

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



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD Y ADHERENCIA DE
HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL DE HUANCVELICA
2022”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL
EN ENFERMERÍA EN EPIDEMIOLOGÍA**

AUTORES

**BENAVIDES SILVA DE SENDER ERIKA MARIA DEL CARMEN
CENTENO MAMANI GLORIA AHIDA
RIVEROS CASTRO FRANK RIDER**

ASESORA: Dra. ARROYO VIGIL VILMA MARIA

LINEA DE INVESTIGACIÓN: EPIDEMIOLOGÍA

**Callao, 2022
PERÚ**

INFORMACION BÁSICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

UNIDAD DE INVESTIGACION

Segunda Especialidad Profesional en Enfermería en Epidemiología de la Facultad de Ciencias de la Salud.

TITULO

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD Y ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL DE HUANCVELICA 2022”

AUTOR/CODIGO ORCID/DNI

Benavides Silva de Sender Erika Maria del Carmen / 0000-0002-8421-270X/
21463499

Centeno Mamani Gloria Ahida/ 0000-0003-3622-6565/ 04438998

Riveros Castro Frank Rider/ 0000-0001-5410-6917/45363542

ASESOR/CODIGO ORCID/DNI

Dra. Arroyo Vigil Vilma María/0000-0003-4235-7336/25726235.

LUGAR DE EJECUCION

Hospital Departamental de Huancavelica.

UNIDAD DE ANALISIS

Personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos.

TIPO/ENFOQUE/DISEÑO DE INVESTIGACION

Básica/cuantitativo/no experimental correlacional.

TEMA ODCE

Salud

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACION

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- **Dra. MERY JUANA ABASTOS ABARCA** **PRESIDENTE**
- **Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN** **SECRETARIO**
- **Dr. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA** **VOCAL**

ASESORA: Dra. ARROYO VIGIL VILMA MARÍA

Nº de Libro: 05

Nº de Folio: 04

Nº de Acta: 072-2022

Fecha de Aprobación de la tesis: 11 de noviembre del 2022

RESOLUCIÓN DE DECANATO N°119-2022-D/FCS.- Callao; 24 de Junio del 2022

Document Information

Analyzed document	INFORME FINAL DE TESIS BENAVIDES-CENTENO-RIVEROS.docx (D148016705)
Submitted	10/29/2022 4:24:00 AM
Submitted by	
Submitter email	frriverosc@unac.edu.pe
Similarity	8%
Analysis address	fcs.investigacion.unac@analysis.arkund.com

Sources included in the report

SA	QUISPE_ROCA_YENI_SOLEDAD_TITULO_PROFESIONAL_2021.docx Document QUISPE_ROCA_YENI_SOLEDAD_TITULO_PROFESIONAL_2021.docx (D131945542)	 11
SA	Universidad Nacional del Callao / TESIS MENDOZA- ELIAS.docx Document TESIS MENDOZA- ELIAS.docx (D143139124) Submitted by: zuleyk_1992@hotmail.com Receiver: investigacion.fcs.unac@analysis.arkund.com	 1
SA	Universidad Nacional del Callao / REVISION 2 - VIZCARRA ARENAS 1.docx Document REVISION 2 - VIZCARRA ARENAS 1.docx (D131109701) Submitted by: vzcarr72@hotmail.com Receiver: investigacion.fcs.unac@analysis.arkund.com	 14
SA	Universidad Nacional del Callao / PARI, MEZA, TARAZONA.docx Document PARI, MEZA, TARAZONA.docx (D146375116) Submitted by: tarazonahuamansherly@gmail.com Receiver: fcs.investigacion.unac@analysis.arkund.com	 3
SA	Trabajo de titulación concluido Denisse Palma.docx Document Trabajo de titulación concluido Denisse Palma.docx (D125765010)	 2
SA	Universidad Nacional del Callao / tesis Final Eliana y Yosimar.docx Document tesis Final Eliana y Yosimar.docx (D147831931) Submitted by: yfloress2@unac.edu.pe Receiver: fcs.investigacion.unac@analysis.arkund.com	 1
SA	Universidad Nacional del Callao / 14.12.18.docx Document 14.12.18.docx (D45795269) Submitted by: nancyelliott2004@yahoo.com Receiver: investigacion.fcs.unac@analysis.arkund.com	 2
SA	Universidad Nacional del Callao / JHERRY MATENCIO ARTEAGA-TESIS.docx Document JHERRY MATENCIO ARTEAGA-TESIS.docx (D88643523) Submitted by: jherry.stat@gmail.com Receiver: investigacion.fcs.unac@analysis.arkund.com	 1
SA	Copia de monografia pro priscila[5115].docx Document Copia de monografia pro priscila[5115].docx (D130603176)	 1

DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada a Dios por habernos dado la vida y permitirnos llegar hasta esta etapa de nuestra formación profesional, así mismo a nuestros padres e hijos quienes son nuestro motor para seguir superándonos día a día.

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital Departamental de Huancavelica (HDH) y en especial al Dr. Victor Javier Correa Tineo, médico, por permitirme ejecutar el estudio en dicho establecimiento y brindarme todas las facilidades para el mismo.

Al personal asistencial de la Unidad de Cuidados Intensivos del H.D.H, por su paciencia, buena disposición y tiempo en la resolución y aplicación de mis instrumentos, por su interés y reflexiones en referencia a la prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS).

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	9
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	11
RESUMEN.....	12
ABSTRACT.	13
INTRODUCCIÓN.	14
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	16
1.2. Formulación del problema.....	19
1.2.1. Problema General	19
1.2.2. Problema Específico.....	19
1.3. Objetivos de la Investigación	20
1.3.1. Objetivo general.....	20
1.3.2. Objetivos específicos.....	20
1.5. Delimitantes de la investigación.....	22
II. MARCO TEÓRICO	24
2.1. Antecedentes	24
2.1.1. Internacionales:	24
2.1.2. Nacionales.....	25
2.2. Bases teóricas.	29
2.2.1. Modelo pedagógico del constructivismo.....	29
2.2.2. Modelo cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de enfermería.	29
2.3. Marco conceptual.	30
2.3.1. Conocimiento.	30
2.3.2. Conocimientos sobre los aspectos básicos de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS):	31
2.3.3. Conocimientos sobre prevención de IAAS.....	32
2.3.4. Conocimientos sobre precauciones estándar.....	34
2.3.5. Adherencia de higiene de manos	35
2.3.5.1. Antes del contacto con el paciente.	35
2.3.5.2. Antes de realizar tarea aséptica.....	36
2.3.5.3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales	36
2.3.5.4. Después del contacto con el paciente	36
2.3. Definición de términos básicos.....	37
III. VARIABLES E HIPÓTESIS.....	38

3.1. Hipótesis general e hipótesis específica.....	38
3.1.1. Hipótesis Generales.....	38
3.1.2. Hipótesis Específicos.....	38
3.2. Definición de las variables	39
3.2.1. Operacionalización de las variables	39
4. METODOLOGÍA.....	43
4.1. Diseño de la investigación.....	43
4.3. Método de investigación.....	43
4.4 Población y muestra.....	44
4.4.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	44
4.5. Lugar de estudio y periodo desarrollado	45
4.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	45
4.7. Plan de análisis estadísticos de datos	46
V. RESULTADOS.....	47
5.1 Resultados descriptivos.....	47
5.2. Resultados inferenciales.	53
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	59
6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.....	59
6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares.	67
6.3. Responsabilidad ética.....	69
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES.	72
7. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	73
8. ANEXOS.....	76
Anexo: 01. Matriz de consistencia	76
Anexo 02: Consolidado de informes de opinión de expertos	79
Anexo 03: Confiabilidad	80
Anexo 04: Consolidado de confiabilidad de los instrumentos	83
ANEXO N° 05 Instrumentos validados	84
ANEXO N° 06 Lista de códigos.....	106

