

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**



Tesis

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN RELACION A
LAS PRACTICAS DE BIOSEGURIDAD DE LAS
ENFERMERAS EN EL CENTRO QUIRURGICO
DE LA CLINICA VESALIO SAN BORJA, 2018.**

**Para optar el titulo segunda especialidad de
Enfermería en Centro Quirúrgico**

PRESENTADO POR:

**Lic. LINARES MAYTA CARY ANGELICA
Lic. RODRIGUEZ GUEVARA KELY BERONICA**

**CALLAO, 2019
PERU**

DEDICATORIA

A Dios por la fuerza que nos brinda día a día, para poder culminar nuestros estudios y sueños hasta hacerlos realidad.

A nuestras familias por su comprensión y amor infinito, por ser mi fortaleza en los momentos difíciles, por su constante apoyo incondicional en el logro de nuestros objetivos y metas personales.

A nuestros, docentes y expertos por sus valiosas enseñanzas y aportes que hicieron posible la realización del presente estudio de investigación.

AGRADECIMIENTO

A la UNAC por la formación universitaria valiosa que nos brindó a través de conocimientos, valores y prácticas para ser competentes.

A los docentes de la UNAC por su constante dedicación, y valiosa orientación para la culminación del presente trabajo de investigación.

A las autoridades de la Clínica Vesalio por la facilidad otorgada para la realización del presente estudio de investigación.

INDICE

RESUMEN	7
ABSTRAC	8
INTRODUCCION	9
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	11
1.2 Formulación del problema.....	14
1.3 Objetivo.....	14
1.4 Limitantes de la investigación.....	15
II. MARCO TEORICO	15
2.1 Antecedentes: internacional y nacional.....	16
2.2 Bases teóricas.....	18
2.3 Definición de términos básicos.....	41
III. HIPOTESIS Y VARIABLES	42
3.1 Hipótesis.....	42
3.2 Definición conceptual de las variables.....	42
3.3 Operacionalización de variables.....	43
IV. DISEÑO METODOLOGICO	44
4.1 Tipo y diseño de investigación.....	44
4.2 Método de investigación.....	44
4.3 Población y muestra.....	46
4.4 Lugar de estudio y periodo de desarrollo.....	47
4.5 Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	48
4.6 Análisis y procesamiento de datos.....	48
V. RESULTADOS	49
5.1 Resultados descriptivos.....	49
5.2 Resultados inferenciales.....	60
VI. DISCUSION DE RESULTADOS	79
6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis.....	79
6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares.....	83
6.3 Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes.....	87
CONCLUSIONES	88
RECOMENDACIONES	89
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	90
ANEXOS	94

INDICE DE TABLAS	PAG.
Tabla N° 5.1: Nivel de conocimiento.....	49
Tabla N° 5.2: Nivel de conocimiento de lavado de manos.....	50
Tabla N° 5.3: nivel de conocimiento de manejo de biocontaminados.....	51
Tabla N° 5.4: Lavado de manos.....	52
Tabla N° 5.5: Uso de guantes.....	53
Tabla N° 5.6: Uso de lentes protectores.....	54
Tabla N° 5.7: Uso de mascarilla.....	55
Tabla N° 5.8: Uso de mandil.....	56
Tabla N° 5.9: Material biocontaminado.....	57
Tabla N° 5.10: Residuos anatomopatológicos.....	58
Tabla N° 5.11: Manejo residuos punzocortante.....	59
Tabla N° 5.12: Definición técnica de lavado de manos clínico.....	60
Tabla N° 5.13: Tiempo del lavado de manos clínico.....	61
Tabla N° 5.14: Pasos para el lavado de manos clínico.....	62
Tabla N° 5.15: Momentos básico para el lavado de manos clínico.....	63
Tabla N° 5.16: Objetivo de lavado de manos quirúrgico.....	64
Tabla N° 5.17: Definición de residuos biocontaminados.....	65
Tabla N° 5.18: Clases de residuo biocontaminados.....	66
Tabla N° 5.19: Momento de separar los desechos a bolsas especiales.....	67
Tabla N° 5.20: Material de las bolsas para residuos contaminados.....	68
Tabla N° 5.21: Color de bolsa que se elimina el material contaminado.....	69
Tabla N° 5.22 Capacidad de bolsas para el material contaminado.....	70
Tabla N° 5.23: Definición de residuos anatomopatológicos.....	71
Tabla N° 5.24: Momento de separar los residuos anatomopatológicos.....	72
Tabla N° 5.25: Barreras protectoras que disminuyen el riesgo de infección por exposición.....	73
Tabla N° 5.26: características de envase para el residuos anatomopatológico.....	74
Tabla N° 5.27: Actividad que se realiza después del contacto con fluidos Corporales.....	75

Tabla N° 5.28: Donde se depositan el material punzocortantes después del uso.....	76
Tabla N° 5.29: Para evitar accidentes con agujas que se recomienda.....	77
Tabla N° 5.30: Capacidad del contenedor con objetos punzocortantes....	78
Tabla N° 6.1: Nivel de conocimiento - prácticas de bioseguridad.....	80
Tabla N° 6.2: Nivel de conocimiento de lavado de manos - prácticas de bioseguridad.....	81
Tabla N° 6.3: Conocimiento de manejo de biocontaminados - prácticas de bioseguridad.....	72

INDICE DE GRAFICOS	PAG.
Gráfico N° 5.1: Nivel de conocimiento.....	49
Gráfico N° 5.2: Nivel de conocimiento de lavado de manos.....	50
Gráfico N° 5.3: Nivel de conocimiento de manejo de biocontaminados.....	51
Gráfico N° 5.4: Lavado de manos.....	52
Gráfico N° 5.5: Uso de guantes.....	53
Gráfico N° 5.6: Uso de lentes protectores.....	54
Gráfico N° 5.7: Uso de mascarilla.....	55
Gráfico N° 5.8: Uso de mandil.....	56
Gráfico N° 5.9: Material biocontaminado.....	57
Gráfico N° 5.10: Residuos anatomopatológicos.....	58
Gráfico N° 5.11: Manejo residuos punzocortante.....	59
Gráfico N° 5.12: Definición técnica de lavado de manos clínico.....	60
Gráfico N° 5.13: Tiempo del lavado de manos clínico.....	61
Gráfico N° 5.14: Pasos del lavado clínico de manos.....	62
Gráfico N° 5.15: Momentos básico para el lavado de manos clínico.....	63
Gráfico N° 5.16: Objetivo de lavado de manos quirúrgico.....	64
Gráfico N° 5.17: Definición de residuos biocontaminados.....	65
Gráfico N° 5.18: Clases de residuo biocontaminados.....	66
Gráfico N° 5.19: Momento de separar los desechos a bolsas especiales...67	67
Gráfico N° 5.20: Material de las bolsas para residuos contaminados.....	68
Gráfico N° 5.21: Color de bolsa que se elimina el material contaminado...69	69
Gráfico N° 5.22 Capacidad de bolsas para el material contaminado.....	70
Gráfico N° 5.23: Definición de residuos anatomopatológicos.....	71
Gráfico N° 5.24: Momento de separar los residuos anatomopatológicos...72	72
Gráfico N° 5.25: Barreras protectoras que disminuyen el riesgo de infección por exposición.....	73
Gráfico N° 5.26: Características de envase para el residuos anatomopatológicos.....	74
Gráfico N° 5.27: Actividad que se realiza después del contacto con fluidos Corporales.....	75

Gráfico N° 5.28: Donde se depositan el material punzocortantes después del uso.....	76
Gráfico N° 5.29: Para evitar accidentes con agujas que se recomienda....	77
Gráfico N° 5.29: Capacidad del contenedor con objetos punzocortantes.....	78

INDICE DE ANEXOS	PAG.
ANEXO 1: Matriz de consistencia.....	94
ANEXO 2: Cuestionario.....	95
ANEXO 3: Lista de cotejo.....	98
ANEXO 4: Juicio de expertos, prueba binomial del cuestionario y lista de cotejo de servicio centro quirúrgico de la Clínica Vesalio – 2018.....	99
ANEXO 5: Resultados del alpha de Cronbach aplicado al spss.....	100
ANEXO 6: Data de lista de cotejo.....	101
ANEXO 7: Data del cuestionario.....	102

RESUMEN

La presente investigación tuvo como **objetivo** determinar la relación del nivel de conocimiento y las prácticas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico, de la Clínica Vesalio san Borja, 2018.

Material y método; presente estudio de investigación es tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, ya que permitió de la realidad para presentar los hechos tal como se obtuvieron en un tiempo y espacio determinado. Para la recolección de los datos el instrumento usado fue el cuestionario la técnica fue la observación mediante una lista de cotejo.

Resultados; Del 100% de los profesionales de enfermería conocen sobre las medidas de bioseguridad, el 56% tiene nivel de conocimiento alto sobre lavado de manos, el 25% medio y sólo el 19% bajo; en el manejo de manejo de biocontaminados el 66% tiene nivel alto, el 25% medio y el 9% bajo; de los cuales al aplicar las prácticas de bioseguridad en lavado de manos estas no se cumplen en su totalidad, ya que un alto porcentaje no se lava las manos antes de ingresar al servicio, durante el tiempo correcto, antes y después del contacto con el paciente, fluidos corporales y procedimientos; ni en manejo de residuos ya que estos no se manipulan con barreras protectoras.

Conclusiones; se determinó que **la relación del nivel de conocimiento y las prácticas de bioseguridad** de las enfermeras de centro quirúrgico en la clínica Vesalio, la mayoría de los profesionales conocen sobre las normas, medidas de bioseguridad, sin embargo algunas de ellas no lo ponen en práctica ni la utiliza de manera adecuada; esto se confirmó durante las observaciones realizadas.

Palabras claves; nivel de conocimiento, prácticas de bioseguridad, lavado de manos, residuos biocontaminados, residuos anatomopatológicos, residuos punzocortantes, centro quirúrgico.

ABSTRACT

The **objective** determine the relationship between the level of knowledge and biosecurity practices of nurses at the Vesalio San Borja Clinic, 2018.

Material and method; this research study is a quantitative, descriptive cross-sectional type, since it allowed reality to present the facts as they were obtained in a given time and space. For the collection of the data the instrument used was the questionnaire, the technique was the observation by means of a checklist.

Results; Of the 100% of nursing professionals know about biosecurity measures, 56% have a high level of knowledge about hand washing, 25% average and only 19% low; in handling biocontaminated, 66% have a high level, 25% average and 9% low; of which when applying biosecurity practices in handwashing these are not fully complied with, since a high percentage do not wash their hands before entering the service, during the correct time, before and after contact with the patient , body fluids and procedures; nor in waste management since these are not handled with protective barriers.

Conclusions; It was determined that the relationship of the level of knowledge and the biosecurity practices of surgical center nurses at the Vesalio clinic, most of the professionals know about the norms, biosecurity measures, however some of them do not put it into practice or it is used appropriately by what was confirmed during the observations made.

Keywords; level of knowledge, biosecurity practices, handwashing, biocontaminated waste, pathological waste, sharp waste, surgical center.

INTRODUCCION

Hoy en día existe una innumerable lista frente a la incorrecta manipulación, manejo de agentes biocontaminados dentro de los diferentes servicios de salud, trayendo consigo el riesgo de infección como uno de los eventos adversos, en el cual las enfermeras(os) del área de centro quirúrgico están en contacto directo y continuo con pacientes que son intervenidos quirúrgicamente existe un potencial riesgo de contaminación, que se enfrenta a través de la manipulación e instrumentación de equipo biomédico en los diferentes procedimientos que realiza.

El manejo de residuos sólidos hospitalarios, es un sistema de seguridad sanitaria que presenta diversos impactos ambientales que se evidencia desde la etapa inicial en el punto donde son generados, recolectados, almacenados y transportados a su destino final fuera de los establecimientos de salud.

La bioseguridad debe ser la prioridad en todo personal de salud que labora en centro quirúrgico ya que en ella se aplican los conocimientos, técnicas para prevenir a personas, áreas hospitalarias y medio ambiente de la exposición a agentes potencialmente infecciosos o considerados de riesgo biológico. Por ello el personal de enfermería debe desempeñar un rol importante en el cumplimiento de las prácticas de bioseguridad para el manejo de material biocontaminado, desde el inicio hasta el término de la intervención quirúrgica.

El riesgo a infección por agentes biológicos, es reconocido como uno de los más importantes en el personal que prestan servicios en el campo de la salud, muy particularmente en aquellas que laboran en áreas críticas como la quirúrgica sobre todo el personal de enfermería; que en su rol tienen contacto directo y continuo con el paciente, interviniendo en los procedimientos quirúrgicos de todo tipo, estos a su vez implican exposición a agentes patógenos.

El presente estudio de investigación consta de siete capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del problema: descripción de la realidad problemática, formulación del problema, objetivos (generales, específicos), limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco teórico: antecedentes (internacionales y nacionales), bases teóricas, conceptual, definición de términos básicos

Capítulo III: Hipótesis y variable: Hipótesis (general, específicas), definición conceptual de variables, operacionalización de variable.

Capítulo IV: Diseño metodológico: tipo y diseños de investigación, método de investigación, población y muestra, lugar de estudio, técnica e instrumento para la recolección de la información, análisis y procesamiento de datos.

Capítulo V: Resultados; resultados descriptivos, resultados inferenciales

Capítulo VI. Discusión de resultados; contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados, contrastación de los resultados con otros estudios similares, responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.1 Descripción de la realidad problemática

Las normas de bioseguridad están destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección en servicios de salud vinculadas a accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales, se debe tener presente que debido al desarrollo científico – técnico, por lo consiguiente el personal de enfermería deberá tener conocimiento de estas normas y medidas de bioseguridad ; también aplicarlas adecuadamente a la vez se debe proveer revisiones periódicas de estas normas a los efectos de asegurar la actualización de las mismas.

El quirófano es un ambiente potencial y realmente peligroso, donde concurren una serie de factores de riesgo como los fluidos corporales y/o material contaminado que entra en contacto con los mismos, como sondas de aspiración, instrumental quirúrgico con los que pueden suscitarse accidentes como: pinchazos, cortes, provocando graves enfermedades infecciosas de etiología vírica, como el virus de la hepatitis B (VHB), C (VHC), y el de la inmunodeficiencia humana adquirida (VIH).¹

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en el año dos mil once informa que alrededor de 337 millones de personas son víctimas de accidentes, ente los que destaca, la manipulación de material punzocortante ocasionando enfermedades infectocontagiosas laborales cada año, siendo estos en mayor ocurrencia en el personal de enfermería debido al uso inadecuado de las medidas de bioseguridad.²

Perú no es ajeno a esta realidad, en la cual se puede evidenciar en una investigación denominada “Accidentes con fluidos biológicos en el

Hospital Nacional Dos de Mayo,” en el año 2009, donde se indica que las enfermeras ocupan el segundo lugar dentro del grupo ocupacional de los accidentes de este tipo, específicamente los accidentes fueron 81% con material punzocortante: agujas hipodérmicas, un 17% por salpicaduras en ojos y en mucosas; asimismo indica que los servicios donde ocurrieron los accidentes laborales son: emergencia 33%, sala de operaciones 10%; y las circunstancias donde ocurrieron estos accidentes fue durante el procedimiento quirúrgico 37%, siendo esta realidad un problema que atenta contra el trabajo digno de los profesionales de la salud.³

En nuestro trabajo diario en el servicio de centro quirúrgico de la Clínica Vesalio se brinda asistencia médico-quirúrgica, se proporciona la atención al paciente quirúrgico durante las etapas pre, trans operatoria y post operatoria; con conocimiento, habilidades y sentido crítico de acuerdo a los avances de la cirugía moderna. Teniendo en cuenta que el ser humano es la unidad biopsicosocial, por lo que las actividades de enfermería están encaminadas a brindar una atención integral al paciente que se somete a cualquier intervención quirúrgica, cumpliendo protocolos establecidos para cada acto quirúrgico.

Aparentemente estos no se cumplen en su totalidad, los enfermeros que laboran en esta área están sometidos a situaciones que alteran el proceso que realizan, situaciones como falta de personal, tardanza del personal, falta de materiales e insumos (la provisión de estos no es permanente ni oportuna por el personal de farmacia), la carencia de personal en los servicios hospitalarios (cubrir turnos por horas en hospitalización).

Además del incremento de cirugías programadas en el día y las cirugías de emergencia, conlleva al personal de enfermería a obviar algunos

pasos indispensables para la atención adecuada del paciente, al no cumplir correctamente con el tiempo establecido de lavado de manos, por la falta de tiempo, la limpieza de los quirófanos en el menor tiempo posibles y el siguiente paciente para entrar a cirugía se encuentra en espera; a no usar barreras de protección personal; en la mayoría de casos mascarillas, botas y lentes al manipular residuos biológicos y punzocortantes, en tal sentido agrava más el riesgo de contagio con fluidos contaminados. Ante lo cual la enfermera tiene que continuar con el trabajo descuidando este aspecto importante de la bioseguridad, al ser preguntados manifiestan que no es importante y ni necesario.

De acuerdo a estadísticas encontradas en área de epidemiología de la clínica Vesalio evidenciamos que en el año 2017 en los meses de enero a diciembre, 1 casos de reingreso de un paciente operado de hernialap (absceso en herida operatoria) y 3 casos de reingresos en paciente post operados de heridas contaminadas. En el año 2018 de enero a diciembre, pacientes operados de heridas limpias encontramos 2 casos de reingreso y post operados de heridas contaminadas encontramos 5 casos de reingresos.

También se observa información relevante en cuanto a la estancia hospitalaria en el año 2018 en los meses de julio y diciembre en pacientes post operados de apendicitis aguda, peritonitis generalizada, cesárea; encontramos 7 casos que presentan infección superficial en el sitio operatorio y fiebre en el 2º día de cirugía llevando como consecuencia su hospitalización entre 8 y 12 días.

Todos estos eventos se convierten en un fenómeno grave que sucede a diario, que de continuar sucediendo podría generar un sin número de complicaciones; situación que nos permite plantear el siguiente problema de investigación.

I.2 Formulación del problema (problema general y específicos)

Problema General

¿Cuál es la relación del nivel de conocimiento y las prácticas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico de la clínica Vesalio san Borja, 2018?

Problemas Específicos

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las medidas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico, de la Clínica Vesalio san Borja, 2018?

¿Cuáles son las prácticas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico, de la Clínica Vesalio san Borja, 2018?

I.3 Objetivos (general y específicos)

Objetivo General

Determinar la relación del nivel de conocimiento y las prácticas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico de la clínica Vesalio san Borja, 2018.

Objetivos Específicos

Identificar el nivel de conocimiento de la medidas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico, de la Clínica Vesalio san Borja, 2018.

Identificar las prácticas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico, de la Clínica Vesalio san Borja, 2018.

I.4 Limitantes de la investigación

Teórica: hasta la fecha de la ejecución no se encuentra ninguna limitación.

Temporal: Demora en la aprobación del estudio y la aplicación de la lista de cotejo en la Clínica debido a la exigencia de requisitos administrativo.

Espacial: El tamaño de la muestra pequeña.

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes: internacional y nacional.

A nivel internacional

ENRIQUEZ C. Grabiela, ZHUZHINGO A. Janneth. Ecuador Junio – Noviembre 2015 Hospital Homero Castanier Crespo. Investigación Medidas de bioseguridad que aplica el personal de enfermería en el centro quirúrgico, **concluye** que 24 profesionales y auxiliares de enfermería en el empleo de las medidas de bioseguridad en el manejo de residuos en el centro quirúrgico el 79,2% elimina el material cortopunzante en recipientes especiales, tan solo el 20,8% lo realiza de manera incorrecta, la mayor parte del personal lo cumple correctamente, es decir el 75%. En relación al desecho de guantes luego de la utilización con pacientes el 91,7% realiza siempre una correcta eliminación de este residuo, siendo el personal mayoritario. Al descartar el material según el tipo de contaminación el 58,3% realiza a veces correctamente la separación de los residuos, mientras que el 41,7% lo cumple siempre. ⁴

BAUTISTA R, Luz Marina, DELGADO M. Carmen. Colombia Cúcuta – 2013 “Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería” Se realizó investigación cuantitativa, de tipo descriptivo transversal, con una muestra de 96 personas pertenecientes. La información se recolectó a través de una encuesta y una lista de chequeo, Resultados. El personal de Enfermería de la Clínica San José tiene un conocimiento regular en un 66% frente a las medidas de bioseguridad y un 70% de aplicación deficiente frente a estas. Se

concluye, que las principales medidas de bioseguridad, como métodos de barrera, eliminación adecuada del material contaminado, manejo adecuado de los elementos corto punzante, lavado de manos no están siendo aplicadas correctamente por el personal de enfermería de la institución, convirtiéndose estas situaciones en un factor de riesgo para el presentar un accidente laboral esta población. ⁵

A nivel nacional

RUIZ A. Teófila, ATALAYA T. Martha Y SAMPERTEGUI S. Yulliana 2016 Lambayeque “conocimiento, actitud y práctica del personal de enfermería en medidas de bioseguridad en sala de operaciones del hospital docente belén Lambayeque - 2016”, estudio de diseño no experimental, descriptivo, la población estuvo conformada por 22 enfermeras.

