

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICABILIDAD DE LAS MEDIDAS DE
BIOSEGURIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS-
2016**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**AUTORES:
MARÍA LUZ TINEO TINOCO
NICOLASA HILDA CHURA HUACASI**

**CALLAO – 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- MG. ANA ELVIRA LOPEZ Y ROJAS PRESIDENTA
- DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA SECRETARIA
- MG. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO VOCAL

ASESORA: MG. ANA LUCY SICCHA MACASSI

Nº de Libro: 02

Nº de Acta: 010

Fecha de Aprobación de tesis: 05/12/2017

Resolución de Decanato N° 3316-2017-D/FCS de fecha 24 de Noviembre del 2017, donde se designa jurado examinador de tesis para la obtención del título de segunda especialidad profesional.

DEDICATORIA

A Dios porque nos guío en el camino cada momento de nuestras actividades diarias y que nos dio la fortaleza para continuar con nuestras metas.

A nuestros padres con profundo amor, en especial a nuestras madres que con tanto cariño nos supo brindar el apoyo y el aliento para seguir adelante.

A todas aquellas personas que permanentemente nos apoyaron para la culminación del presente trabajo.

AGRADECIMIENTO

A la Profesora Mg Ana María López de la Universidad Nacional del Callao por su participación y colaboración en la elaboración del presente trabajo.

A la Jefatura de Servicio de Emergencia del hospital Rebagliati por el acceso para realizar el presente trabajo.

Al Personal, Enfermeras por su colaboración de información y participación en el trabajo de investigación durante todo el proceso de recolección de información, sin ellos no hubiese sido posible la obtención de los resultados.

INDICE

| | |
|--|----|
| INDICE | 1 |
| INDICE DE TABLAS | 3 |
| INDICE DE GRAFICOS | 4 |
| RESUMEN..... | 4 |
| ABSTRAC..... | 6 |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 7 |
| 1.1 Identificación del problema | 7 |
| 1.2 Formulación del Problema | 9 |
| 1.2.1 Problema General | 9 |
| 1.2.2 Problemas Específicos..... | 10 |
| 1.3 Objetivos de la Investigación | 10 |
| 1.3.1 Objetivo General..... | 10 |
| 1.3.2 Objetivo Específico | 10 |
| 1.4 Justificación | 10 |
| II. MARCO TEÓRICO | 12 |
| 2.1 Antecedentes de estudio..... | 12 |
| 2.1.1 Antecedentes nacionales..... | 12 |
| 2.1.2 Antecedentes Internacionales..... | 14 |
| 2.2 Marco Teórico | 16 |
| 2.3 Definición de términos básicos..... | 44 |
| III. VARIABLES E HIPÓTESIS | 47 |
| 3.1 Definición de las Variables..... | 47 |
| 3.2 Operacionalización de Variables..... | 47 |
| 3.3 Hipótesis..... | 50 |
| 3.3.1 Hipótesis General..... | 50 |
| 3.3.2 Hipótesis Específicas..... | 50 |
| IV. METODOLOGÍA..... | 51 |
| 4.1 Tipo de Investigación | 51 |
| 4.2 Diseño de la Investigación | 51 |
| 4.3 Población y Muestra..... | 51 |
| 4.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos..... | 52 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.5 | Procedimientos de Recolección de Datos..... | 53 |
| 4.6 | Procesamiento estadístico y análisis de datos | 53 |
| V. | RESULTADOS..... | 55 |
| 5.1 | Hipótesis Estadística General: | 62 |
| 5.2 | Hipótesis Estadística Específicas: | 63 |
| VI. | DISCUSION DE RESULTADOS..... | 68 |
| 6.1 | Contraste de hipótesis con los resultados..... | 68 |
| 6.2 | Contrastación de resultados con otros estudios similares..... | 69 |
| VII. | CONCLUSIONES..... | 72 |
| VIII. | RECOMENDACIONES | 74 |
| IX. | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 75 |
| | ANEXOS..... | 78 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Tabla de contingencia Medidas de bioseguridad * | |
| Aplicabilidad..... | 62 |
| Tabla 2: Tabla de contingencia Medidas de bioseguridad * | |
| Aplicabilidad..... | 63 |
| Tabla 3: Tabla de contingencia Barrera protectora * Aplicabilidad..... | 65 |
| Tabla 4: Tabla de contingencia Manejo de residuos sólidos * | |
| Aplicabilidad..... | 66 |

INDICE DE GRAFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1: Nivel de conocimiento de las medidas preventivas de bioseguridad por dimensiones aplicadas al personal de enfermería servicio de emergencia HNERM 2016 | 55 |
| Gráfico 2: Dimensión bioseguridad: nivel de conocimiento sobre las medidas de aplicadas en el personal de enfermería del servicio de emergencia del HNERM 2016..... | 56 |
| Gráfico 3: Dimensión de barreras protectoras sobre las medidas preventivas de bioseguridad aplicadas en el personal de enfermería del servicio de emergencia del HNERM -2016 | 57 |
| Gráfico 4: Dimension manejo de residuos solidos sobre las medidas preventivas de bioseguridad aplicadas en el personal de enfermería del servicio de emergencia del HNERM -2016 | 58 |
| Gráfico 5: Aplicabilidad de las medidas de bioseguridad: barreras protectoras aplicadas en el personal de enfermería del servicio de emergencia del HNERM -2016 | 59 |
| Gráfico 6: Aplicabilidad de las medidas de bioseguridad: manejo de residuos solidos aplicadas en el personal de enfermería del servicio de emergencia del HNERM -2016 | 60 |
| Gráfico 7: Nivel de conocimiento y aplicabilidad de las medidas de bioseguridad en el personal de enfermería del servicio de emergencia del HNERM -2016 | 60 |
| Gráfico 8: Relación entre nivel de conocimiento y aplicabilidad de las medidas de bioseguridad en el personal de enfermería del servicio de emergencia del HNERM -2016 | 61 |

RESUMEN

La presente investigación titulada: "Nivel de conocimiento y aplicabilidad de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería del servicio de emergencia HNERM, para obtener respuesta a la pregunta de investigación se planteó como objetivo general: Determinar el nivel conocimiento y aplicabilidad de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería del servicio de emergencia. El estudio es de tipo cuantitativo de método descriptivo correlacional: la población estuvo conformada por 99 enfermeras del servicio de emergencia, la técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta y la observación, como instrumento el cuestionario y la guía de observación; para su análisis e interpretación se empleó el marco teórico en un contexto general. Los resultados obtenidos indican que existe relación directa entre el nivel de conocimiento de las medidas de bioseguridad y su aplicabilidad, En los resultados finales se observó que el 76% (75) encuestados respondieron correctamente al uso de barreras protectoras. En el manejo de residuos sólidos 68% de los (68) encuestados respondió favorablemente. Se observó que el 67% de (66) encuestados conocen el manejo de bioseguridad, existió un mayor porcentaje de encuestados con alto nivel de conocimiento que sí aplico de manera adecuada las medidas de bioseguridad, Capítulo I: Problema, Formulación Problema, Objetivos, Justificación. Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Marco conceptual. Definición de términos. Capítulo III: Variables, Hipótesis general e hipótesis específica, Definición de Variables, Operacionalización de Variables. Capítulo IV: Metodología, Tipo de investigación, diseño de la investigación población y muestra, técnica e instrumento, procedimiento estadístico y análisis de datos V: Resultados, VI: Discusión, VII conclusiones, VIII: Recomendaciones, Referencias bibliográficas, Anexos.

Palabras claves: nivel de conocimiento, medidas de bioseguridad y aplicabilidad.

ABSTRAC

The present investigation entitled: "Level of knowledge and applicability of the biosafety measures of the nursing personnel of the emergency service HNERM, to obtain a response to the research question was raised as a general objective: To determine the level of knowledge and applicability of the measures of Biosecurity of the nursing staff of the emergency service. The study is of a quantitative type of correlational descriptive method: the population consisted of 99 nurses of the emergency service, the technique used for the data collection was the survey and observation, as an instrument the questionnaire and the observation guide; for its analysis and interpretation, the theoretical framework was used in a general context. The results obtained indicate that there is a direct relationship between the level of knowledge of biosecurity measures and their applicability. In the final results it was observed that 76% (75) respondents correctly responded to the use of protective barriers. In solid waste management 68% of the (68) respondents responded favorably. It is observed that 67% of (66) respondents know the management of biosecurity, in addition there is a higher percentage of respondents with a high level of knowledge that does apply biosecurity measures adequately, Chapter I: Problem, Formulation Problem, Objectives, Justification. Chapter II: Theoretical Framework, Background of the study, Conceptual framework. Definition of terms. Chapter III: Variables, General hypothesis and hypothesis specify Definition of Variables, Operationalization of Variables. Chapter IV: Methodology, Type of research, design of the population and sample research, technique and instrument, statistical procedure and data analysis V: Results, VI: Discussion, VII conclusions, VIII: Recommendations, Bibliographic references, Annexes.

Key words: level of knowledge, biosecurity measures and applicability.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Identificación del problema

De acuerdo a los últimos estudios realizados por la OMS (2011), del 100% de la población, dos millones de trabajadores del sector salud, a nivel mundial, han experimentado exposición percutánea a enfermedades infecciosas anualmente, constituyen la causa más común la exposición con fluidos orgánicos como la sangre que es la principal causa de transmisión de enfermedades severas y muerte en los trabajadores del sector salud, (1).

OMS (2012), refiere que Latinoamérica tiene la prevalencia más elevada de transmisión por virus de la hepatitis B (VHB) en los trabajadores de la salud. El porcentaje de infecciones atribuible por causa ocupacional es del 100% de la población 52% para este virus, 41% para el virus de la hepatitis C (VHC) y 7% para virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA). Del 100% de la población con lesiones percutáneas por agujas son las responsables del 40% de las infecciones por VHB, 40% de las infecciones por VHC y el 20% de las infecciones por VIH/SIDA, son resultados que alarman a las autoridades de salud. Lo cual nos lleva a la reflexión que a nivel mundial no se está aplicando adecuadamente las medidas de bioseguridad del personal de salud (2).

Según Mohme G de toda la población registrada en el (2013), más de 160 mil trabajadores de salud corren el riesgo de contagiarse de enfermedades como hepatitis B, hepatitis C, VIH-Sida, debido a las condiciones inseguras en el uso de material punzocortante como agujas, jeringas y bisturís, afirmó John Astete, presidente de la Sociedad Peruana de Salud Ocupacional,

según precisó el galeno, en el año 2010. Si bien en el Perú, el 50% de los accidentes punzocortantes no se reportan debido a la falta de cultura de seguridad en salud, pero las estadísticas del 100% de la población señalan que las lesiones por pinchazos se dan mayormente por agujas de aspiración (27%), agujas para suturas (19%) y bisturís (7%). Asimismo, se registra que el 44% de lesiones por agujas y otros instrumentos punzocortantes se generaron en enfermería y el 27% en médicos (3).

Según las estadísticas de salud ocupacional del hospital Rebagliati emergencia constituyen una de las áreas de trabajo de mayor exposición a las enfermedades infecciosas y a material biológico contaminado, los accidentes más frecuentes, que se reporta en el personal de enfermería, son los pinchazos por agujas contaminadas, del 100% del personal expuesto, el 10% sufren accidentes laborales por una inadecuada adopción de medidas preventivas de bioseguridad (4)

En Emergencia del Hospital Rebagliati se puede observar que el personal de enfermería que allí labora se ve constantemente expuesto a todo tipo de riesgos laborales, de allí que la exposición biológica ha ocasionado varios incidentes, posiblemente debido a la cantidad desmesurada de pacientes, que acuden al servicio de emergencia. Por otra parte, los pacientes que ingresan con enfermedades infecciosas, sin diagnosticar en espera de resultados, se mantienen en observación y, ello, pudieran potenciar los focos de infección que repercuten sustancialmente en el personal de la salud.

Las normas de bioseguridad están destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección en los servicios de salud vinculadas a accidentes por exposiciones de sangre y fluidos corporales.

El personal de enfermería desarrolla las actividades diversas en los niveles de atención dirigidos a proteger la salud de la comunidad, paciente y personal de salud en el nivel de protección y prevención con respecto a la presencia de infecciones intrahospitalarias tiene el rol importante y protagonista ya que son las responsables directas de fomentar el uso de medidas de bioseguridad, lavado de manos, uso de barreras protectoras, medidas de aislamiento entre otros de igual importancia para así contribuir a disminuir el riesgo de adquirir y transmitir infecciones nosocomiales.

En el área de emergencia del hospital Rebagliati se observa una serie de problemas que pueden contribuir el riesgo de accidentabilidad laboral: el exceso de trabajo, falta de personal la falta de insumos, y la inadecuada infraestructura para la gran demanda de pacientes que acuden al servicio de emergencia durante los tres turnos son factores añadidos que elevan el riesgo de exposición laboral

Por consiguiente, surgen las siguientes interrogantes:

¿Cuál es el nivel de conocimiento y aplicabilidad de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital Edgardo Rebagliati Martins -2016?

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es el nivel de conocimiento y aplicabilidad de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2016?

1.2.2 Problemas Específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital Edgardo Rebagliati Martins 2016?
- ¿Cuál es la aplicabilidad de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital Edgardo Rebagliati Martins 2016?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento y aplicabilidad de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital Edgardo Rebagliati Martins 2016.

1.3.2 Objetivo Específico

- Identificar el nivel de conocimiento de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital Edgardo Rebagliati Martins 2016.
- Verificar la aplicabilidad las medidas de bioseguridad del personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital Edgardo Rebagliati Martins 2016.

1.4 Justificación

El incremento de infecciones intrahospitalarios que se ha producido en los últimos años sobre todo en los servicios críticos como Emergencia. Ha traído consigo que el personal de enfermería al estar en contacto con secreciones y/o fluidos corporales así como accidentes punzocortantes derivado de la exposición a pacientes con diferentes afecciones.

El estudio resulta justificable, ya que es el personal de enfermería es de mayor vulnerabilidad a la exposición de agentes contaminantes por estar en contacto directo con el paciente ,se espera aplicar los resultados para la prevención de accidentes laborales en la atención del usuario, también se espera la participación de otros servicios como capacitación, saneamiento ambiental, medicina preventiva.

Por lo tanto, el estudio justifica que las correctas prácticas de bioseguridad son la única protección posible contra estas enfermedades ya que es importante que todos los trabajadores conozcan y cumplan con el manejo de residuos sólidos y uso de barreras de protección, previniendo así la adquisición de enfermedades infectocontagiosas.

Todos los conocimientos conseguidos para el cumplimiento de las normas de bioseguridad y su aplicabilidad serán aportes positivos en las actividades laborales del personal de enfermería, estas medidas ayudarán a proteger la salud e integridad física del paciente y del personal vinculado al trabajo de enfermería.

Por lo que, el estudio desde el punto de vista teórico será un aporte metodológico pues permitirá la evaluación permanente en el conocimiento y la aplicabilidad de las medidas de bioseguridad al personal de enfermería, y con ello difundir la investigación al personal de salud del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, quedando así un precedente en esta Institución de salud para incentivar a profundizar el tema; para destacar la importancia de la educación y conocimiento en cuanto al cumplimiento de las medidas de Bioseguridad y así evitar los riesgos biológicos.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio.

2.1.1. Antecedentes nacionales

- HUAMAN, D.; Romero, L. Elizabeth, en la tesis titulada: “Nivel de conocimiento practica de medidas de bioseguridad en las enfermeras de los servicios de medicina del Hospital belén de Trujillo”, (2013). Objetivo: determinar el nivel de conocimiento de las medidas de bioseguridad, la investigación es de tipo descriptiva-correlacionar, de corte transversal constituido por 25 enfermeras que cumplieron con los criterios establecidos. Para el análisis se utilizó la prueba estadística de chi-cuadrado, obteniéndose los siguientes resultados: El 56% de enfermeras obtuvieron nivel de conocimientos medio, el 44% nivel alto y no se encontró nivel bajo de conocimiento. El 72% de las enfermeras realizaron buenas prácticas de medidas de bioseguridad y el 28% malas prácticas de medidas de bioseguridad. Encontrándose una relación de significancia entre ambas variables de ($p= 0.006$) (7).
- GARCÍA, L., en su tesis titulada: “Nivel de conocimiento y aplicación de las normas de bioseguridad en el personal de enfermería que labora en el área de emergencias de ESSALUD de Tacna 2011”, (2015).objetivo: medir el conocimiento de las medias de bioseguridad. El estudio de investigación es de tipo descriptivo transversal: cuyo objetivo es determinar el nivel de conocimiento y la aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en el área de emergencia del hospital III Daniel Alcides Carrión, la muestra estuvo constituida por 50 profesionales, se

aplicó 02 instrumento uno para identificar el nivel de conocimiento y el otra para evaluar la aplicación de normas de bioseguridad. Se concluye que el 56% más de la mitad del personal de enfermería que labora en el área de emergencia de Essalud de Tacna, A veces aplica las Normas de Bioseguridad. El 72% más de la mitad del personal de enfermería que labora en el área de emergencia de Essalud de Tacna, tiene un nivel de conocimiento Alto sobre las Normas de Bioseguridad y a pesar de tener un nivel alto A veces aplica las normas de Bioseguridad con un 56% lo que nos indica de que existen factores ajenos que no permiten la aplicación de las normas (8).