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 5.1.1	<i>Nivel de conocimiento de IAAS del personal de enfermería en la uci del hospital departamental de Huancavelica.....</i>	<i>48</i>
Tabla 5.1.2	<i>Adherencia de higiene de manos del personal de enfermería en la uci del hospital departamental de Huancavelica.</i>	<i>48</i>
Tabla 5.2.1	<i>Conocimiento sobre IAAS VS. Adherencia a la higiene de manos.....</i>	<i>49</i>
Tabla 5.2.2	<i>Conocimiento sobre IAAS VS. dimensión 1 Adherencia a la higiene de manos.....</i>	<i>50</i>
Tabla 5.2.3	<i>Conocimiento sobre IAAS VS. dimensión 2 Adherencia a la higiene de manos.....</i>	<i>51</i>
Tabla 5.2.4	<i>Conocimiento sobre IAAS VS. dimensión 3 Adherencia a la higiene de manos.....</i>	<i>51</i>
Tabla 5.2.5	<i>Conocimiento sobre IAAS VS. dimensión 4 Adherencia a la higiene de manos.....</i>	<i>52</i>
Tabla 5.2.6	<i>Conocimiento sobre IAAS VS. dimensión 5 Adherencia a la higiene de manos.....</i>	<i>53</i>
Tabla 6.1.1.1	<i>Prueba de normalidad de la variable nivel de conocimiento de Infecciones asociadas a la atención de salud.</i>	<i>55</i>
Tabla 6.1.1.2	<i>Prueba de normalidad de la variable adherencia de higiene de manos.</i>	<i>55</i>
Tabla 6.1.2.1	<i>Prueba de correlación con estadístico rho de Spearman entre el nivel de conocimiento de IAAS y adherencia de higiene de manos.</i>	<i>56</i>
Tabla 6.1.3.1	<i>Prueba de correlación con estadístico rho de Spearman entre el nivel de conocimiento de IAAS y adherencia de higiene de manos antes del contacto con el paciente.</i>	<i>57</i>
Tabla 6.1.3.2	<i>Prueba de correlación con estadístico rho de Spearman entre el nivel de conocimiento de IAAS y adherencia de higiene de manos antes de realizar una tarea aséptica.</i>	<i>58</i>
Tabla 6.1.3.3	<i>Prueba de correlación con estadístico rho de Spearman entre el nivel de conocimiento de IAAS y adherencia de higiene de manos después del riesgo de exposición a fluidos corporales.</i>	<i>60</i>

Tabla 6.1.3.4	<i>Prueba de correlación con estadístico rho de Spearman entre el nivel de conocimiento de IAAS y adherencia de higiene de manos después del contacto con el paciente.....</i>	<i>61</i>
Tabla 6.1.3.5	<i>Prueba de correlación con estadístico rho de Spearman entre el nivel de conocimiento de IAAS y adherencia de higiene de manos después del contacto con el entorno del paciente.....</i>	<i>62</i>

INDICE DE GRÁFICOS

Figura 5.1.1	<i>Edad del personal de Enfermería en la uci del hospital departamental de Huancavelica.....</i>	<i>43</i>
Figura 5.1.2	<i>Sexo del personal de enfermería en la uci del hospital departamental de Huancavelica.</i>	<i>44</i>
Figura 5.1.3	<i>Grupo ocupacional del personal de enfermería en la uci del hospital departamental de Huancavelica.</i>	<i>45</i>
Figura 5.1.4	<i>Tipo de contrato del personal de Enfermería en la uci del hospital departamental de Huancavelica.</i>	<i>46</i>
Figura 5.1.5	<i>Dimensiones a adherencia a higiene de manos</i>	<i>47</i>

RESUMEN.

