad o de acuerdo al patógeno y debe consultar con un experto la conducta a seguir. Uso de guantes como barrera en todos los procedimientos. La antisepsia de las manos después del cambio de guantes.

Según el Ministerio de Salud el manejo de material punzo cortante.

El uso y disposición de material punzo cortante es fundamental para prevenir accidentes y en consecuencia prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas. Para tal propósito se debe contar con contenedores de material irrompible e imperforable, donde se deberán desechar todas las agujas, hojas de bisturí, restos de ampollitas de cristal, etc.

La mayoría de las infecciones pueden contagiarse antes de que se presenten los síntomas. Por lo tanto, la exposición ya sea a la sangre del paciente o a cualquier fluido de su cuerpo a través de pinchazos de agujas u otras heridas y salpicaduras en los ojos y boca (membranas mucosas), aumenta el riesgo de exposición. Muchos trabajadores de la salud conocen sólo vagamente el riesgo al que se exponen mientras trabajan; algunos todavía creen que es poco lo que se puede hacer para protegerlos.

Recordar siempre algunos puntos de suma importancia: nunca doblar y encapuchar las agujas, y en caso de esto último, hacerlo con técnica de una mano, es decir sobre una superficie plana colocar el capuchón una vez que la aguja está cubierta levantar la jeringa y asegurar el capuchón.

Disminuir en lo posibles la manipulación de objetos punzo cortantes para recipientes para su desecho lo más cerca del área dónde se está trabajando.

Los recipientes para objetos punzo cortantes deben tener las siguientes características ser de material rígido (polipropileno), resistente a fracturas y pérdida de contenido en el caso de caída accidental, de color rojo que permita la visibilidad del volumen ocupado, destructible por métodos físicos, tapa de ensamble seguro y cierre permanente, así como, separador para agujas y apertura de depósito.

Según el Ministerio de salud manifiesta que la mayoría de contenedores actuales tienen un orificio donde se coloca la aguja, se gira la jeringa hacia la izquierda y cae la aguja dentro de contenedor, esto minimiza la posibilidad de

accidente ya que no se tiene que separar la aguja de la jeringa con las manos; si tiene que hacerse es necesario utilizar una pinza. Estos depósitos se deben llenar hasta 80% de su capacidad, sellar y enviara incineración.

En la bioseguridad también toma importancia el manejo de residuos sólidos, considerándolos como peligrosos por ser generados en los establecimientos de salud y representan un grave problema que incide en la alta tasa de enfermedades infecciosas que registran los países de América Latina. Su potencial patogénico y la ineficiencia de su manejo, incluida la generación, manipulación, inadecuada segregación y la falta de tecnología para su tratamiento y disposición final, constituyen un riesgo para la salud de la comunidad hospitalaria y la población en general.

En 1994, la necesidad de encontrar una tecnología apropiada para el manejo interno de los residuos hospitalarios motivó que el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) y el Ministerio de Salud (MINSA), elaborasen la "Guía para el manejo interno de residuos sólidos hospitalarios". La preparación de la Guía estuvo a cargo del profesional peruano Ing, Jorge Villena Chávez y contó con el patrocinio de la Oficina de Representación de la OPS en el Perú.

Los residuos peligrosos generados en los establecimientos de salud representan un grave problema que incide en la alta tasa de enfermedades infecciosas que registran los países de América Latina Su potencial patogénico y la ineficiencia de su manejo, incluida la generación, manipulación, inadecuada segregación y la falta de tecnología para su tratamiento y disposición final, constituyen un riesgo para la salud de la comunidad hospitalaria y la población en general.

Esto lo confirma Jhon W. Warner³¹ al referir que:

“En los paciente pediátrico se aplica seguridades ambientales y las medidas de bioseguridad por ser un grupo etareo de riesgo y vulnerable, pero también el personal de salud en especial el profesional de enfermería es susceptible porque ellos brindan atención directa al paciente pediátrico

Por su parte la oficina de control de IIH ha normado las funciones del personal para la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias y son las siguientes:

- a) Realizar las actividades de vigilancia epidemiológica.
- b) Participar en el manejo de los brotes epidémicos así como de otras investigaciones epidemiológicas.
- c) Participar en la planificación e implementación de los programas locales de prevención y control de las IIH elaboración de normas, programas de capacitación, orientación en servicio en materias de las IIH, supervisión de las normas y procedimientos.