- CORONEL, J., en su tesis titulada: “Nivel de conocimiento y su relación con las prácticas de medidas de bioseguridad del personal que trabaja en el Centro de Salud Segunda Jerusalén 2017 Rioja (San Martín)”, (2017). el presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la práctica de medidas de Bioseguridad en el personal que trabaja en el centro de salud Segunda Jerusalén 2017. Metodología: la investigación fue de tipo descriptivo correlacional, con diseño transversal, la población estuvo conformada por 26 personas de salud profesional y no profesional que trabaja en el Centro de Salud de Segunda Jerusalén. Resultados El 53.8% tiene nivel medio de conocimiento y el 76.9% de práctica sobre medidas de bioseguridad. La relación es significativa entre estas dos variables, con p valor de 0.039, inferior a 0.05. Conclusión: las personas que poseen un conocimiento medio tienen una práctica regular (9).

2.1.2. Antecedentes Internacionales

- PANIMBOZA, C.; PARDO, L., en su tesis titulada: “Medidas de bioseguridad que aplica el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria del paciente, Hospital Dr. José Garcés Rodríguez”. Salinas 2012-2013, Ecuador, (2013). Objetivo: verificar la aplicación de medidas de bioseguridad así como identificar si el conocimiento del personal influye de manera directa en los mismos. La investigación realizada fue de campo, porque los datos fueron obtenidos de forma directa y el tipo de estudio fue descriptivo, en cuanto al instrumento utilizado fue la observación directa. Fue viable ya que se enmarca en una investigación cuantitativa, la muestra fueron 28 personas entre 5 licenciadas y 23 auxiliares, De forma general y respondiendo a nuestro tema de investigación aplicación de medidas de bioseguridad tenemos que el 36% aplica siempre, el 31% aplica a veces y el 33% nunca aplica; (10).
- BAUTISTA, L.; DELGADO, C.; HERNÁNDEZ, Z.; SANGUINO, F.; CUEVAS, M.; ARIAS, Y.; y MOJICA, I., en su tesis titulada: “Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería” Bogotá, (2013). Objetivo. Identificar el nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad que tiene el personal de Enfermería.. Se realizó la 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, la cual se analizó por medio de tabulaciones y representaciones gráficas. 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. Conclusión. 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 por el personal de Enfermería de la institución, convirtiéndose estas situaciones en un factor de riesgo para el presentar un accidente laboral esta población (11).

- CHANQUIN, V. en su tesis titulada: “Conocimiento de las normas de bioseguridad por estudiantes de enfermería de las diferentes universidades que realizan práctica en el Hospital Regional de Quetzaltenango, Guatemala. marzo-mayo 2014., Guatemala, (2015). El presente estudio se realizó con el objetivo de evaluar los conocimientos de normas de bioseguridad por parte de los estudiantes de tres universidades que utilizan el Hospital Regional de Occidente como campo de práctica, siendo ellas Universidad de San Carlos de Guatemala, Mariano Gálvez y Rafael Landívar las cuales son formadoras de recurso humano de enfermería. Se tomó para el estudio a estudiantes que realicen práctica en servicios de medicina y cirugía utilizando una encuesta para identificar los conocimientos relacionados a normas de bioseguridad, el estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo de corte transversal. Se concluyó que los estudiantes de enfermería de las universidades en estudio poseen un 88% de conocimiento de normas de bioseguridad; medidas de bioseguridad en qué casos se deben aplicar las normas de bioseguridad, las barreras de protección, riesgos a los que están expuesto el paciente el personal y el estudiante, por no llevar correctamente las normas de bioseguridad. (12)

2.2. Marco Teórico

Conocimiento:

Las diversas corrientes sobre el conocimiento, tanto en la antigüedad como en el presente dan la pauta para determinar lo importante que es el saber y estos contenidos dan base al pensamiento científico y con ello forman el conocimiento humano.

El conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, lo que permite generar nuevos conocimientos. Por lo que el conocimiento debe de ser eje de interés en la formación de las enfermeras, aunado al desarrollo de habilidades y destrezas son lo que se forma la capacidad de los profesionales en esta área, lo que sin duda les quiera hacer excelente.

Niveles de conocimiento:

En la experiencia, las enfermeras que atienden al ser humano con problemas de Salud, frecuentemente se preguntan si actuaron e hicieron todo lo posible ante las situaciones que presentan el enfermo, y si en su actuar aplicaron sus conocimientos para el bien del enfermo.

a) Conocimiento aparente: es el conocimiento que se logra gracias a los sentidos, es la base de todos los conocimientos científicos, el punto de partida otra vez del cual se desarrolla y profundiza el proceso de comprensión real de la naturaleza.

El conocimiento exige la aprobación de su origen y de la fuente de su verdad, para alcanzar un conocimiento aparente basta con percibir los hechos de la realidad en forma sensible. Y se dice que es la base de todo conocimiento científico, este permite solo un reflejo parcial del objeto en la conciencia del hombre.

b) Conocimiento real científico: es el movimiento de la razón que va del conocimiento primario al saber, de lo superficial a lo profundo y multilateral por medio de la práctica, la esencia del conocimiento consiste en la auténtica generalización de los hechos basada en el auto cuidado de calidad libre de riesgo.

El conocimiento científico tiene como objeto la realidad, es decir la naturaleza del movimiento. Por lo tanto, tiene dos exigencias básicas que son:

La comprobabilidad o sea que exige la explicación de su origen y la fuente de su verdad. El conocimiento científico aspira el conocimiento universal.

El conocimiento es la base para el desempeño profesional.

Enfoque científico: es la experiencia humana en este mundo laboral de una disciplina o cualquier actividad que se desarrolle en enfermería de fuerzas físicas, químicas, biológicas, sociales y psicológicas es un asunto que escapa a la comprensión total. En nuestra vida privada, en nuestro trabajo, tratamos de hallar sentido en la experiencia, para comprender regularidades y predecir circunstancias futuras, todas las ciencias, aunque pueden diferir en contenido o en técnicas especializadas, emplean el mismo enfoque en general para llegar al conocimiento y la comprensión. La finalidad de esta obra es permitir que enfermería conozca los aspectos fundamentales de la metodología en la investigación científica.

Fuentes de conocimiento humano: el conocimiento humano tiene muchas raíces, explicando algunas fuentes alternativas de conocimiento muestra de que manera defiere la información científica.

Tradición: en consecuencia, la tradición es una fuente de información. Esta clase de conocimiento es transmitido de generación en generación, con frecuencia es una parte tan integrada a la herencia cultural que pocos exigen comprobación, al igual que muchas otras tienen aseo que ha llegado por tradición o por costumbre. Ejemplo: una de las tradiciones de la enfermera es el informe de cambio de turno para todo y cada uno de los pacientes, háyase o no modificado su estado. La tradición brinda algunas ventajas como fuente de conocimiento. La tradición o la costumbre también facilita a la comunicación al brindar una base común de verdades aceptables, sin embargo, entraña algunos problemas para la investigación humana nunca se ha puesto en duda la validez de muchas tradiciones.

Autoridad: es una fuente común de respuesta a las preguntas o de solución a los problemas, es una persona que tiene pericia, en un campo bien definido, sin embargo, como fuente de comprensión, las autoridades tienen desventajas, no son infalibles, pero como ocurre en la tradición con frecuencia los conocimientos que posee no se someten a valoración crítica.

Experiencia y Tanteo: las propias experiencias son una fuente funcional o familiar de conocimientos. Se considera la capacidad de generalizar, de reconocer regularidades y de hacer predicciones fundadas en observaciones, es una característica importante de la conducta humana es patente que no habría autoridades o tradiciones como fuentes de conocimiento, si los seres humanos fuesen incapaces de aprender acerca del medio basándose en la experiencia.

El método de tanteo: puede ser una forma práctica de obtener conocimientos, pero es falible e ineficaz es aleatorio y no sistemático, el conocimiento adquirido no suele anotarse y, en consecuencia, es inaccesible a persona que después busca resolver problemas y obtener información.

Razonamiento lógico: Las soluciones a muchos de los problemas que nos confunden se logran mediante procesos de pensamiento lógico. El razonamiento lógico como método de conocimientos combina la experiencia, las facultades intelectuales y sistemas formales de pensamientos.

El razonamiento inductivo es el proceso de hacer generalizaciones a partir de observaciones específicas.

El razonamiento deductivo es el proceso de llegar a predicciones específicas a partir de principios generales. Los dos sistemas de razonamiento son útiles como medio para comprender y organizar fenómenos, y tiene una función en el enfoque científico. La calidad de conocimientos que se obtienen por razonamiento inductivo depende en gran medida del carácter representativo de los ejemplos específicos utilizados como base para las generalizaciones.

El proceso de razonamiento mismo no brinda mecanismo alguno para validar o para valorar este requisito y no tiene posibilidades integradas para la autocorrección.

El razonamiento deductivo no es una fuente de nuevos datos; en cambio es un enfoque, para aclarar relaciones al pasar de lo general a lo específico (13).

Bioseguridad en el trabajo de la enfermera

Observaciones realizadas por Florence Nightingale durante la guerra de Crimea, la llevaron a concluir sobre la necesidad de abandonar el uso de salas comunes y más bien dividir las en varios ambientes (cubículos); asimismo, enfatizó la importancia de la asepsia y de mantener los ambientes limpios. Gracias a sus observaciones cambió el concepto popular de la transmisión de infecciones (ambiental), por el de contacto de Hospitales y la Asociación de Hospitales Estadounidense, acordó que todo hospital autorizado debe nombrar una comisión ad hoc y tener un sistema de vigilancia, como parte de un programa formal de control de infecciones que tendrá como propósito reducir la tasa de infecciones.

Las autoridades del 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 (14).

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.

La finalidad de la bioseguridad es:

- Proteger a los trabajadores de la exposición a riesgos biológicos.
- Disminuir la incidencia de las complicaciones intrahospitalarias.

En consecuencia, el asumir una actitud biosegura, al atender a nuestros pacientes no solo nos evita riesgos innecesarios a nosotros

mismos, sino también a nuestros propios pacientes. Y es, también una manera responsable y concreta de expresar nuestra solidaridad ante quienes sufren dolor.

Los Principios básicos de Bioseguridad.

La Bioseguridad tiene tres pilares que sustentan y dan origen a las Precauciones Universales.

Estos son:

- Universalidad.
- Barreras de protección.
- Medidas de eliminación.

1) Universalidad: de este principio nace el concepto de potencialidad, es decir, que sin importar si se conoce o no la serología de un individuo, el estrato social, sexo, religión, etc., uno debe seguir las precauciones universales ya que potencialmente puede portar y transmitir microorganismos patógenos.

2) Barreras de protección: Son los elementos que protegen al auxiliador, se divide en dos grupos, uso de barreras físicas, barreras biológicas y químicas.

a) Barreras físicas: son los elementos que se utiliza el personal para protección de los agentes contaminantes entre ellos tenemos:

Guantes:

- Indicación de uso: en todo proceso referido a la manipulación de sangre o fluidos corporales.

- Modo de uso: los guantes deben ser de látex, nitrilo, goma u otro material impermeable. Debe lavarse las manos antes y después de ponerse los guantes. Si usted sabe que tiene una lesión en su mano, debe aplicarse un vendaje plano antes de colocarse el guante.
- Inspeccione los guantes antes y durante el uso, si no están en buenas condiciones, no los use. Cuando se retire los guantes contaminados, hágalo con cuidado, sin tocar la parte externa y dispóngalo de modo que nadie pueda entrar en contacto con ellos.

Mascarillas:

- Indicación de uso: Cuando se prevea la formación de aerosoles, por ejemplo, víctimas que tengan hemorragias en boca o nariz al toser o estornudar pueden formar aerosoles.
- Modo de uso: la mascarilla, puede ser suplantado por ropa o un elemento impermeable sin que dificulte la respiración ni la vista del auxiliador y debe cubrir la boca y la nariz.

Anteojos:

- Indicación de uso: cuando se prevea la formación de aerosoles y en todo proceso referido a la manipulación de sangre o fluidos corporales.
- Modo de uso: los anteojos pueden ser de cualquier tipo y material. Las lentes de contacto no sirven como barrera de protección y no deben manipularse durante la atención.

El gorro:

- Existen gorros de tela (reutilizables) y de papel (desechables). Se utilizan principalmente en los quirófanos, en las unidades con

pacientes en situación crítica (trasplantados, inmunosuprimidos, etc.) y en los aislamientos estrictos.

- Debe cubrir todo el pelo. En el caso de tener el pelo largo, recogerlo para después cubrirlo con el gorro.
- Los gorros de tela llevan unas cintas que se atan en la parte posterior de la cabeza. Los de papel llevan un elástico que se ajusta al contorno de la cabeza.

El uso de botas:

- Las botas se utilizan para cubrir el calzado. Existen 2 tipos de tela (reutilizables); de plástico (desechables). Hoy en día las de tela prácticamente están en desuso.

El uso de la bata:

- Las batas pueden ser de tela (reutilizables) o de papel (desechables). Estas últimas se utilizan actualmente con mayor profusión. La bata debe cubrir por completo el uniforme y llegar, al menos, por debajo de las rodillas. Los puños se ajustan mediante elásticos. Irá cerrada por detrás, y por delante será totalmente lisa para evitar engancharse con cualquier cosa. Entre las normas que debemos observar en el uso de la bata, están las siguientes:

Utilizar una bata con cada enfermo, no salir con la bata fuera del lugar concreto en el que ha sido utilizada, se usa en todos los casos en que existe peligro de contaminación del uniforme.

Procedimiento de colocación de la bata:

- Lavarse las manos antes de abrir el paquete de la bata
- Desdoblar la bata sin tocar el exterior con las manos, aunque ya vienen dobladas de forma que se evita esto. Al desdoblarla se ha de procurar que no toque el suelo o cualquier objeto.

- Introducir los brazos en las mangas sin tocar el exterior
- Atar las cintas empezando por las del cuello (se puede recibir ayuda de otra persona, siempre que tenga las manos lavadas)
- Quitarse la bata evitando tocar el uniforme. La bata en este momento, sólo se toca por fuera. Hacer un rollo con ella e introducirla en una bolsa de plástico, ya sea para su eliminación o para su lavado o esterilización, según sea desechable o de tela.

b) Barreras Biológicas: Es el conjunto de mecanismos que permiten al hombre y a los animales reconocer las sustancias extrañas, neutralizarlas y eliminarlas se conoce como inmunidad. El término inmune deriva del latín *inmunis*, que significa exento de cargos o libre de cualquier cosa. Las barreras biológicas son: vacunas, inmunoglobulinas.

Vacuna:

Es un preparado de antígenos que una vez dentro del organismo provoca una respuesta de ataque, denominada anticuerpo. Esta respuesta genera memoria inmunológica produciendo, en la mayoría de los casos, inmunidad permanente frente a la enfermedad.

Inmunoglobulinas:

Los anticuerpos (también conocidos como inmunoglobulinas) son glucoproteínas del tipo gamma globulina. Pueden encontrarse de forma soluble en la sangre o en otros fluidos corporales de los vertebrados, disponiendo de una forma idéntica que actúa como receptor de los linfocitos B y son empleados por el sistema inmunitario para identificar y

neutralizar elementos extraños tales como bacterias, virus o parásitos.

- c) **Barreras Químicas:** Son desinfectantes como hipoclorito sódico, formaldehído, glutaraldehído, N-duopropenida, povidona yodada, gluconato de ciorhexidina, etc.

3) Manejo de residuos solidos

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.

Los Residuos sólidos que se generan en los establecimientos de salud, producto de las actividades asistenciales constituyen un peligro de daño para la salud de las personas si en circunstancias no deseadas.

La carga microbiana que contienen los residuos biocontaminado ingresa al organismo humano mediante vía respiratoria, digestiva o dérmica.