La presente investigación tuvo por objetivo establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica. El estudio fue de tipo cuantitativo y relacional, y diseño de la investigación fue no experimental, correlacional y de corte transversal, el método de la investigación fue descriptivo, hipotético-deductivo. La población estuvo constituida por 46 personales de Enfermería, y la muestra fue hallada a través del muestreo no probabilístico censal, obteniendo 48 trabajadores. Como técnicas e instrumentos para recolección de datos se empleó para la variable Conocimiento de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, el cuestionario y para la variable adherencia de higiene de manos se utilizó la guía de observación. Se aplicó el Rho de Spearman para efectuar la contrastación de hipótesis general, y como resultados se obtuvo que se han encontrado evidencias suficientes para afirmar que el nivel de conocimiento de IAAS tiene relación positiva baja ($\rho = 0,347$); y significativa (p valor=0.023 menor que 0.05) con la adherencia de higiene de manos. Se concluye que a mayor conocimiento de IAAS mejor adherencia de higiene de manos.

Palabras clave: conocimiento de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, Adherencia de Higiene de manos.

ABSTRACT.

The objective of this research was to establish the relationship between the level of knowledge of infections associated with health care and adherence to hand hygiene in the intensive care unit of the Departmental Hospital of Huancavelica. The study was quantitative and relational, and the research design was non-experimental, correlational and cross-sectional, the research method was descriptive, hypothetical-deductive. The population consisted of 46 Nursing personnel, and the sample was found through non-probabilistic census sampling, obtaining 48 workers. As techniques and instruments for data collection, the questionnaire was used for the variable Knowledge of Infections Associated with Health Care, and the observation guide was used for the variable adherence to hand hygiene. Spearman's Rho was applied to test the general hypothesis, and as a result it was obtained that sufficient evidence has been found to affirm that the level of knowledge of IAAS has a low positive relationship ($\rho = 0.347$); and significant ($p \text{ value} = 0.023$ less than 0.05) with adherence to hand hygiene. It is concluded that the greater the knowledge of IAAS, the better adherence to hand hygiene.

Keywords: knowledge of Health Care Associated Infections, Hand Hygiene Adherence.

INTRODUCCIÓN.

Las manos de los trabajadores de la salud por lo general se encuentran colonizadas por microorganismos responsables de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). La transferencia de los patógenos se da de un paciente a otro mediante las manos de los trabajadores que brindan atención de salud, ya sea de manera directa o indirecta, ya que al no realizarse una adecuada higiene de manos, la carga microbiana se encuentra adherida durante varios minutos, que seguidamente se atiende a una paciente este se contamina o se deja como fómites el mismo ambiente que también conlleva a un riesgo el estar en contacto con ellos la contaminación posterior del paciente. A pesar que la higiene de manos constituye la actividad más efectiva para la prevención de IAAS, la aplicación en el personal de salud es mínima porque la adherencia a la higiene de manos es multicausal y obedece a factores sociales, de carga laboral, cognitivos y hasta organizacionales propias de la institución. Dada la importancia del nivel de conocimientos sobre el conocimiento de Infecciones asociadas a la atención de salud y a la adherencia a la higiene de manos de parte del personal que atiende a los pacientes esta investigación tiene el objetivo Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica 2022.

La presente investigación está estructurada en cinco capítulos el capítulo I se describe el planteamiento de estudio como formulación del problema (la problemática de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y adherencia de higiene de manos), los objetivos, justificación e importancia, delimitación del proyecto en donde se desarrolló y las hipótesis y variables del estudio. En el capítulo II se abordan los antecedentes de la investigación internacionales, nacionales y locales, además los aspectos teóricos enfatizando en las dimensiones del estudio tales como: los 5 momentos de higiene de manos. En el capítulo III se da a conocer la metodología como el método, el tipo el diseño y los materiales y métodos utilizados en la investigación. En el capítulo IV se observan los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos

en la población objetivo y los resultados tras la prueba inferencial realizada, así mismo la presentación de resultados y la discusión de ellos. En el capítulo V después se presentan las conclusiones y recomendaciones de la tesis.