CONCLUSIONES

1. La muestra estuvo conformada por una jefa de servicio y 25 enfermeras asistenciales, con edad promedio de 36.7, con D.E. 5.502 años, siendo la edad mínima de 30 años y la máxima de mayor de 45 años de edad. Un 83.33 %(25) de enfermeros fue del sexo femenino y un 16.67% (5) del sexo masculino.
2. La provisión de materiales para los Cuidados de Enfermería, observo lo siguiente: el 83.33 % (25) de enfermeros/as reportaron que cuentan con jabón líquido, el 66,67% de enfermeros/as (20) refirieron contar tanto con papel secante y guantes; y el 50 % refirió contar con indumentaria completa y un 33.33% de enfermeros/as refirió disponer de stock suficiente de productos químicos para bioseguridad.
3. El tiempo de trabajo de los enfermeros alcanza un 33.33% (10) en el período de 7 a 9 años, otro porcentaje similar para 10 años a más. El tiempo 4 a 6 años y de 1 a 3 años alcanza porcentajes del 16.67%(5) para ambos casos.
4. En cuanto se refiere al número de capacitaciones recibidas acerca de bioseguridad se observa que recibieron en un 33.33%(10) hasta 3 capacitaciones y en igual proporción el número de dos capacitaciones en bioseguridad. El 17%(5) recibió más de tres y del mismo modo recibió sólo una capacitación.
5. El promedio de permanencia de los pacientes es de 3 días, y un porcentaje de ocupación del 86% para 26 camas arquitectónicas.
6. Con respecto a los conocimientos generales de bioseguridad que tiene el personal profesional de enfermería se observa que el aproximadamente el 100% (30) define correctamente los conceptos generales relacionados a bioseguridad.

7. Los conocimientos básicos de la cadena de infección, alcanzo en un 83 33% (25) de dominio correcto La definición de infección acertó un 66 67% en la definición de los agentes infecciosos.
8. Es variado el conocimiento de los modos de transmisión, de la infección y huésped susceptible cubriendo porcentajes del 50% (15) y 33.33% (10) respectivamente.
9. Los conocimiento sobre protección personal fue correcto sobre el lavado de manos, el uso de guantes, áreas donde se usan las botas, del mandilón y el objetivo principal del uniforme en la protección personal en el 100% de la muestra Un 66 67% (20) acertó en referir las características de la mascarilla y las razones de presencia del elástico en el gorro Un 50% (15) saben el orden secuencial de la colocación de los anteojos de protección.
10. Los conocimientos del manejo de productos o desechos sólidos, un 83,33% (25) enfermeros respondieron correctamente sobre el tratamiento de las muestras biocontaminadas y del mismo modo para el uso de hipoclorito de sodio al 1% u otro desinfectante. El 66.67 % (20) aceptó acerca del traslados de las muestras biocontaminadas (bolsas rojas).
11. Un 66.67% (20) de los enfermeros/as en estudio practican el lavado de manos antes y después del contacto con materiales e instrumentos contaminados, sólo el 16.67 % (5) de enfermeros/as aplica el lavado de maños ante el contacto directo, del mismo modo el 33.33% (10) de enfermeros/as aplican el lavado de manos durante el contacto con secreciones.
12. Un 50%(15) enfermeros, utilizan las mascarillas y lentes en salpicadura de sustancias químicas.
13. Un 66.67%(20) usan el mandilón en la atención directa al niño.
14. Un 100%(30) usan soluciones antisépticas como el alcohol.

15. El 83.33%(5) enfermeros manejan correctamente los desechos punzocortantes.
16. El 50%(15) de enfermeros manipulan correctamente los contenedores.
17. El 50%(15) de enfermeros prácticamente correctamente el manejo de materiales sólidos.
18. El 83.33%(25) enfermeros tienen dominio de bioseguridad ante los riesgos altos.
19. El 50%(15) enfermeros tienen dominio de bioseguridad ante riesgos mínimos.
20. El 66% (20) enfermeros tienen dominio de bioseguridad ante riesgos considerables.
21. El 50% (15) enfermeros tienen dominio de bioseguridad ante riesgos altos.
22. La asociación lineal entre los dominios en bioseguridad existe relación lineal positiva por tener $r=0.893$, hay relación con las variables.
23. En cuanto se refiere a la relación entre la aplicación integral de bioseguridad y el dominio de la bioseguridad ante riesgos mínimos, se encontró una asociación lineal de $r=0.893$. lo que indica que existe una relación significativa entre estas dos variables.
24. Los dominios en bioseguridad en riesgos considerables y la aplicación integral de bioseguridad de los enfermeros/as del servicio de pediatría no están correlacionadas adecuadamente, es decir las enfermeras presentan buen dominio de la bioseguridad, sin embargo, las practicas no son las adecuadas, ($r=0.782$, $P\leq 0.066$)
25. La relación entre los dominios en bioseguridad en riesgos altos y la aplicación integral de bioseguridad de los enfermeros/as del servicio de pediatría de igual forma no guarda correlación adecuada, observándose buen nivel en los

dominios pero que estos no influyen en las prácticas de bioseguridad ($r=-0.210$, con una $t(20)=0.493$, $P=0.648$).