Concluye, en cuanto a la práctica de medidas de bioseguridad del personal de enfermería en sala de operaciones del Hospital docente Belén Lambayeque, se obtuvo según los resultados que en el ítem de lavado de manos, que el 72.7% presenta una práctica correcta; en los métodos de barrera el 59.1%; y en relación a la eliminación de desechos se obtuvo que el 77.3% lo realiza de manera correcta. ⁶

CAMPOS G. María. 2015 - Arequipa “Conocimiento y aplicación de principios de bioseguridad en profesionales de enfermería del centro quirúrgico hospital regional Honorio Delgado. Arequipa- 2013” El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo, con diseño correlaciona, de corte transversal. La población estuvo conformado por 38 enfermeras.

Concluye que una de las características de la población en estudio es el 97.37% es de sexo femenino, con edades mayores de 40 años y la experiencia en el área quirúrgica se ve evidenciada con un tiempo mayor a 10 años. El nivel de conocimiento de los principios de bioseguridad se caracteriza por ser alto y medio, en el 100% de la población, siendo más frecuente el alto nivel. La aplicación de los principios de bioseguridad es

evaluada como regular en la mitad de la población, teniendo solamente un práctica correcta el 39.47% de los profesionales de enfermería. Existe relación directa positiva entre el nivel de conocimiento y aplicación de los principios de bioseguridad en el profesional de enfermería que labora en el centro quirúrgico. ⁷

ESPINOZA ALIAGA Rosalva Lima – 2015 “bioseguridad del profesional de enfermería en el centro quirúrgico” Se realizó con el objetivo analizar y sintetizar los conocimientos y aplicación de medidas de bioseguridad del profesional de enfermería en centro quirúrgico

Según la revisión bibliográfica realizada. El diseño de investigación es cualitativa y el diseño es documental. La población y la muestra están conformadas por la revisión bibliográfica de 20 artículos de investigaciones relacionados a los conocimientos y aplicación de medidas de bioseguridad del profesional de enfermería en el Centro quirúrgico.

Concluye que todos los autores incluidos en el presente trabajo de investigación coinciden que la bioseguridad es el conjunto de normas que están diseñadas para la protección del individuo, la comunidad y el medio ambiente del contacto accidental con agentes que son potencialmente nocivos. Se ha encontrado similitudes entre los estudios revisados en los que, existiendo un buen nivel de conocimientos de bioseguridad, la aplicación o cumplimiento de las normas o uso de medidas de bioseguridad no son aplicados en el nivel que debería. El nivel de aplicación con respecto al lavado de manos es excelente, ya que los enfermeros siempre se lavan las manos antes y después de cada Procedimiento. ⁸

CRUZ RAMÍREZ, Selena A. Lima 2016 “Medidas de bioseguridad aplicadas por el profesional de enfermería frente a los riesgos biológicos en el servicio de sala de operaciones del Hospital Nacional Dos de Mayo”. Lima - 2016. Determinar las medidas de bioseguridad aplicadas por el profesional de enfermería frente a los riesgos biológicos en el servicio de

sala de operaciones del Hospital Nacional Dos de Mayo. Es un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal. La población está conformada por 55 profesionales de enfermería. La técnica usada es la entrevista y el instrumento una lista de observación.

Concluye que en el aspecto a la aplicación de las medidas de bioseguridad por parte del profesional de enfermería se encontró que la mayoría de enfermeras no aplican las medidas de bioseguridad. Respecto a la aplicación de los principios de bioseguridad por parte del profesional de enfermería se encontró que la mayoría de enfermeras no aplican las medidas de bioseguridad. Respecto a la aplicación del uso de barras protectoras por parte del profesional de enfermería se encontró que la mayoría de enfermeras no aplican las medidas de bioseguridad. Respecto a la aplicación de eliminación de material contaminado por parte del profesional de enfermería se encontró que la mayoría de enfermeras si aplican las medidas de bioseguridad.⁹

II.1 Bases teóricas

Generalidades sobre bioseguridad

Las autoridades del Ministerio de Salud (MINSA) por medio de una resolución ministerial consideran que las infecciones intrahospitalarias constituyen un problema de salud pública, en razón de estar asociadas a un incremento de morbilidad y mortalidad hospitalaria, además de una prolongación de la estancia y elevar los costos. Ante esta situación, y a efecto de prevenir y controlar dichas infecciones por resoluciones ministeriales en el que se aprueban los documentos técnicos como manuales de esterilización y desinfección.¹⁰

Surge así el término Bioseguridad originada en la traducción literal del vocablo inglés biosecurity, este vocablo puede ser interpretado en dos sentidos vida y seguridad que se interrelacionan en el sentido de seguridad y protección a la vida, la otra interpretación que se propone es más

restringida y se verifica en el sentido de seguridad y protección frente a lo viviente, es decir, por la exposición a agentes biológicos. ¹¹

Por lo que la bioseguridad es un concepto amplio que implica una serie de medidas orientadas a proteger al personal que labora en instituciones de salud y a los pacientes, visitantes y al medio ambiente que pueden ser afectados como resultado de la actividad asistencial.

La bioseguridad es el conjunto de medidas mínimas a ser adoptadas, con el fin de reducir o eliminar los riesgos para el personal, la comunidad y el medio ambiente, que pueden ser producidos por agentes infecciosos, físicos, químicos y mecánicos. La bioseguridad se realiza en conjunto, el personal que debe cumplir las normas de bioseguridad, las autoridades que deben hacerlas cumplir y la administración que debe dar las facilidades para que estas se cumplan.

La bioseguridad debe entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, ambiente éste que debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgos. ¹²

Enfermería en centro quirúrgico

El enfermero/a como profesional de las ciencias de la salud basa en el ejercicio de su profesión en el cuidado de la personal, la familia, y la comunidad, en los procesos de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, contribuyendo a mejorar y el elevar la calidad de vida de la población, así como el desarrollo socioeconómico del país.

El profesional de enfermería que labora en centro quirúrgico es un especialista que posee estudios, desarrolla una atención sistémica integral, especializado sobre la base de estándares de enfermería validados por un proceso de análisis, diseño, desarrollo e implementación fundamentado en

el conocimiento científico y proceso de atención de enfermería a su vez es un profesional con una profesión ética y humanística, así como una formación específica de alto nivel en el área quirúrgica que le permite brindar atención oportuna a los pacientes quirúrgicos en las diferentes etapas del proceso quirúrgico, son los recursos humanos formados de tal manera que integren elementos metodológicos, disciplinarios, teológicos, éticos y humanísticos que les permite aportar soluciones individuales o en grupo de trabajos a los problemas que presentan los pacientes sometidos a tratamientos quirúrgicos, prestando cuidados integrales en forma oportuna, continua y de alta calidad al paciente durante el periodo intraoperatorio.

El perfil del enfermero(a) del centro quirúrgico le exige poseer un criterio recto y dominio propio, armonía, comprensión, respeto y dominio emocional, capacidad de trabajar en grupo, ser asequible, aceptar órdenes y críticas; por ende, gestionar el conocimiento y tecnologías quirúrgicas de tal manera que no se descuide la calidad de los procesos durante el acto operatorio; tiene la responsabilidad de reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas como tejidos, secreciones y fluidos corporales. Esto implica garantizar, la condición segura mediante la utilización de barreras apropiadas durante la atención de procedimientos invasivos, una actitud segura a través de una adecuada información y educación tendiente a provocar cambios de conducta de los recursos humanos del centro quirúrgico a fin de adoptar las precauciones universales.

Cualquiera sea el sistema de precauciones o de aislamiento o de medidas de bioseguridad que se utilicen en cumplimiento es crítico, porque todavía existe personal que no está comprometido con la aplicación de las prácticas de bioseguridad, por eso el personal de salud, especialmente la enfermera de quirófano quien atiende a pacientes sometidos a cirugías donde está en constante contacto directo con fluidos, con material punzo cortante, tiene la

responsabilidad de controlar y prevenir las infecciones intrahospitalarias, no solo porque ésta se puede transmitir de un paciente a otro, sino también para la protección del propio personal de salud.

Bioseguridad en centro quirúrgico

La bioseguridad en centro quirúrgico debe de estar enfocada en la aplicación de los conocimientos, para prevenir la exposición a agentes potencialmente infecciosos o considerados de riesgo biológico. Considerándolo, como una doctrina de comportamientos encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo de los trabajadores de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral.

El ambiente de centro quirúrgico es un área de alto riesgo donde se realizan procedimientos invasivos de alta complejidad, teniendo el personal contacto permanente con agentes biológicos, físicos y químicos, siendo necesario practicar medidas preventivas para proteger su salud y la de los pacientes, por ello debe ser vigilado en forma permanente por el comité de bioseguridad debido a que el personal de salud que labora en ésta área está expuesto a múltiples riesgos durante las intervenciones y en el desempeño de sus actividades.¹³

Principios de la bioseguridad

Universalidad: Las medidas de bioseguridad deben involucrar a todas las dependencias de la institución. Todo el personal, pacientes (si los hubiera) y visitantes deben cumplir de rutina con las normas establecidas para prevenir accidentes.

Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes, estando o no previsto el contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente. Estas precauciones, deben ser aplicadas para todas las personas, independientemente de presentar o no patologías.

Uso de barreras: Comprende el concepto de evitar y disminuir el riesgo de contactos con fluidos orgánicos o materiales potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. Es colocar una “barrera” física, mecánica o química entre personas o entre personas y objetos. Estas barreras pueden ser: Gorras, mascarillas, protectores oculares, botas, guantes, batas, etc.

Medios de eliminación de material contaminado: Es el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención del paciente son depositados y eliminados para disminuir los riesgos de contagio. ¹⁴

Tipos de barreras

Barreras físicas: El uso de barreras protectoras reduce el riesgo de exposición a fluidos, juega un papel importante en la protección de la salud del personal de enfermería y el resto del equipo de salud.

Elementos de protección personal: Los elementos de protección personal son un complemento indispensable de los métodos de control de riesgos para proteger al trabajador colocando barreras en las puertas de entrada para evitar la transmisión de infecciones.

Guantes: Sirve para disminuir la transmisión de gérmenes del paciente a las manos del personal de salud. El uso de guantes no es sustituto del lavado de manos. El uso de guantes es imprescindible para todo procedimiento que implique contacto con Sangre y otros fluidos corporales. Piel no intacta, membranas, mucosas o superficies contaminadas con sangre.

Una vez colocado los guantes no tocar superficies ni áreas corporales que no estén libres de contaminación: los guantes deben cambiarse para cada paciente. El empleo de doble guante es una medida eficaz en la prevención de contacto con sangre y fluidos, disminuyendo así el riesgo de infección

ocupacional en 25%. Asimismo, es importante el uso de guantes con la talla adecuada; ya que cuando son estrechos o grandes favorecen la ruptura y ocasionan accidentes laborales.

Mascarilla: sirve como protección respiratoria tiene por objetivo prevenir la transmisión de microorganismos que se propagan a través del aire y aquellos cuya puerta de entrada y salida puede ser el aparato respiratorio. Las mascarillas evitan la propagación de microorganismos desde la persona que las lleva puesta hacia otros, mediante la captura de partículas húmedas grandes cerca de la nariz y la boca del usuario.

Los respiradores deben ser guardados en un lugar limpio y seco, de preferencia envolverse con una tela delgada, y colocarlas en una caja y no en una bolsa de plástico para evitar la humedad, los hongos y que se dañen en el futuro, son desechables pero pueden utilizarse en varias ocasiones durante dos semanas (14 días) si se guardan adecuadamente.

En el quirófano se lleva la mascarilla para proteger al paciente de la infección por las gotitas de secreción nasal y oral. Cuando los pacientes están siendo cuidados en unidades de aislamiento las mascarillas se llevan para proteger al personal de salud de las enfermedades potencialmente infecciosas.

Mandil: Indicados en todo procedimiento donde haya exposición a líquidos de precaución universal: drenaje de abscesos, atención de heridas, partos y punción de cavidades entre otros. Deberán cambiarse de inmediato cuando haya contaminación visible con fluidos corporales durante el procedimiento y una vez concluida la intervención.

Su uso debe ser de acuerdo a la actividad que se realiza

Mandil común: Atención directa al paciente Mandil limpio: Higiene y comodidad del paciente, curación de heridas, actividad de laboratorio, limpieza de unidad del paciente. Mandilón estéril: Procedimientos quirúrgicos, uso de sala de operaciones, partos, UCI, neonatología, etc.

Mandil impermeable: Sala de partos, sala de operaciones, área roja en central de esterilización.

Lentes protectores: Tienen como objetivo proteger las membranas mucosas de los ojos adaptables al rostro, durante los procedimientos quirúrgicos que generen aerosoles, salpicaduras, de sangre secreciones o partículas sólidas que pueden impactar, por lo tanto, se deben de utilizar desde el inicio hasta el término de la intervención quirúrgica. ¹⁵

Gorro: Los gorros son utilizados como barrera efectiva contra gotitas de saliva, aerosoles y sangre que pueden ser lanzadas de la boca del paciente.

Hacer cambio si durante el procedimiento se salpica con fluidos corporales.

Debe retirarse inmediatamente después de haber realizado el procedimiento y salir del área de trabajo.

Botas: Las botas son utilizadas para proteger los calzados y pies, de salpicaduras de sangre, aerosoles u otros fluidos corporales. Usar botas limpias, no estériles para proteger el calzado y prevenir la suciedad de la ropa durante procedimientos en actividades que puedan generar salpicaduras, de fluidos corporales, secreciones y excreciones. Quitarse las botas y colocarlas en el tacho adecuado para su posterior procesamiento. Lavar las manos después de quitarse las botas.¹⁶

Barreras químicas

Lavado de manos clínico: El lavado de manos consiste en la remoción mecánica de suciedad y eliminación de microorganismos transitorios de la piel. El lavado de manos de rutina se realiza con agua y jabón común y tiene una duración no menor de 20 segundos, remueve un 80% de la flora microbiana transitoria.

Procedimientos lavado de manos clínico

Duración total de 40 a 60 segundos.

Pasos

Mójese las manos agua, aplique suficiente cantidad de jabón antiséptico, líquido o en espuma en cantidad suficiente para cubrir toda la superficie de las manos.

Frótese las palmas de mano entre sí.

Frótese la palma derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.

Frótese las palmas de mano entre sí, con los dedos entrelazados.

Frótese del dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.

Frótese con movimiento de rotación pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de mano derecha y viceversa.

Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.

Enjuáguese las manos.

Séquese las manos cuidadosamente con papel toalla.

Utilice el papel toalla para cerrar el grifo y deséchelo.

Ahora sus manos son seguras.

Momentos del lavado de manos

PRIMER MOMENTO: Antes de tocar al paciente.

SEGUNDO MOMENTO: Antes de realizar una tarea limpia / aséptica.

TERCER MOMENTO: Después del riesgo de exposición a fluidos Corporales.

CUARTO MOMENTO: Después del contacto con el paciente.

QUINTO MOMENTO: Después del contacto con el entorno del paciente.

PRIMER MOMENTO: Antes de tocar al paciente, Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos procedentes de las manos del personal de salud.

¿Cuándo?	Actividades
Todo tipo de contacto físico con el paciente.	Estrechar las manos. Ayudar al paciente a moverse. Exploración clínica.
Todas las actividades de aseo y cuidado personal.	Baño, vestido, cepillado del cabello.
Cualquier intervención no invasiva.	Toma del pulso, presión arterial, saturación de oxígeno, temperatura, auscultación, palpación abdominal, aplicación de electrodos electrocardiográficos.
Cualquier tratamiento no invasivo.	Colocación y/o ajuste de catéter nasal o mascarilla de oxígeno.
Preparación y administración de medicamentos por vía oral.	Medicamentos orales, medicamentos nebulizados por vía oral.
Cuidado de la cavidad oral y alimentación.	Alimentar a un paciente. Cuidado buco – dentales o cuidado de la dentadura postiza.

Fuente: Guía técnica para la implementación del procesos de higiene de manos en los establecimientos de salud RM N° 255 – MINSA 2016.

SEGUNDO MOMENTO: Antes de realizar una tarea limpia / aséptica,
 Para proteger al paciente de la entrada en su cuerpo de microorganismos dañinos que puedan ingresar a su cuerpo, incluso los propios durante un procedimiento.

¿Cuándo?	Actividades
Inserción de catéteres o agujas, o cualquier otro dispositivo medico invasivo.	Venopunción, determinación de nivel de glucosa en sangre, gasometría arterial, inyección subcutánea o intramuscular.
Preparación y administración de cualquier medicación a través de un dispositivo medico invasivo.	Medicamentos intravenosos, alimentación enteral, alimentación parenteral, formulas pediátricas.
Administración de medicamentos que tengan contacto directo con las membranas mucosas.	Instalación de colirios. Administración de supositorios por vía anal u óvulos por vía vaginal.
Inserción, retirada o cuidado de los dispositivos médicos invasivos.	Traqueotomía, aspiración de vías respiratorias, sonda urinaria, colostomía / ileostomía, sistema de acceso vascular, dispositivos invasivos, sistema de drenaje, sonda de gastrostomía endoscópica percutánea, sonda nasogástrica.
Administración de medicamentos que tengan contacto directo con las membranas mucosas.	Contacto con heridas. Quemaduras, procedimientos quirúrgicos. Examen e rectal, ginecológicos y obstétricos.

Fuente: Guía técnica para la implementación del procesos de higiene de manos en los establecimientos de salud RM N° 255 – MINSA 2016.

TERCER MOMENTO: Después del riesgo de exposición a fluidos corporales, Para proteger al personal y al entorno de los microorganismos patógenos procedentes del paciente.

¿Cuándo?	Actividades
Tras la potencial exposición a fluidos corporales.	Al momento con: pañal usado, esputo, ya sea directamente o indirectamente a través de un tejido. Contacto con muestra de tejido biológico. Limpieza de los derrames de orina, heces o vomito del entorno del paciente. Contacto con fluidos: sangre, saliva, membranas mucosas, semen, leche materna, orina, heces, vomito, líquido pleural, líquido cefalorraquídeo, líquido ascítico. Muestras orgánicas: muestra de biopsia, muestras celulares, meconio, pus, medula ósea.

Fuente: Guía técnica para la implementación del procesos de higiene de manos en los establecimientos de salud RM N° 255 – MINSA 2016.

CUARTO MOMENTO: Después del contacto con el paciente, Para proteger al personal de salud y su entorno, de microorganismos patógenos procedentes del paciente.

¿Cuándo?	Actividades
Todo tipo de contacto físico con un paciente.	Estrechar las manos. Ayudar al paciente a moverse. Exploración clínica.
Todas las actividades se aseo y cuidado personal	Baño, vestido, cepillado del cabello.
Cualquier intervención no invasiva.	Toma del pulso, presión arterial, saturación de oxígeno, temperatura, auscultación, palpación abdominal,

	aplicación de electrodos electrocardiográficos.
Preparación y administración de medicamentos por vía oral.	Colocación de catéter nasal o mascarilla de oxígeno. Medicamentos orales, medicamentos nebulizados por vía oral.
Cuidado de cavidad oral y alimentación.	Alimentación a un paciente. Cuidado buco – dental o cuidados de la dentadura postiza.
Contacto con el entorno del paciente antes, durante y después de cualquiera de los procedimientos anteriores.	Mesilla, barandilla de la cama, equipo médico.

Fuente: Guía técnica para la implementación del procesos de higiene de manos en los establecimientos de salud RM N° 255 – MINSA 2016.

QUINTO MOMENTO: Después del contacto con el entorno del paciente, Para proteger al personal salud y el entorno de atención, de microorganismos patógenos procedentes del paciente.

¿Cuándo?	Actividades
Después de tocar cualquier objeto del entorno inmediato del paciente.	Incluye: cama, barandilla, velador, armario, timbre der llamada, interruptores de luz, objetos personales (incluidos los libros) silla, taburetes, bomba de infusión. ¹⁷

Fuente: Guía técnica para la implementación del procesos de higiene de manos en los establecimientos de salud RM N° 255 – MINSA 2016.

LAVADO QUIRÚRGICO

Definición: Es la remoción química de microorganismos que destruyen la flora transitoria y remueve las residentes presentes en la piel. Este proceso durará como mínimo 5 minutos.

Objetivo: Eliminar y destruir la flora transeúnte y reducir la flora.¹⁸

ELIMINACION DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS

Definición: Los residuos sólidos hospitalarios son aquellos desechos generados en los procesos y en las actividades de atención e investigación médica en los establecimientos como hospitales, clínicas, postas, laboratorios y otros.¹⁹

CLASIFICACIÓN

Clase A:

Residuos biocontaminados: son aquellos residuos peligrosos generados en el proceso de la atención e investigación médica que están contaminados con agentes infecciosos, o que pueden contener altas concentraciones de microorganismos que son de potencial riesgo para la persona que entre en contacto con dichos residuos.