Como son las siguientes:

- Residuos que contienen agentes patógenos
- Residuos con agentes químicos tóxicos, agentes genotóxicos, o farmacológicos.
- Residuos radiactivos.
- Residuos punzo cortantes

Clasificación de Residuos Sólidos Hospitalarios

La clasificación de los residuos sólidos generados en los establecimientos de salud, se basa principalmente en su naturaleza

y en sus riesgos asociados, así como en los criterios establecidos por el Ministerio de Salud.

Cualquier material del establecimiento de salud tiene que considerarse residuo desde el momento en que se rechaza, porque su utilidad o su manejo clínico se consideran acabados y sólo entonces puede empezar a hablarse de residuo que tiene un riesgo asociado.

Los residuos sólidos hospitalarios se clasifican en tres categorías: Clase A: Residuo Biocontaminado (rojo), Clase B: Residuo Especial (amarillo) y Clase C: Residuo Común (negro).

Clase A: Residuo Biocontaminado:

- **Tipo A.1:** Atención al Paciente.
Residuos sólidos contaminados con secreciones, excreciones y demás líquidos orgánicos provenientes de la atención de pacientes, incluye restos de alimentos.
- **Tipo A.2:** Material Biológico.
Cultivos, inóculos, mezcla de microorganismos y medio de cultivo inoculado proveniente del laboratorio clínico o de investigación, vacuna vencida o inutilizada, filtro de gases aspiradores de áreas contaminadas por agentes infecciosos y cualquier residuo contaminado por estos materiales.
- **Tipo A.3:** Bolsas conteniendo sangre humana y hemoderivados.
Constituye este grupo las bolsas conteniendo sangre humana de pacientes, bolsas de sangre vacías; bolsas de sangre con plazo de utilización vencida o serología vencida; (muestras de sangre para análisis; suero, plasma y; otros subproductos). Bolsas conteniendo cualquier otro hemoderivado.

- **Tipo A.4:** Residuos Quirúrgicos y Anátomo Patológicos.
Compuesto por tejidos, órganos, piezas anatómicas, y residuos sólidos contaminados con sangre y otros líquidos orgánicos resultantes de cirugía.
- **Tipo A.5:** Punzo cortantes.
Compuestos por elementos punzo cortantes que estuvieron en contacto con agentes infecciosos, incluyen agujas hipodérmicas, pipetas, bisturís, placas de cultivo, agujas de sutura, catéteres con aguja, pipetas rotas y otros objetos de vidrio y corto punzantes desechados.
- **Tipo A. 6:** Animales contaminados.
Se incluyen aquí los cadáveres o partes de animales inoculados, expuesto a microorganismos patógenos, así como sus lechos o material utilizado, provenientes de los laboratorios de investigación médica o veterinaria.

Clase B: Residuos Especiales:

- **Tipo B.1:** Residuos Químicos Peligrosos.
Recipientes o materiales contaminados por sustancias o productos químicos con características tóxicas, corrosivas, inflamables, explosivos, reactivas, genotóxicos o mutagénicos, tales como quimioterapéuticos; 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, etc.

- **Tipo B.2:** Residuos Farmacéuticos.
Compuesto por medicamentos vencidos; contaminados, desactualizados; no utilizados, etc.
- **Tipo B.3:** Residuos radioactivos.
Compuesto por materiales radioactivos o contaminados con radionúclidos con baja actividad, provenientes de laboratorios de investigación química y biológicas 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 líquidos derramados, orina, heces, etc.)

Clase C: Residuo común:

Compuesto por todos los residuos que no se encuentren 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, residuos generados en administración, proveniente de la limpieza de jardines y patios, cocina, entre otros, caracterizado por papeles, cartones, cajas, plásticos, restos de preparación de alimentos, etc.

Etapas del Manejo de los Residuos Sólidos

El manejo apropiado de los residuos sólidos hospitalarios sigue un flujo de operaciones que tiene como punto de inicio el acondicionamiento de los diferentes servicios con los insumos y equipos necesarios, seguido de la segregación, que es una etapa fundamental porque requiere del compromiso y participación activa de todo el personal del establecimiento de salud.

El transporte interno, el almacenamiento y el tratamiento son operaciones que ejecuta generalmente el personal de limpieza, para

lo cual se requiere de la logística adecuada y de personal debidamente entrenado. Las etapas establecidas en el manejo de los residuos sólidos, son las siguientes:

- Acondicionamiento
- Segregación y Almacenamiento Primario
- Almacenamiento Intermedio
- Transporte Interno
- Almacenamiento Final
- Tratamiento
- Recolección Externa
- Disposición final

Esterilización:

Es la completa destrucción o eliminación de toda forma de vida microbiana. El término "esterilización" es entendido como absoluto, no relativo a ciertos microorganismos o determinado material. Los procesos utilizados en el hospital son físicos, químicos o una combinación de ambos: por ejemplo, calor seco, óxido de etileno y plasma de peróxido.

Los agentes químicos usados para la eliminación de toda forma de vida microbiana (hongos y esporas bacterianas) son los llamados esterilizantes químicos. Son los mismos que se utilizan como parte de los procesos de desinfección de alto nivel, pero durante mayores períodos de tiempo.

Desinfección:

La "desinfección" se diferencia de la esterilización por la falta de actividad esporicida; pero esta definición resulta una excesiva simplificación, ya que algunos desinfectantes pueden destruir esporas luego de tiempos prolongados de exposición (6-10 horas) y

son llamados esterilizantes químicos. En concentraciones similares pero en menores tiempos de exposición (menor o igual a 30 minutos), estos mismos desinfectantes pueden eliminar todos los microorganismos, con excepción de un elevado número de esporas bacterianas. Se denominan desinfectantes de alto nivel (DAN). Otros desinfectantes -de bajo nivel- pueden eliminar la mayoría de las bacterias vegetativas, algunos hongos y virus, en menor tiempo (menor o igual a 10 minutos). Por último, los desinfectantes de nivel intermedio en altas concentraciones pueden eliminar el bacilo de la tuberculosis, las bacterias vegetativas, la mayoría de los hongos y virus, pero no necesariamente las esporas bacterianas.

Antisepsia: Es el proceso que por su baja toxicidad, se utiliza para la destrucción de microorganismos presentes sobre la superficie cutáneo-mucosa. Este término tampoco implica la destrucción de todas las formas de bacterias.

Niveles de desinfección:

Estos son clasificados en tres niveles (alto, mediano y bajo), según la intensidad de su actividad sobre bacterias y esporos, virus (lipídicos y no lipídicos), hongos y sus esporos, etc.

a-. Desinfectantes de alto nivel:

Se caracterizan por actuar inclusive sobre los esporos bacterianos (forma más resistente dentro de los microorganismos), produciendo una esterilización química si el tiempo de acción es el adecuado. Se utilizan sobre instrumentos médicos o quirúrgicos termosensibles son rápidamente efectivos sobre bacterias no esporuladas. Por lo general el número de esporos en el material a desinfectar es insignificante, por lo que la esterilización es rápida dentro de este grupo se encuentran:

- I. Óxido de Etileno
- II. Formaldehído al 8% en alcohol 70%
- III. Glutaraldehído al 2%
- IV. Peróxido de Hidrógeno

Todos estos son desinfectantes estrictos, no pudiéndose usar como antisépticos.

b.- Desinfectantes de mediano nivel:

Si bien no destruyen esporos, si lo hacen con gérmenes tipo: M. tuberculosis, hongos y virus no lipídicos algunos agentes son:

- I. Compuestos clorados (por ej.: hipoclorito de sodio)
- II. Compuestos iodados (iodóforos y alcohol iodado)
- III. Compuestos fenólicos
- IV. Alcoholes
- V. Clorohexidina

La mayoría de estos son utilizados como desinfectantes y antisépticos.

c.- Desinfectantes de bajo nivel:

Son aquellos que, actuando durante un tiempo razonable, no destruyen esporos, ni Micobacterium, ni virus no lipídicos por Ej.:

- I. Compuestos de Amonio cuaternario
- II. Compuestos mercuriales

En la práctica estos compuestos se utilizan para la limpieza doméstica mientras que están prácticamente en desuso en los hospitales y laboratorios debido al empleo de tácticas más agresivas para la desinfección.

La selección del agente o el procedimiento a utilizar depende en gran parte de las características del objeto y de la probabilidad que tiene

éste de producir una infección si es utilizado estando contaminado. Se clasifican así en elementos crítico, semicrítico y no crítico.

El nivel y tipo de desinfección que deberá lograrse, va a depender de la categoría a la que pertenezca el objeto, su naturaleza y su forma de uso.

Elementos Críticos:

Son los que se introducen directamente en el cuerpo, la sangre, o cualquier área del organismo que suele ser estéril; por Ej.: catéteres, agujas hipodérmicas, equipos de hemodiálisis, etc.

Evidentemente existe un altísimo riesgo de producir una infección si estos objetos se encuentran contaminados en el momento de su uso, el tratamiento para estos elementos deberá ser esterilización, en lo posible por métodos térmicos, radiaciones, o de lo contrario con un desinfectante de alto nivel, por Ej.: óxido de etileno, glutaraldehído, ácido peracético, etc., como sucede con los materiales descartables.

Elementos Semicrítico:

Están en contacto con las mucosas intactas (que normalmente están colonizadas por la flora normal) pero no la atraviesan. Encontramos en este grupo: termómetros (de uso rectal y oral), fibroscopios, tubos endotraqueales, broncoscopios, etc.

También la esterilización es lo más aconsejable, pero se acepta una desinfección con agentes de alto o mediano nivel, siempre posterior a un cuidadoso lavado con agua y detergente.

Elementos No críticos:

Se encuentran en contacto con la piel sana pero no con las mucosas. En condiciones normales poseen poca posibilidad de producir

infecciones. Sin embargo, pueden funcionar como "vectores mecánicos" que transfieren gérmenes de un paciente a otro, lo que favorece la aparición de infecciones cruzadas, más graves en el caso de pacientes inmunodeprimidos.

Estetoscopios, máscaras faciales y humidificadores, entre otros, son los objetos que se agrupan aquí. Se considera suficiente el lavado con agua y detergente, seguido de la aplicación de un desinfectante de mediano nivel.

Desinfección

Desinfección de alto nivel:

Por su mecanismo de acción, todos los que veremos aquí actúan modificando en forma irreversible grupos funcionales de proteínas y/o ácidos nucleicos. Entre otros efectos, esto provoca inhibición enzimática, lo que lleva a la muerte celular. Los agentes que predominan en este grupo son los Alquilantes (Óxido de etileno, formaldehído, glutaraldehído).

Estos producen la alquilación de proteínas que contengan hidrógenos lábiles, los que se encuentran en los grupos: carboxilo, hidroxilo, sulfhidrilo, amino y fenol de dichas proteínas).

Desinfección de mediano nivel:

Se destacan los que actúan a nivel de proteínas y ácidos nucleicos (agentes oxidantes) y los que actúan a nivel de la membrana citoplásmica; dentro de estos se encuentran compuestos fenólicos y los alcoholes. Podemos dividir los elementos a descartar en:

Desinfección de bajo nivel:

Se encuentran aquí los compuestos de amonio cuaternarios y los compuestos mercuriales. Este tipo de agentes no deben usarse como antisépticos, ni para desinfectar elementos semicríticos; tampoco deben utilizarse dentro de recipientes (por Ej.: vocales) para desinfectar por inmersión, puesto que muchos microorganismos (por Ej.: Pseudomona) son capaces de multiplicarse en estas condiciones; han habido incluso epidemias intrahospitalarias a partir del mal manejo de estos desinfectantes

Lavado de manos

La piel es una estructura que constituye una barrera entre el medio externo y el organismo. Impide por tanto el paso al interior del organismo de gérmenes de todo tipo. Esta barrera es física pero también existe una barrera química debida a las secreciones glandulares que tienen una acción bactericida. La flora normal de la piel está integrada por microorganismos transitorios y permanentes.

Entre los transitorios se encuentran habitualmente los estafilococos aureus y los bacilos gramnegativos. La flora permanente la forman los micrococos, estafilococos epidermidis y el propionibacterium acnés.

El jabón y el agua, por lo general, son suficientes para eliminar la flora transitoria. Sin embargo, para eliminar la flora permanente es necesario el uso de antisépticos en el lavado de manos.

Es el lavado de manos ordinario que se realiza al entrar y al salir del hospital (Antes y después de realizar cualquier técnica). Este tipo de lavado abarca hasta las muñecas con movimientos de rotación y fricción cuando utilizamos el jabón, haciendo especial hincapié en los espacios interdigitales y las uñas. Se aclaran las manos con las puntas de los dedos hacia abajo.

Todo el proceso dura aproximadamente 1 minuto. Además de al entrar y al salir de hospital, el lavado higiénico medico se realizará en los siguientes casos:

- Antes y después de lavar a los enfermos
- Cada vez que se tenga contacto con un paciente
- Siempre que se haya tocado cualquier superficie u objeto contaminado.
- Antes y después de ir a la cafetería
- En todos los casos en que lo exijan las normas de aislamiento establecidas en el hospital.

Material:

- Jabón
- Detergente o antiséptico
- Cepillo de uñas
- Toallas de papel o secadores de aire
- Quitarse los anillos, relojes, pulseras, etc.
- Remangarse y accionar el agua mediante un pedal con el pie, rodilla o codo
- Si hubiera que abrirlo con la mano, se hará con toallas de papel
- Tampoco se debe tocar el lavado con el uniforme

- Una vez abierto el grifo, humedecerse bien las manos y las muñecas con el agua, con los dedos dirigidos hacia debajo de manera que escurra.
- Aplicar el jabón, antiséptico o detergente
- Con los dedos de una mano, frotar los huecos de la palma de la otra
- Frotar bajo las uñas con el cepillo, y aclarar bien con el chorro de agua
- Si es la primera vez en el día que se ha hecho este lavado, se repite otra vez el proceso.
- Secarse las manos con el aire o con las toallas.

El hipoclorito sódico:

En solución es un desinfectante que se utiliza desde el siglo XVIII y que popularmente se conoce como lejía. A nivel industrial se obtiene haciendo reaccionar el cloro puro con una solución de hidróxido sódico (sosa). Después de la reacción, se obtienen soluciones acuosas que tienen una concentración determinada de gramos de cloro activo por litro de solución en el agua y contienen una cierta alcalinidad libre para estabilizar el cloro. Las soluciones de hipoclorito sódico pueden tener hasta casi 180 gramos de cloro activo por litro (aproximadamente el 15%).

El hipoclorito de sodio o hipoclorito sódico, (conocido popularmente como lejía, cloro, agua lavandina o agua de Javel) es un compuesto químico, además de un fuerte oxidante químico cuya fórmula es NaClO .

Contiene el cloro en estado de oxidación +1 y por lo tanto es un oxidante fuerte y económico. Debido a esta característica destruye muchos colorantes por lo que se utiliza como blanqueador. Además se aprovechan sus propiedades de desinfectantes.

El Glutaraldehído:

El glutaraldehído se utiliza, solo o en combinación con otros productos, para la limpieza, desinfección y esterilización de material clínico delicado y de superficies. Debido a sus excepcionales cualidades bactericidas, fungicidas y virucidas, su uso ha aumentado de manera progresiva, notándose un importante incremento particularmente después de la aparición del VIH (virus de la inmunodeficiencia humana). El glutaraldehído es un irritante de la piel, ojos, vías respiratorias y sensibilizante, debiéndose restringir su utilización a aquellos casos que sea imprescindible. Por otro lado, las aplicaciones de unas buenas prácticas de manipulación son fundamentales para reducir la exposición a los niveles más bajos posibles.

El glutaraldehído, se utiliza principalmente en la esterilización del material destinado a endoscopias (colonoscopios, broncoscopios) y de otros aparatos o materiales delicados no resistentes al hipoclorito sódico (lejía), al calor, o a otros tratamientos eficaces frente a algunos agentes biológicos como el VIH y el Mycobacterium Tuberculosis, entre otros. También se emplea en limpieza, desinfección y esterilización de superficies, como suelos, paredes, armarios y mesas, en quirófanos y zonas de alto riesgo. Finalmente, también se cita su presencia en los laboratorios de anatomía patológica, en la operación de fijación de tejidos, en radiología, durante el revelado de placas, y en dermatología, para el tratamiento de verrugas.