26. En la fuerza global de la asociación entre las variables predictoras (dominio de bioseguridad ante riesgos mínimos, riesgos considerables y riesgos altos) y el criterio (aplicación integral de bioseguridad), se encontró que el 59.1 % de la varianza de la variable aplicación integral de bioseguridad por los enfermeros/as en estudio está predicha por las variables dominio de bioseguridad ante riesgos mínimos, riesgos considerables y riesgos altos.
27. Al observar la importancia relativa de cada variable predictora (dominio de bioseguridad ante riesgos mínimos, riesgos considerables y riesgos altos) comparando los coeficientes BETA (en valor absoluto) se encontró, que la importancia de dominio de la bioseguridad ante riesgos mínimos es superior a la de riesgos considerables y riesgos altos, al predecir la aplicación integral de bioseguridad.

RECOMENDACIONES

Como se mencionó al inicio, el término "bioseguridad" ha evolucionado y actualmente va más allá de la simple prevención de enfermedades infecciosas y busca reducir al máximo riesgos de tipo físico, químico o ambiental, protegiendo a los trabajadores de los mismos y buscando el bienestar absoluto en lo posible de los pacientes. Por consiguiente se requiere tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

- **Al Hospital Hermilio Valdizán Medrano a la Jefatura de Enfermería.** Que se realice programas educación continuada en los servicios el que tendrá como finalidad concienciar al trabajador acerca de la importancia de proteger su propia salud en función individual, grupal y social. Capacitar al trabajador para conocer y minimizar los riesgos que lo acechan en su quehacer diario y promover grupos de trabajo interesados en la seguridad.
- **Establecimiento de normativas en el servicio de medicina.** Las mismas deben contemplar la protección del individuo en cada área de trabajo y en la ejecución de las distintas prácticas diarias sin olvidar las situaciones de emergencia. Además las normas deben responder a las características internas de cada institución. Una vez establecidas se deben explicar y difundir a todo el personal. Por último es fundamental realizar el monitoreo y evaluar su cumplimiento.
- **Vigilancia sanitaria continúa en el servicio.** Deberá reflejar la preocupación de la institución por sus recursos humanos a través de una coordinación para las diferentes áreas. Esta vigilancia corresponde: Evaluación del nuevo personal, reevaluación periódica dirigida, recomendaciones operativas, notificación en caso de emergencias, provisión de inmunización pasiva y/o activa a todo el personal, mantenimiento del registro de personal actualizado y completo.

- **Asignación de recursos.** Los departamentos financieros – contables deben tener en cuenta la inversión que se requiere para la disponibilidad de los elementos de protección que se necesiten. Se contemplan también los elementos necesarios para la adecuación, limpieza y mantenimiento de la planta física.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICO

1. Aedo Farfán, Diomar, en el trabajo *“bioseguridad: conocimientos y aplicación práctica para la prevención de la hepatitis del personal de enfermería del hospital Quillabamba – 1999”*.
2. Bunge Mario. “Conocimiento” (en línea). Colombia: Monografías.com, 18 Dic 2001. <http://www.monografias.com> .
3. Clínicas odontológicas de la región metropolitana de Santiago de Chile.
4. DORLAND. “Diccionario de Ciencias Médicas”. 3º Edición. Editorial Libra. México-1997.
5. Diccionario de Salud “Lexus de Salud” 2º Edición Editorial Mosby. Colombia-2000.
6. ELGUREN, M. “Bioseguridad” (en línea). Buenos Aires: Monografías.com, 18 Dic 2001.
7. ESSALUD. “Normas Generales de Bioseguridad en ESSALUD”. Directiva N° 12 GG- EsSalud-2001.
8. Gestión que generan residuos peligrosos similares a los hospitalarios denominados tanatopráxicos, 2000 Colombia
9. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo 2002, “EVALUAR EL CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA”.
10. Hospital IPSS Juliaca, compararon el nivel de conocimientos y actitudes de los médicos y paramédicos de los hospitales Carlos Monge Medrano y el Hospital IPSS de Juliaca, en 1997; “CONOCIMIENTOS DE BIOSEGURIDAD EN RELACIÓN AL VIH/SIDA.
11. Medellín Colombia, (2000), respecto “A accidentes cortopunzantes con material patogénico”.