Tipo A.1:

Atención al Paciente: Residuos sólidos contaminados con secreciones, excreciones y demás líquidos orgánicos provenientes de la atención de pacientes, incluyéndose los restos de alimentos. Incluye la nutrición parenteral y enteral. Así como los papeles usados en el secado de manos resultado de la actividad asistencial.

La ropa sucia deben ser descartados en recipientes adecuados y no debe permitirse el contacto con áreas limpias no contaminadas.

Cuando se descarten gasas contaminadas durante la cirugía, el recipiente receptor debe estar situado cerca del paciente y el equipo quirúrgico.

La manipulación de los residuos, debe realizarse de acuerdo a las medidas universales con el fin de disminuir el riesgo infección por exposición.

Tipo A.2:

Biológico: Compuesto por cultivos, inóculos, mezcla de microorganismos y medios de cultivo inoculados provenientes del laboratorio clínico o de investigación, vacunas vencidas o inutilizadas, filtro de gases aspiradores

de áreas contaminadas por agentes infecciosos y cualquier residuo contaminado por estos materiales.²⁰

Tipo A.3:

Bolsas conteniendo sangre humana y hemoderivados: Este grupo está constituido por materiales o bolsas con contenido de sangre humana de pacientes, con plazo de utilización vencida, serología positiva, muestras de sangre para análisis, suero, plasma y hemoderivados.

Manejo y eliminación del material contaminado y desechos.

Los desechos deben ser colocados directamente en bolsas especiales en el momento de su generación, por lo tanto éstas tienen que estar ubicadas en el lugar donde se brinda la atención. Las bolsas tendrán las siguientes especificaciones:

- De material impermeable.
- Espesor de 60 a 80 micras.
- Color rojo.
- Opacas.
- Con el símbolo internacional de residuos biopeligrosos.
- Capacidad máxima de 8 a 10 kilos.
- Con aditamento para sellarse o amarrarse fácilmente.
- De polipropileno de alta densidad, si van a ser sometidas a autoclave.
- De polietileno si no van al autoclave.
- Rotuladas o etiquetadas con el nombre del servicio donde van a ser usadas.
- De diferentes tamaños según el uso.
- La bolsa debe ser colocada dentro de un recipiente, cubriendo completamente el borde del mismo, con un doblez de por lo menos 10 centímetros de longitud.
- El recipiente debe tener las siguientes características:

- De diferentes tamaños, según el uso.
- De superficie lisa, redondeada por dentro.
- Con una capacidad máxima de 100 litros para residuos secos y de 50 litros para húmedos.
- Con tapa segura, bien adaptada.
- La bolsa no debe ser llenada en toda su capacidad, sino hasta 2/3, o en el límite señalado por el fabricante.
- Las bolsas se llenarán, amarrarán, y serán depositadas en otro recipiente, con las mismas características señaladas en el punto anterior y de mayor tamaño. Con un manubrio que facilite su desplazamiento, con rodines, estable (con el mínimo riesgo de vuelco) y silencioso.
- Este depósito debe ser identificado con el nombre de los residuos que contiene, ubicado en el cuarto área séptica del servicio de atención.
- Debe tener impreso el símbolo internacional de desechos biopeligrosos y permanecer tapado.
- Debe ser retirado, de preferencia dos veces al día, o al menos diariamente si lo anterior no es posible.
- Cuando los residuos infecciosos son líquidos deben depositarse en recipientes rígidos con tapa hermética antes de ser depositados en la bolsa. 21

Tipo A.4:

Residuos Quirúrgicos y anatómopatológicos: son provenientes de restos humanos, tejidos amputados, muestras para análisis, órganos, piezas anatómicas, restos y fluidos corporales resultantes de una cirugía, u procedimientos.

Segregación de los residuos anatomopatológicos: La segregación o separación deben hacerse inmediatamente después de la generación, aislar los desechos peligrosos tanto comunes como infecciosos, reducir el

riesgo de exposición para las personas que están en contacto directo con los desechos.

La manipulación de los residuos anatomopatológicos, debe realizarse de acuerdo a las medidas universales con el fin de disminuir el riesgo infección por exposición, utilizar equipo de protección básica (guantes, mascarilla, gorro, protectores oculares).

Almacenamiento de los residuos anatomopatológicos

Los recipientes que contienen los residuos deben estar etiquetados con símbolos universales de biopeligrosos.

Los envases y bolsas que contienen los residuos anatomopatológicos deben ser de color rojo, sin líquidos libres, resistentes y de cierre hermético. Evitar la putrefacción, para lo cual se usará la refrigeración o el tratamiento con formalina comercial diluida 10 veces.²²

Todo el personal debe utilizar guantes cuando manipula sangre, fluidos corporales o materiales quirúrgicos contaminados.

El personal debe usar guantes cuando lleva a cabo o cuando ayuda en la realización del cuidado que involucre el contacto con las mucosas del paciente o las superficies no intactas de la piel.

Las mascarillas deben ser utilizadas desde el ingreso al centro quirúrgico y luego descartarlos adecuadamente.

Todo el personal debe lavar completamente sus manos después del contacto con fluidos corporales, aun cuando se hayan utilizado guantes.²³

Tipo A.5:

Punzo cortantes: son objeto con capacidad de penetrar y/o cortar tejidos humanos, facilitando el desarrollo de infección, tales como agujas, hojas de bisturí, navajas, cristalería, materiales rígidos y otros, utilizados en los servicios de laboratorio, odontología, investigación, diagnóstico y

tratamiento a usuarios, y/o que hayan estado en contacto con agentes infecciosos.

Manejo

El material punzocortante deben siempre manejarse empleando guantes, no estériles descartables, de látex.

Los objetos punzocortantes, inmediatamente después de utilizados se depositarán en un recipiente con abertura a manera de alcancía, que impida la introducción de las manos.

El contenedor debe tener una capacidad no mayor de 2 litros. Preferentemente transparentes para que pueda determinarse fácilmente si ya están llenos en sus 3/4 partes.

Se pueden usar recipientes desechables como botellas vacías de desinfectantes, productos químicos, sueros, botellas plásticas de gaseosas, de buena capacidad, de paredes rígidas y cierre a rosca que asegure inviolabilidad etc. En este caso se debe decidir si el material y la forma con los adecuados para evitar perforaciones, derrames y facilitar el transporte seguro.

Los descartadores se colocaran en lugares lo más próximos posibles a donde se realizan los procedimientos con materiales punzocortantes.

Los descartadores de elementos punzocortantes deben eliminarse siempre como residuos patogénicos.

Las agujas nunca deben reencapucharse, ni doblarse ya que esta acción es la que favorece los accidentes.

Los recipientes llenos en sus 3/4 partes, serán enviados para su tratamiento al autoclave o al incinerador. Se puede usar también la desinfección química mediante una solución de hipoclorito de sodio al 10% que se colocará antes de enviar al almacenamiento final, es decir cuando se haya

terminado de usar el recipiente. Esta solución no debería colocarse desde el inicio ya que se inactiva con el tiempo y puede ser derramada mientras el recipiente permanece abierto y en uso.

Debe existir un área (depósito transitorio) donde se alojen los recipientes con residuos patológicos previo a su transporte o incineración. ²⁴

Tipo A 6:

Animales contaminados: Se incluyen aquí los cadáveres o partes de animales inoculados, expuestos a microorganismos patógenos o portadores de enfermedades infectocontagiosas; así como sus lechos o residuos que hayan tenido contacto con éste.

Clase B:

Residuos especiales: Son aquellos residuos peligrosos generados en los hospitales, con características físicas y químicas de potencial peligro por lo corrosivo, inflamable, tóxico, explosivo y reactivo para la persona expuesta.

Tipo B.1:

Residuos químicos: Recipientes o materiales contaminados por sustancias o productos químicos con características tóxicas, corrosivas, inflamables, explosivos, reactivas, genotóxicos o mutagénicos; tales como quimioterápicos, productos químicos no utilizados; plaguicidas fuera de especificación, solventes, ácido crómico (usado en limpieza de vidrios de laboratorio), mercurio de termómetros, soluciones para revelado de radiografías, aceites lubricantes usados, tóner, pilas, entre otros.

Tipo B.2:

Residuos Farmacológicos: Compuesto por medicamentos vencidos; contaminados, desactualizados; no utilizados, provenientes de ensayos de investigación, entre otros.

Tipo B 3

Residuos radioactivos: Compuesto por materiales radioactivos o contaminados con radioisótopos de baja actividad, provenientes de laboratorios de investigación química y biología; de laboratorios de análisis clínicos y servicios de medicina nuclear. Estos materiales son normalmente sólidos o pueden ser materiales contaminados por líquidos radioactivos (jeringas, papel absorbente, frascos, heces, entre otros).

Clase C

Residuo común: Compuesto por todos los residuos que no se encuentran en ninguna de las categorías anteriores y que, por su semejanza con los residuos domésticos, pueden ser considerados como tales. En esta categoría se incluyen, por ejemplo los residuos generados en áreas administrativas entre otros, caracterizados por papeles, cartones, cajas, plásticos, los provenientes de la limpieza de jardines, patios, áreas públicas, restos de la preparación de alimentos y en general todo material que no puede clasificar en las clases A y B.

Tipo C1: Administrativos: papel no contaminado, cartón cajas, otros.

Tipo C2: Vidrio, madera, plásticos otros.

Tipo C3: Restos de preparación de alimentos, productos de jardín, otros. ²⁵

CONOCIMIENTO

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.²⁶

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto, el proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna del proceso cognoscitivo. ²⁷

TIPOS DE CONOCIMIENTO

Conocimiento Cotidiano o Vulgar

Satisface las necesidades prácticas de la vida cotidiana de forma individual o de pequeños grupos. Se caracteriza por ser 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 "como", ni el "porque" de los fenómenos. ²⁸

Conocimiento Científico

Es un saber crítico (fundamentado), metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, comunicable (por medio del lenguaje científico), racional, provisorio y que explica y predice hechos por medio de leyes.

Es crítico porque trata de distinguir lo verdadero de lo falso. Se distingue por justificar sus conocimientos, por dar pruebas de sus verdades, por eso es fundamentado, porque demuestra que es cierto. Se fundamenta a través de los métodos de investigación y prueba, el investigador sigue procedimientos, desarrolla su tarea basándose en un plan previo. La investigación científica no es errática sino planeada.

Es universal porque es válido para todas las personas sin reconocer fronteras ni determinaciones de ningún tipo, no varía con las diferentes culturas.

Es objetivo porque es válido para todos los individuos y no solamente para uno determinado. Es de valor general y no de valor singular o individual.

Pretende conocer la realidad tal como es, la garantía de esta objetividad son sus técnicas y sus métodos de investigación y prueba, es racional porque la ciencia conoce las cosas mediante el uso de la inteligencia, de la razón.²⁹

Conocimiento Filosófico

Está dirigido a explorar la manera que tenemos de razonar y de cuestionarnos los distintos principios filosóficos y el pensamiento en general.

No hacen investigación científica, sus reflexiones y análisis meta científicos tienen como objeto delimitar y definir el método que tiene que utilizar la Ciencia, sus posibles contenidos de estudio, y su lenguaje.

Según la filosofía, creamos conocimiento a través del razonamiento, la observación de fenómenos y la reflexión.³⁰

TECNICAS DE EVALUACION DE CONOCIMIENTO

Simulación: Con esta técnica se puede generar condiciones similares a las normales, teniendo control de situaciones complejas. Se puede obtener evidencias de habilidades, destrezas, aplicación de conocimiento y actitudes del estudiante. Entre los medios utilizados para simular situaciones se tiene software especializado, simuladores a escala, pruebas de habilidad o ejercicios prácticos. Se puede hacer uso de instrumentos tales como: lista de chequeo y escala de estimación.

Valoración de productos: Es utilizada cuando son observables los productos que genera en la función productiva o formativa y evidencia el desempeño. Los productos pueden ser registros, planes, informes, diseño de procesos, entre otros. Se puede hacer uso de instrumentos tales como: lista de chequeo y escala de estimación.

Entrevista: Es una charla personal entre el instructor y el aprendiz que permite clarificar evidencias documentales presentadas, revisar y/o complementar las evidencias de desempeño, de producto o de conocimiento. Esta técnica es muy importante para verificar valores, actitudes y aspectos personales relacionados con el análisis crítico, capacidad de dirección, toma de decisiones, así como la profundidad en la comprensión de temas complejos y la habilidad para explicarlos en términos simples. Instrumento Lista de chequeo y escala de estimación.³⁰

Observación: Esta técnica consiste en el examen atento que una persona realiza sobre el comportamiento o producto de otra o de sí misma, con el propósito de tener datos relevantes para su interpretación,

Se puede obtener evidencias de habilidades, destrezas, actividades, aplicación de conocimiento y actitudes de aprendizaje; requiere una percepción precisa basada en uno o más sentidos y atención focalizada con el objetivo de obtener una representación lo más fiel a la realidad.

Se puede hacer uso de instrumentos tales como: lista de cotejo y escala de calificaciones.

Cuestionario: instrumento de evaluación conformado por conjunto de preguntas o afirmaciones que el candidato debe responder o completar según los casos; puede ser cerrado, semiestructurado o no estructurado. Según su propósito pueden ser personales o anónimos.

Se definir con claridad el propósito y usos a la información recibida.³¹

Estudio de caso: Es una técnica que trabaja con información de un hecho real o hipotético en una organización y que tiene aplicaciones para procesos de aprendizaje. Generalmente el caso plantea preguntas para que sean resueltas según la estrategia definida por el instructor. Esta técnica se usa para evaluar competencias relacionadas con análisis de información, toma de decisiones y trabajo en equipo de niveles directivos. Se utiliza el instrumento de Cuestionario.³²

Practica de bioseguridad

Se define como sinónimo de experiencia, y/o procedimientos que garantizan el control de los factores de riesgo, la prevención de impactos nocivos y el respeto de los límites permisibles, sin atentar contra la salud de las personas que laboran y/o manipulan elementos biológicos, técnicas bioquímicas, experimentaciones genéticas y sus procesos conexos e igualmente garantizan que el producto de estas investigaciones y/o procesos no atenten contra la salud y el bienestar del consumidor final ni contra el ambiente.

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1997) señala la bioseguridad como el “conjunto de medidas destinadas a proteger la salud y seguridad del personal que labora frente a riesgos provenientes de agentes biológicos, físicos y químicos”. Es decir, comprende estrategias, mediante prácticas o acciones consideradas para evitar o prevenir los efectos a los riesgos presentes en el área de trabajo.

Dentro del concepto de bioseguridad deben abarcarse también todos los aspectos que en relación al ambiente quirúrgico puedan afectar negativamente al personal de salud, incluso a pacientes, por lo tanto, debe prestarse atención al espacio físico, incluyendo riesgos químicos y físicos, a los servicios mínimos para una correcta funcionalidad, la limpieza e higiene del área y la capacitación adecuada del personal en funciones, sin olvidar que el trabajo en cirugía es una interacción multidisciplinaria entre médicos, enfermeros(as) y personal de anestesia.

Para el ser humano, poner en práctica sus conocimientos sea este científico o vulgar es necesario en primera instancia un contacto directo, mediante el uso de los sentidos y conducta psicomotriz.

Las prácticas de los profesionales de enfermería implican un cierto riesgo de accidentes biológicos entendiéndose así a la lesión percutánea (ejemplo pinchazo, Cortes). O al contacto con mucosas o piel no intacta con sangre

u otro líquido corporal potencialmente infeccioso durante las actividades de prestación de servicios de salud.³³

2.3 Definición de términos básicos

Centro quirúrgico

Área de trabajo que está constituido por sala de operaciones, recuperación.

Bioseguridad

Es la situación en que la vida esté libre de daño, riesgo o peligro.

Prácticas de bioseguridad

Son las medidas encaminadas a minimizar riesgos de infecciones y lesiones accidentales por manipulación de material biocontaminado.

Riesgo biológico

Es la probabilidad que tiene el individuo de adquirir una enfermedad por contacto con microorganismos patógenos y residuos contaminados.

Material punzocortante: Se denomina material punzocortante a las agujas, catéteres venosos, hojas de bisturí, ampollas que puede producir una herida por corte o punción.

III. HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

General

La relación es significativa del nivel del conocimiento y las prácticas de bioseguridad de las enfermeras en el centro quirúrgico de la clínica Vesalio san Borja, 2018.

Específica

H₁. El nivel de conocimiento es significativo de las medidas de bioseguridad de las enfermeras en el centro quirúrgico, de la Clínica Vesalio san Borja, 2018.

H₂. El nivel de conocimiento es significativo de las prácticas de bioseguridad de las enfermeras en el centro quirúrgico, de la Clínica Vesalio san Borja, 2018.

3.2 Definición conceptual de las variables

Nivel de conocimiento de la bioseguridad

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. (Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología, Innovación y Educación, Buenos Aires Argentina noviembre 2014)

Prácticas bioseguridad

Conjunto de medidas destinadas a proteger la salud y seguridad del personal que labora frente a riesgos provenientes de agentes biológicos, físicos y químico; comprende estrategias, mediante prácticas o acciones consideradas para evitar o prevenir los efectos a los riesgos presentes en el área de trabajo. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1997).

3.3 Operacionalización de variables.

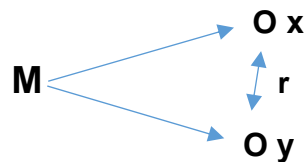
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORACION
Vi: nivel de conocimiento de la bioseguridad	El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).	El conocimiento en el presente estudio serán el conjunto de saberes que cuenta las enfermeras de centró quirúrgico de la clínica Vesalio sobre la teoría de la bioseguridad.	Lavado de manos Manejo de Biocontaminados	Definición Tiempo Pasos Momentos Objetivo Definición Clases Manejo Eliminación	Ordinal: A. B. C. A. B. C.
V2: prácticas de bioseguridad	Conjunto de medidas destinadas a proteger la salud y seguridad del personal que labora frente a riesgos provenientes de agentes biológicos, físicos y químicos.	Manera como el personal de enfermería de centró quirúrgico de la clínica Vesalio maneja los residuos biocontaminados	Lavado de manos Uso de guantes Uso de lentes protectores Uso de mascarilla Uso de mandil Material biocontaminado Anatomopatológicos Punzo cortantes	Lista de cotejo	Nominal: Cumple No cumple

IV. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 Tipo y diseño de investigación

Tipo: El presente estudio de investigación será tipo cuantitativo, este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular.

Diseño: Es un estudio de diseño cuasi experimental.



Donde;

M = muestra

Ox = variable Independiente

Oy = variable dependiente

R = relación

4.2 METODO DE INVESTIGACION

El presente estudio de investigación será cuantitativo, descriptivo de corte transversal, ya que permitió de la realidad para presentar los hechos tal como se obtuvieron en un tiempo y espacio determinado.

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO PARA LA VARIABLE

Para la validez del instrumento se utilizó el alpha de cronbach, que se encarga de determinar la media ponderada de las correlaciones entre las variables (o ítems) que forman parte de la encuesta.

Formula:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Donde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i
- S_t^2 es la varianza de la suma de todos los ítems y
- k es el número de preguntas o ítems.
- El instrumento está compuesto por 11 ítems, siendo el tamaño de muestra 8 encuestados; de esta manera para determinar la confiabilidad del instrumento se aplica el estadístico alpha de cronbach utilizando para el cálculo el software estadístico SPSS versión 23.

Resultados del alpha de cronbach aplicando SPSS:

Resumen del procesamiento de los casos			
		N	%
Casos	Válidos	8	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	8	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.809	11

Discusión: El valor del alpha de cronbach cuanto más se aproxime a su valor máximo, 1, mayor es la fiabilidad de la escala. Además, en determinados contextos y por tácito convenio, se considera que valores del alfa superiores a 0,7 (dependiendo de la fuente) son suficientes para

garantizar la fiabilidad de la escala. Teniendo así que el valor de alfa de cronbach para nuestro instrumento es 0.809; por lo que concluimos que nuestro instrumento es altamente confiable.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
VAR00001	7,7500	,500	,000	,556
VAR00002	7,7500	,500	,000	,556
VAR00003	7,8750	,125	1,000	,000
VAR00004	7,7500	,500	,000	,556
VAR00005	7,8750	,125	1,000	,000
VAR00006	7,7500	,500	,000	,556
VAR00007	7,7500	,500	,000	,556
VAR00008	8,7500	,500	,000	,556
VAR00009	8,7500	,500	,000	,556
VAR00010	7,7500	,500	,000	,556
VAR00011	7,7500	,500	,000	,556

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población estaba conformada por todo el personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio, las mismas que alcanzan un total 32 personas del área de CENTRO QUIRURGICO de dicha Institución, que se encuentran laborando durante el período del año 2018.