Los autores.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática.

Anualmente la salud de millones de pacientes en todo el mundo se ve mermada por las infecciones adquiridas durante la atención médica. Como resultado, algunas personas adquieren enfermedades más graves del que ingresaron.

El 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su portal web, menciona que mayor a 1 millón de 400 mil pacientes alrededor del mundo adquieren infecciones en el hospital. Así mismo del 5 al 10 por ciento los pacientes que acuden a hospitales de alta capacidad resolutiva contraerán una o más infecciones. Mientras tanto en los países en vías desarrollo, el riesgo de infección en la atención de salud se incrementa de 2 a 20 veces, superando el 25 por ciento en algunos casos. Tal es así que en Estados Unidos 1 de cada 136 pacientes que ameriten hospitalización contraen IAAS, esto equivale a 2 millones de casos y un aproximando 80.000 defunciones por año. (1)

En el Reino Unido, cada año se producen más de 100 000 infecciones relacionadas con la atención médica, lo que provoca la muerte de más de 5000 personas directamente asociadas con la infección. En México, se estima que 450.000 infecciones médicas matan a 32 personas por cada 100.000 habitantes al año. Las infecciones relacionadas con la atención médica cuestan aproximadamente mil millones de libras esterlinas al año en el Reino Unido. En Estados Unidos, esta cifra oscila entre 4.500 millones y 5.700 millones de dólares. En México, el costo en cada año es de 1,500 millones de dólares aproximadamente. (1)

La organización panamericana de salud (OPS) a través de la red hospitalaria de vigilancia epidemiológica (RHOVE) reportó 61.969 infecciones relacionadas con la salud con una incidencia global de 4,7 por 100 altas. El número de muertes asociadas con IAAS fue de 3.624, con una tasa de letalidad de 5,8 por cada 100 infecciones. En promedio, los pacientes con

infecciones fueron hospitalizados durante 21,5 días y casi el 20% fueron dados de alta por muerte. Al igual que RHOVE, los niños menores de 5 años y de 40 a 64 años son los más afectados por las infecciones intrahospitalarias tanto para hombres como para mujeres. Por entidad federativa, el Estado de México, la Ciudad de México, Guanajuato y Tlaxcala tuvieron el mayor número de casos de infecciones. (2)

Como observa Rodríguez et al. (2019) en Colombia las estadísticas revelaron un promedio histórico para el periodo 2002-2006 con una tasa de IAAS que del 13.9% por 1000 días/estancia, así mismo en Bogotá fue de aproximadamente 2.4 por 100 egresos hospitalarios en 2013. La proporción de infecciones intrahospitalaria en Colombia fue de 1.25 a nivel nacional, teniendo las tasas significativas, Antioquia, Bogotá DC, Santander, Tolima y Valle de Cauca. (3)

En el 2021 el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades (CDC) en el Perú, cataloga a las IAAS, como problema de salud pública donde confluyen diversas causalidades (factores de riesgo) que pueden ser prevenidos en su mayoría; la prevalencia de IAAS tiende a incrementarse, con mayor frecuencia en la unidad de cuidados intensivos esto debido al impacto de la pandemia del COVID-19. Las IAAS más frecuentes corresponden a las NAV, ITS e ITU en los servicios clínicos de las UCI, Gineco-obstetricia y Neonatología, en los establecimientos de salud de categoría II-2 y III-1. Así mismo la tendencia de las tasas de IAAS a nivel nacional tienden a incrementarse en lugares como Lima Centro, Sur y Norte, Callao y La Libertad. (4)

Díaz et al, (2016) en Chiclayo La tasa bruta de mortalidad hospitalaria en la Seguridad Social a nivel nacional llega a 2,3%, que fluctúa de hospitales nivel I del 0,7% hasta 4,2% en hospitales nacionales. Existen varios estudios que muestran que la mortalidad atribuible a infección nosocomial varía entre 14,6% y 21,3%. En el Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo, presentó una tendencia en aumento de esta tasa, 15,8% el 2013, 17,5% el 2014 y 18,5% en el año 2015; sin embargo, en el primer semestre del 2016 se nota una disminución significativa a 13,3% ($p < 0,01$), por otra parte la Seguridad