12. Medina Alejandro “Técnicas para lavado de manos”. Bioseguridad universal Primera Edición 2002.
13. TAFUR, R. “La tesis universitaria”. Primera edición. Editorial Mantaro. Lima 1995
<http://www.monografias.com>.
14. Tipología en conocimiento (en línea). Perú: Google.com, 23 Enero 2004.
<http://www.google.com> .
15. Valdivia Meza, J. (2003); En su trabajo “Nivel de conocimiento de medidas de bioseguridad” en los trabajadores asistenciales del Class Las Moras”
16. Zavala Robbins “Aplicación” (en línea). Venezuela: Monografias.com, 01 Octubre 2000. <http://www.monografias.com>.

ANEXOS 1

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN DE HUÁNUCO

ESCUELA DE POSGRADO

GUÍA DE OBSERVACIÓN

ANEXO N°1

SERVICIO:.....

CÓDIGO:.....

FECHA:.....

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, PESONAL PROFESIONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA - HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN HUÁNUCO 2015”

INSTRUCCIONES

MARQUE CON UN ASPA (X) la práctica de las Normas de Bioseguridad que realiza el Enfermero del servicio de.....en la atención al paciente.

I. <u>PRECAUCIONES UNIVERSALES</u>	SI	NO
<p data-bbox="312 1487 927 1518">A. <u>LAVADO DE MANOS ANTES Y DESPUES</u></p> <p data-bbox="312 1547 775 1579">1.- Contacto directo con el paciente</p> <p data-bbox="312 1608 663 1639">2.- Contacto con secreción</p> <p data-bbox="312 1668 1066 1700">3.- Contacto con materiales e instrumentos contaminados</p> <p data-bbox="312 1729 632 1760">4.- Calzados de guantes</p>		
<p data-bbox="312 1789 732 1821">B. <u>EL USO DE GUANTES para</u></p> <p data-bbox="296 1850 791 1881">5.- Manipulación de fluidos corporales</p> <p data-bbox="296 1910 743 1942">6.- El contacto con mucosas y piel</p> <p data-bbox="296 1971 786 2002">7.- La aplicación y retiro de venoclisis</p> <p data-bbox="296 2031 675 2063">8.- La aspiración oral y nasal</p>		

<p>9.- Realización de procedimientos especiales</p> <p>10.- La manipulación de material quirúrgico Contaminado</p> <p>11.- La limpieza de los instrumentos contaminados</p>		
<p><u>C. EL USO DE MASCARILLA Y LENTES</u></p> <p>En la protección de:</p> <p>12.- Salpicaduras de fluidos corporales</p> <p>13.- Salpicadura de sangre</p> <p>14.- Salpicadura de secreciones</p> <p>15.- Salpicaduras de sustancias químicas</p>		
<p><u>D. EL USO DE MANDILONES (IMPERMEABLES)</u></p> <p>16.- En la atención directa del paciente</p> <p>17.- Manipulación de secreción</p> <p>18.- Protección de sangre</p> <p>19.- Manipulación de sustancias químicas</p> <p>20.- Manipulación de fluidos corporales</p>		
<p><u>E. USO DE SOLUCIONES ANTISÉPTICAS Y ESTERILIZACIÓN</u></p> <p>21.- Usa alcohol, yodo povidona o yodo en la piel para procedimientos invasivos</p> <p>22.- Usa yodo, alcohol o solución a base de yodo para la piel en procedimientos quirúrgicos</p> <p>23.- Usa alcohol etílico, alcohol yodado para la administración de inyectables</p> <p>24.- Usa yodo povidona o solución de clorohedixina al 4% en heridas infectadas</p> <p>25.- Usa hipoclorito, cidex en desinfecciones de material médico quirúrgico</p> <p>26.- Utiliza material médico quirúrgico estéril</p>		
<p><u>F. EL MANEJO DE DESHECHOS PUNZO CORTANTES</u></p> <p>27.- Las agujas lo deshecha en un recipiente o frasco</p> <p>28.- Las agujas y jeringas lo tira al recipiente rotulado, etc.</p> <p><u>G. ALTAMENTE CONTAMINADO”</u></p> <p>29.- Evita colocar la cubierta protectora de agujas para prevenir los pinchazos accidentales</p>		