MUESTRA

Estuvo constituida por el personal de enfermería en la unidad de centro quirúrgico de la Clínica Vesalio que cumplieron con el criterio de inclusión que se proyectó para el estudio.

n= 32

Dada que la población de estudio es reducida para el presente trabajo consideraremos trabajar con la totalidad de la población un total de 32 profesionales.

Criterio de inclusión

- Personal de enfermería que labora en el centro quirúrgico.
- Personal de enfermería que acepten participar en el estudio.

Criterio de exclusión:

- Personal de enfermería que se encuentre de vacaciones, licencia.
- Personal de enfermería que no desea participar del estudio.

4.4 LUGAR DE ESTUDIO Y PERIODO DE DESARROLLO

El presente estudio se realizó en el centro quirúrgico de la Clínica Vesalio, ubicada en la calle Joseft Thompson 124, distrito de San Borja provincia y departamento de Lima.

El servicio de centro quirúrgico está conformado por el jefe de servicio de centro quirúrgico, licenciados de enfermería, técnicos de enfermería, personal de limpieza. Cuenta con 3 salas operativas para las diferentes especialidades.

Brinda atención las 24 horas del día; atiende a pacientes de diferentes especialidades como: cirugía general, ginecológica, urología, traumatología, oncología, cirugías laparoscópicas; cuenta con un total de 32 profesionales de enfermería.

La ejecución del presente estudio se realizó en un periodo de un año y medio desde marzo 2018 hasta la fecha.

4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACION

En el presente trabajo de investigación para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta, se aplicó como instrumentos un cuestionario que consta de 24 preguntas y una lista de cotejo con 30 ítems, los cuales fueron sometidos a juicio de expertos para determinar su validez de contenido y constructo; para medir su confiabilidad se utilizó el alfa de cronbach y la prueba binomial.

La aplicación del cuestionario se realizó, con la previa autorización de la jefa del servicio de la institución.

La observación se realizó con la aplicación de una lista de cotejo donde se marcó el casillero correspondiente si cumplen o no cumplen con el lavado de manos, uso de mascarilla, guantes, mandil, lentes protectores; manejo de material biocontaminado y punzocortantes.

Se llevara a cabo una prueba piloto a fin de determinar la validez estadística mediante la prueba de coeficiente de relación de alpha de cronbach para la confiabilidad estadística se aplicó la prueba binomial.

4.6 Análisis y procesamiento de datos.

Los datos obtenidos durante la investigación, se llenaran por medio de una encuesta, se ordenaran y se procederán a ser depurados en pruebas y tabulación de los datos, utilizando el paquete estadístico SPSS 23.

Se estudió las variables obtenidas en la consolidación, se procesó estadísticamente, a la presentación de los datos que se obtengan y serán analizados, los cuales serán mostrados mediante tablas y gráficos, con su correspondiente interpretación, de acuerdo a los objetivos trazados.

Finalmente se utilizara el coeficiente de correlación estadístico no paramétrico Rho de Spearman, para las variables que se obtendrán en la consolidación del trabajo.

V. RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos

Tabla N° 5.1

Distribución de frecuencias según nivel de conocimiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	6	18,8	18,8	18,8
Medio	7	21,9	21,9	40,6
Alto	19	59,4	59,4	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Lista de cotejo aplicado al personal de enfermería de centro quirúrgico de la clínica Vesalio San Borja 2018.

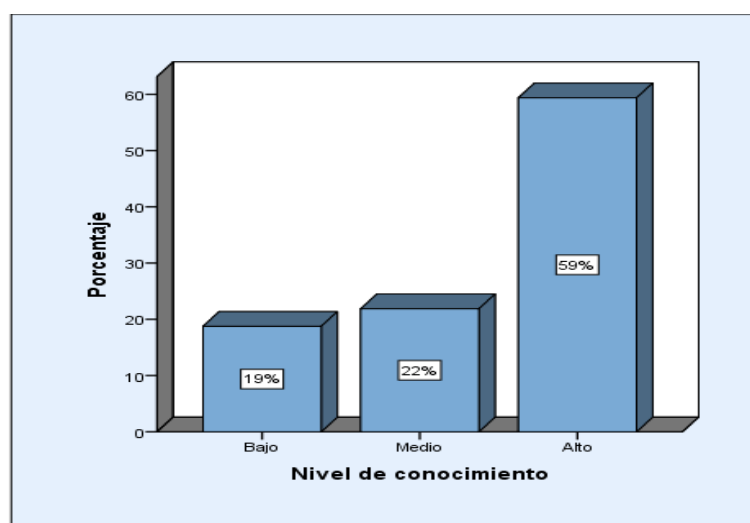


Gráfico N° 5.1

Interpretación

De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 59% tiene nivel alto de conocimiento sobre el lavado de manos y manejo de biocontaminados es alto, el 22% tiene nivel de conocimiento medio y sólo el 19% tiene nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 5.2

Distribución de frecuencias según nivel conocimiento de lavado de manos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Bajo	6	18,8	18,8
Medio	8	25,0	25,0
Alto	18	56,3	56,3
Total	32	100,0	100,0

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro Quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

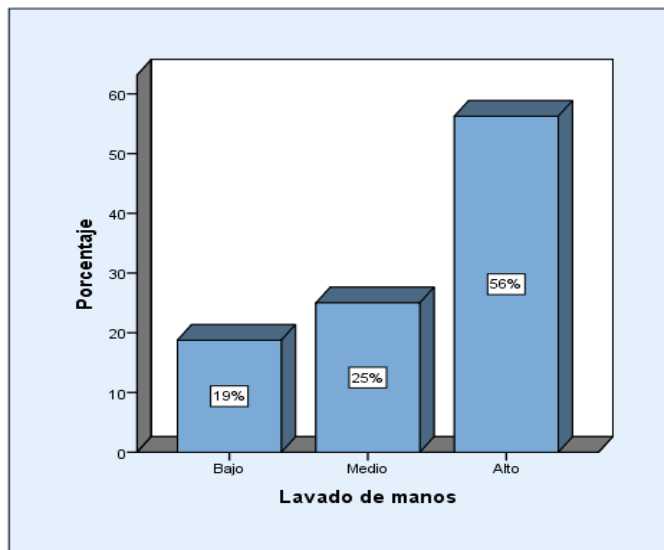


Gráfico N° 5.2

Interpretación:

De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 56% de enfermeras tiene nivel de conocimiento alto sobre lavado de manos, el 25% tiene conocimiento es medio y sólo el 19% tiene nivel de conocimiento bajo sobre lavado de manos.

Tabla N° 5.3

Distribución de frecuencias según nivel de conocimiento de manejo de biocontaminados.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	3	9,4	9,4	9,4
Medio	8	25,0	25,0	34,4
Alto	21	65,6	65,6	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

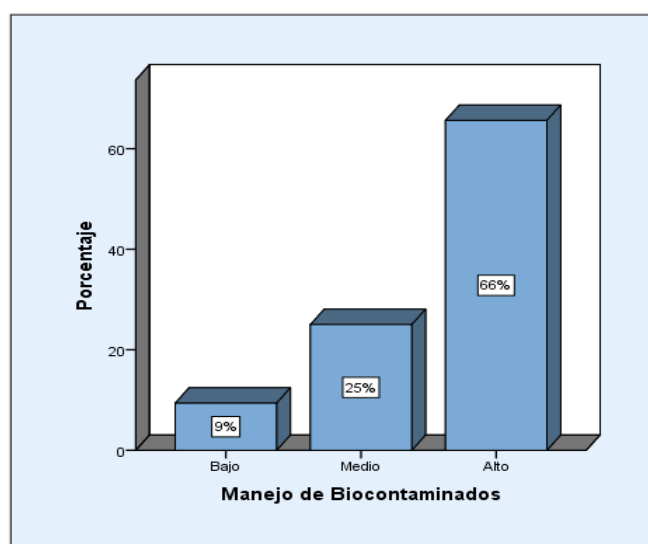


Gráfico N° 5.3

Interpretación

De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 66% tiene nivel de conocimiento alto sobre el manejo de biocontaminados, el 25% tiene nivel de conocimiento medio sobre el manejo de biocontaminados y sólo el 9% tiene nivel de conocimiento bajo sobre el manejo de biocontaminados.

Tabla Nº 5.4

Distribución de frecuencias según lavado de manos

Ítems	Cumple		No cumple	
	f	%	f	%
Al ingresar al servicio se lava las manos	22	68.8%	10	31.3%
Durante el tiempo correcto	20	62.5%	12	37.5%
Antes y después del contacto con el paciente	19	59.4%	13	40.6%
Después de contacto con fluidos corporales	28	87.5%	4	12.5%
Antes de realizar un procedimiento invasivo – no invasivo	30	93.8%	2	6.3%
Lavado de manos	27	84.4%	5	15.6%

Fuente: Datos obtenidos de la lista de cotejo aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

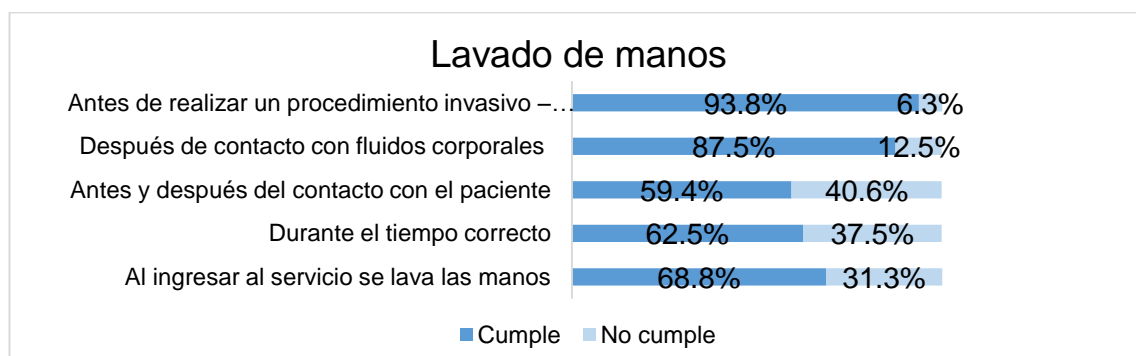


Gráfico 5.4

Interpretación: De la lista de cotejo se tiene que el 93.8% cumple con el lavado de manos antes de realizar un procedimiento invasivo, el 6.3 no cumple; el 87.5% cumple con el lavado de manos antes y después del contacto con fluidos y el 12.5% no cumple; 59.4% cumple con el lavado de manos antes y después del contacto con el paciente, el 40.6% no cumple; el 62.5% cumple con el lavado de manos durante el tiempo correcto y el 37.5% no cumple; el 68.8% cumple con el lavado de manos antes de ingresar al servicio y el 31.3% no cumple.

Tabla N° 5.5

Distribución de frecuencias según uso de guantes

Ítems	Cumple		No cumple	
	f	%	f	%
Al manipular fluidos biológicos, secreciones	32	100,0%	0	0,0%
En el manejo de drenajes, sondas, ropa contaminada	21	65,6%	11	34,4%
Al contar gasas contaminadas con residuo biológico	31	96,9%	1	3,1%
Para el contacto con el paciente	21	65,6%	11	34,4%
Usa para eliminar el material punzocortante	26	81,3%	5	15,6%
Uso de guantes	31	96,9%	1	3,1%

Fuente: Datos obtenidos de la lista de cotejo aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

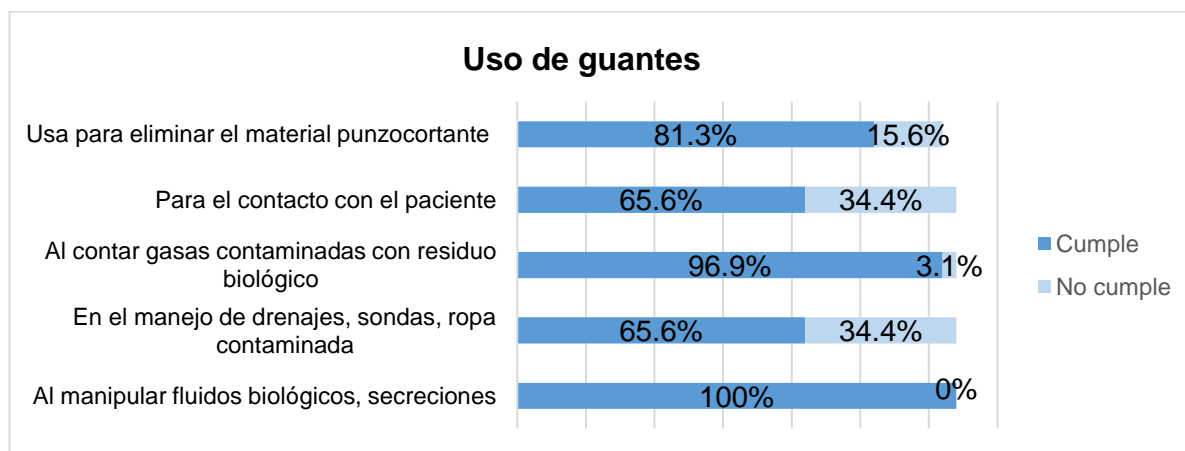


Gráfico 5.5

Interpretación: De la lista de cotejo se tiene que el 81.3% cumple con el uso de guantes para eliminar el material punzocortante, mientras que 15.6% no cumple; 65.6% cumple con el uso de guantes para el contacto con el paciente, el 34.4% no cumple; el 96.6% cumple con el uso de guantes para contar gasas con residuo biológico mientras que el 3.1% no cumple; el 65.6% cumple uso de guantes en el manejo de drenajes, sondas, ropa contaminada y el 34.4% no cumple; el 100% cumple con el uso de guantes al manipular fluidos biológicos, secreciones.

Tabla N° 5.6

Distribución de frecuencias según uso de lentes protectores

Ítems	Cumple		No cumple	
	f	%	f	%
En el manejo de los residuos biológicos y punzocortantes	6	18,8%	26	81,3%
Durante la cirugía.	14	43,8%	18	56,3%
Durante los procedimientos	8	25,0%	24	75,0%
Uso de lentes protectores	8	25,0%	24	75,0%

Fuente: Datos obtenidos de la lista de cotejo aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

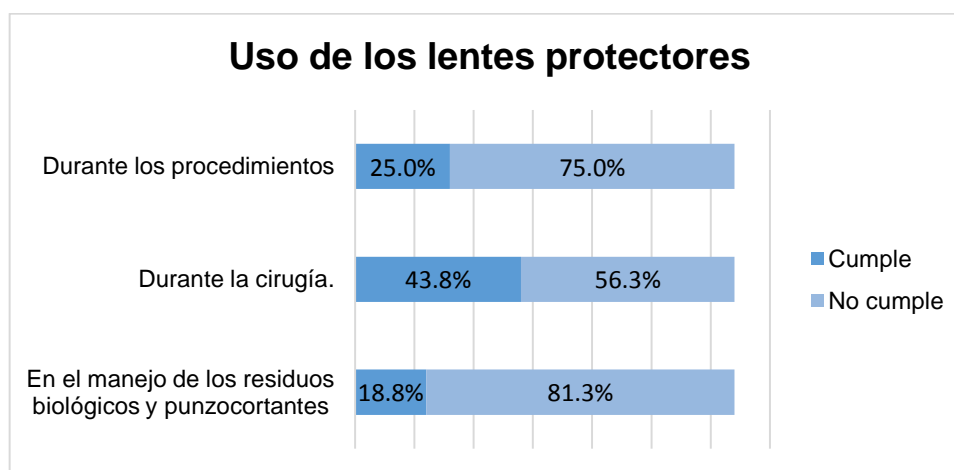


Gráfico 5.6

Interpretación

De la lista de cotejo se tiene que el 25.0% cumple con el uso de lentes protectores durante los procedimientos mientras que el 75.0% no cumple; 43.8% cumple con el uso de lentes protectores en el manejo de los residuos biológicos y punzocortantes y el 56.3% no cumple; 18.8% cumple con el uso de lentes protectores en el manejo de residuos biológicos y punzocortantes y el 81.3% no cumple.

Tabla Nº 5.7

Distribución de frecuencias según uso de mascarilla

Ítems	Cumple		No cumple	
	f	%	f	%
Usa mascarilla en quirófano	22	68,8%	10	31,3%
Usa correctamente cubriendo nariz y boca	24	75,0%	8	25,0%
Al manipular residuos biológicos	23	71,9%	9	28,1%
Uso de mascarilla	21	65,6%	11	34,4%

Fuente: Datos obtenidos de la lista de cotejo aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

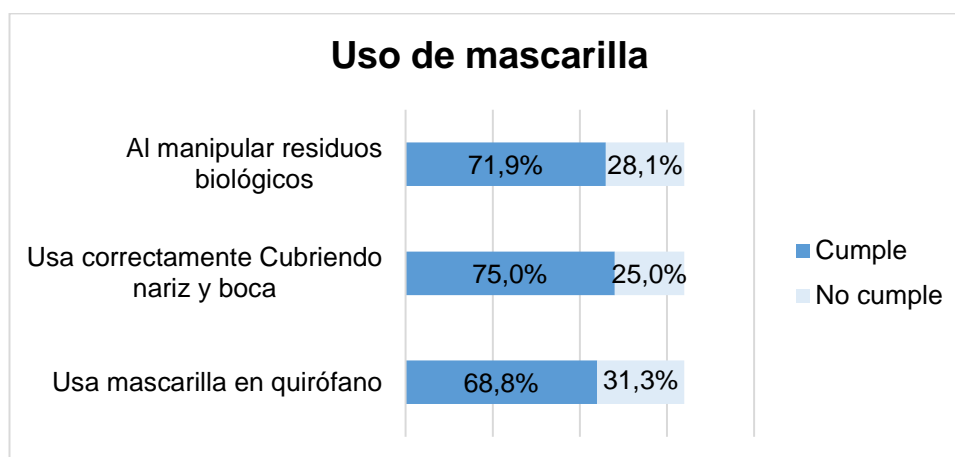


Gráfico 5.7

Interpretación:

De la lista de cotejo se tiene que el 71.9% cumple con el uso de mascarilla al manipular residuos biológicos el 28.1% no cumple; el 75.0% cumple con el uso de mascarilla y usa correctamente cubriendo nariz y boca y el 25.0% no cumple; el 68.8% cumple con el uso de mascarilla en quirófano y el 31.3% no cumple.

Tabla Nº 5.8

Distribución de frecuencias según uso de mandil

Ítems	Cumple		No cumple	
	f	%	f	%
En el área roja	22	68,8%	10	31,3%
Para protección en procedimiento donde hay exposición a líquidos	27	84,4%	5	15,6%
Se cambia de mandil cuando hay contaminación con fluidos corporales	27	84,4%	5	15,6%
Para movilizar pacientes	10	31,3%	21	65,6%
Uso de mandil	21	65,6%	11	34,4%

Fuente: Datos obtenidos de la lista de cotejo aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

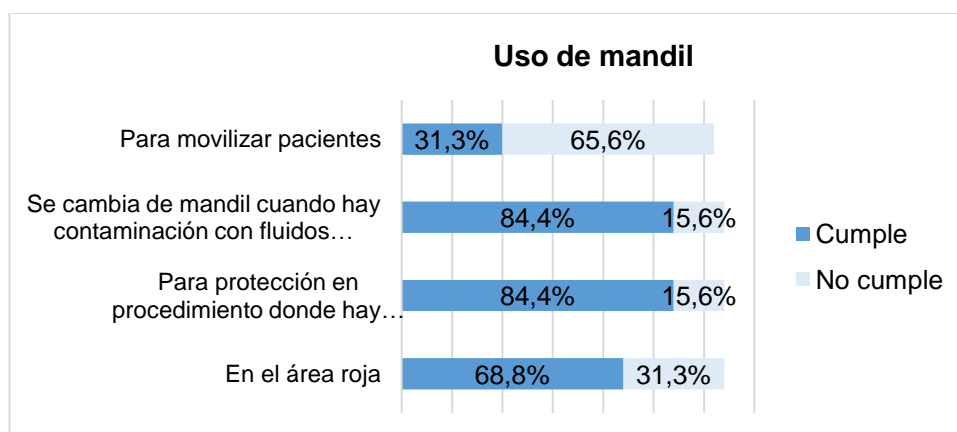


Gráfico 5.8

Interpretación

De la lista de cotejo se tiene que el 31.3% cumple con el uso de mandil para movilizar pacientes y el 65.6% no cumple; el 84.4% cumple con el uso de mandil para la protección en procedimiento donde hay exposición a líquidos y el 15.6% no cumple; el 84.4% cumple con el uso de mandil al cambiar de mandil cuando hay contaminación con fluidos corporales mientras que el 15.6% no cumple; el 68.8% cumple con el uso de mandil en el área roja y el 31.3% no cumple.