Social reportó 23909 muertes hospitalarias durante el 2015 en los centros asistenciales a nivel nacional, si tomamos el promedio 17,3% de nuestro periodo del 2013-2015 aproximadamente 4137 muertes se habrían presentado a nivel nacional atribuidas a infección nosocomial. (5)

Según la Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital II-2 Tarapoto menciona que las infecciones intrahospitalarias se presentan en un 5 a 10 % de pacientes que se internan en los centros prestadores de salud, el desarrollo de las IAAS se da en función a los factores de riesgo: la edad, siendo más frecuentes en los extremos de la vida así mismo el estado inmunitario del paciente, ya que estos son los más susceptibles de acuerdo a la patología de base, la cual determina el destino de internación del paciente, de donde parte que, servicios de UTI, quemados y salas quirúrgicas son los servicios donde se presenta con más frecuencia. La IAAS más frecuente es la infección urinaria hasta en un 40%, seguida por la infección de heridas quirúrgicas que representan hasta un 25%, las infecciones respiratorias se alzan con un 15 a 20%, y las infecciones asociadas al cateterismo representan un 10% del total, otras infecciones (en piel, infecciones gastrointestinales, etc.) constituyen solo el 10% de infecciones adquiridas en el hospital. (6)

No siendo ajena la realidad Huancavelicana se registraron las siguientes estadísticas en la oficina de epidemiología y salud ambiental del Hospital Departamental de Huancavelica en el 2018 la densidad de incidencia de IAAS (neumonía asociada a ventilación mecánica) llegó a 20.55 % superando el categórico nacional 8.77%, en el 2019 se tuvo una tasa de 6.92%, superando el categórico nacional que es 5.25%, en el 2020 se tuvo una tasa de 12.44%, superando el categórico nacional que es 5.25% ; en cuanto a Infecciones del Tracto Urinario la densidad de incidencia en el 2018 fue de 1.73% superando la tasa del categórico nacional de 0.53%, en el 2019 fue de 0.89% no superando la tasa del categórico nacional de 1.53%, en el 2020 fue de 0.79% superando la tasa del categórico nacional de 1.53%; en cuanto a Infecciones de torrente sanguíneo la densidad de incidencia en el 2018 fue de 2.02% superando la tasa del categórico nacional de 0.73%, en el 2019 fue de 0% no

superando la tasa del categórico nacional de 0.73%, en el 2020 fue de 2.02% superando la tasa del categórico nacional de 0.73% . (7)

A la entrevista con la jefa de la oficina de epidemiología, menciona que se viene adoptando prácticas como el lavado de manos y cuidados en los dispositivos biomédicos para mitigar la incidencia de las IAAS, sin embargo no se viene aplicando la evaluación en cuanto a la adherencia de lavado de manos por lo que conlleva a presumir que podría ser un factor sobre las IAAS esto debido que a las evaluaciones cualitativas en cuanto a la técnica correcta si hay un conocimiento por parte del personal de salud; por lo expuesto consideramos importante formular la siguiente interrogante:

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica?

1.2.2. Problema Específico

- ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la higiene de manos antes del contacto con el paciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud con la adherencia a la higiene de manos antes de realizar una tarea aséptica en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica?

- ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento infecciones asociadas a la atención de salud con la adherencia a la higiene de manos después de la exposición a fluidos corporales en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la adherencia a la atención de salud y la higiene de manos después del contacto con el paciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos después del contacto con el entorno del paciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo general

Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos antes del contacto con el paciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

- Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos antes de realizar una tarea aséptica en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.
- Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos después de la exposición a fluidos corporales en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.
- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos después del contacto con el paciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.
- Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos después del contacto con el entorno del paciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

1.4. justificación

Las IAAS representa un problema álgido en la salud pública, debido a la frecuencia en que se producen incrementando su estancia hospitalaria. El entorno del paciente juega un papel importante donde a partir de él se diseminan los patógenos hospitalarios al huésped por diversas vías los cuales se caracterizan por una mayor virulencia y resistencia antimicrobiana.