<p><u>II. PRECAUCIONES PARA EL MANEJO DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS</u></p> <p><u>A) MANEJO DE USO DE CONTENEDORES</u></p> <p>30.- Uso de contenedores rígidos y resistentes para descartar los residuos sólidos</p> <p>31.- Tiene identificado los contenedores según el nivel de contaminación</p> <p>32.- Selecciona los desechos sólidos adecuadamente en los recipientes indicados</p> <p>33.- Verifica que los contenedores que tengan su impermeable</p> <p>34.- Usa el contenedor hasta el nivel indicado</p> <p><u>B) EN MATERIALES SÓLIDOS Son:</u></p> <p>35.- Deposita en plásticos de colores normales</p> <p>36.- Manipula con guantes gruesos</p> <p>37.- Verifica que el tratamiento de los desechos sólidos sea por el personal capacitado</p> <p>38.- Verifica que el almacenamiento de los desechos sólidos sean de acuerdo a las normas de bioseguridad</p>		
--	--	--

OBSERVACIONES:

NOMBRE DEL OBSERVADOR RESPONSABLE.....

FIRMA

ANEXO 2

CUESTIONARIO

TITULO.- “CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, PESONAL PROFESIONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA - HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN HUÁNUCO 2015”

INSTRUCCIÓN.- el presente cuestionario es para realice un trabajo de investigación sobre conocimiento y aplicación de medidas de bioseguridad, personal profesional de enfermería en el servicio de medicina que brinda al paciente hospitalizado, por lo que agradeceremos responder con sinceridad y ajustada a la verdad.

i. DATOS GENERALES:

FECHA:

Cargo que desempeña del el servicio.....

Edad:.....sexo:.....

Tipo de servicio:..... N° de capacidades de bioseguridad:.....

28. Número de camas del servicio:.....

Periodo de permanencia del paciente:.....

a) Ha recibido el stock de materiales para la bioseguridad

Si ()

No ()

b) El servicio de pediatría cuenta con materiales e insumos del bioseguridad

como:

() Jabón liquido

() Papel secante o toalla

() Mascarilla

() Guantes

() Mandilón

ii. CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE BIOSEGURIDAD

1. ¿Qué entiendes por bioseguridad?

- a) son normas de comportamiento y procedimientos en impedir la contaminación
- b) es el tratamiento químico aplicado a objetos contaminados
- c) Material biológico almacenado para su posterior tratamiento

2. El concepto de desinfección incluye:

- a) al conjunto de operaciones destinadas a la destrucción total de toda las formas de vida.
- b) A los procedimientos de remoción mecánica de la materia orgánica y residuos.
- c) La eliminación de la mayoría de los agentes patógenos con excepción de esporos bacterianas a través de productos químicos o pasteurización húmeda.

3. ¿Qué concepto tiene usted de esterilización?

.....
.....
.....

4. Marque la respuesta correcta del siguiente concepto:

Procedimiento de remoción mecánica de la materia orgánica y residuos en el ambiente y objetivo utilizando agua y detergente por el cual se reduce la cantidad de microorganismos presentes. La limpieza antecede a los procedimientos de desinfección y esterilización.

- a) Esterilización químico
- b) Deshechos
- c) Limpieza

5. Complete la oración con la palabra correcta:

.....es la transmisión de que ocurre un suceso o infección de lo que se deriva una consecuencia negativa o (daño)

- a) Desinfección

- b) Protección
- c) Limpieza
- d) Riesgo

iii. CONOCIMIENTOS DE ASPECTOS BÁSICOS DE BIOSEGURIDAD

1. La infección es:

- a) Es proceso de aparición de una infección causada por la transmisión hacia el huésped susceptible.
- b) Es la interacción entre un agente infeccioso y su proceso de transmisión susceptible.
- c) Es la puerta de salida de un agente infeccioso para producir enfermedad
- d) Ninguno

2. ¿Cuáles son los agentes de la cadena de infección?

- a) Bacterias, virus, parásitos, hongos
- b) Físico, químicos y ambientales
- c) Animados e inanimados
- d) Ninguno

3. Modo de transmisión

- a) El contacto de agente infeccioso en áreas contaminadas y vehículos, la inhalación de las gotitas de bluffer y los vectores
- b) El contacto con fluidos corporales de alto riesgo, secreciones, sangre y deshechos
- c) El efecto de producir la infección
- d) Ninguno

4. Huésped es:

- b) La persona o animal susceptible a producir el desarrollo de una infección
- c) La persona que es susceptible a infección
- d) Es el sometimiento a manipulaciones instrumentales y terapéuticas
- e) Ninguno

iv. CONOCIMIENTOS SOBRE PROTECCIÓN PERSONAL

1. ¿Cuáles son las medidas adecuadas para la eliminación de propagación de los agentes patógenos nosocomiales?