Tabla N° 5.9

Distribución de frecuencias según material biocontaminado.

Ítems	Cumple		No cumple	
	f	%	f	%
Manipula material contaminado con barreras protectoras	21	65,6%	11	34,4%
Descarta la ropa contaminada en bolsa adecuada	31	96,9%	1	3,1%
Durante la cirugía las gasas se coloca en recipiente adecuado	31	96,9%	1	3,1%
Material biocontaminado	21	65,6%	11	34,4%

Fuente: Datos obtenidos de la lista de cotejo aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

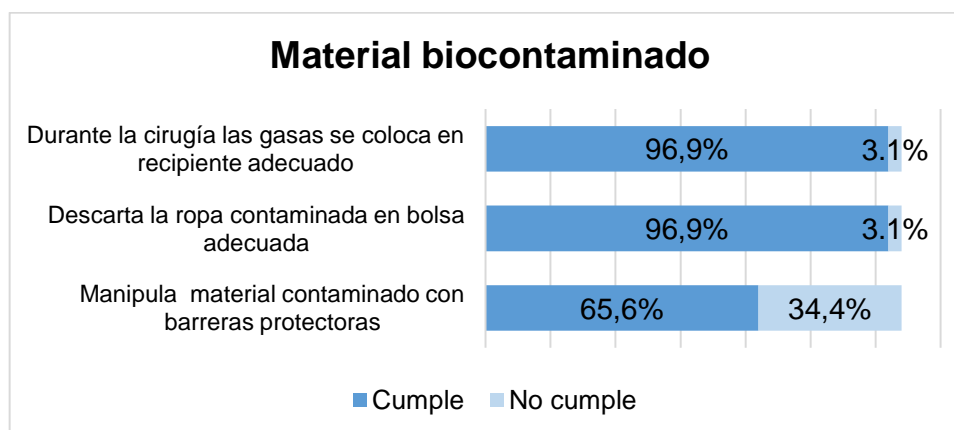


Gráfico 5.9

Interpretación:

De la lista de cotejo se tiene que el 96.6% cumple con el material biocontaminado durante la cirugía las gasas se coloca en recipiente adecuado mientras que el 3.1% no cumple; el 96.9% descarta la ropa contaminada en bolsa adecuada y el 3.1% no cumple; 65.6% manipula material biocontaminado con barreras protectoras y el 34.4% no cumple.

Tabla Nº 5.10

Distribución de frecuencias según residuos anatomopatológicos

Ítems	Cumple		No cumple	
	f	%	f	%
La pieza anatomopatológica se deposita en el recipiente adecuado	27	84,4%	5	15,6%
Manipula la pieza anatomopatológica con guantes	29	90,6%	3	9,4%
Residuos anatomopatológicos	24	75,0%	8	25,0%

Fuente: Datos obtenidos de la lista de cotejo aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

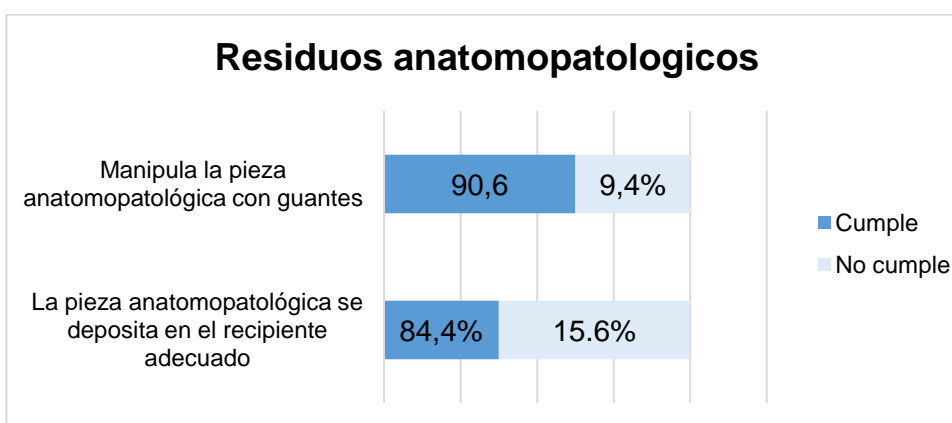


Gráfico 5.10

Interpretación

De la lista de cotejo se tiene que el 90.6% cumple manipulando la pieza anatomopatológica con guantes y el 9.4% no cumple; 84.4% cumple depositando la pieza anatomopatológica en recipiente adecuado y el 15.6% no cumple.

Tabla Nº 5.11
Distribución de frecuencias según manejo residuos punzocortante

Ítems	Cumple		No cumple	
	f	%	f	%
Elimina el material punzocortante en el recipiente adecuado	31	96,9%	1	3,1%
Manipula material punzocortante con pinza después de su uso	19	59,4%	13	40,6%
Separa los desechos sólidos del material punzocortante con EPP	20	62,5%	12	37,5%
Utiliza material resistente para el traslado de objetos punzocortantes	32	100,0%	0	0,0%
Establece una zona segura cuando trabaja con material punzocortante	26	81,3%	6	18,8%
Manejo de residuo punzocortante	28	87,5%	4	12,5%

Fuente: Datos obtenidos de la lista de cotejo aplicado al personal de enfermería de centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

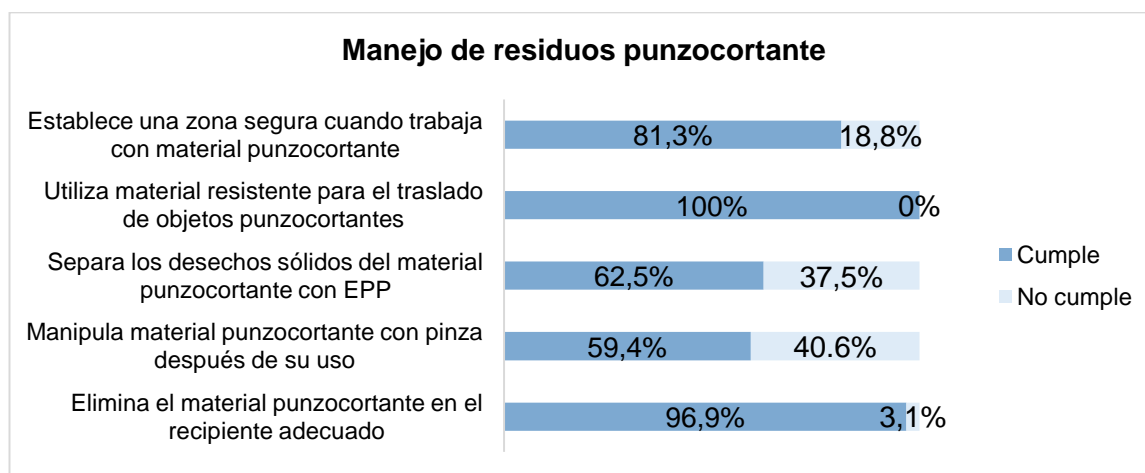


Gráfico 5.11

Interpretación: De la lista de cotejo se tiene que el 81.3% cumple estableciendo una zona segura cuando trabaja con material punzocortante, el 18.8% no cumple; el 100% cumple utilizando material resistente para el traslado de objetos punzocortantes; el 62.5% cumple utilizando EPP para el manejo y separación de residuos sólidos y punzocortante el 37.5%; el 59.4 cumple al manipula material punzocortante con pinza después de su uso y el 40.6% no cumple; 96.9% cumple al eliminar el material punzocortante en el recipiente adecuado y el 3.1% no cumple.

5.2. Resultados inferenciales

Tabla Nº 5.12

Distribución de frecuencias según definición técnica de lavado de manos clínico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Conjunto de normas y medidas para proteger la salud	8	25,0	25,0	25,0
Es la remoción química de microorganismos que destruyen o matan la flora transitoria	22	68,8	68,8	93,8
Medidas para la seguridad del personal	2	6,3	6,3	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

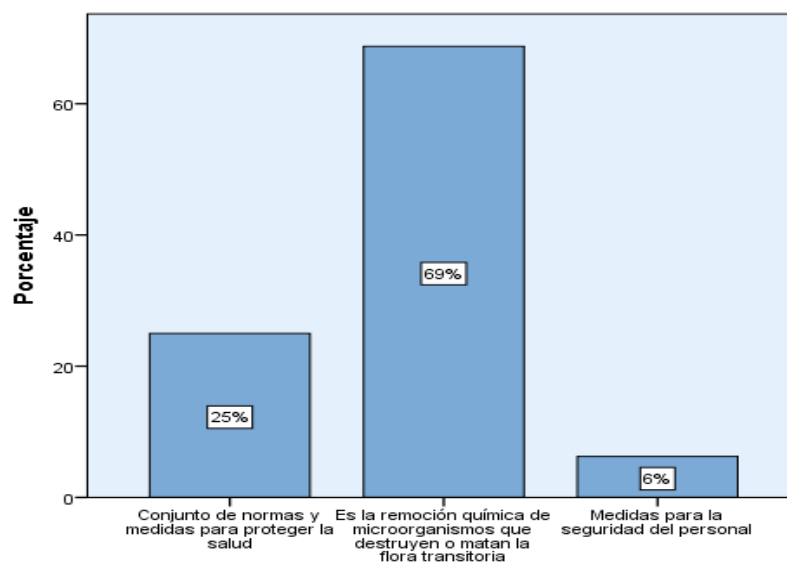


Gráfico 5.12

Interpretación: De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 69% considera que la definición técnica de lavado de manos clínico es la remoción química de microorganismos que destruyen o matan la flora transitoria, el 25% considera que es un conjunto de normas y medidas para proteger la salud y el 6% considera que son medidas para la seguridad del personal.

Tabla N° 5.13

Distribución de frecuencias según tiempo que se realiza el lavado de manos clínico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
3 minutos	1	3,1	3,1	3,1
40 a 60 segundos	31	96,9	96,9	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

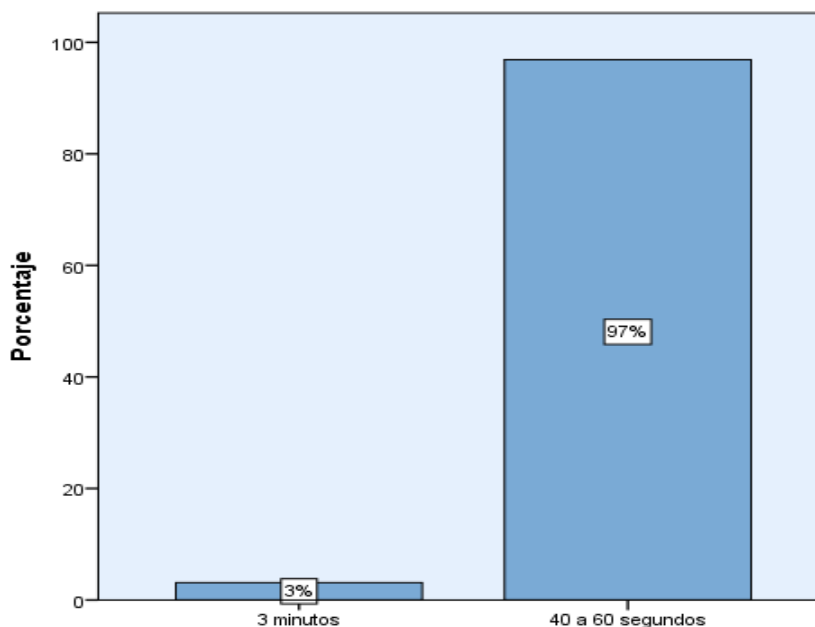


Gráfico 5.13

Interpretación

De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 97% considera que el tiempo que se realiza el lavado de manos clínicos es de 40 a 60 segundos y el 3% considera que el tiempo que se realiza el lavado de manos clínicos es 3 minutos.

Tabla N° 5.14

Distribución de frecuencias cuantos con los pasos para el lavado de manos clínico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
5 pasos	3	9,4	9,4	9,4
11 pasos	28	87,5	87,5	96,9
8 pasos	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

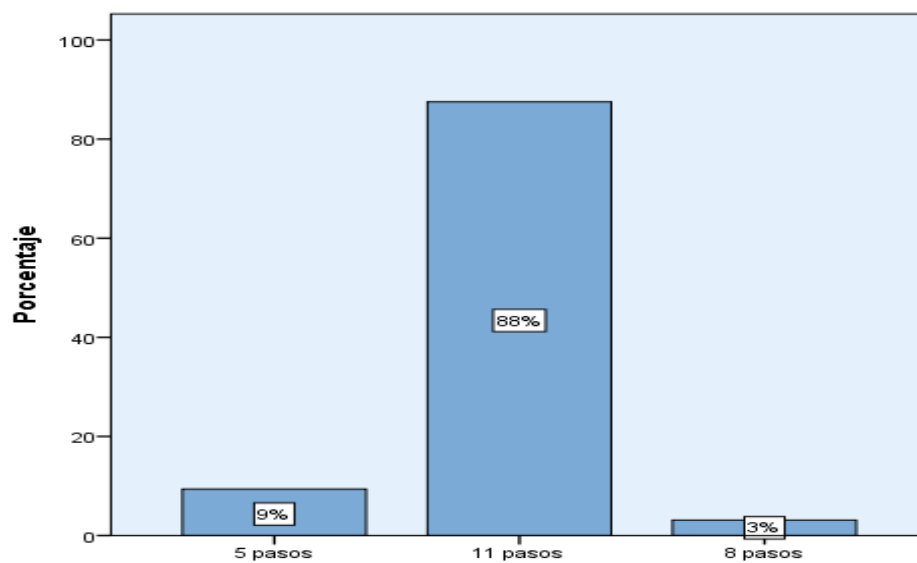


Gráfico 5.14

Interpretación

De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 88% considera que son 11 pasos para el lavado de manos clínicos, el 9% considera que son 5 pasos para el lavado de manos clínico y el 3% considera que son 8 pasos para el lavado de manos clínico.

Tabla Nº 5.15

Distribución de frecuencias según cuales son los momentos básicos para el lavado de manos clínico.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Antes de realizar una tarea aséptica después del riesgo a exposición	1	3,1	3,1	3,1
Antes de tocar al paciente, realizar una tarea aséptica , después del riesgo a exposición líquidos corporales, después del contacto con el paciente y entorno	31	96,9	96,9	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

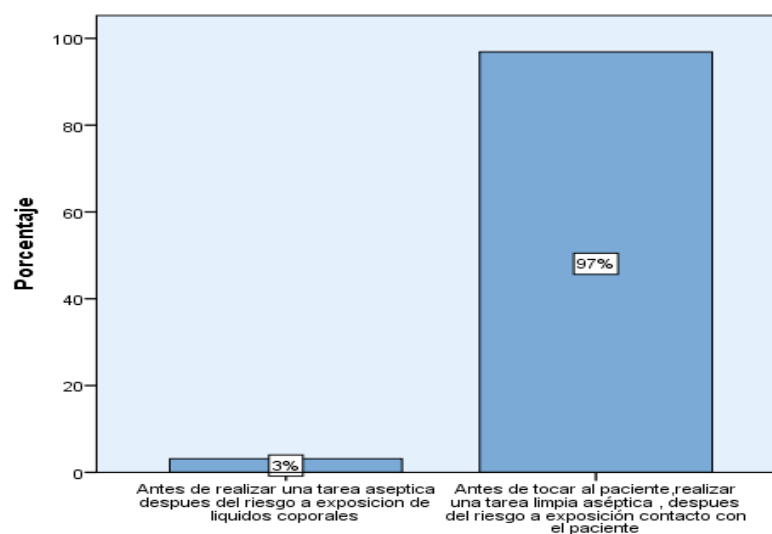


Gráfico 5.15

Interpretación: De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 97% considera que los momentos básicos para el lavado de manos clínicos es antes de tocar al paciente, realizar una tarea aséptica, después del riesgo a exposición líquidos corporales, después del contacto con el paciente y entorno, el 3% considera que los momentos básicos para el lavado de manos clínicos es antes de realizar una tarea aséptica después del riesgo a exposición de líquidos corporales.

Tabla Nº 5.16

Distribución de frecuencias según objetivo de lavado de manos quirúrgico.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Proteger la salud	2	6,3	6,3	6,3
Eliminar y destruir la flora transeúnte y reducir la flora	24	75,0	75,0	81,3
Disminuir la flora bacteriana	6	18,8	18,8	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

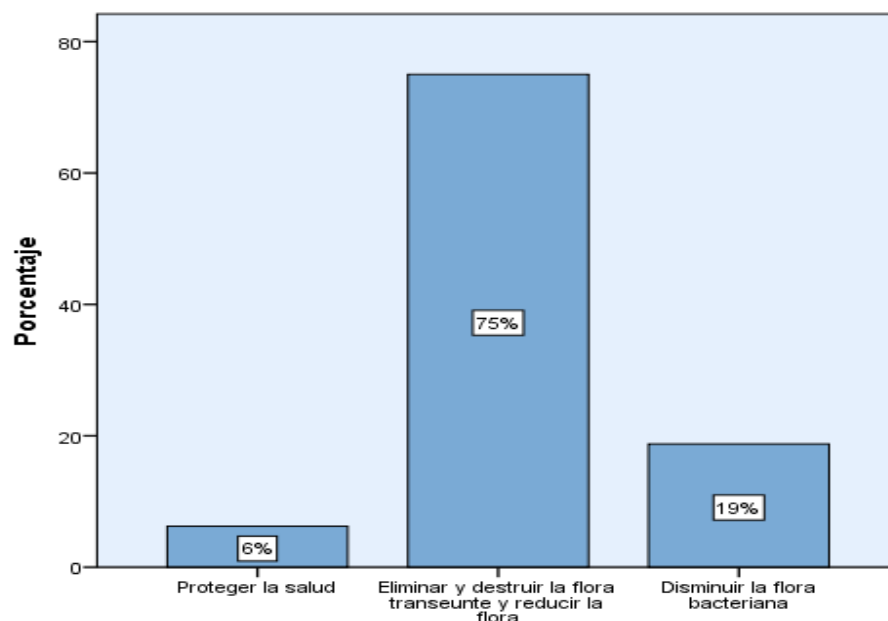


Gráfico 5.16

Interpretación

De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 75% considera que el objetivo de lavado de manos quirúrgico es eliminar y destruir la flora transeúnte y reducir la flora, el 19% considera disminuir la flora bacteriana y el 6% considera que el objetivo de lavado de manos quirúrgico es para proteger la salud.

Tabla Nº 5.17

Distribución de frecuencias según definición de residuo bicontaminado.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Residuos peligrosos que están contaminados	2	6,3	6,3	6,3
Residuos peligrosos generados en el proceso de la atención e investigación médica que están contaminados	27	84,4	84,4	90,6
Residuos de riesgo	3	9,4	9,4	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

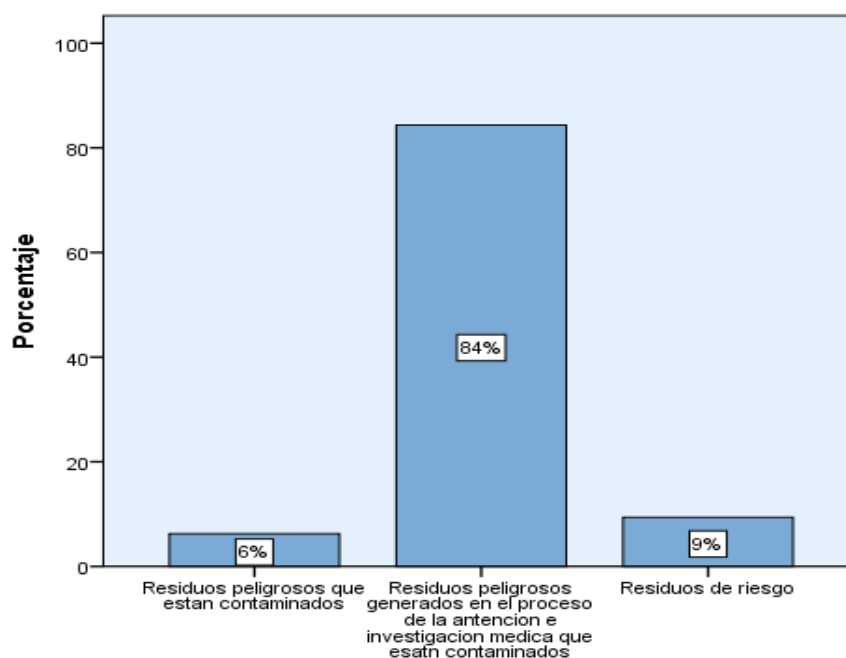


Gráfico 5.17

Interpretación: De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 84% considera que la definición de residuo bicontaminado son residuos peligrosos generados en el proceso de la atención e investigación médica que están contaminados, el 9% considera que la definición de residuo bicontaminado son residuos de riesgo y el 6% considera que la definición de residuo bicontaminado son residuos peligrosos que están contaminados.