Medidas de eliminación; mediante este principio se establece la manera de descartar los elementos de riesgo patológico protegiendo a los individuos y al medioambiente. Podemos dividir los elementos a descartar en:

En un medio hospitalario son eliminados en descartadores rígidos, estos dispositivos pueden ser reemplazados por botellas plásticas rígidas con tapa, debidamente rotuladas como “riesgo biológico”, por ejemplo, botellas de gaseosas, cantimploras o cajas plásticas. Las agujas deben ser descartadas, con guantes, no se deben doblar, romper o reencapuchar.

Objetos no cortopunzantes:

De la misma manera en un medio hospitalario estos elementos se descartan en bolsas de riesgo biológico, de color rojo. Si en nuestro botiquín no contamos con estas bolsas podemos utilizar dos bolsas de otro material debidamente rotulado como “riesgo biológico”.

Los descartadores rígidos y las bolsas rojas luego de ser utilizadas reciben un tratamiento, por lo general se queman en hornos pirolíticos, hornos que alcanzan altas temperaturas y aseguran la destrucción total de los microorganismos, de manera que no es recomendable quemar estos elementos en una zona agreste debido a que una fogata no lograría la eficiencia pilórica necesaria. Los fármacos, en especial antibióticos, no deben ser tirados por ningún motivo. Por un lado, para evitar agravar un problema sanitario que es la resistencia de los microorganismos a los antibióticos y por otro lado, para que no queden al alcance de niños o animales.

Precauciones Universales

Son normas de Bioseguridad no específicas al ámbito de trabajo, estas reglas generales muchas veces deben ser complementadas con reglas específicas confeccionadas por un comité de Bioseguridad.

1. Lavado de manos antes y después del contacto con una víctima. Prevención universal de las infecciones.
2. Uso de guantes en todo proceso relacionado con sangre o fluidos corporales de las víctimas. Utilice en forma sistemática guantes plásticos o de látex en procedimientos que conlleven manipulación de elementos biológicos y/o cuando maneje instrumental o equipo contaminado en la atención de pacientes.
3. Uso de protección de mucosas si se prevén salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales.
4. Uso de ropa impermeable que cubra el tercio inferior de las piernas, torso y antebrazos.
5. Mantener un estricto control de vacunación y serología con indicación y seguimiento médico. (Antihepatitis A/B, antitetánicas).
6. Adoptar precauciones para evitar lesiones por corte, pinchaduras o salpicadura.
7. Maneje todo paciente como potencialmente infectado. Las normas universales deben aplicarse con todos los pacientes, independientemente del diagnóstico, por lo que se hace innecesaria la clasificación específica de sangre y otros líquidos corporales.

8. Emplee mascarilla y protectores oculares durante procedimientos que puedan generar salpicaduras o gotitas - aerosoles- de sangre u otros líquidos corporales.
9. Use batas o cubiertas plásticas en aquellos procedimientos en que se esperen salpicaduras, aerosoles o derrames importantes de sangre u otros líquidos orgánicos.
10. Evite la atención directa de pacientes si usted presenta lesiones exudativas o dermatitis serosas, hasta tanto éstas hayan desaparecido.
11. Maneje con estricta precaución los elementos punzo cortantes y dispóngalos o deséchelos en recipientes a prueba de perforaciones.
12. No cambie elementos punzo cortantes de un recipiente a otro.
13. Evite desenfundar manualmente la aguja de la jeringa. Para ello utilice la pinza adecuada y solamente gire la jeringa.
14. Absténgase de colocar el protector a la aguja y descártela en recipientes resistentes e irrompibles.
15. Evite desenfundar manualmente la aguja de la jeringa. Para ello utilice la pinza adecuada y solamente gire la jeringa.
16. Absténgase de colocar el protector a la aguja y descártela en recipientes resistentes e irrompibles ⁽¹⁵⁾.

Manejo de residuos solidos

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.

Los Residuos sólidos que se generan en los establecimientos de salud, producto de las actividades asistenciales constituyen un peligro de daño para la salud de las personas si en circunstancias

no deseadas la carga microbiana que contienen los residuos biocontaminado ingresa al organismo humano mediante vía respiratoria, digestiva o dérmica.

Como son las siguientes:

- Residuos que contienen agentes patógenos
- Residuos con agentes químicos tóxicos, agentes genotóxicos, o farmacológicos.
- Residuos radiactivos.
- Residuos punzo cortantes

Clasificación de Residuos Sólidos Hospitalarios

La clasificación de los residuos sólidos generados en los establecimientos de salud, se basa principalmente en su naturaleza y en sus riesgos asociados, así como en los criterios establecidos por el Ministerio de Salud.

Cualquier material del establecimiento de salud tiene que considerarse residuo desde el momento en que se rechaza, porque su utilidad o su manejo clínico se consideran acabados y sólo entonces puede empezar a hablarse de residuo que tiene un riesgo asociado.

Los residuos sólidos hospitalarios se clasifican en tres categorías: Clase A: Residuo Biocontaminado (rojo), Clase B: Residuo Especial (amarillo) y Clase C: Residuo Común (negro).

Clase A: Residuo Biocontaminado:

- **Tipo A.1:** Atención al Paciente.
Residuos sólidos contaminados con secreciones, excreciones y demás líquidos orgánicos provenientes de la atención de pacientes, incluye restos de alimentos.

- **Tipo A.2: Material Biológico.**
Cultivos, inóculos, mezcla de microorganismos y medio de cultivo inoculado proveniente del laboratorio clínico o de investigación, vacuna vencida o inutilizada, filtro de gases aspiradores de áreas contaminadas por agentes infecciosos y cualquier residuo contaminado por estos materiales.
- **Tipo A.3: Bolsas conteniendo sangre humana y hemoderivados.**
Constituye este grupo las bolsas conteniendo sangre humana de pacientes, bolsas de sangre vacías; bolsas de sangre con plazo de utilización vencida o serología vencida; (muestras de sangre para análisis; suero, plasma y; otros subproductos). Bolsas conteniendo cualquier otro hemoderivado.
- **Tipo A.4: Residuos Quirúrgicos y Anátomo Patológicos.**
Compuesto por tejidos, órganos, piezas anatómicas, y residuos sólidos contaminados con sangre y otros líquidos orgánicos resultantes de cirugía.
- **Tipo A.5: Punzo cortantes.**
Compuestos por elementos punzo cortantes que estuvieron en contacto con agentes infecciosos, incluyen agujas hipodérmicas, pipetas, bisturís, placas de cultivo, agujas de sutura, catéteres con aguja, pipetas rotas y otros objetos de vidrio y corto punzantes desechados.
- **Tipo A.6: Animales contaminados.**
Se incluyen aquí los cadáveres o partes de animales inoculados, expuesto a microorganismos patógenos, así como sus lechos o

material utilizado, provenientes de los laboratorios de investigación médica o veterinaria.

Clase B: Residuos Especiales:

- **Tipo B.1:** Residuos Químicos Peligrosos.
Recipientes o materiales contaminados por sustancias o productos químicos con características tóxicas, corrosivas, inflamables, explosivos, reactivas, genotóxicos o mutagénicos, tales como quimioterapéuticos; 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, etc.
- **Tipo B.2:** Residuos Farmacéuticos.
Compuesto por medicamentos vencidos; contaminados, desactualizados; no utilizados, etc.
- **Tipo B.3:** Residuos radioactivos.
Compuesto por materiales radioactivos o contaminados con radionúclidos con 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 líquidos derramados, orina, heces, etc.)

Clase C: Residuo común:

Compuesto por todos los residuos que no se encuentren 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, residuos generados en administración, proveniente de la limpieza de jardines y patios, cocina, entre otros, caracterizado por papeles, cartones, cajas, plásticos, restos de preparación de alimentos, etc.

Etapas del Manejo de los Residuos Sólidos

El manejo apropiado de los residuos sólidos hospitalarios sigue un flujo de operaciones que tiene como punto de inicio el acondicionamiento de los diferentes servicios con los insumos y equipos necesarios, seguido de la segregación, que es una etapa fundamental porque requiere del compromiso y participación activa de todo el personal del establecimiento de salud.

El transporte interno, el almacenamiento y el tratamiento son operaciones que ejecuta generalmente el personal de limpieza, para lo cual se requiere de la logística adecuada y de personal debidamente entrenado. Las etapas establecidas en el manejo de los residuos sólidos, son las siguientes:

1. Acondicionamiento
2. Segregación y Almacenamiento Primario
3. Almacenamiento Intermedio
4. Transporte Interno
5. Almacenamiento Final
6. Tratamiento
7. Recolección Externa
8. Disposición final (16)

2.3. Definición de términos básicos

Medidas de bioseguridad: Es el conjunto de normas que están diseñadas para la protección del personal de salud, del contacto accidental con agentes potencialmente nocivos.

Personal de enfermería: Es una de las profesiones dedicadas al cuidado de la salud del ser humano. Se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de problemas de salud reales o potenciales.

Conocimiento: Hechos o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto u objeto de la realidad.

Aplicabilidad: Es todo aquello que se puede o debe aplicar definiendo a su vez aplicar, como se coloca un objeto, o poner en práctica o utilizar un determinado conocimiento o principio para conseguir cierto efecto.

Nivel de conocimiento: Lo que puede atribuirse a un agente de tal modo que su comportamiento pueda computarse de acuerdo con el principio de racionalidad.

Barreras protectoras: Es un equipo de bioseguridad que provee una barrera física entre el personal de enfermería y el proceso que realiza.

Principios de seguridad: Son las bases que deben seguirse para alcanzar un nivel adecuado de seguridad, protegiendo a las personas y al medio ambiente.

Residuos sólidos: Constituyen aquellos materiales desechados tras su vida útil, y que por lo general por sí solos carecen de valor económico.

Manejo de residuos sólidos: El manejo de desechos sólidos es la gestión de los residuos, la recogida, el transporte, tratamiento, reciclado y eliminación de los materiales de desecho. El término generalmente se refiere a los materiales producidos por la actividad humana, y, en general, para reducir sus efectos sobre la salud y el medio ambiente.

Punzocortantes: “Objetos punzocortantes” es un término médico que se refiere a dispositivos con puntas o bordes afilados que pueden perforar o cortar la piel. Se usan para controlar los trastornos médicos de las personas. Entre estos trastornos médicos se encuentran alergias, artritis, cáncer, diabetes, hepatitis, VIH/SIDA, infertilidad, migrañas, esclerosis múltiple, osteoporosis, trastornos de la coagulación de la sangre y psoriasis

CAPITULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1. Definición de las Variables

Variable I:

Nivel de conocimiento

Variable II:

Aplicabilidad de las medidas de bioseguridad

3.2. Operacionalización de Variables

En el siguiente cuadro número se presenta la Operacionalización de variables.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIÓN | INDICADORES | ESCALA DE MEDICION ORDINAL |
|--|--|--|---|--|
| <p>Nivel de conocimiento de las medidas de bioseguridad</p> | <p>Bioseguridad es enfatizar en las medidas preventivas pertinentes a los riesgos biológicos para proteger la salud y la seguridad del personal que trabaja en cualquier institución hospitalaria.</p> <p>Respuesta:</p> <p>a=2 b=1 c=0</p> <p>Total de preguntas: 16 Puntaje mínimo: 0 Puntaje máximo:32</p> | <p>1) Información sobre medidas de bioseguridad</p> <p>2) Barreras protectoras</p> <p>3) Manejo de residuos solidos</p> | <p>1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición de Bioseguridad • Principios de Bioseguridad <p>2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barreras de protección físicas • Barreras de protección químicas • Barreras de protección biológicas. <p>3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición de manejo de residuos solidos • Clasificación de residuos solidos • Eliminación de punzo cortantes | <p>.Alto:21-32</p> <p>.Medio:11-20</p> <p>.Bajo: 0-10</p> |

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIÓN | INDICADORES | ESCALA DE MEDICION ORDINAL |
|---|---|--|--|---|
| <p>Aplicabilidad de las medidas de bioseguridad</p> | <p>Ejercicio repetitivos que se realizan para lograr un fin perseguido</p> <p>Respuesta:</p> <p>Sí =1 No=0</p> <p>Total de preguntas: 12 Puntaje mínimo: 0 Puntaje máximo:12</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Barreras protectoras • Manejo de residuos solidos | <ul style="list-style-type: none"> • Aplica la técnica correcta del Lavado de manos 11 pasos • Uñas cortas ,sin esmalte • Aplica Los 5 momentos del lavado de manos • aplica el tiempo correcto en el lavado de manos • Se seca correctamente las manos • Utiliza las medidas de protección antes de la atención del paciente • Aplica las medidas de bioseguridad antes de realizar un procedimiento invasivo • Usa material adecuado para el manejo de residuos sólidos • Descarta adecuadamente el material punzocortante • Transporta adecuadamente las muestras biocontaminadas • Segrega adecuadamente el material usado durante la atención del paciente | <p>.SI APLICA: De 7 a 12 puntos</p> <p>.NO APLICA: De 0 a 6 puntos</p> |

3.3. Hipótesis

3.3.1. Hipótesis General

- La relación es directa, entre el nivel de conocimiento y la aplicabilidad de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital Edgardo Rebagliati Martins 2016.

3.3.2. Hipótesis Específicas

- Existen indicadores por mejorar, en el nivel de conocimiento sobre las medidas de bioseguridad del personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital Edgardo Rebagliati Martins 2016.
- Existen indicadores por mejorar en la aplicabilidad de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital Edgardo Rebagliati Martins 2016.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Tipo de Investigación

Es cuantitativo, descriptivo – correlacional de corte transversal, cuantitativo porque es medible, descriptivo porque se dan a conocer las características de las variables a estudiar, correlacional porque busca determinar la relación entre dos variables y finalmente transversal porque fueron medidas en un tiempo y espacio determinado.

4.2. Diseño de la Investigación

La presente investigación es de diseño cuantitativo, correlacional, porque se busca determinar relación entre las variables.

M= Tamaño de la muestra

V1= Nivel de conocimiento sobre bioseguridad

V2= Aplicación de las medidas de bioseguridad

R= Relación entre variables dependiente e independiente

4.3. Población y Muestra

Población: Está conformada por el personal de enfermeras que labora en el servicio de emergencia Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en total 99 trabajadores.

Muestra: No aplica, debido a considerar toda la población.

Criterios de inclusión:

- Serán parte de la investigación el personal de enfermería que desee participar de manera voluntaria y desinteresada
- El personal de enfermería que labora en el servicio de emergencia.
- El personal de enfermería que se encuentre en los horarios establecidos.

Criterios de exclusión:

- El personal que solo está cubriendo un turno.
- El personal con descanso médico.
- El personal que por algún motivo no está en el servicio.

Área de Estudio.- El estudio se realizó en el servicio de emergencia del HNERM, Lima, que se encuentra ubicado en el distrito de Jesús María; es un hospital de IV nivel que brinda atención hospitalizada y ambulatorio a los usuarios asegurados, dentro de la atención en las diferentes especialidades entre las cuales se encuentra el servicio de emergencia .

La población está conformada por 99 enfermeras

4.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.**Técnicas:**

Para la realización de la presente investigación la técnica que se utilizó es la encuesta, y la observación directa a cada personal de enfermería, del servicio de emergencia.

Instrumentos:

Se utilizó un cuestionario para medir la variable nivel de conocimiento sobre las medidas de bioseguridad con la escala ordinal (orden de datos de mayor a menor).

La Dimensión bioseguridad consta de cinco preguntas (1 -5) para demostrar si el personal maneja de forma adecuada las normas de bioseguridad.

La Dimensión barreras protectoras, consta de seis preguntas (6-11) para demostrar si el personal de enfermería al momento de la atención al paciente utiliza las barreras de protección personal.

La Dimensión manejo de Residuos Sólidos, consta de siete preguntas (12-16), para demostrar si el personal de enfermería desecha de forma adecuada los residuos sólidos, según las normas de bioseguridad. El cuestionario consta de 16 preguntas cerradas, con un tiempo promedio de 15 minutos.

Para medir la variable aplicabilidad de las medidas de bioseguridad se utiliza la Guía de Observación que consta de 12 ítems, empleando para ello la escala nominal, para verificar si practica las normas de bioseguridad (define las cualidades de las personas observadas).

4.5. Procedimientos de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se solicitó el permiso respectivo al área de capacitación del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, para poder realizar la investigación. Los datos fueron recolectados durante los horarios de mañana y tarde del personal, la duración fue de 15 minutos; en el proceso de recolección de datos se respetaron los principios éticos. Ambos instrumentos se sometieron a juicio de expertos y una prueba piloto que será la validez y la confiabilidad del instrumento.