.....
.....

2. ¿Con que se protege el personal frente a fluidos de alto riesgo?

.....
.....

3. Mencione 3 características que debe tener la mascarilla

.....
.....

4. ¿Qué orden ocupa para la colocación de los anteojos frente a la mascarilla y gorro?

1º

2º

3º

5. El gorro debe tener elástico, explica la razón ¿por qué?

.....
.....

6. ¿En qué áreas se suele usar las botas?

.....
.....

7. ¿En qué áreas debe utilizarse el mandilón?

.....
.....

8. ¿Cuál es el objetivo principal del uso de uniforme asistencia intrahospitalario?

.....
.....

v. CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE LOS DESHECHOS

1. ¿Cómo debe ser tratada las muestras biológicas para ser desechadas?

.....
.....

2. ¿Qué se debe considerar para el transporte de muestras?

.....
.....

3. ¿Cuáles son los colores empleados para el desecho de residuos de material biológico?

.....
.....

NOTA BIOGRÁFICA

Judith María Galarza Silva, nació en el distrito de Llata, provincia de Huamalies, hija de los profesores Rousseau Fortunato Galarza Salazar y de Yolanda Silva Peña. Sus estudios de primaria lo realizó en su ciudad natal, hasta el 4to año de primaria, el sexto año terminó en el centro educativo San Pedro de la ciudad de Huánuco, mis estudios secundarios realice en el colegio Nuestra Señora de las Mercedes. Es licenciada en enfermería que viene desempeñándose como docente en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco y en cuanto a la parte administrativa conformó en 2 oportunidades como secretaria de consejo de facultad, así mismo en 3 temporadas como miembro de consejo de facultad. Estudios de posgrado en Salud Pública, especialidad concluida en Cuidados en Enfermería de Cuidados Intensivos Adulto. Autor del libro de Terminología Médicas. Coordinadora general de los laboratorios especializados de la Facultad de Enfermería. Miembro de la comisión de admisión de la UNHEVAL.



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO

En el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la UNHEVAL, siendo las **11:30 h.**, del día viernes **07.JULIO.2017**, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dra. Rosalinda RAMÍREZ MONTALDO	Presidenta
Dra. Marina LLANOS MELGAREJO	Secretaria
Dra. Juvita SOTO HILARIO	Vocal

La aspirante al Grado de Maestro en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Doña, Judith María GALARZA SILVA.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: **"CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN PRÁCTICA DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, PERSONAL PROFESIONAL DEL SERVICIO DE CIRUGÍA Y MEDICINA HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO - 2015"**.

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante a Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- a) Presentación personal.
- b) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones.
- c) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- d) Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis las observaciones siguientes:

Obteniendo en consecuencia la Maestría la Nota de Muy Bueno (18)
Equivalente a Aprobado, por lo que se recomienda Aprobado ó desaprobado

Los miembros del Jurado, firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Huánuco, siendo las 13 horas del 07 de julio de 2017.

R Ramirez
PRESIDENTA
DNI N° 22422932

Juvita Soto
SECRETARIA
DNI N° 22418598

Juvita Soto
VOCAL
DNI N° 20718040

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE POSGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos del autor de la tesis)

Apellidos y Nombres: Galaya Solva, Judith Marie
 DNI: 22426145 Correo electrónico: judithmariegs@hotmail.com
 Teléfonos Casa _____ Celular 951605455 Oficina _____

2. IDENTIFICACION DE LA TESIS

Posgrado	
Maestría:	<u>Salud Pública y Gestión Sanitaria</u>
Mención:	_____

Grado Académico obtenido: Maestro

Título de la tesis:
Reconocimiento y aplicación práctica de medidas de bioseguridad,
personal profesional del servicio de medicina Hospital Herminio
Valdegomar Moreno de Armañes - 2015

Tipo de acceso que autoriza el autor:

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción de Acceso
<input checked="" type="checkbox"/>	PÚBLICO	Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
<input type="checkbox"/>	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo.

Al elegir la opción "Público" a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que dicha autorización cualquiera tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

() 1 año () 2 años () 3 años () 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasara a ser de acceso público.

Fecha de firma: 20/08/19



Firma del autor