Tabla Nº 5.18

Distribución de frecuencias según clases de residuos biocontaminados.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Biológicos y especiales	4	12,5	12,5	12,5
Residuos punzocortantes	13	40,6	40,6	53,1
De la atención del paciente , biológicos , anatomopatológicos y punzocortantes	15	46,9	46,9	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

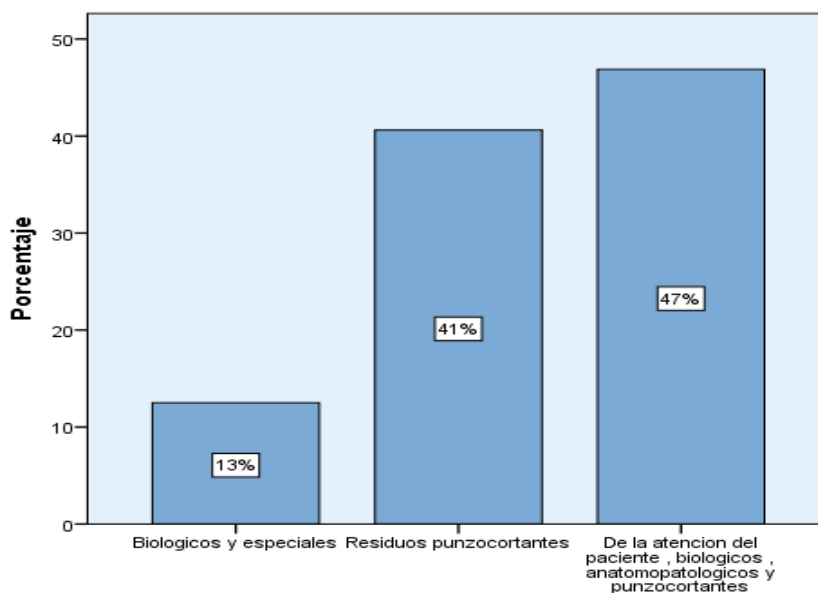


Gráfico 5.18

Interpretación

De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 47% considera que las clases de residuos biocontaminados son de la atención del paciente, biológicos, anatomopatológicos y punzocortantes, el 41% considera que las clases de residuo biocontaminados son residuos punzocortantes y el 13% considera que las clases de residuos biológicos y especiales.

Tabla Nº 5.19

Distribución de frecuencias según momento de separar los desechos a bolsas especiales.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Después de terminar un procedimiento	4	12,5	12,5	12,5
Al momento de su generación	25	78,1	78,1	90,6
Después de ser clasificados	3	9,4	9,4	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

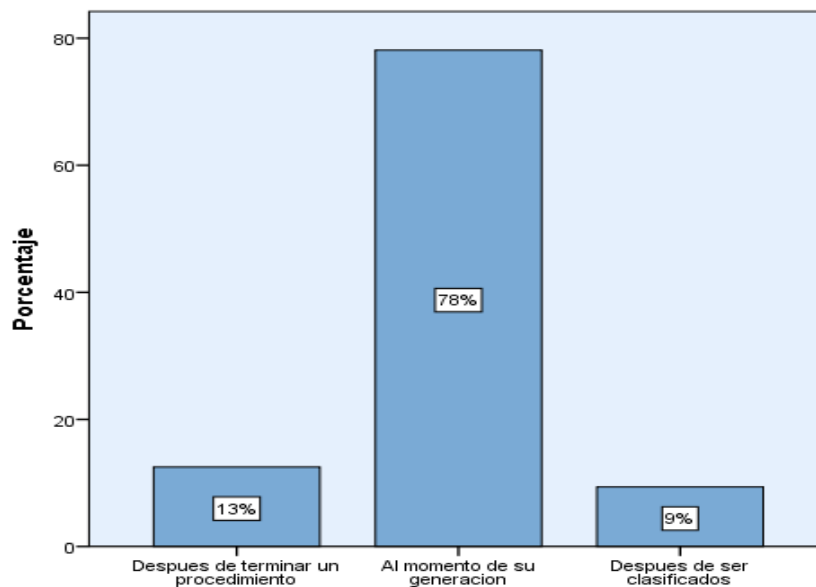


Gráfico 5.19

Interpretación

De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 78% considera que el momento de separar los desechos a bolsas especiales es al momento de su generación, el 13% considera que el momento de separar los desechos a bolsas especiales es después de terminar un procedimiento y el 9% considera que el momento de separar los desechos a bolsas especiales es después de ser clasificados.

Tabla Nº 5.20

Distribución de frecuencias según material de las bolsas para residuos contaminado.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cartón	1	3,1	3,1	3,1
Material impermeable y de polipropileno	26	81,3	81,3	84,4
Plástico	5	15,6	15,6	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

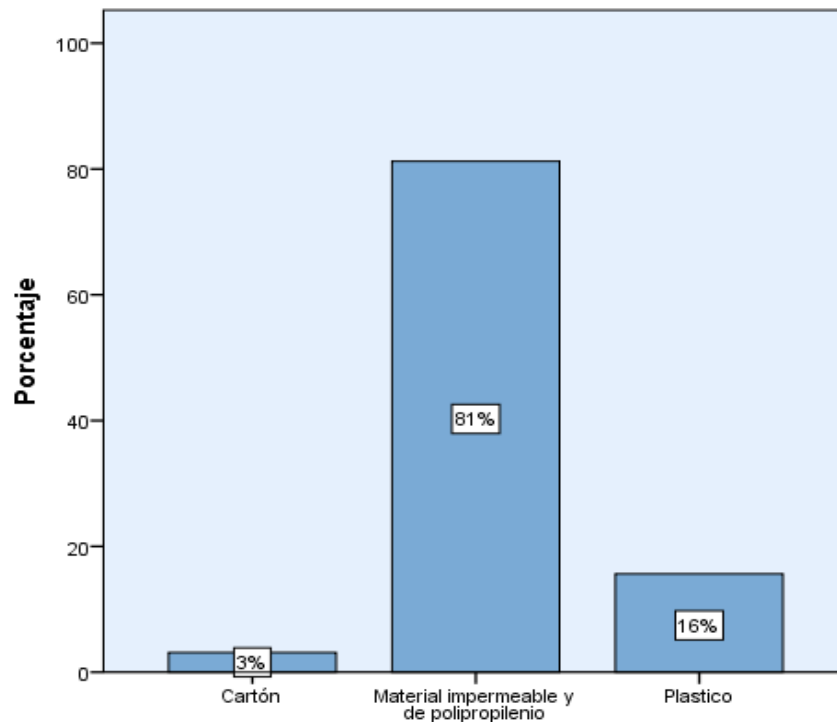


Gráfico 5.20

Interpretación

De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 81% considera que el material de bolsas para el material contaminado es material impermeable y de polipropileno, el 16% considera que el material contaminado es de plástico y el 3% considera que el material de bolsas para el material contaminado es de cartón.

Tabla N° 5.21

Distribución de frecuencias según color de bolsa que se elimina el material contaminado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Amarilla	1	3,1	3,1	3,1
Roja	31	96,9	96,9	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

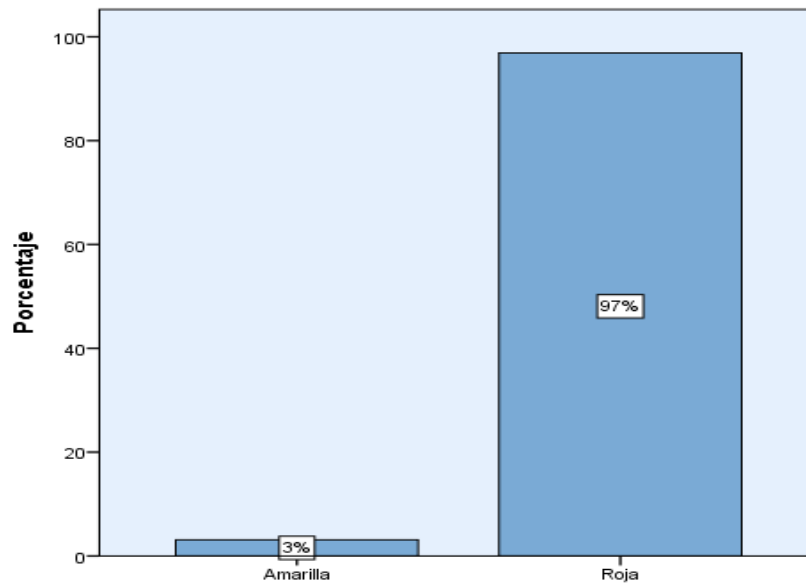


Gráfico 5.21

Interpretación

De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 97% considera la bolsa de color roja para eliminar el material contaminado y el 3% considera la bolsa de color amarilla para eliminar el material contaminado.

Tabla N° 5.22

Distribución de frecuencias según capacidad de bolsas para el material contaminado.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
De 5 a 10 kilos	11	34,4	34,4	34,4
De 8 a 10 kilos	21	65,6	65,6	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

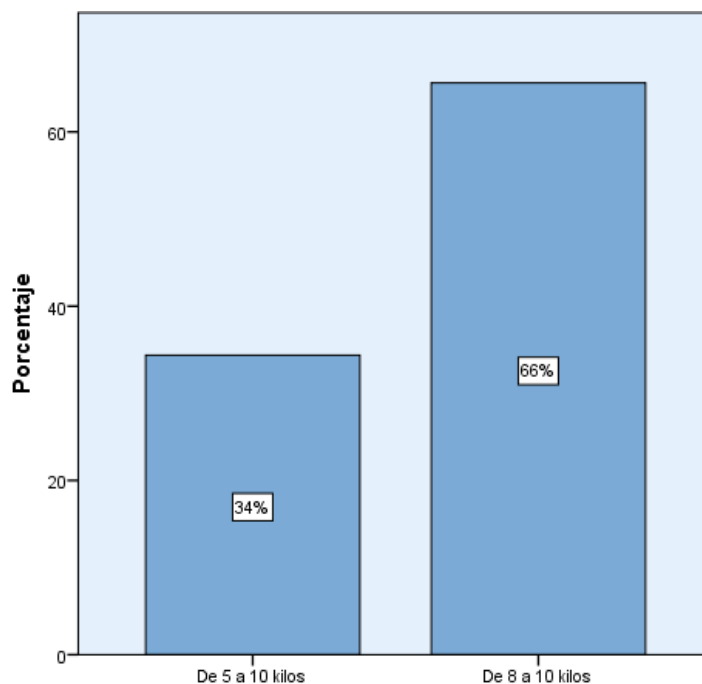


Gráfico 5.22

Interpretación

De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 66% considera que la capacidad de bolsas para el material contaminado es de 8 a 10 kilos y el 34% considera que la capacidad de bolsas para el material contaminado es de 5 a 10 kilos.

Tabla Nº 5.23

Distribución de frecuencias según definición de residuos anatomopatológicos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Son desechos peligrosos	1	3,1	3,1	3,1
Son provenientes de restos humanos , tejidos amputados, muestras , órganos	31	96,9	96,9	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

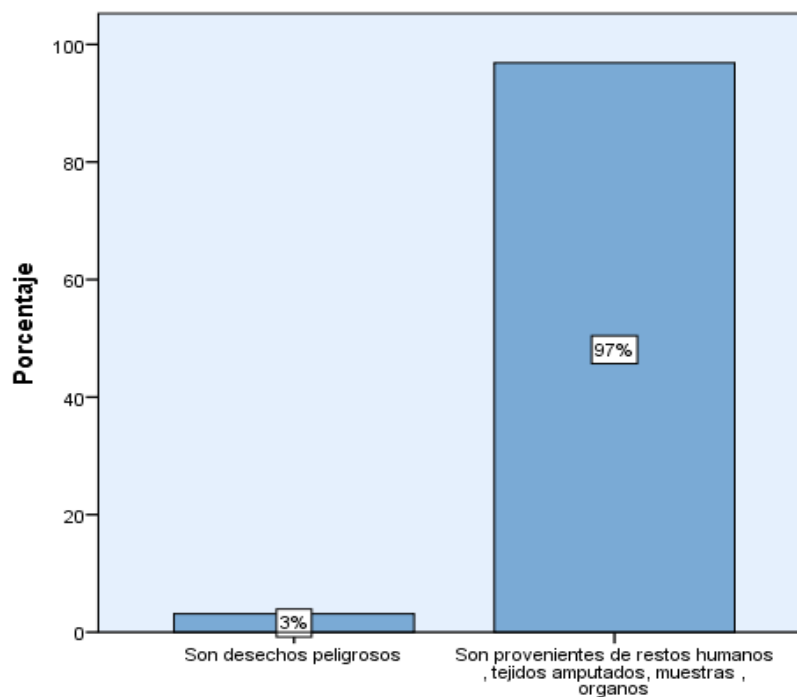


Gráfico 5.23

Interpretación: De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 97% considera que la definición de residuos anatomopatológicos son provenientes de restos humanos, tejidos amputados, muestras, órganos y el 3% considera que la definición de residuos anatomopatológicos son resultantes de procedimientos son desechos peligrosos.

Tabla Nº 5.24

Distribución de frecuencias según momento de separar los residuos anatomopatológicos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Al término de la cirugía	9	28,1	28,1	28,1
Inmediatamente al ser generados	23	71,9	71,9	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

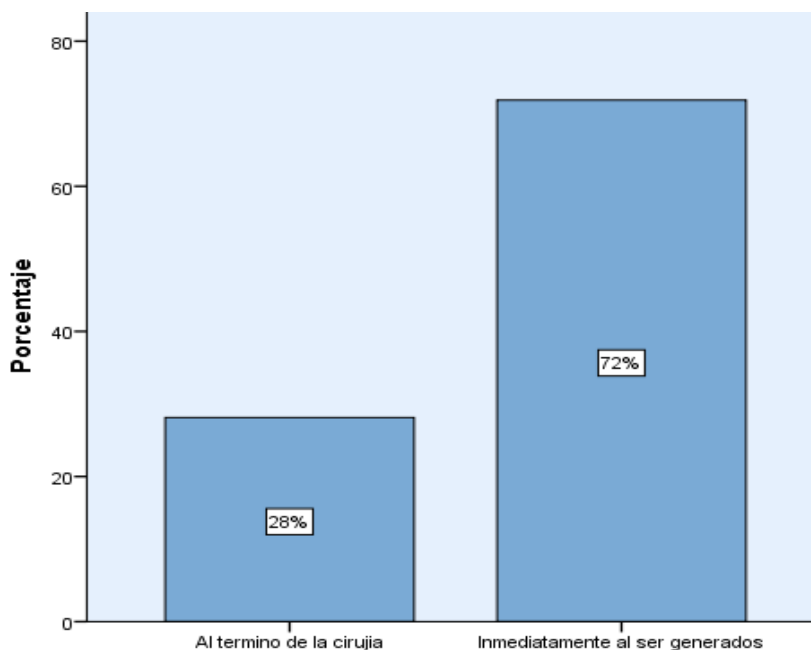


Gráfico 5.24

Interpretación

De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 72% considera que el momento de separar los residuos anatomopatológicos son inmediatamente al ser generados y el 28% considera que el momento de separar los residuos anatomopatológicos es al término de la cirugía.

Tabla Nº 5.25

Distribución de frecuencias según barreras protectoras que disminuyen el riesgo infección por exposición.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Guantes , mascarilla, gorro, protectores oculares	31	96,9	96,9	96,9
Guantes , mascarilla	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

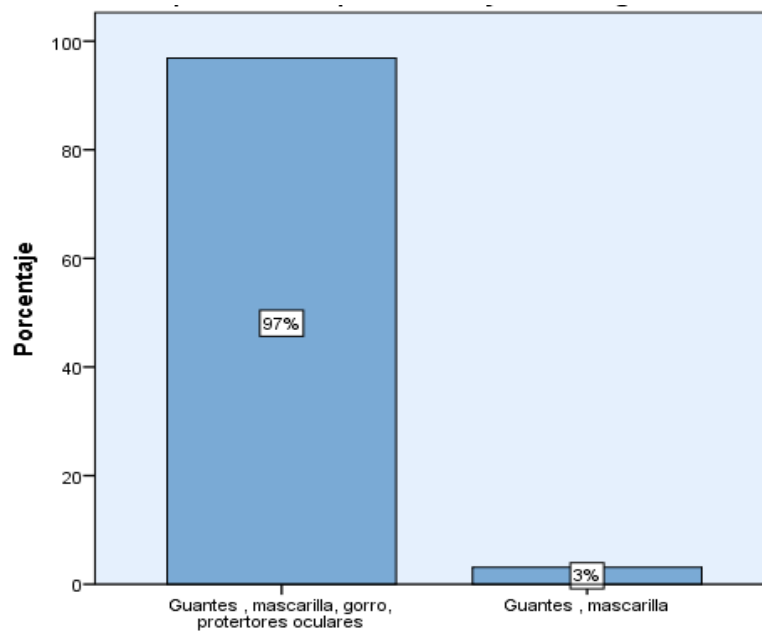


Gráfico 5.25

Interpretación

De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 97% considera que las barreras protectoras que disminuyen el riesgo infección por exposición son guantes, mascarilla, gorro, protectores oculares y el 3% considera que las barreras protectoras que disminuyen el riesgo infección por exposición son guantes, mascarilla.

Tabla Nº 5.26

Distribución de frecuencias según características de envases y bolsas que contienen los residuos anatomopatológicos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Color rojo , resistentes y de cierre hermético	6	18,8	18,8	18,8
Color rojo, sin líquidos libres, resistentes y de cierre hermético	25	78,1	78,1	96,9
Color rojo y de cierre hermético	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

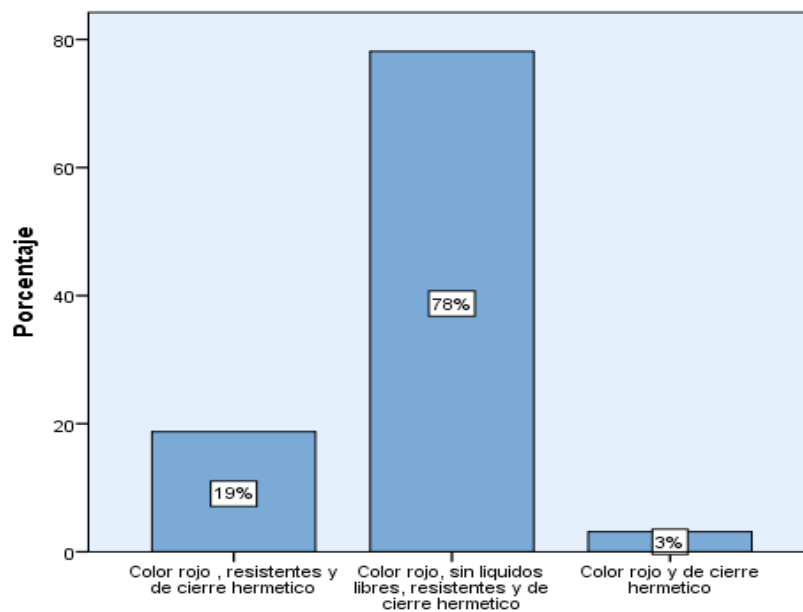


Gráfico 5.26

Interpretación: De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 78% considera que las características de envases y bolsas que contienen los residuos anatomopatológicos son de color rojo, sin líquidos libres, resistentes y de cierre hermético, el 19% considera que son de color rojo, resistentes y de cierre hermético y el 3% considera que de color rojo y de cierre hermético.

Tabla N° 5.27

Distribución de frecuencias según actividad que se realiza después del contacto con fluidos corporales.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Lavado de manos	29	90,6	90,6	90,6
Descartar mascarilla y guantes	3	9,4	9,4	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

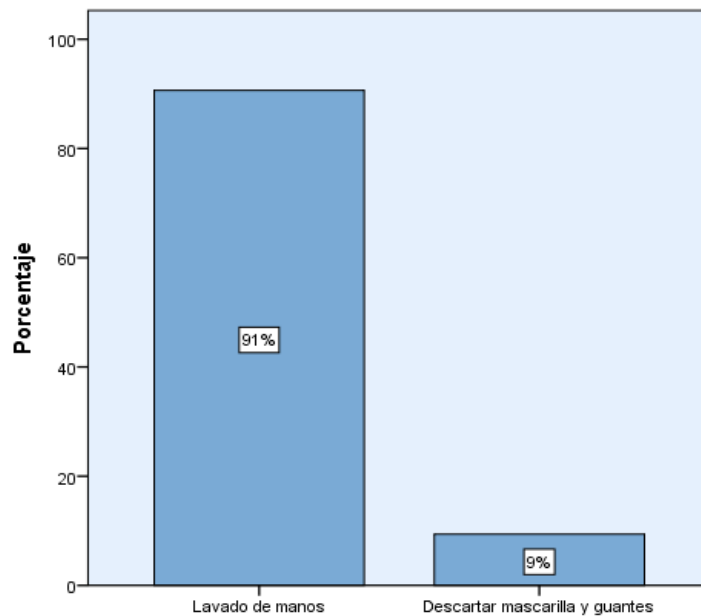


Gráfico 5.27

Interpretación

De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 91% considera que la actividad que se realiza después del contacto con fluidos corporales es lavado de manos y el 9% considera la actividad que se realiza después del contacto con fluidos corporales es descartar mascarilla y guantes.