4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos

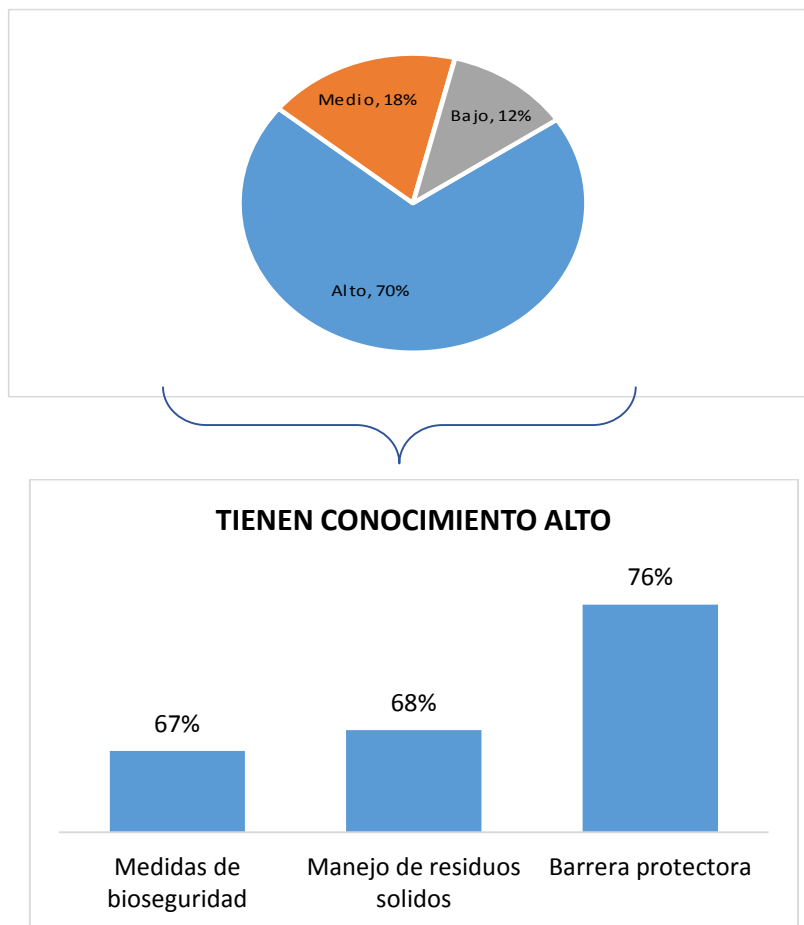
El registro, ordenamiento y procesamiento de la información se realizó en el Software Estadístico para procesar encuestas (SPSS versión 20.0)

obteniendo tablas de frecuencias, con ello se elaboraron las tablas y gráficos para la presentación de resultados.

Análisis de datos: Para la presentación de los resultados en tablas y gráficos estadísticos se tomó en cuenta los objetivos, las hipótesis y las variables para la interpretación de los resultados.

CAPITULO V RESULTADOS

Gráfico 1
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE
BIOSEGURIDAD POR DIMENSIONES APLICADAS AL PERSONAL DE
ENFERMERIA SERVICIO DE EMERGENCIA HNERM - 2016

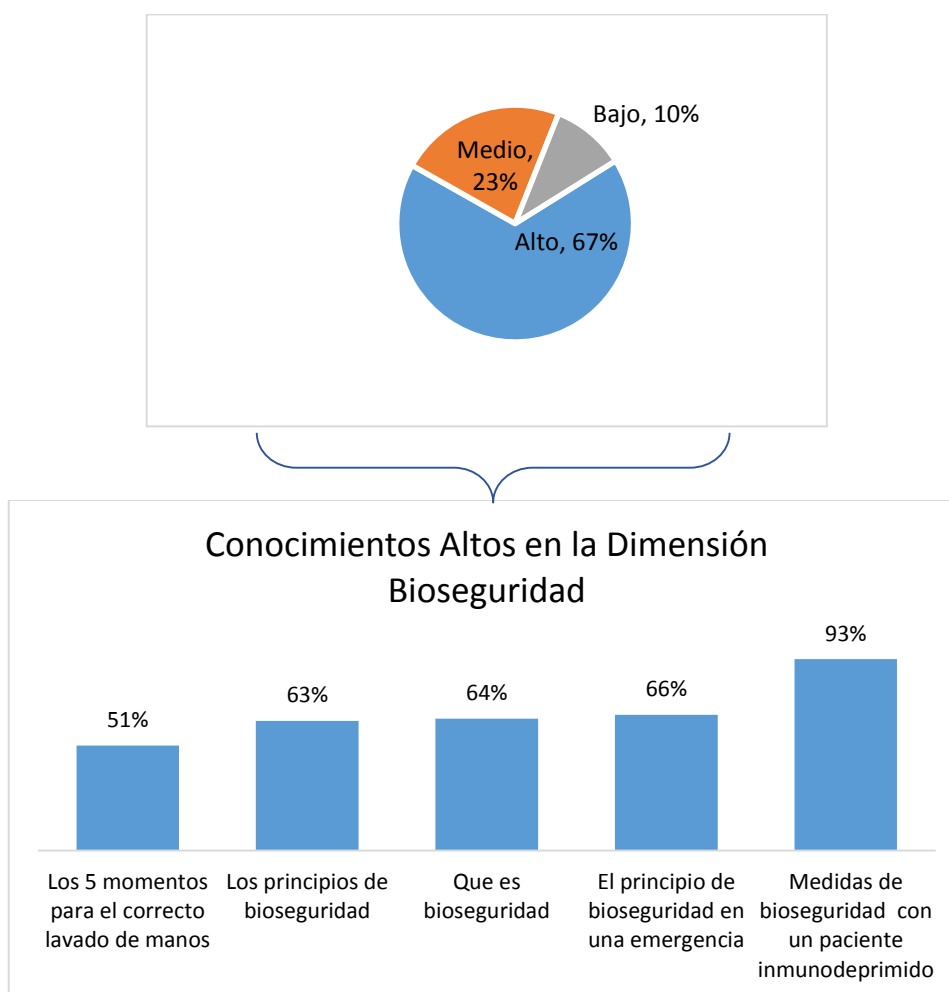


FUENTE: Cuestionario sobre nivel de conocimiento de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería.

En relación al cuadro por dimensiones se observa que el 76% (75) encuestados respondieron correctamente al uso de barreras protectoras. En el manejo de residuos sólidos 68% de los (68) encuestados respondió favorablemente. Se observa que el 67% de (66) encuestados conocen el manejo de bioseguridad.

Gráfico 2

DIMENSIÓN BIOSEGURIDAD: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE APLICADAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HNERM -2016

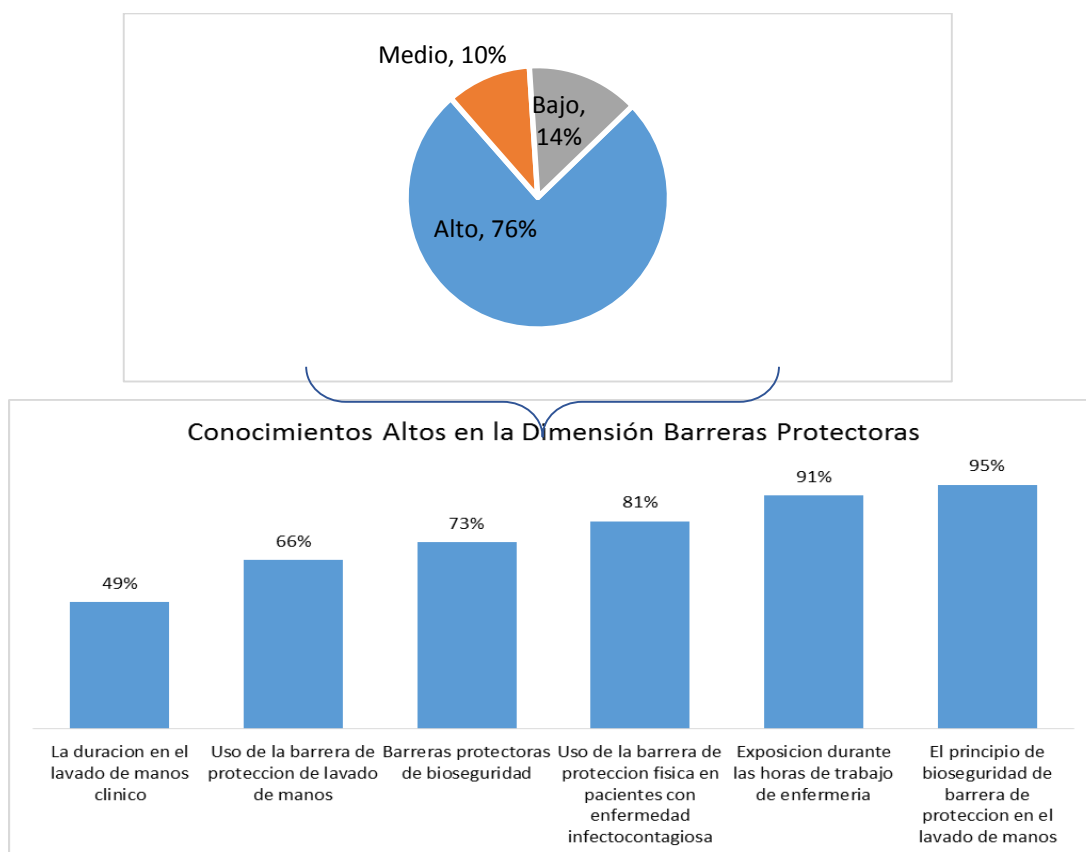


FUENTE: Cuestionario sobre nivel de conocimiento de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería.

En el gráfico de medidas de bioseguridad el 93% (92) de los encuestados en la atención de un paciente inmunodeprimido realizó un adecuado uso de ellas, se observó que el 66% (65) encuestados conoce los principios de universalidad al ingreso de un paciente a emergencia, además el 64% (65) encuestados conocen el concepto de bioseguridad, el 63%(62) conoce los principios de bioseguridad, sin embargo, el 51% de (50) conocen los 5 momentos del lavado de manos.

Gráfico 3

DIMENSIÓN DE BARRERAS PROTECTORAS SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE BIOSEGURIDAD APLICADAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HNERM - 2016

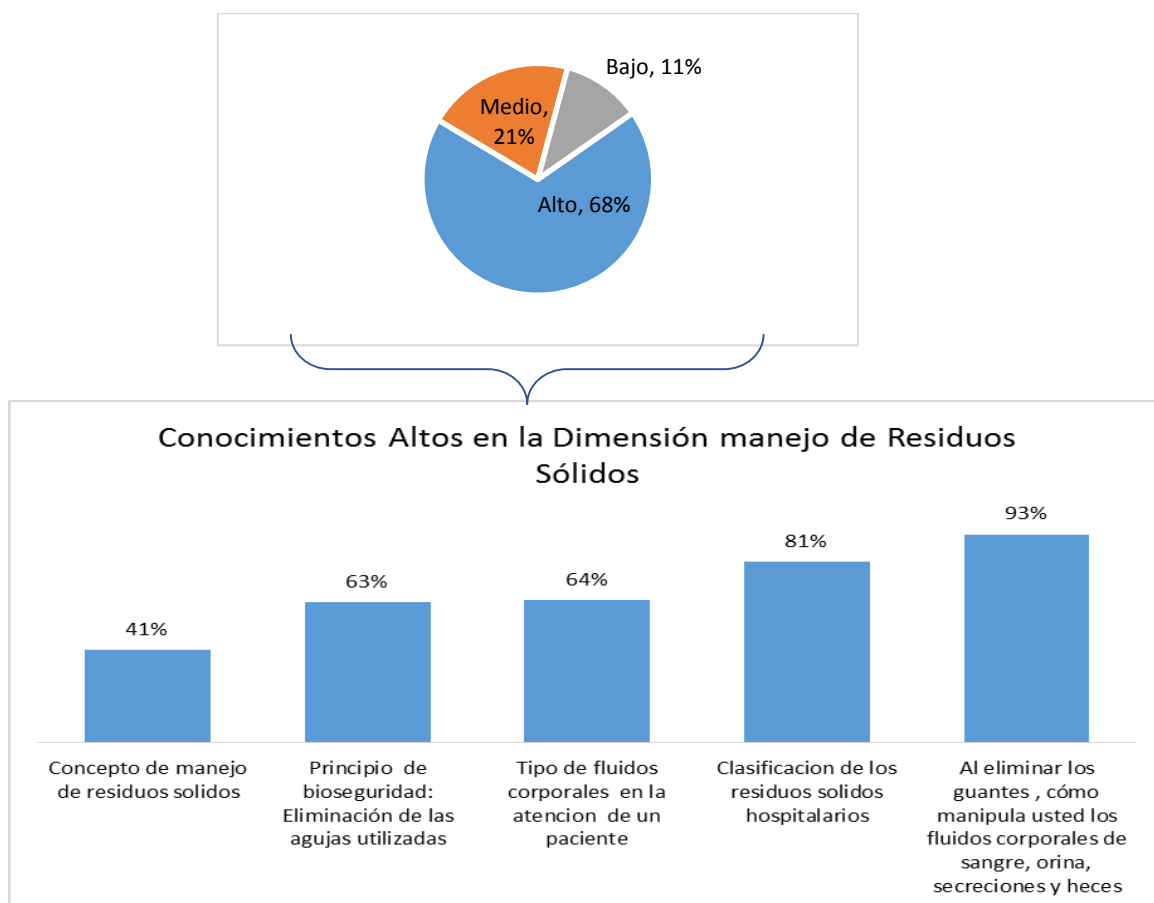


FUENTE: Cuestionario sobre nivel de conocimiento de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería.

En cuanto a la dimensión de barreras protectora el 95% (94) se lava las manos antes y después de la atención del paciente, además el 91% (90) está expuesto a lesiones percutáneas durante las horas de trabajo. Para la atención de un paciente con enfermedad infectocontagiosa el 81% (80) encuestados conoce la importancia del uso de la barrera de protección física, el 73% (72) encuestados tiene un nivel de conocimiento del correcto lavado de manos, el 66% (65) encuestados conoce el uso correcto del antiséptico para el lavado de manos, el 49% (48) de la población encuestada conoce el tiempo correcto del lavado de mano.

Gráfico 4

DIMENSION MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE BIOSEGURIDAD APLICADAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HERM -2016

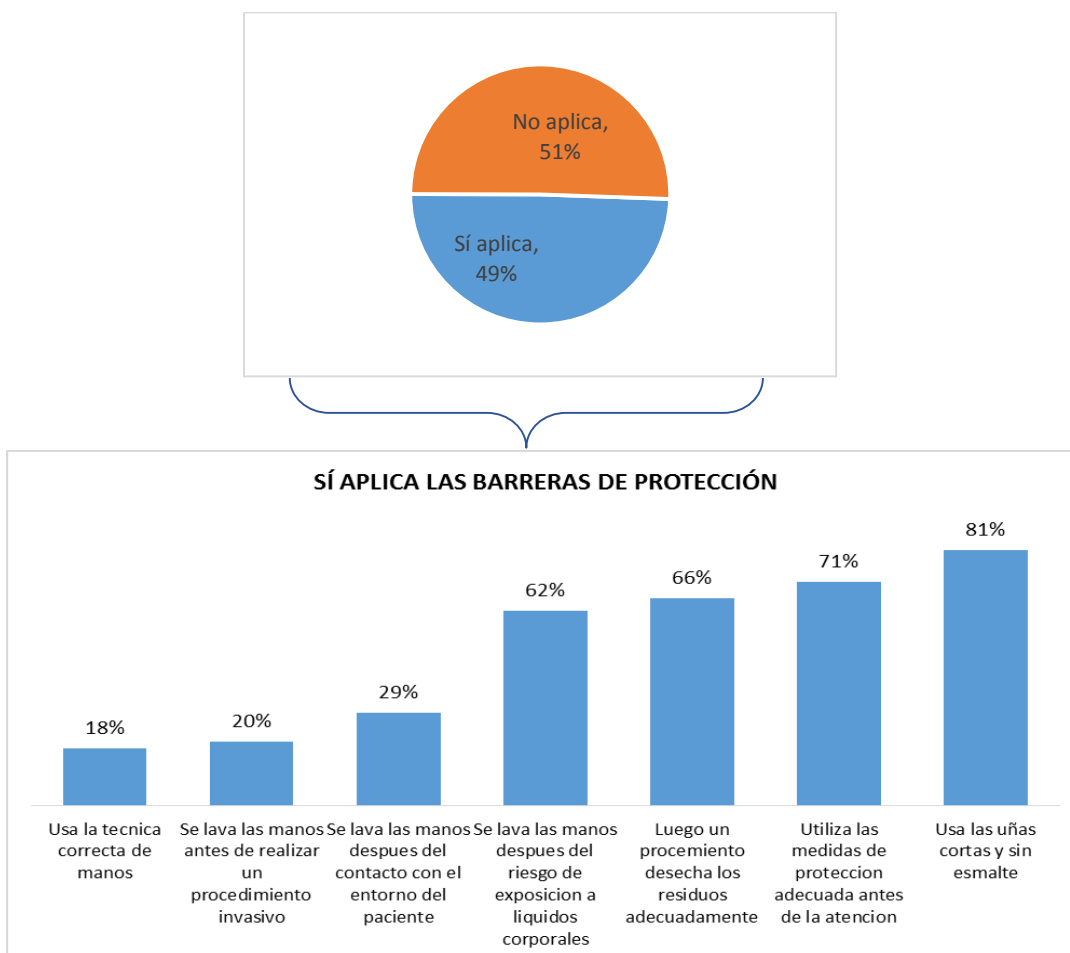


FUENTE: Cuestionario sobre nivel de conocimiento de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería

En el cuadro de manejo de residuos sólidos la mayor población de encuestados respondió el 93% (92) encuestados favorablemente en la eliminación de guantes después de la atención del paciente. El 81% (80) encuestados conoce la clasificación de los residuos sólidos hospitalarios. Mientras que el 64% (63) encuestados respondieron correctamente en la eliminación de fluidos corporales. El 63% (62) conoce la adecuada eliminación de las agujas utilizadas en el paciente. En relación del a clasificación de los residuos sólidos hospitalarios el 41% (40) encuestados conoce el manejo de residuos sólidos.