Por otro lado, la adherencia a higiene de manos implica “cumplimiento”, de aquellas conductas que se adoptan después de establecer guías o recomendaciones por consenso, mediante un proceso de aprendizaje ligado a las aptitudes humanas que permitan la toma de decisiones, dentro

de estas aptitudes se resalta ciertos tipos de comportamientos que evidencia el grado de compromiso y responsabilidad de los profesionales de la salud.

Es por eso que se debe promover el cumplimiento de la adherencia de higiene de manos guiada por los 5 momentos planteados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), mismo que han demostrado que con una higiene adecuada de manos podríamos reducir entre el 20% y 40% de las infecciones asociadas a la atención de salud.

El desarrollo de estrategias para transformar la conducta de los profesionales de la salud con relación a la adherencia a higiene de manos es un proceso que se debe plantear en todas las instituciones prestadoras de salud, que involucre el cambio en la conducta y estructura mental requeridas para el desarrollo idóneo de las tareas asignadas y las instrucciones dadas a los profesionales de la salud; por ello la presente investigación busca analizar las dos variables y someterlos a una relación para así determinar si están asociadas lo que permitiría constituir un primer paso para el desarrollo de nuevas estrategias para mejorar la adherencia a higiene de manos orientadas hacia el personal de salud y sus capacidades, que permitan lograr un cambio sostenido de en comportamiento por ende mejorar la calidad de vida de los pacientes.

1.5. Delimitantes de la investigación.

1.5.1. Limitantes de la investigación teóricos

Se emplearon teorías fundamentadas y definidas para apoyar las variables de investigación, conocimientos de las IAAS.

1.5.2. Limitantes de la investigación temporal.

Nuestra investigación se presentaron limitaciones en la aplicación del instrumento con relación al tiempo ya que se tenía que coordinar con los personales de enfermería para que puedan ceder minutos para la toma de dicho instrumento, sumado a ello

que no se encontraban de turno o estaban con licencia, fueron las principales limitantes temporales.

1.5.3. Limitantes de la investigación espacial.

Nuestro estudio se desarrolló en el Hospital Departamental de Huancavelica, donde solicitamos una autorización para llevar a cabo el trabajo de investigación al director del centro educativo.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales:

ARRIBA F, et al (2020). En su estudio “evaluación de la adherencia a la higiene de manos en profesionales sanitarios en un hospital de tercer nivel en relación con la pandemia de SARS-CoV-2” España, cuyo **objetivo** fue determinar el grado de adherencia a las prácticas de Higiene de manos en el periodo pandémico del año 2018-2020 en los profesionales de la salud, en cuanto a la **metodología** fue descriptivo transversal de observación directa, obteniendo como **resultado** que en el año 2020 el 59.2% presentaron adherencia de higiene de manos, en cuanto a las tasas de adherencia, el año 2020 fue de 59,2%, superior a la de 2019 que fue un 47,6% y Asia mismo el 2018 fue de 42,5%, Por otro lado, el grupo profesional de enfermería logro una adecuada adherencia hasta en un 74% en el primer emomento, la adherencia de higiene de manos más bajo fue de los auxiliares de enfermería que solo obtuvieron un 32% en el primer momento, **concluyendo** que se observó un aumento de la adherencia a la higiene de manos en el año 2020 respecto a anteriores años. (8)