Tabla Nº 5.28

Distribución de frecuencias según donde se depositan el material punzocortantes después del uso.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Recipientes de plástico duro o de metal con tapa	31	96,9	96,9	96,9
Recipientes sin tapa	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

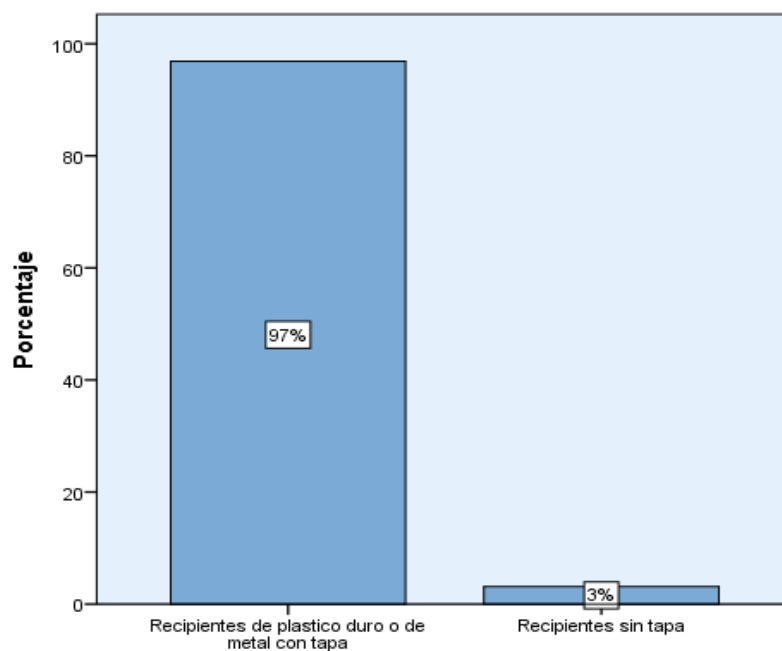


Gráfico 5.28

Interpretación

De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 97% considera que donde se depositan el material punzocortantes después del uso es en recipientes de plástico duro o de metal con tapa y el 3% considera donde se depositan el material punzocortantes después del uso es en recipientes sin tapa.

Tabla N° 5.29

Distribución de frecuencias según para evitar accidentes con agujas que se recomienda.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Doblarlas y romperlas	1	3,1	3,1	3,1
No reencapucharlas ni doblarlas	30	93,8	93,8	96,9
Manipular la aguja para separarlas de las jeringas	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

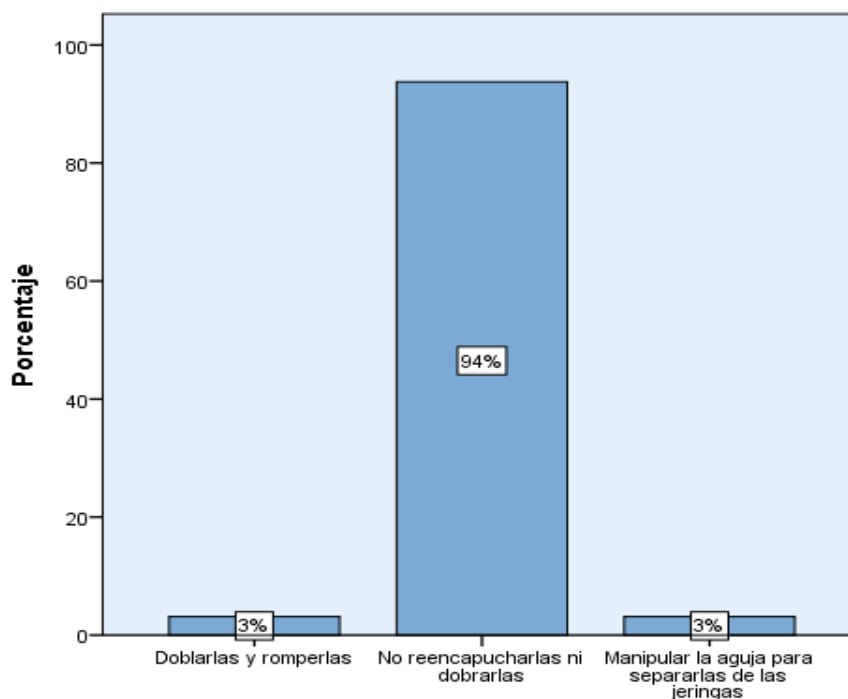


Gráfico 5.29

Interpretación

De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 94% considera que para evitar accidentes con agujas que se recomienda no reencapucharlas ni doblarlas, el 3% considera para evitar accidentes con agujas que se recomienda manipular la aguja para separarlas de las jeringas y el 3% considera que para evitar accidentes con agujas que se recomienda doblarlas y romperlas.

Tabla N° 5.30

Distribución de frecuencias según capacidad del contenedor con objetos punzocortantes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hasta 3/4	31	96,9	96,9	96,9
A la mitad	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado al personal de enfermería del centro quirúrgico de la Clínica Vesalio San Borja 2018.

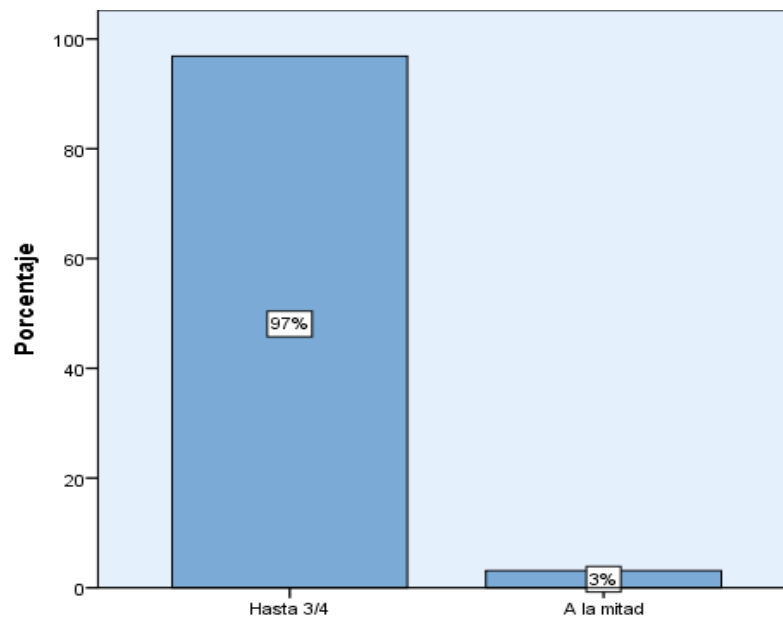


Gráfico 5.30

Interpretación

De la encuesta aplicada a se obtuvo que el 97% considera la capacidad del contenedor con objetos punzocortantes es hasta 3/4 y el 3% considera que la capacidad del contenedor con objetos punzocortantes es a la mitad.

VI. DISCUSION DE RESULTADOS

6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis.

Es significativa la relación del nivel de conocimiento y las prácticas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico de la clínica Vesalio san Borja, 2018.

Especifica

H0: Existe relación significativa del nivel de conocimiento y las prácticas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico en la Clínica Vesalio san Borja, 2018.

H1: No existe relación significativa del nivel de conocimiento, y las prácticas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico en la Clínica Vesalio san Borja, 2018.

- **Establecer el nivel de confianza:** Para la confiabilidad del 95%, se considera un nivel de significancia de 0.05
- **Elección de la prueba estadística:** Para la validación de la hipótesis se aplicará el estadístico no paramétrico Rho de Spearman.
- **Resultado estadístico**

Correlación rho de spearman: Nivel de conocimiento - prácticas de bioseguridad.

Tabla Nº 6.1

Correlaciones			Prácticas de bioseguridad	Nivel de conocimiento
Rho de Spearman	Prácticas de bioseguridad	Coeficiente de correlación	1,000	,709**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	32	32
	Nivel de conocimiento	Coeficiente de correlación	,709**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	32	32

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

De los resultados anteriores comprobamos que entre el nivel de conocimiento y prácticas de bioseguridad existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.709; es decir a mayor nivel de conocimiento mejor será las prácticas de bioseguridad. Así mismo comprobamos que existe una relación alta de 709% entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando efectivamente que, si existe relación significativa entre el nivel conocimiento inadecuado, en relación a las prácticas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico en la Clínica Vesalio san Borja, 2018.

Hipótesis específica 1

H1: No existe relación significativa del nivel de conocimiento sobre lavado de manos y las prácticas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico, en la Clínica Vesalio san Borja, 2018.

H0: Existe relación significativa del nivel de conocimiento sobre lavado de manos y las prácticas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico, en la Clínica Vesalio san Borja, 2018.

Resultado estadístico

Tabla N° 6.2

Correlación rho de spearman: Nivel de conocimiento de lavado de manos - prácticas de bioseguridad.

			Lavado de manos	Prácticas de bioseguridad
Rho de Spearman	Lavado de manos	Coeficiente de correlación	1,000	,395*
		Sig. (bilateral)	.	,025
		N	32	32
	Prácticas de bioseguridad	Coeficiente de correlación	,395*	1,000
		Sig. (bilateral)	,025	.
		N	32	32

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Interpretación

De los resultados anteriores comprobamos que entre las prácticas de bioseguridad y el lavado de manos existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.395; es decir a mayor práctica de bioseguridad mejor el lavado de manos. Así mismo comprobamos que existe una relación moderada de 39.5% entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando efectivamente que si existe relación significativa entre el nivel de conocimiento inadecuado sobre lavado de manos en relación a las prácticas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico, en la Clínica Vesalio san Borja, 2018.

Hipótesis específica 2

H1: No existe relación significativa del nivel de conocimiento sobre manejo de biocontaminados y las prácticas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico, en la Clínica Vesalio san Borja, 2018.

H0: Existe relación significativa del nivel de conocimiento sobre manejo de biocontaminados y las prácticas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico, en la Clínica Vesalio san Borja, 2018.

Resultado estadístico:

Tabla Nº 6.3

Correlación rho de spearman: conocimiento de manejo de biocontaminados - prácticas de bioseguridad.

Correlaciones				
			Manejo de Biocontaminados	Prácticas de bioseguridad
Rho de Spearman	Prácticas de bioseguridad	Coeficiente de correlación	,726**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	32	32
Manejo de Biocontaminados	Manejo de Biocontaminados	Coeficiente de correlación	1,000	,726**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	32	32

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

De los resultados anteriores comprobamos que entre el manejo de biocontaminados y la práctica de bioseguridad existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.726; es decir a mayor manejo de biocontaminados mejor las prácticas de bioseguridad. Así mismo comprobamos que existe una relación moderada de 72.6% entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando efectivamente

que, si existe relación significativa entre sobre manejo de biocontaminados es bajo en relación a las prácticas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico, en la Clínica Vesalio san Borja, 2018.

6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares

De la encuesta aplicada se obtuvo que el 56.3% (18) considera que nivel de conocimiento alto sobre el lavado de manos, el 25% (8) tiene nivel de conocimiento medio sobre el lavado de manos, y el 18.8% (6) tiene nivel de conocimiento bajo.

De la encuesta aplicada sobre nivel de conocimiento de manejo de biocontaminados se obtuvo que el 65.6% (21) tiene nivel de conocimiento alto sobre el manejo de biocontaminados, el 25% (8) medio y sólo el 9.4% (3) es bajo.

Gabriela Enríquez – Micaela Zhuzhingo, en su estudio “medidas de bioseguridad que aplica el personal de enfermería en el centro quirúrgico del hospital homero castanier creso”. Junio – Noviembre 2015. Obtuvieron los resultados Considerando las 24 profesionales y auxiliares de enfermería, su nivel de conocimiento en el 87,5% (21) poseen un grado de conocimiento regular y el 12,5% (3) posee un conocimiento bueno. Lo que determinamos que poseen un nivel regular de conocimientos en la mayoría del personal de enfermería, se diría que no se correctamente las medidas de bioseguridad estaría aplicando.

Otro estudio tenemos de Collado Lily, en su estudio sobre la “Relación entre conocimientos y prácticas en las medidas preventivas de las enfermedades por contacto con fluidos corporales que realiza la enfermera del servicio de sala de operaciones hospital dos de Mayo” encontró que la mayoría de enfermeros que laboran en el servicio de sala de operaciones conocen parcialmente las medidas preventivas de las enfermedades

infectocontagiosas, a lo que llevan a las prácticas inadecuadas en la utilización de barreras protectoras.

De acuerdo a la lista de cotejo aplicada al personal de enfermería se tiene los siguientes resultados; del 100% del personal de enfermería el 84.4% (27) cumple con el lavado de manos con prácticas adecuadas, el 15.6% (5) no cumple tienen con prácticas inadecuadas; respecto al uso de guantes el 96,9% (31) cumple el uso de guantes como practica adecuada, mientas que solo el 3,1% (1) no cumple; respecto al uso de lentes protectores solo el 25,0% (8) cumple con el uso de lentes como practica adecuada, mientras que el 75,0% (24) no los cumple; respecto al uso de mascarilla el 65,6% (21) cumple con su uso como practica adecuada, mientras que el 34,4% (11) no los cumple; respecto al uso de mandil de tiene el 65,6% (21) cumple con su uso mientas que el 34,4% (11); respecto al material bicontaminado 65,6% (21) descarta, manipula adecuadamente el materia contaminado y el 34,4% (11) no realiza prácticas adecuadas; respecto a los residuos anatomopatológicos el 75,0% (24) cumple con prácticas adecuadas y el 25,0% (8) no los cumple; para los residuos anatomopalógicos el 87,5% (28) cumple con prácticas adecuadas y el 12,5% (4) no los cumple.

Estudios similares encontramos el estudio de Elizabeth Erica Rojas Noel, "nivel de conocimiento y grado de cumplimiento de las medidas de bioseguridad en el uso de la protección personal aplicados por el personal de enfermería que labora en la estrategia nacional de control y prevención de la tuberculosis de una red de salud - callao 2015" La encuesta aplicada al personal de enfermería de la red de salud Bonilla - La punta fue al 100% de la población determinada y de ello un 60% (15) presentan un nivel de conocimiento alto con respecto al uso de barreras físicas, siendo el uso de guantes el más relevante. Así mismo con respecto a las barreras químicas un 64% (16) del personal encuestado presentan conocimiento alto, sobresaliendo el lavado de manos. En misma medida un 28% (7) del personal de enfermería presentan un nivel de conocimiento en barreras

físicas medio resaltando el uso de gorros y un 12% (3) presentan un nivel de conocimiento en barreras físicas bajo sobresaliendo el uso de mandilones. En las barreras químicas el 36% (9) del personal encuestado presenta un nivel de conocimiento medio resaltando el conocimiento de uso del antiséptico. Ningún personal de enfermería presenta un nivel de conocimiento en barreras químicas bajo.

Resultados similares se encontró De la Cruz Molina Juana Luisa (2009), en el trabajo de investigación “conocimiento sobre bioseguridad y medidas de protección que practican las enfermeras en el centro quirúrgico del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martini”. Refieren que el 56% del total de enfermeras tienen un nivel de conocimiento medio sobre bioseguridad con tendencia a bajo 24%; con respecto a la práctica de medidas de bioseguridad se obtuvo que del total de enfermeras el 54% practica parcialmente estas medidas con tendencia a no practicarlas 30%. A cierta clase de desechos que, por sus características, implican un riesgo para la salud y para el medio ambiente.

La práctica que mayormente cumplen las enfermeras de centro quirúrgico es con respecto al manejo de los residuos punzocortantes del 100% el 87,5% (28) cumple con prácticas adecuadas y el 12,5% (4) no los cumple; conde consideramos 5 ítems: el personal de enfermería elimina el material punzocortante en el recipiente adecuado el 96,9% (31) si cumple, y el 3,1% (1) no los cumple; manipula material punzocortante con pinza después de su uso el 59,4% (19) si los cumple y el 40,6% (13) no los cumple; separa los desechos sólidos del material punzocortante con EPP el 62,5% (20) si los cumple y el 37,5% (12) no los cumple; Utiliza material resistente para el traslado de objetos punzocortantes el 100,0% (32); establece una zona segura cuando trabaja con material punzocortante el 81,3% (26) los cumple y el 18,8% (6) no los cumple.

La práctica menos cumplida por las enfermeras de centro quirúrgico es el uso de lentes protectores para el manejo de residuos biológicos y punzocortantes del 100% de enfermeras 25,0% (8) cumplen con su uso como practica adecuada y 75,0% (24) no los cumple, donde consideramos 3 ítems: usa lentes para manejo de los residuos biológicos y punzocortantes el 18,8% (6) lo cumplen y 81,3% (26) no los cumple; durante la cirugía 43,8% (14) lo cumplen y 56,3% (18) no los cumple; durante los procedimientos 25,0% (8) los cumple y el 75,0% (24) no los cumple.

Estudios similares encontramos el de Bautista, Delgado y Zulma en su estudio nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería. Donde refieren el personal de Enfermería tiene conocimiento regular en un 66% frente a las medidas de bioseguridad y un 70% de aplicación deficiente frente a estas. Se identificó que las principales medidas de bioseguridad, como métodos de barrera, eliminación adecuada del material contaminado, manejo adecuado de los elementos cortopunzante, lavado de manos no están siendo aplicadas correctamente, convirtiéndose estas situaciones en un factor de riesgo para el personal.

Otro estudio tenemos el estudios de Eizaga, C. (2007) realizó un protocolo para evitar riesgos biológicos mediante las prácticas adecuadas de bioseguridad, encontró que el 80% conoce los factores de riesgo del área, así como más del 50% no utiliza prácticas de bioseguridad para desechar objetos cortantes y agujas.

6.3 Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes.

El estudio titulado: **NIVEL DE CONOCIMIENTO EN RELACIÓN A LAS PRÁCTICAS DE BIOSEGURIDAD DE LAS ENFERMERAS DE CENTRO QUIRÚRGICO, EN LA CLÍNICA VESALIO SAN BORJA, 2018.**

Presentado para el grado académico de segunda especialidad de enfermería en centro quirúrgico consta de 102 páginas, el cual es de nuestra autoría; se cita todos los textos, párrafos; utilizados provenientes de otras fuentes de investigación.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados evidenciados se concluye lo siguiente:

1. De acuerdo a los resultados obtenidos se determinó que **existe una relación directa y significativa del nivel de conocimiento y prácticas de bioseguridad** de las enfermeras de centro quirúrgico en la clínica Vesalio San Borja, es decir a mayor nivel de conocimiento mejor será las prácticas de bioseguridad ya que mayoría de los profesionales conocen sobre las normas, medidas de bioseguridad, pero sin embargo algunas de ellas no lo ponen en práctica ni la utiliza de manera adecuada lo que se confirmó durante las observaciones realizadas.
2. De acuerdo al instrumento aplicado en la investigación se ha podido determinar que aunque existe un alto porcentaje de profesionales de enfermería que cuenta con conocimientos alto en **lavado de manos**, pero una gran porcentaje no se lava las manos antes de ingresar al servicio, durante el tiempo correcto, antes y después del contacto con el paciente, fluidos corporales y procedimientos.
3. De acuerdo al instrumento aplicado en la investigación se identificó que el nivel de conocimiento sobre **manejo de biocontaminados** en relación a las prácticas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico, en la Clínica Vesalio san Borja, un alto porcentaje tiene nivel de conocimiento medio, y no aplican las prácticas de bioseguridad al manipular material contaminado con barreras protectoras.
4. De acuerdo a la lista de observación se identificó que la práctica de bioseguridad que mayormente no cumple el personal de enfermería de centro quirúrgico, a pesar de tener nivel de conocimiento alto sobre las medidas de bioseguridad es el uso de lentes protectores para el manejo de los residuos biológicos y punzocortantes, durante las cirugías y/o procedimientos.