Gráfico 5

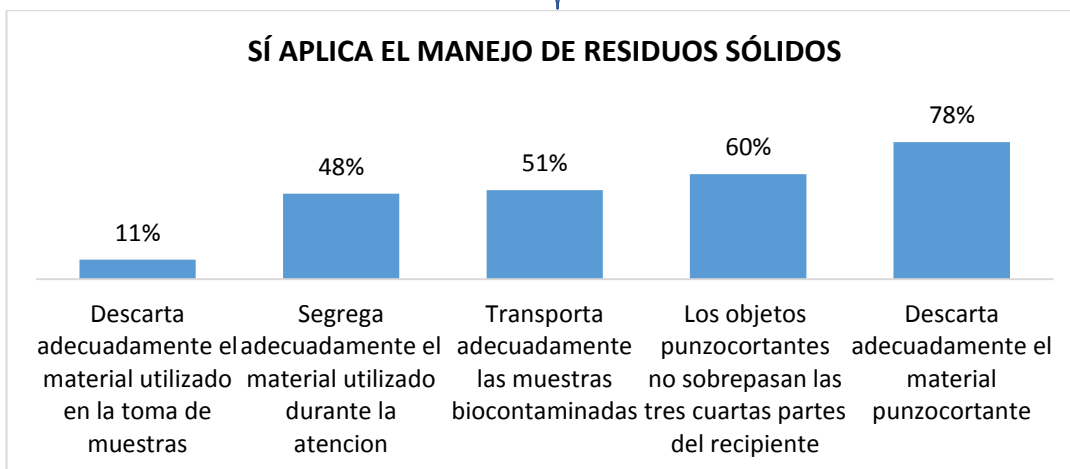
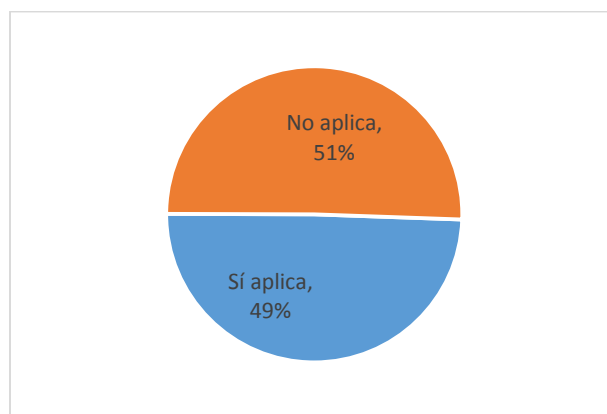
APLICABILIDAD DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD: BARRERAS PROTECTORAS APLICADAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HERM -2016



FUENTE: Guía de observación sobre la aplicabilidad de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería

En el gráfico sobre la aplicabilidad de barreras de protectoras se observa que sólo el 18% (18) usa la técnica correcta de lavado de manos, el 20% realizó el lavado de manos antes de realizar un procedimiento invasivo, el 29% se lavó las manos después del contacto con el entorno del paciente, el 62% se lavó las manos después del riesgo de exposición a líquidos corporales, el 66% desechó los residuos adecuadamente luego de realizar un procedimiento de atención, el 71% utilizó medidas de protección adecuada antes de la atención, el 81% usó las uñas cortas y sin esmalte al momento de la atención.

Gráfico 6
APLICABILIDAD DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD: MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS APLICADAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HERM -2016



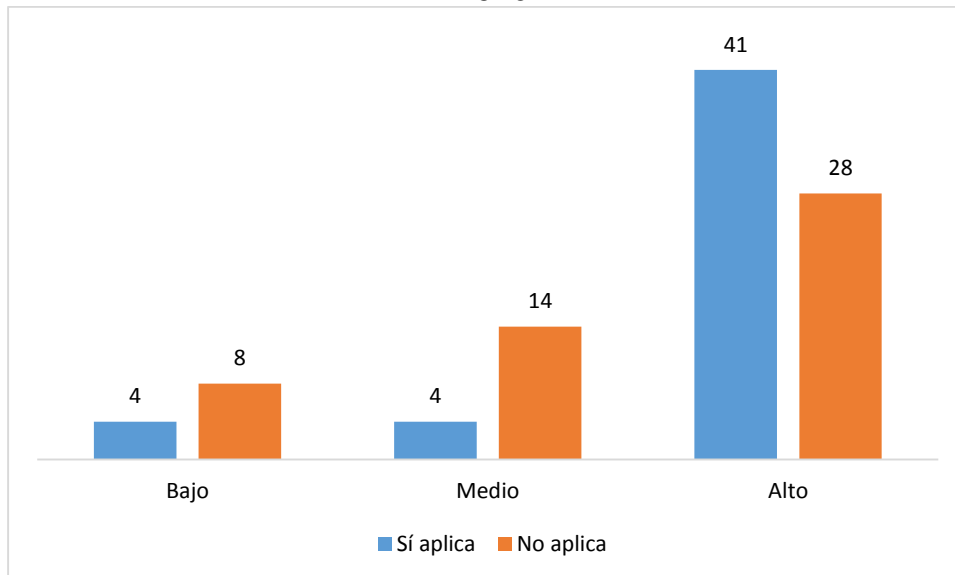
FUENTE: Guía de observación sobre la aplicabilidad de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería

En el gráfico sobre la aplicabilidad de manejo de residuos sólidos, sólo el 11% descartó adecuadamente el material utilizado en la toma de muestras, el 48% segregó adecuadamente el material utilizado durante la atención, el 51% transporta adecuadamente las muestras biocontaminadas, el 60% tiene cuidado que los objetos punzocortantes no sobrepasen las tres cuartas partes del recipiente de material punzocortante y finalmente el 78% descarta adecuadamente el material punzocortante.

Gráfico 7

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICABILIDAD DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HERM

-2016

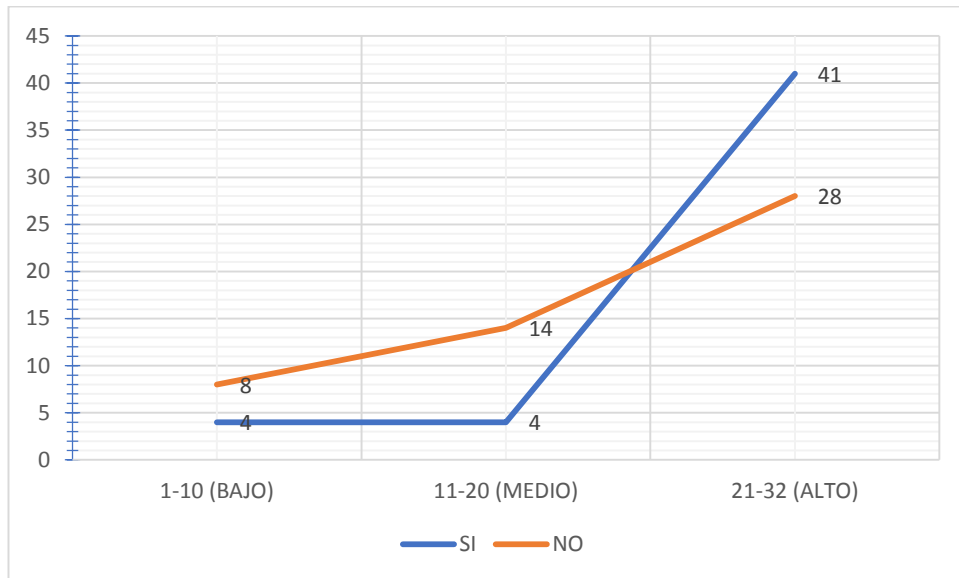


FUENTE: Cuestionario sobre nivel de conocimiento y guía de observación sobre la aplicabilidad de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería.

En el gráfico se observa que existe un mayor porcentaje de encuestados con alto nivel de conocimiento que sí aplica de manera adecuada las medidas de bioseguridad, sin embargo, para comprobar estadísticamente si existe una relación entre estas dos variables, se ha planteado la siguiente hipótesis y se ha empleado la prueba chi-cuadrado.

Gráfico 8

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICABILIDAD DE
LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE
ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HERM
-2016**



FUENTE: cuestionario y guía de observación

En el grafico 8 se observa que ambas variables, nivel de conocimiento y aplicabilidad de las medidas de bioseguridad existe relación significativa.

4.7. Hipótesis Estadística General:

Ho: Las variables nivel de conocimiento y la aplicabilidad de las medidas de bioseguridad son independientes.

Ha: Las variables nivel de conocimiento y la aplicabilidad de las medidas de bioseguridad son dependientes

Tabla 1

**Tabla de contingencia Medidas de bioseguridad *
Aplicabilidad**

Recuento

| | | Aplicabilidad | | Total |
|-------------------------|-------|---------------|----|-------|
| | | No | Sí | |
| Medidas de bioseguridad | Bajo | 8 | 4 | 12 |
| | Medio | 14 | 4 | 18 |
| | Alto | 28 | 41 | 69 |
| Total | | 50 | 49 | 99 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 9,329 ^a | 2 | ,009 |
| Razón de verosimilitudes | 9,697 | 2 | ,008 |
| Asociación lineal por lineal | 6,347 | 1 | ,012 |
| N de casos válidos | 99 | | |

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,94.

Con el resultado de la significancia (Es menor de 0.05), se rechaza la hipótesis nula, concluyendo que existe una dependencia entre las variables nivel de conocimiento y aplicabilidad de las medidas de bioseguridad.

4.8. Hipótesis Estadística Específicas:

Ho: La **dimensión medida de bioseguridad** y la aplicabilidad son independientes.

Ha: La **dimensión medida de bioseguridad** y la aplicabilidad son dependientes

Tabla 2

Tabla de contingencia Medidas de bioseguridad *

Aplicabilidad

Recuento

| | | Aplicabilidad | | Total |
|-------------------------|-------|---------------|----|-------|
| | | No | Sí | |
| Medidas de bioseguridad | Bajo | 7 | 3 | 10 |
| | Medio | 17 | 6 | 23 |
| | Alto | 26 | 40 | 66 |
| Total | | 50 | 49 | 99 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 9,821 ^a | 2 | ,007 |
| Razón de verosimilitudes | 10,110 | 2 | ,006 |
| Asociación lineal por lineal | 7,699 | 1 | ,006 |
| N de casos válidos | 99 | | |

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,95.

Con el resultado de la significancia (Es menor de 0.05), se rechaza la hipótesis nula, concluyendo que existe una dependencia entre la dimensión medida de bioseguridad y aplicabilidad.

Hipótesis Estadística Específicas:

Ho: La **dimensión barrera protectora** y la aplicabilidad son independientes.

Ha: La **dimensión barrera protectora** y la aplicabilidad son dependientes

Tabla 3
Tabla de contingencia Barrera protectora *
Aplicabilidad

Recuento

| | | Aplicabilidad | | Total |
|--------------------|-------|---------------|----|-------|
| | | No | Sí | |
| Barrera protectora | Bajo | 10 | 4 | 14 |
| | Medio | 7 | 3 | 10 |
| | Alto | 33 | 42 | 75 |
| Total | | 50 | 49 | 99 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 5,242 ^a | 2 | ,073 |
| Razón de verosimilitudes | 5,375 | 2 | ,068 |
| Asociación lineal por lineal | 4,696 | 1 | ,030 |
| N de casos válidos | 99 | | |

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,95.

Con el resultado de la significancia (Es menor de 0.05), se rechaza la hipótesis nula, concluyendo que existe una dependencia entre la dimensión barrera protectora y aplicabilidad.

Hipótesis Estadística Específicas:

Ho: La **dimensión manejo de residuos sólidos** y la aplicabilidad son independientes.

Ha: La **dimensión manejo de residuos sólidos** y la aplicabilidad son dependientes

Tabla 4

**Tabla de contingencia Manejo de residuos sólidos *
Aplicabilidad**

Recuento

| | | Aplicabilidad | | Total |
|----------------------------|-------|---------------|----|-------|
| | | No | Sí | |
| Manejo de residuos sólidos | Bajo | 8 | 3 | 11 |
| | Medio | 14 | 6 | 20 |
| | Alto | 28 | 40 | 68 |
| Total | | 50 | 49 | 99 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|---------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 7,581 ^a | 2 | ,023 |
| Razón de verosimilitudes | 7,768 | 2 | ,021 |
| Asociación lineal por lineal | 6,622 | 1 | ,010 |
| N de casos válidos | 99 | | |

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,44.

Con el resultado de la significancia (Es menor de 0.05), se rechaza la hipótesis nula, concluyendo que existe una dependencia entre la dimensión manejo de residuos sólidos y aplicabilidad.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contraste de hipótesis con los resultados

En lo referente a los resultados con las hipótesis se puede afirmar lo siguiente:

Hipótesis General

Los resultados nos da la afirmación de la hipótesis por cuanto si existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la aplicabilidad las medidas de bioseguridad, y en relación las hipótesis específicas existen ítems en ambas variables por mejorar del personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Esto se comprueba al determinar que en los resultados en la medición de variables tenemos: En la dimensión nivel de conocimiento el 67% de la población respondieron adecuadamente en cuanto al nivel de conocimiento de las medidas de bioseguridad, en la dimensión barreras protectoras el 76% respondió favorablemente, el 68% tiene un nivel de conocimiento alto sobre el manejo de residuos sólidos. Comparando con los resultados obtenidos en la guía de observación vemos que la dimensión barrera de protectora 51% de la población no aplica adecuadamente la barrera de protección. En la dimensión de manejo de residuos sólidos se observa que le 54% no aplica adecuadamente el manejo de residuos sólidos. Por lo tanto, se afirma la hipótesis general,

En lo que respecta a las hipótesis específicas, los resultados fueron los siguientes:

La hipótesis específica 1: según los resultados es afirmativa, ya que estos arrojan que efectivamente se debe mejorar los conocimientos del personal de enfermería del servicio de emergencia para la aplicación de las normas de bioseguridad.

La hipótesis específica 2: Es afirmativa por cuanto se cuenta con los indicadores que posibilitan la mejora de la aplicabilidad de las normas de bioseguridad del personal de enfermería del servicio de emergencia

6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares

El personal de enfermería desarrolla múltiples actividades en la atención dirigidos a proteger la salud de la comunidad, paciente y personal de salud, en cuanto a las actividades de control de las medidas preventivas de bioseguridad. Disminuyendo así la accidentabilidad laboral.

En relación a la atención directa del paciente, también reconocen las barreras de protección, para la atención del paciente, porta mascarilla guantes y a en algunas ocasiones mandilones. En general el modo de eliminar los fluidos corporales el manejo adecuado por el temor de infectarse, al mismo modo las enfermeras manejan las técnicas adecuadas para la eliminación de material punzo cortante utilizado por el paciente que se atiende en el servicio. Según la OMS las normas de bioseguridad están establecidas en: la universalidad, uso de barreras protectoras y manejo de residuos sólidos se deben seguir estas normas ya mencionadas por los trabajadores del sector salud. (1) Así mismo Huamán, D y Romero, L 2013 en su trabajo de investigación, Nivel de conocimiento practica de medidas de bioseguridad en las enfermeras de los servicios de medicina del Hospital belén de Trujillo 2013. Se afirma que las enfermeras cuentan con un nivel medio de 56% de conocimiento sobre las medidas de bioseguridad lo cual nos demuestra que conocen las medidas de seguridad.

Asimismo, García, L., en su tesis titulada: “Nivel de conocimiento y aplicación de las normas de bioseguridad en el personal de enfermería que labora en el área de emergencias de ESSALUD de Tacna 2011”, (2015). los resultados obtenidos que si existen nivel de conocimiento alto sobre las medidas de bioseguridad, en cuanto a la variable aplicabilidad concluye que existen factores que influyen negativamente a la aplicabilidad de las medidas de bioseguridad,coinsidiendo con nuestro resultados obtenidos en el presente estudio

Por otro lado, Coronel, en su tesis titulada: “Nivel de conocimiento y su relación con las prácticas de medidas de bioseguridad del personal que trabaja en el Centro de Salud Segunda Jerusalén Rioja (San Martín)”, (2017), nos dice que la aplicación de sus instrumentos dio como resultado que el 53.8% posee un nivel medio de conocimiento y el 76.9% de práctica sobre medidas de bioseguridad. Siendo esta relación significativa entre estas sus dos variables, con p valor de 0.039, inferior a 0.05, lo que hace concluir que las personas que poseen un conocimiento medio tienen una práctica regular lo cual se relaciona con el presente estudio y mientras el conocimiento sea mayor, mayor será la aplicabilidad.sin embargo en el estudio de Panimboza, C. y Pardo, L., en su tesis titulada: “Medidas de bioseguridad que aplica el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria del paciente, Hospital Dr. José Garcés Rodríguez”. Salinas 2012-2013, Ecuador, (2013), nos dice que sus análisis de los datos hacen evidente la necesidad de implementar un proyecto de charlas de educación y de concientización al personal de enfermería respecto a este tema, para mejorar la calidad atención sin riesgos.Asimismo, Bautista, L.; y otros, en su tesis titulada: “Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería” Bogotá, (2013) que el personal de enfermería estudiado posee un conocimiento regular en un 66% frente a las medidas de bioseguridad y un 70% de aplicación deficiente frente a

estas, concluyendo que se pudieron identificar que las medidas de bioseguridad no han sido aplicadas correctamente por el personal de Enfermería de la institución, lo cual las convierte en un factor de riesgo. Por lo cual sus resultados nos afirma que el personal de enfermería no está aplicando correctamente los conocimientos sobre las medidas bioseguridad

Por último, Chanquin, V. en su tesis titulada: "Conocimiento de las normas de bioseguridad por estudiantes de enfermería de las diferentes universidades que realizan práctica en el Hospital Regional de Quetzaltenango, Guatemala. marzo-mayo 2014., Guatemala, (2015), indica que los estudiantes de enfermería poseen un 88% de conocimiento de normas de bioseguridad, por lo que se sugirió continuar con el fortalecimiento en los cursos de la carrera de enfermería con contenido de normas de bioseguridad, así como su aplicación en la realización de la práctica y en su quehacer futuro como profesionales de enfermería con el fin de evitar accidentes laborales que puedan poner en riesgo la salud tanto de ellos como de sus futuros pacientes.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

Como parte culminante del presente trabajo de investigación basada en los objetivos planteados se han obtenido los siguientes resultados:

1. En relación al cuadro por dimensiones se observa que el 76% (75) encuestados respondieron correctamente al uso de barreras protectoras. En el manejo de residuos sólidos 68% de los (68) encuestados respondió favorablemente. Se observa que el 67% de (66) encuestados conocen el manejo de bioseguridad
2. En el gráfico de medidas de bioseguridad el 93% (92) de los encuestados en la atención de un paciente inmunodeprimido realizó un adecuado uso de ellas, se observó que el 66% (65) encuestados conoce los principios de universalidad al ingreso de un paciente a emergencia, además el 64% (65) encuestados conocen el concepto de bioseguridad, el 63%(62) conoce los principios de bioseguridad, sin embargo, el 51% de (50) conocen los 5 momentos del lavado de manos.
3. En cuanto a la dimensión de barreras protectora el 95% (94) se lava las manos antes y después de la atención del paciente, además el 91% (90) está expuesto a lesiones percutáneas durante las horas de trabajo. Para la atención de un paciente con enfermedad infectocontagiosa el 81% (80) encuestados conoce la importancia del uso de la barrea de protección física, el 73% (72) encuestados tiene un nivel de conocimiento del correcto lavado de manos, el 66% (65) encuestados conoce el uso correcto del antiséptico para el lavado de manos, el 49% (48) de la población encuestada conoce el tiempo correcto del lavado de mano.

4. En el gráfico sobre la aplicabilidad de barreras de protectoras se observa que sólo el 18% (18) usa la técnica correcta de lavado de manos, el 20% realizó el lavado de manos antes de realizar un procedimiento invasivo, el 29% se lavó las manos después del contacto con el entorno del paciente, el 62% se lavó las manos después del riesgo de exposición a líquidos corporales, el 66% desechó los residuos adecuadamente luego de realizar un procedimiento de atención, el 71% utilizó medidas de protección adecuada antes de la atención, el 81% usó las uñas cortas y sin esmalte al momento de la atención
5. En el grafico sobre la aplicabilidad de manejo de residuos sólidos, sólo el 11% descartó adecuadamente el material utilizado en la toma de muestras, el 48% segregó adecuadamente el material utilizado durante la atención, el 51% transporta adecuadamente las muestras biocontaminadas, el 60% tiene cuidado que los objetos punzocortantes no sobrepasen las tres cuartas partes del recipiente de material punzocortante y finalmente el 78% descarta adecuadamente el material punzocortante.
6. En el cuadro de manejo de residuos sólidos la mayor población de encuestados respondió el 93% (92) encuestados favorablemente en la eliminación de guantes después de la atención del paciente. El 81% (80) encuestados conoce la clasificación de los residuos sólidos hospitalarios. Mientras que el 64% (63) encuestados respondieron correctamente en la eliminación de fluidos corporales. El 63% (62) conoce la adecuada eliminación de las agujas utilizadas en el paciente. En relación del a clasificación de los residuos sólidos hospitalarios el 41% (40) encuestados conoce el manejo de residuos sólidos.

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

1.-En cuanto a los resultados obtenidos sobre el conocimiento de bioseguridad I fueron 67% lo que nos indica que las autoridades del HNERM seguir con la educación continua y evaluación sobre Bioseguridad y manejo de residuos sólidos.

2.-en relación a las barreras protectoras el personal de enfermería no está aplicando correctamente los 5 momentos del lavado de manos, ya que es importante aplicarlo correctamente ya que las manos contaminadas son las principales portadores de bacterias, por la cual las autoridades del HNERM continuar con charlas educativas, y prácticas de lavado de mano

3.-Motivar al personal de enfermería para que se interese en el conocimiento pleno y profundo de los protocolos y medidas de bioseguridad en cuanto al correcto lavado de manos.

4.- Dar a conocer y aplicar correctamente el manual de manejo de residuos sólidos y supervisión continua por parte del área de saneamiento ambiental

5.-Se recomienda a las autoridades del hospital dotar de material adecuado, recursos humanos, adecuada infraestructura y trabajar en coordinación con el área de saneamiento ambiental y el departamento de enfermería

CAPITULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Biblioteca científica Electrónica en línea. Organización Munsial de la Salud. Incidencias de Infecciones Intrahospitalarias. salud de los trabajadores - Prevención de accidentes laborales. [Online]; 2014. Disponible en: www.scielo.org.ve/scielo.php?pid?S1315-01382008000100006.
2. Organización Mundial de la Salud. OMS. Manual de Bioseguridad en el laboratorio Ginebra: World Healt Organization; 2005.
3. Mohme, G.. Diario la República. [Online]; 2013. Acceso 23 de Enerode 2013. Disponible en: <http://larepublica.pe/23-01-2013/mas-de-160-mil-trabajadores-de-salud-estan-expuestos-contraer-hepatitis-y-vih>.
4. ESSALUD. Norma de Bioseguridad del Seguro Social de Salud - ESSALUD". [Online]; 2015. Disponible en: <https://gestionydesarrollordr.blogspot.com/./norma-de-bioseguridad-del-seguro-social>.
5. Hasing, J. Propuesta de Modelo de Gestión de Calidad para mejorar la bioseguridad en el quirófano del Hospital República del Ecuador en la Isla Santa Cruz. Tesis para optar grado de Maestría de Gerencia en servicios de salud ed. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.; 2015.
6. Pérez, Y. Riesgos a la salud en trabajadores del servicio de Urgencias por manipulación de residuos peligrosos biológicos infecciosos.: Instituto Polit; 2012.

7. Huamán Huamán, D.; Romero Trujillo, L.. Nivel de Conocimiento y practica de medidas de bioseguridad en las enfermeras de los servicios de medicina del hospital Belén. Trujillo; 2014.
8. García Valdivia, L. Nivel de conocimiento y aplicación de las normas bioseguridad en el personal de enfermería que labora en el área de emergencias de Essalud Tacna 2011. Tesis para optar el título de segunda especialidad en cuidado enfermero en emergencias y desastres ed. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2015.
9. Coronel Arenas, J. Nivel de conocimiento y su relación con las prácticas de medidas de bioseguridad del personal que trabaja en el Centro de Salud Segunda Jerusalem 2017. Tesis ed. Nueva Cajamarca: UCSS Nueva Cajamarca; 2018.
10. Panimboza Carrera, C.; Pardo Moreno L. Medidas de bioseguridad que aplica el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria del paciente Hospital Dr. José Garcés Rodríguez Salinas 2012-2013. Tesis ed. La Libertad: Universidad Estatal Península Santa Elena; 2013.
11. Bautista Rodríguez, L.; Delgado Madrid, C.; Hernández Zárate, Z.; Sanguino Jaramillo, F.; Cuevas Santamaría, M.; Arias Contreras, Y.; Mojica Torres, I. Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería. Ciencia y Cuidado. 2013; 10(2).
12. Chanquin, V. Conocimiento de las normas de bioseguridad por estudiantes de enfermería de las diferentes universidades que realizan práctica en el Hospital Regional de Quetzaltenango, Guatemala. Marzo-Mayo 2014. Tesis ed. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar; 2015.
13. Organización Mundial de la Salud. Manual de Bioseguridad en el Laboratorio. Tercera Edición ed. Ginebra; 2005.

14. Manual de Salud Ocupacional / Ministerio de Salud.. Dirección General de Salud Ambiental. Dirección Ejecutiva de Salud Ocupacional. Lima: Dirección General de Salud Ambiental; 2005.
15. Manual de Salud Ocupacional/Ministerio de Salud.. Dirección general de Salud Ambiental. Dirección Ejecutiva de Salud Ocupacional Lima : Dirección regional de Salud Ambiental ; 2005.
16. Ministerio de Salud. Plan Nacional de gestión de residuos sólidos en establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo Lima: Dirección General de Salud Ambiental - MINSA; 2013.

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Nivel de conocimiento y aplicabilidad de las medidas de bioseguridad del personal de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

| Problema | Objetivos | Hipótesis | Metodología |
|---|---|---|--|
| <p>Problema General ¿Cuál es el nivel de conocimiento y aplicabilidad de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017?</p> <p>Problemas Específicos ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017??</p> | <p>Objetivo General: Determinar el nivel de conocimiento y aplicabilidad de las medidas de bioseguridad del Personal de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017</p> <p>Objetivo Específico: Identificar el nivel de conocimiento de las medidas de bioseguridad del personal de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.</p> | <p>Hipótesis General La relación es directa, entre el nivel de conocimiento y la aplicabilidad de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017.</p> <p>Hipótesis Específicas Existen indicadores por mejorar, en el nivel de conocimiento sobre las medidas de bioseguridad del personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017.</p> | <p>Tipo de Estudio: Descriptivo de corte transversal, correlacional. Diseño: La presente investigación es de diseño correlacional porque se relacionara las variables entre sí.</p> <p>Población y muestra: Está conformada por el personal de enfermería que labora en el servicio de Emergencia, Muestra: Está conformada por todas las enfermeras y técnico de enfermería que consta de 99 personas que laboran en el servicio de emergencia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>Plan y Recolección de datos: Para la recolección de datos se solicitó permiso respectivo del área de capacitación del Hospital, los datos</p> |

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>¿Cuál es la aplicabilidad de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017?</p> | <p>Verificar la aplicabilidad de las medidas de bioseguridad del Personal de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.</p> | <p>Existen indicadores por mejorar en la aplicabilidad de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017.</p> | <p>serán recolectados durante los horarios de mañana y tarde, duración de 15 minutos, el registro, ordenamiento y procesamiento de información será en el programa software estadístico para procesar encuestas (SPSS versión 12.0) para la elaboración de tablas de frecuencia que posteriormente serán gráficos presentados mediante Microsoft Excel.</p> <p>Análisis de Datos: Una vez presentada la información en tablas y gráficos estadísticos que tendrá en cuenta los objetivos, hipótesis y las variables para interpretación del resultado.</p> |
|---|---|---|---|

ANEXO N° 02

CUESTIONARIO

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE BIOSEGURIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HNERM.

Como parte de un estudio de investigación estamos realizando una encuesta con el propósito de saber el nivel de conocimiento y aplicabilidad de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería del servicio de emergencia del HNERM.

Los resultados de la presente encuesta son de utilidad exclusiva para la investigación. Para lo cual le pedimos su colaboración, sus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Marque con una (x) las respuestas que considera correctas:

a. Ocupación: Enfermera (.....)
Técnico de enfermería (.....)

b. Edad: (.....)

c. Sexo: Masculino (... ..)
Femenino (.....)

d. Tiempo de servicio: (.....)

5. Capacitaciones sobre bioseguridad durante el último año:
SI (.....) NO (.....)

CONOCIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

Medidas De Bioseguridad

- 1.- ¿Bioseguridad es?
 - a) Conjunto de normas y medidas para proteger la salud del personal frente a riesgos físicos, químicos y biológicos
 - b) Es el correcto manejo de los residuos solidos
 - c) Es la universalidad

- 2.- ¿Los principios de bioseguridad son?
 - a) Universalidad, Barrera protectora y Control de residuos sólidos
 - b) Protección, Aislamiento, Universalidad
 - c) Control de infecciones nosocomiales.

- 3.- ¿Cuándo se atiende al paciente que ingresa a emergencia Ud. practica el principio de Bioseguridad?
 - a) Universalidad
 - b) Protección.
 - c) Aislamiento

- 4.- Para la atención de un paciente inmunodeprimido ¿Qué medidas de bioseguridad toma usted?
 - a) Proteges al paciente y Ud. con las barreras protectoras
 - b) Solo protege al paciente con las barreras protectoras
 - c) Solo se protege a usted. con las barreras protectoras

- 5.- ¿Cuáles son los cinco momentos para realizar el correcto lavado de manos?
 - a) Antes del contacto con el paciente, después del contacto con el paciente, antes de realizar una tarea aséptica, después del contacto con fluidos corporales y después del contacto del mobiliario del paciente
 - b) Antes del contacto con el paciente, después del contacto con el paciente, antes de realizar una tarea aséptica, después de hablar con el paciente y después del contacto del mobiliario del paciente
 - c) Antes del contacto con el paciente, después del contacto con el paciente, antes de realizar una tarea aséptica, después del contacto con fluidos corporales y después de dar la mano al paciente

Barreras Protectoras

- 6.- ¿Son barreras protectoras de bioseguridad?
 - a) Barreras de protección física, química y biológica
 - b) El uso de mascarilla, guantes y el lavado de manos
 - c) El uso de mandilón, mascarilla, botas y gorro

- 7.- ¿El principio de bioseguridad de barrera protectora, lavado de manos se realiza?
- Siempre antes y después de atender al paciente
 - No siempre antes, pero sí después
 - Depende si el paciente es infectado o no
- 8.- ¿La duración que debe tener el lavado de manos clínico es?
- de 30 a 60 segundos
 - de 15 a 30 segundos
 - de 15 a 40 segundos
- 9.- ¿Al inicio de su jornada laboral usted usa la barrera de protección de lavado de manos es con?
- Jabón espuma con gluconato de clorhexidina al 2%
 - Jabón espuma con gluconato de clorhexidina al 4%
 - Jabón espuma con gluconato de clorhexidina al 6%
- 10.- ¿El uso barrera de protección física para la atención de un paciente infectocontagioso es?
- Guantes, mascarilla, gorro, mandilón y lentes
 - Guantes mascarilla, gorro mandilón y botas
 - Guantes mascarilla y mandilón
- 11.- ¿Durante las horas de trabajo el personal de enfermería está expuesto a:
- Lesiones por agujas
 - Lesiones profundas
 - Lesiones superficiales

Manejo de Residuos Solidos

- 12.- ¿Manejo de Residuos sólidos es?
- Es un sistema de seguridad sanitaria que se inicia en un punto de generación hasta su destino final para tratamiento adecuado
 - Es la clasificación de los residuos hospitalarios
 - Manejo adecuado de objetos punzo cortantes y eliminación de fluidos corporales
- 13.- ¿Cómo se clasifican los residuos sólidos hospitalarios?
- Biocontaminados, Especiales y comunes
 - infecciosas y no infecciosas
 - hospitalarios, químicos y no hospitalarios
- 14.- En el principio de bioseguridad de eliminación ¿Cómo se eliminan las agujas utilizadas en el paciente?