RECOMENDACIONES

Considerando la importancia que tiene esta investigación y en función de los resultados obtenidos se formulan recomendaciones:

1. Se recomienda identificar a los profesionales que no ponen en práctica las medidas de bioseguridad para intervenir en este grupo profesional con entrenamiento y/o capacitaciones; para incentivar al uso correcto de las mismas.
2. Se recomienda investigar las causas de la no aplicación a pesar de tener buen conocimiento este personal, mediante evaluaciones periódicas para determinar la intervención correctiva.
3. Se recomienda brindar programas de capacitación, realizar talleres de uso correcto de las medidas de bioseguridad, luego monitorizar, socializar los resultados para seguir mejorando su aplicación y continuar con los programas de intervención.
4. Respecto al no cumplimiento de las prácticas de bioseguridad, se recomienda que los directivos de la clínica en conjunto con los encargados del servicio de centro quirúrgico deberían implementar programas de capacitación para los profesionales que laboran en esta área; para evitar posibles riesgos y mejorar su trabajo diario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bioseguridad médica y tecnología noviembre 2012 disponible en http://claridadporsiempre.blogspot.com/2012/11/bioseguridad-las-normas-de-bioseguridad_29.html
2. OIT. Manual de Salud Ocupacional. Washington DC.2002, pág. 6, disponible en <https://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/occupational-safety-and-health/lang-es/index.htm>.
3. Hospital Nacional Dos de Mayo.” Accidentes con fluidos corporales” Octubre año 2006.
4. Gabriela e, Janneth z. Investigación Medidas de bioseguridad que aplica el personal de enfermería en el centro quirúrgico Hospital Homero Castanier Ecuador 2015, tesis previa a la obtención del título de licenciada en enfermería cuenca – Ecuador; pág. 78 - 79 universidad de Cuenca- escuela de enfermeíra disponible en <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23639/1/Tesis%20Pregrado.pdf>
5. Luz Marina B, Carmen D, Zulma H. revista Ciencia y cuidado. Diciembre 2013; volumen 10. Pág. 127 disponible en Dialnet- NivelDeConocimientoYAplicacionDeLasMedidasDeBioseg-4698254.pdf
6. Ruiz, Atalaya, Bernal Conocimiento, Actitud y Práctica Del Personal de Enfermería en Medidas de Bioseguridad en Sala de Operaciones del Hospital Docente Belén – Lambayeque – 2016. Tesis para optar el título de Segunda Especialidad; Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Facultad de Enfermería 2016 disponible en <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/1641?show=full>
7. Campos Gavilán María c. Conocimiento y aplicación de principios de bioseguridad en profesionales de enfermería del centro quirúrgico hospital regional Honorio delgado. Arequipa- 2013 Tesis Para obtener el Título Profesional de enfermera, Pag. 75 - 75 Universidad Nacional san Agustina Arequipa Perú 2015 disponible en <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/351/M-21561.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
8. Rosalva Espinoza Aliaga bioseguridad del profesional de enfermería en el centro quirúrgico; Tesis Para Optar El Grado Académico De Especialista En Enfermería En Centro Quirúrgico Lima – Perú 2015, pag. 42, disponible en

http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2029/3/espinoza_a.pdf

9. Selena Alexandra Cruz Ramírez Medidas de bioseguridad aplicadas por el profesional de enfermería frente a los riesgos biológicos en el servicio de sala de operaciones del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima – 2016 programa de segunda especialización para optar el Título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico. Universidad nacional Mayor De San Marcos Lima – Perú 2017 pag. 60 disponible en http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6384/Cruz_rs.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. MINSA. Manual de Prevención y Control de Infecciones intrahospitalarias. OGE.RENACE, Lima – Perú, 2000.
11. Manual de manejo de residuos, bioseguridad y prevención de infecciones nosocomiales del instituto nacional de oftalmología “Javier Pescador Sarget” La Paz – Bolivia 2005. Disponible en: http://www.swisscontact.bo/sw_files/mmqbprsky.pdf.
12. Sistema de Gestión de la Calidad del Pronahebas - manual de bioseguridad: lima – Perú 2004. norma técnica n° 015 - Minsa / dgsp - v.01 pag. 11 http://www.upch.edu.pe/faest/images/stories/upcyd/sgc-sae/normas-sae/MANUAL_DE_BIOSEGURIDAD.pdf
13. Manual de bioseguridad Hospital Nacional Hipólito Unánue – MINSA pag. 21 disponible en <http://www.hnhu.gob.pe/CUERPO/EPIDEMIOLOGIA/SALA%20SITUACIONAL%202013/MANUAL%20DE%20BIOSEGURIDAD%20HNHU%202013%20Rev.pdf>
14. Sistema de Gestion de la Calidad del PRONAHEBAS Manual de Bioseguridad LIMA- PERU 2003 pag. 4- 5 disponible en http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1129_DGSP260-3.pdf
15. Manual De Bioseguridad Hospitalaria Hospital San Juan De Lurigancho Minsa Peru 2015 pag. 17, 18, 19 <https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Anestesiologia/ManualBioseguridad.pdf>
16. Síndrome Agudo Respiratorio Severo (Sars) Documento Original Elaborado Por La OMS. Traducción Programa de Enfermedades Transmisibles OPS ppt 34 – 35. http://www.bvsde.paho.org/bvsea/matedu/sars_equipo.pdf.
17. Guía técnica para la implementación del procesos de higiene de manos en los establecimientos de salud RM N° 255 – 2016 / MINSA, pag. 10, 12, 13, 14,15. Disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3554.pdf>

18. GUIA: LAVADO DE MANOS CLÍNICO Y QUIRÚRGICO, instituto regional de enfermedades neoplásicas norte 2012 pag. 13. Disponible en <http://www.irenorte.gob.pe/pdf/epidemiologia/GUIA-LAVADO-MANO-CLINICO-Y-QUIRURGICO-FINAL-ABV.pdf>
19. Guía de higiene y prevención de la infección hospitalaria pag. 3, y disponible en <https://books.google.com.pe/books?id=ytaqUDUXkssC&pg=PA3&dq=importancia+de+lavado+de+manos+quirurgico&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwivmKX40sDgAhWnwVkkHSpJCfEQ6AEIMjAC#v=onepage&q=importancia%20de%20lavado%20de%20manos%20quirurgico&f=false>
20. NORMA TÉCNICA DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS NT-MINSA/DGSP V0.1 <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/11Proyectos/marco/OrganizacionServicios/NormaResiduosSolidos2.pdf> pag. 12.
21. Sistema de Gestión de la Calidad del Pronahebas - MANUAL DE BIOSEGURIDAD: NORMA TÉCNICA N° 015 - MINSA / DGSP - V.01, http://www.upch.edu.pe/faest/images/stories/upcyd/sgc-sae/normas-sae/MANUAL_DE_BIOSEGURIDAD.pdf pg. 25- 28 - 29
22. Norma Técnica de Salud: "Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo a nivel Nacional" http://www.digesa.minsa.gob.pe/DEPA/residuos/Residuos_EESSySMA.pdf pag. 5 - 6- 7.
23. norma para la gestión de desechos anatomopatológicos generados en los establecimientos de salud http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/norma/Norma_desechos_anatomopatologicos.pdf pag. 7 – 8
24. PROGRAMA NACIONAL DE HEMOTERAPIA Y BANCOS DE SANGRE (PRONAHEBAS) / Sistema de Gestion de la Calidad del PRONAHEBAS Manual de Bioseguridad Lima Perú 2003 http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1129_DGSP260-3.pdf pag. 20 - 21
25. Norma Técnica de Salud N° -2010-MINSA/DIGESA-V.01: "Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo a nivel Nacional" disponible http://www.digesa.minsa.gob.pe/DEPA/residuos/Residuos_EESSySMA.pdf pag. 6 – 7.
26. Artículo 108: Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología, Innovación y Educación, Buenos Aires Argentina noviembre 2014, el conocimiento libre para la transformación universitaria. Barrioa K, Pag,

3. disponible en:
<https://www.oei.es/historico/congreso2014/memoriactei/108.pdf>
27. El problema del conocimiento, pag. 6, disponible en
<https://www.monografias.com/docs/EI-Problema-Del-Conocimiento-P3Z6BU2JBY>
28. Bunge M. (2008). La ciencia, su método y su filosofía. España, Editorial Panamericana. Segunda Edición, pag. 48.
29. El conocimiento científico, según Mario Bunge publicado por el Bilosofia, febrero 2012 disponible en
<https://bilosofia.wordpress.com/2012/02/24/introduccion-a-la-epistemologia-segun-mario-bunge/>
30. Conocimiento científico y sus características publicado por equipo editorial, actualizado en noviembre 2018, disponible en
<https://www.psicologia-online.com/conocimiento-filosofico-y-sus-caracteristicas-2009.html>
31. Mirta Bonvecchio De Aruani, ediciones novedades educativas editorial; Noveduc Libros, 2006. Evaluación de Los Aprendizajes. Pag. 68, 69, 73, 74, disponible en
<https://books.google.com.pe/books?id=ZsbrZc0OxEEC&pg=PA68&dq=tecnicas+de+Evaluaci%C3%B3n+de+los+Aprendizajes.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwilluSgsYPjAhVDwFkKHd-8CF4Q6AEIODAD#v=onepage&q=tecnicas%20de%20Evaluaci%C3%B3n%20de%20los%20Aprendizajes.&f=false>
32. Técnicas de evaluación, creado por Herney Alberto Arango Tabares. Disponible en <https://sites.google.com/a/misena.edu.co/aprendizaje-en-el-sena/tecnicas-de-evaluacion>
33. Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo. disponible en https://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf.

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN RELACIÓN A LAS PRÁCTICAS DE BIOSEGURIDAD DE LAS ENFERMERAS DE CENTRO QUIRÚRGICO, EN LA CLÍNICA VESALIO SAN BORJA, 2018.

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA
<p>GENERAL ¿Cuál es la relación del nivel de conocimiento y las prácticas de bioseguridad de las enfermeras en el centro quirúrgico, de la Clínica Vesalio san Borja, 2018?</p> <p>ESPECIFICO ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las medidas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico, de la Clínica Vesalio san Borja, 2018?</p> <p>¿Cuáles son las prácticas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico, en la Clínica Vesalio san Borja, 2018?</p>	<p>GENERAL Determinar la relación del nivel de conocimiento y las prácticas de bioseguridad de las enfermeras en el centro quirúrgico, de la Clínica Vesalio san Borja, 2018</p> <p>ESPECIFICO Identificar el nivel de conocimiento de las medidas de bioseguridad de las enfermeras en el centro quirúrgico, de la Clínica Vesalio san Borja, 2018?</p> <p>Identificar las prácticas de bioseguridad de las enfermeras de centro quirúrgico, en la Clínica Vesalio san Borja, 2018.</p>	<p>GENERAL La relación es significativa del nivel de conocimiento y prácticas de bioseguridad de las enfermeras en el centro quirúrgico de la Clínica Vesalio san Borja, 2018.</p> <p>ESPECIFICA El nivel de conocimiento es significativo de las medidas de bioseguridad de las enfermeras en el centro quirúrgico, de la Clínica Vesalio san Borja, 2018.</p> <p>El nivel de conocimiento es significativo de las prácticas de bioseguridad de las enfermeras en el centro quirúrgico, de la Clínica Vesalio san Borja, 2018</p>	<p>Vi: nivel de conocimiento de la bioseguridad Dimensión Lavado de manos Indicador Definición Tiempo Pasos Momentos Objetivo Dimensión Manejo de Biocontaminados Indicador Definición Clases Manejo Eliminación Anatomopatológicos Punzo cortantes V2: prácticas de bioseguridad Lavado de manos Uso de guantes Uso de lentes protectores Uso de mascarilla, mandil Material biocontaminado Anatomopatológicos Punzocortante</p>	<p>Tipo y diseño de investigación Tipo: cuantitativo de corte transversal.</p> <p>Metodología de la investigación Método descriptivo.</p> <p>Muestra 32 enfermeras</p> <p>Lugar de estudio Servicio de centro quirúrgico, de la Clínica Vesalio.</p> <p>Técnica Encuesta</p> <p>Instrumento Cuestionario: consta de 24 preguntas. Lista de cotejo: formada de 30 ítems.</p>

ANEXO 2

CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene como objetivo obtener información acerca de los conocimientos, que tiene la enfermera de centro quirúrgico sobre las prácticas de bioseguridad y el manejo de residuos biocontaminados, por lo que se solicita su colaboración voluntaria para el desarrollo de las siguientes preguntas marcando la respuesta correcta.

Se agradece su colaboración, la información será anónima.

MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

LAVADO DE MANOS

1. ¿Cuál es la definición técnica de Lavado de manos clínico?
 - a. Conjunto de normas y medidas para proteger la salud.
 - b. Es la remoción química de microorganismos que destruyen o matan la flora transitoria y remueve las residentes presentes en la piel.
 - c. Medidas para la seguridad del personal de salud.

2. ¿En qué tiempo se realiza el lavado de manos clínico?
 - a. 3 minutos.
 - b. 40 a 60 segundos.
 - c. 2 minutos.

3. ¿Cuántos son los pasos para el lavado de manos clínico?
 - a. 5 pasos.
 - b. 11 pasos.
 - c. 8 pasos.

4. ¿Cuáles son los momentos básicos para el lavado de manos?
 - a. Antes de realizar una tarea aséptica, después del riesgo a exposición de líquidos corporales.
 - b. Antes de tocar al paciente, antes de realizar una tarea limpia aséptica, después del riesgo a exposición de líquidos corporales, después del contacto con el paciente, después del contacto con el entorno del paciente.
 - c. Antes de tocar al paciente, después del contacto con el paciente.

5. ¿Cuál es el objetivo del lavado de manos quirúrgico?
 - a. Proteger la salud.
 - b. Eliminar y destruir la flora transeúnte y reducir la flora.
 - c. Disminuir la flora bacteriana.

MANEJO DE BIOCONTAMINADOS

6. ¿Cuál es la definición de residuo biocontaminado?
 - a. Residuos peligrosos que están contaminados.
 - b. Residuos peligrosos generados en el proceso de la atención e investigación médica que están contaminados con agentes infecciosos.
 - c. Residuos de riesgo.

7. ¿Cuáles son las clases de residuos biocontaminados?
 - a. Residuos biológicos y especiales.
 - b. Residuos punzocortantes.
 - c. Residuos la atención del paciente, biológicos, anatomopatológicos y punzocortantes.

8. ¿En qué momento se realiza la separación de desechos a bolsas especiales?
 - a. Después de terminar un procedimiento.
 - b. Al momento de su generación.
 - c. Después de ser clasificados.

9. ¿De qué material debe ser las bolsas para el material contaminado?
 - a. Cartón.
 - b. Material impermeable y de polipropileno.
 - c. Plástico.

10. ¿En qué color de bolsa se elimina el material contaminado?
 - a. Amarilla.
 - b. Roja.
 - c. Negra.

11. ¿Cuál es la capacidad de las bolsas para el material contaminado?
 - a. De 5 a 10 kilos.
 - b. De 8 a 10 kilos.
 - c. De 10 a 15 kilos.

12. ¿Cuál es la definición de los residuos anatomopatológicos?
 - a. Son desechos peligrosos.
 - b. son provenientes de restos humanos, tejidos amputados, muestras, órganos, piezas anatómicas, resultantes unos procedimientos.
 - c. Son resultantes de procedimientos.

13. ¿En qué momento realiza la separación de los residuos anatomopatológicos?

- a. Al término de la cirugía.
 - b. Inmediatamente al ser generados.
 - c. Al finalizar el turno.
14. ¿Qué barreras protectoras disminuyen el riesgo infección por exposición?
- a. Mascarilla, gorro.
 - b. Guantes, mascarilla, gorro, protectores oculares.
 - c. Guantes, mascarilla.
15. ¿Qué características deben tener los envases y bolsas que contienen los residuos anatomopatológicos?
- a. Color rojo, resistentes y de cierre hermético.
 - b. Color rojo, sin líquidos libres, resistentes y de cierre hermético.
 - c. Color rojo, y de cierre hermético.
16. ¿Cuál es la actividad que se realiza después del contacto con fluidos corporales?
- a. Uso de guantes.
 - b. Lavado de manos.
 - c. Descartar mascarilla y guantes.
17. ¿Dónde se depositan el material punzocortantes después de su uso?
- a. Bolsa roja.
 - b. Recipientes de plástico duro o metal con tapa.
 - c. Recipientes sin tapas.
18. ¿Para evitar accidentes con agujas se recomienda?
- a. Doblarlas y romperlas.
 - b. No reencapucharlas ni doblarlas.
 - c. Manipular la aguja para separarla de la jeringa.
19. ¿Hasta qué capacidad se llena el contenedor con objetos punzocortantes?
- a. En su totalidad.
 - b. Hasta $\frac{3}{4}$
 - c. A la mitad

ANEXO 3

LISTA DE COTEJO

La presente tiene por objetivo obtener información acerca las prácticas de bioseguridad y el manejo de residuos biocontaminados que tiene la enfermera de centro quirúrgico, se realizara mediante la observación.

PRACTICAS DE BIOSEGURIDAD

ACTIVIDADES	CUMPLE	NO CUMPLE
LAVADO DE MANOS		
1. Al ingresar al servicio se lava las manos		
2. Durante el tiempo correcto		
3. Antes y después del contacto con el paciente		
4. Después de contacto con fluidos corporales		
5. Antes de realizar un procedimiento invasivo – no invasivo		
USO DE GUANTES		
6. Al manipular fluidos biológicos, secreciones		
7. En el manejo de drenajes, sondas, ropa contaminada		
8. Al contar gasas contaminadas con residuo biológico		
9. Para el contacto con el paciente		
10. Usa para eliminar el material punzocortante		
USO DE LENTES PROTECTORES		
11. En el manejo de los residuos biológicos y punzocortantes		
12. Durante la cirugía.		
13. Durante los procedimientos		
USO DE MASCARILLA		
14. Usa mascarilla en quirófano		
15. Usa correctamente Cubriendo nariz y boca		
16. Al manipular residuos biológicos		
USO DE MANDIL		
17. En el área roja		
18. Para protección en procedimiento donde hay exposición a líquidos		
19. Se cambia de mandil cuando hay contaminación con fluidos corporales.		
20. Para movilizar pacientes		
MATERIAL BIOCONTAMINADO		
21. Manipula material contaminado con barreras protectoras		
22. Descarta la ropa contaminada en bolsa adecuada		
23. Durante la cirugía las gasas se coloca en recipiente adecuado		
RESIDUOS ANATOMOPATOLOGICOS		
24. La pieza anatomopatológica se deposita en el recipiente adecuado		
25. Manipula la pieza anatomopatológica con guantes		
MANEJO RESIDUO PUNZOCORTANTE		
26. Elimina el material punzocortante en el recipiente adecuado		
27. Manipula material punzocortante con pinza después de su uso		
28. Separa los desechos sólidos del material punzocortante con EPP		
29. Utiliza material resistente para el traslado de objetos punzocortantes		
30. Establece una zona segura cuando trabaja con material punzocortante		

ANEXO 4

JUICIO DE EXPERTOS: PRUEBA BINOMIAL DEL CUESTIONARIO Y LISTA DE COTEJO DE SERVICIO CENTRO QUIRURGICO DE LA CLINICA VESALIO - 2018

Items	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Suma	Probabilidad
Item 1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.003906
Item 2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.003906
Item 3	1	1	0	1	1	1	1	1	7	0.031250
Item 4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.003906
Item 5	1	1	0	1	1	1	1	1	7	0.031250
Item 6	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.003906
Item 7	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.003906
Item 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.003906
Item 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.003906
Item 10	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.003906
Item 11	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.003906

Del resultado del juicio de expertos tenemos un promedio de 0.008878, observando que es menor de 0.05, por lo que podemos decir que todos los expertos concuerdan en que el instrumento es válido.

ANEXO 5

RESULTADOS DEL ALPHA DE CRONBACH APLICANDO AL SPSS

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	8	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	8	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.809	11

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
VAR00001	7,7500	,500	,000	,556
VAR00002	7,7500	,500	,000	,556
VAR00003	7,8750	,125	1,000	,000
VAR00004	7,7500	,500	,000	,556
VAR00005	7,8750	,125	1,000	,000
VAR00006	7,7500	,500	,000	,556
VAR00007	7,7500	,500	,000	,556
VAR00008	8,7500	,500	,000	,556
VAR00009	8,7500	,500	,000	,556
VAR00010	7,7500	,500	,000	,556
VAR00011	7,7500	,500	,000	,556

ANEXO 6 DATA DE LISTA DE COTEJO

Participante	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
4	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
6	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
7	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
8	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	
9	1	1	2	1	1	1	2	2	1	0	2	1	2	2	2	1	2	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	
10	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	
11	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
12	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	
13	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	
14	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	
15	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	
16	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	
17	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	
18	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
19	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
21	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	
26	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
28	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
29	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1
30	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
31	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1
32	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

ANEXO 7

DATA DE CUESTIONARIO

P1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	3	3	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	2	1	
P2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
P3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
P4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
P5	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	1	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	
P6	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
P7	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
P8	2	2	2	2	2	2	1	2	3	3	3	2	3	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	
P9	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	1	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	
P10	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	1	
P11	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	
P12	3	2	2	2	3	2	3	3	1	1	3	3	3	2	2	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	1	2	2	
P13	2	2	2	2	2	2	2	1	1	3	3	2	2	2	2	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
P14	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	
P15	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
P16	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	
P17	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
P18	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	
P19	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
P20	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	
P21	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
P22	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
P23	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
P24	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	
ENC.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	