- a) Colocar la aguja sin poner el capuchón en recipientes especiales.
 - b) Romper las puntas de la aguja y luego desechar.
 - c) Colocar el capuchón a la aguja con una sola mano.
- 15.- A menudo ¿qué tipo de fluidos corporales se manipula en la atención al Paciente?
- a) sangre, orina, secreciones orina y heces.
 - b) Orina / deposiciones, sangre
 - c) secreciones respiratorias
- 16.- ¿Después de la atención de un paciente usted elimina los guantes en tacho con bolsa de color?
- a) Bolsa de color roja
 - b) Bolsa de color amarillo
 - c) Bolsa de color negro



ANEXO N° 03

GUIA DE OBSERVACIÓN DE APLICABILIDAD EN LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

I. DATOS INFORMATIVOS:

Servicio: ----- **Fecha:** ----- **Hora de observación:** --

| Procedimiento observado | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| <p>Barrera de protección</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplica la técnica correcta del Lavado de manos 2. usa uñas cortas ,sin esmalte 3. se lava las manos antes de realizar un procedimiento invasivo 4. Se lava la mano Después <i>del</i> riesgo de exposición a líquidos corporales. 5. Se lava las manos después del contacto con el entorno del paciente 6. Utiliza las medidas de protección adecuadas antes de la atención del paciente aislado 7. Luego de realizar algún procedimiento al paciente, desecha los guantes inmediatamente <p>Manejo de residuos solidos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usa material adecuado para el manejo de residuos sólidos 2. Descarta adecuadamente el material punzocortante 3. ¿Maneja adecuadamente la toma de muestras con las medidas de protección 4. Transporta adecuadamente las muestras biocontaminadas 5. Segrega adecuadamente el material usado durante la atención del paciente? | | |

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO –CONSULTA DE EXPERTOS

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO SEGÚN LA PRUEBA BINOMIAL APLICADA A LA APRECIACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

| ITEM | EXPERTOS | | | | | p y q | x | n-x | nC _x | p(x) | q(n-x) | Probab. individuales Binomial |
|---|----------|----|-----|----|---|-------|---|-----|-----------------|-------|--------|-------------------------------|
| | I | II | III | IV | V | | | | | | | |
| 1. La Formulación del Problema es adecuado | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.50 | 5 | 0 | 1 | 0.031 | 1.000 | 0.031 |
| 2. Los Instrumentos facilitan el logro de los objetivos de investigación | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.50 | 5 | 0 | 1 | 0.031 | 1.000 | 0.031 |
| 3. Los instrumentos están relacionados con la variable de estudio | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.50 | 5 | 0 | 1 | 0.031 | 1.000 | 0.031 |
| 4. El numero de ítems del instrumento es adecuado | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.50 | 5 | 0 | 1 | 0.031 | 1.000 | 0.031 |
| 5. La redacción de los ltems del instrumento es correcta | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.50 | 5 | 0 | 1 | 0.031 | 1.000 | 0.031 |
| 6. El diseño del instrumento facilitará el análisis y procesamiento de los datos. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.50 | 5 | 0 | 1 | 0.031 | 1.000 | 0.031 |
| 7. Eliminaría algún ítem en el instrumento | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.50 | 5 | 0 | 1 | 0.031 | 1.000 | 0.031 |
| 8. Agregaría algún ítem en el instrumento | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0.50 | 4 | 1 | 5 | 0.063 | 0.500 | 0.156 |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|------|---|---|---|-------|--------------|-------|
| 9. El diseño del instrumento será accesible a la población | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.50 | 5 | 0 | 1 | 0.031 | 1.000 | 0.031 |
| 10. La redacción es clara, sencilla y precisa | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.50 | 5 | 0 | 1 | 0.031 | 1.000 | 0.031 |
| Sumatoria de probabilidades individuales binomial | | | | | | | | | | | 0.438 | |

Prueba Binomial individual : $P(X=x) : nCx \cdot p^x \cdot (1-p)^{n-x}$

Se ha considerado:

0 : Si la respuesta es en contra, que equivale al fracaso

1 : Si la respuesta es a favor, que equivale al éxito

n = 5 expertos

K = Numero de criterios

“Valor de la Prueba Binomial ” $p = \frac{\sum p_i}{K} = \frac{0.438}{10} = 0.0438$

Quando “p” es menor de 0.05 la prueba indica que el instrumento es válido debido que el grado de concordancia entre expertos es significativo con modificación en el criterio 8. En conclusión el instrumento válido según la prueba binomial aplicada al juicio de expertos con $p = 0.0438$.

**ANEXO NUMERO 4:
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO Y ESTUDIO PILOTO
PRUEBA ALFA DE CRONBACH EN BASE A LA PRUEBA PILOTO**

$$\alpha = \frac{k * (1 - \sum S^2_i)}{k - 1 \quad S^2_{total}}$$

donde:

k = número de ítem

S^2_i = varianza del ítem

S^2_{total} = varianza total

Para la prueba de confiabilidad del instrumento de recolección de datos se utilizó el software estadístico SPSS versión 12.0, aplicada mediante una prueba piloto a 32 familiares de usuarios con ACV.

Resumen del procesamiento de los casos

| | | N | % |
|-------|------------------------|----|-------|
| Casos | Válidos | 32 | 100,0 |
| | Excluidos ^a | 0 | ,0 |
| | Total | 32 | 100,0 |

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

Una vez obtenidos la confiabilidad de cada ítem, se calculó la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente alfa de cronbach, y se obtuvo el siguiente resultado que se indica en el cuadro siguiente donde el instrumento es confiable puesto que el coeficiente es mayor a 0.5 y cercano a 1 esto quiere decir que los ítems considerados en el cuestionario son significativos.

Estadísticos de fiabilidad

| | |
|------------------|----------------|
| Alfa de Cronbach | N de elementos |
| .658 | 23 |

TABLAS VARIAS

TABLA Nº 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE BIOSEGURIDAD APLICADAS AL PERSONAL DE ENFERMERIA SERVICIO DE EMERGENCIA HNERM JUNIO- 2017

| Nivel de conocimiento | N | % |
|-----------------------|----|------|
| Alto | 70 | 70% |
| Medio | 18 | 18% |
| Bajo | 12 | 12% |
| Total | 99 | 100% |

TABLA Nº 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE BIOSEGURIDAD POR DIMENSIONES APLICADAS AL PERSONAL DE ENFERMERIA SERVICIO DE EMERGENCIA HNERM JUNIO- 2017

| Dimensiones: Nivel de conocimiento | Alto | | Medio | | Bajo | | TOTAL | |
|------------------------------------|------|-----|-------|-----|------|-----|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| • Medidas de bioseguridad | 66 | 67% | 23 | 23% | 10 | 10% | 99 | 100% |
| • Barrera protectora | 75 | 76% | 10 | 10% | 14 | 14% | 99 | 100% |
| • Manejo de residuos sólidos | 68 | 68% | 20 | 21% | 11 | 11% | 99 | 100% |

TABLA Nº 4

DIMENSIÓN BIOSEGURIDAD: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE APLICADAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HERM JUNIO-2017

| Dimensión: Medidas de bioseguridad | Alto | | Medio | | Bajo | | TOTAL | |
|---|------|-----|-------|-----|------|-----|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| • ¿Qué es bioseguridad? | 63 | 64% | 25 | 25% | 11 | 11% | 99 | 100% |
| • ¿Cuáles son los principios de bioseguridad? | 62 | 63% | 25 | 25% | 12 | 12% | 99 | 100% |
| • Cuando se atiende el paciente que ingresa a emergencia ¿Qué principio de bioseguridad usted practica? | 65 | 66% | 22 | 22% | 12 | 12% | 99 | 100% |
| • Para la atención de un paciente inmunodeprimido ¿Qué medidas de bioseguridad toma usted? | 92 | 93% | 3 | 3% | 4 | 4% | 99 | 100% |
| • ¿Cuáles son los 5 momentos para realizar el correcto lavado de manos? | 50 | 51% | 38 | 38% | 11 | 11% | 99 | 100% |

TABLA Nº 5

**DIMENSIÓN BARRERA PROTECTORA: NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE LAS MEDIDAS DE APLICADAS EN EL PERSONAL DE
ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HERM JUNIO-
2017**

| Dimensión: Barrera protectora | Alto | | Medio | | Bajo | | TOTAL | |
|---|------|-------|-------|------|------|-------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| • Son barreras protectoras de bioseguridad: | 72 | 73% | 7 | 7% | 20 | 20% | 99 | 100% |
| • El principio de bioseguridad de barrera de protección, lavado de manos se realiza: | 94 | 95% | 2 | 2% | 3 | 3% | 99 | 100% |
| • La duración que debe tener el lavado de manos clínico es: | 49 | 49% | 12 | 12% | 38 | 38% | 99 | 100% |
| • Al inicio de su jornada laboral usted usa la barrera de protección de lavado de manos con: | 65 | 66% | 30 | 30% | 4 | 4% | 99 | 100% |
| • El uso de barrera de protección física para la atención del paciente con enfermedad infectocontagiosa es: | 80 | 81% | 10 | 10% | 9 | 9% | 99 | 100% |
| • Durante las horas de trabajo de enfermería usted está expuesto a: | 90 | 0.909 | 1 | 0.01 | 8 | 0.081 | 99 | 100% |

TABLA N° 6

DIMENSIÓN MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE APLICADAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HERM JUNIO-2017

| Dimensión: Manejo de residuos sólidos | Alto | | Medio | | Bajo | | TOTAL | |
|---|-------------|----------|--------------|----------|-------------|----------|--------------|----------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| • Manejo de residuos sólidos es? | 41 | 41% | 40 | 40% | 18 | 18% | 99 | 100% |
| • ¿Cómo se clasifican los residuos sólidos hospitalarios? | 80 | 81% | 7 | 7% | 12 | 12% | 99 | 100% |
| • En el principio de bioseguridad de eliminación ¿Cómo se eliminan las agujas utilizadas en el paciente? | 62 | 63% | 30 | 30% | 7 | 7% | 99 | 100% |
| • ¿A menudo que tipo de fluidos corporales se manipula en la atención de un paciente? | 63 | 64% | 20 | 20% | 16 | 16% | 99 | 100% |
| • Después de la atención de un paciente, usted elimina los guantes en tacho con bolsa de color ¿Cómo manipula usted los fluidos corporales de sangre, orina, secreciones y eses?: | 92 | 93% | 5 | 5% | 2 | 2% | 99 | 100% |

TABLA Nº 7

APLICABILIDAD DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, APLICADAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HERM JUNIO-2017

| Aplicabilidad de las medidas de bioseguridad | N | % |
|---|----------|----------|
| Sí aplica | 49 | 49% |
| No aplica | 50 | 51% |
| Total | 99 | 100% |

TABLA Nº 8

APLICABILIDAD DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, SEGÚN DIMENSIONES, APLICADAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HERM JUNIO-2017

| Dimensiones: Aplicabilidad de las medidas de bioseguridad | Sí aplica | | No aplica | | TOTAL | |
|--|------------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Barreras de protección | 49 | 49% | 50 | 51% | 99 | 100% |
| Manejo de residuos sólidos | 49 | 49% | 50 | 51% | 99 | 100% |

TABLA Nº 9

**APLICABILIDAD DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD: BARRERAS
PROTECTORAS APLICADAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HERM
JUNIO-2017**

| Dimensión: Barreras de protección | Sí aplica | | No aplica | | TOTAL | |
|---|------------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 1. ¿Usa la técnica correcta de manos? | 18 | 18% | 81 | 82% | 99 | 100% |
| 2. ¿usa las uñas cortas y sin esmalte? | 80 | 81% | 19 | 19% | 99 | 100% |
| 3. ¿Se lava las manos antes de realizar un procedimiento invasivo? | 20 | 20% | 79 | 80% | 99 | 100% |
| 4. ¿Se lava las manos después del riesgo de exposición a líquidos corporales? | 61 | 62% | 38 | 38% | 99 | 100% |
| 5. ¿Se lava las manos después del contacto con el entorno del paciente? | 29 | 29% | 70 | 71% | 99 | 100% |
| 6. ¿Utiliza las medidas de protección adecuada antes de la atención del paciente? | 70 | 71% | 29 | 29% | 99 | 100% |
| 7. ¿Luego de realizar algún procedimiento al paciente desecha los residuos adecuadamente? | 65 | 66% | 34 | 34% | 99 | 100% |

TABLA N° 10

APLICABILIDAD DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD: MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS APLICADAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HERM JUNIO-2017

| Dimensión: Manejo de residuos sólidos | Sí aplica | | No aplica | | TOTAL | |
|--|-----------|-----|-----------|-----|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 8. ¿Los objetos punzocortantes no sobrepasan las tres cuartas partes del recipiente de material punzocortante? | 59 | 60% | 40 | 40% | 99 | 100% |
| 9. ¿Descarta adecuadamente el material punzocortante? | 77 | 78% | 22 | 22% | 99 | 100% |
| 10. Descarta adecuadamente el material utilizado en la toma de muestras? | 11 | 11% | 88 | 89% | 99 | 100% |
| 11. ¿Transporta adecuadamente las muestras biocontaminadas? | 50 | 51% | 49 | 49% | 99 | 100% |
| 12. ¿Segrega adecuadamente el material utilizado durante la atención del paciente? | 48 | 48% | 51 | 52% | 99 | 100% |

V.- RESULTADOS

TABLA Nª 1

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, QUE LABORA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. JUNIO-2017

| DATOS PERSONALES | N | % |
|------------------|-----------|-------------|
| Ocupación | 99 | 100% |
| Enfermera | 99 | 100% |
| Edad | 99 | 100% |
| 22 a 29 años | 15 | 15% |
| 30 a más años | 84 | 85% |
| Sexo | 99 | 100% |
| Masculino | 21 | 21% |

| | | |
|----------------------------|-----------|-------------|
| Femenino | 78 | 79% |
| Tiempo de servicios | 99 | 100% |
| De 2 a 10 años | 36 | 36% |
| De 11 a 20 años | 51 | 52% |
| De 21 a más años | 12 | 12% |
| Capacitación | 99 | 100% |
| Sí | 54 | 55% |
| No | 45 | 45% |

FUENTE: Cuestionario sobre nivel de conocimiento de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería.

En relación a las características generales del personal de enfermería del servicio de emergencia, el 100%(99) son Enfermeras. El 100%(84) tienen de 30 años a más. El 79%(78) son mujeres, y el 52 % (51) tienen antigüedad laboral de 11 a 20 años, finalmente un 54%(54) de la población estudiada han recibido capacitación.

Los 5 momentos para el lavado de manos en la atención sanitaria

- Antes del contacto con el paciente.
Lávese las manos antes de acercarse al paciente (para estrechar la mano, ayudar al paciente a moverse, realizar un examen clínico).
Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tenemos depositados en nuestras manos (libres o con guantes)
- Antes de realizar tarea aséptica.
Inmediatamente antes de realizar la tarea (curas, inserción de catéteres, preparación de alimentos o medicación, aspiración de secreciones, cuidado oral/dental).
Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluido los gérmenes del propio paciente.
- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
Inmediatamente después de exposición a fluidos orgánicos, aunque se lleven guantes (extracción y manipulación de sangre, orina, heces, manipulación de desechos, aspiración de secreciones, cuidado oral/dental).
Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.
- Después del contacto con el paciente
Después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea (al estrechar la mano, ayudar al paciente a moverse, realizar un examen clínico).

Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.

- Después del contacto con el entorno del paciente.
Después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, incluso si no se ha tocado al paciente (cambiar la ropa de cama, ajustar la velocidad de perfusión).
Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.