En su estudio “asociación entre adherencia a higiene de manos y características sociodemográficas, laborales y de locus de control en los profesionales de la salud de la IPS universitaria, sede LEÓN XIII” Colombia, cuyo **objetivo** fue establecer asociación entre adherencia a higiene de manos y características sociodemográficas, laborales y de locus de control en los profesionales de la salud, en cuanto a la **metodología** fue un estudio cuantitativo, de tipo transversal, con alcance de asociación, la población estaba constituida por 271 profesionales de salud y de muestra 48 profesionales de salud, obteniendo como **resultado** que el 76% cuentan con adherencia de

higiene de manos, así mismo el 24% no tienen adherencia. En cuanto al locus interno presentan el 88% predominantemente alto, en el locus de externo el 78% presenta predominantemente bajo y en el locus social el 60% se encuentra en nivel medio, llegando a **concluir** que, a mayor nivel de locus de control interno, mayor adherencia a higiene de manos. (9)

RODRÍGUEZ V. (2014). en su estudio “Infección Nosocomial Higiene de manos como prevención” cuyo **objetivo** fue conocer y analizar la relación entre la infección nosocomial y la higiene de manos, así mismo valorar la importancia de la correcta realización de esta técnica en España. En cuanto al **método** es un estudio de búsqueda bibliográfica de casos clínicos, revisiones sistemáticas, y meta análisis, todos ellos publicados en los últimos 5 años, donde la población fueron 645 artículos y de muestra 41, obteniendo como **resultado** para este estudio la baja adhesión que existe entre los profesionales sanitarios a la higiene de manos, siendo ésta una de las medidas que más se constata a la hora de reducir la incidencia de las infecciones nosocomiales, así mismo queda demostrado en un 80% de los estudios utilizados en la revisión bibliográfica la gran eficacia de los productos de base alcohólica para la higiene de las manos representa una excelente alternativa. Se **concluyó** que existe una relación significativa entre la infección nosocomial y la higiene de manos y que una de las principales medidas para mejorar la adhesión a la higiene de manos es la introducción de soluciones alcohólicas para bolsillo en cada profesional sanitario. Entre las causas que llevan a la baja adhesión de los profesionales a la higiene de manos las más significativas son la irritación de la piel y la sobrecarga de trabajo, entre otras. (10)

2.1.2. Nacionales.

ACUÑA M. et al (2017) en su estudio “Evaluación de la adherencia al lavado de manos clínico en los enfermeros de los servicios de hospitalización de medicina del Hospital Cayetano Heredia” cuyo

objetivo fue determinar la adherencia al lavado de manos clínico en los enfermeros de los servicios de hospitalización. En cuanto al **método** el estudio fue de tipo descriptivo transversal, la población y muestra estuvo constituida por 37 enfermeros del servicio de medicina. Obteniendo como **resultado** que el 14% de enfermeros tuvieron adherencia al lavado de manos clínico, así mismo el 86% no lo tienen, evidenciando un porcentaje alto de no adherencia al lavado de manos clínico por parte de los enfermeros, dada en algunos casos por la carencia de insumos necesarios para la realización de las mismas, existe una mayor adherencia en el lavado de manos clínico para el momento 3 después del riesgo de exposición de fluidos corporales; seguida del momento 2 antes de una tarea aséptica; y una menor adherencia para el momento 5 después del contacto con el entorno del paciente. Llegando a **concluir** los enfermeros que conforman el estudio no cumplen con la adherencia al lavado de manos clínico. (11)

REYES S., ZAQUINAULA J. (2016), en el estudio sobre “Eficacia de una intervención educativa sobre lavado de manos en la prevención de infección intrahospitalaria” cuyo **objetivo** fue determinar la eficacia de una intervención educativa sobre lavado de manos en la prevención de infección intrahospitalaria en el personal de salud. En cuanto al **método** fue de diseño observacional retrospectivo de revisiones sistemáticas de 10 artículos. Obteniendo como **resultado** que el 40% (04) corresponden a España, 30% (03) a México, 10% (01) corresponde a Brasil, Colombia y Cuba respectivamente. Examinaron en su mayoría los estudios no experimentales, con un 50%, principalmente en los países de España, México, Colombia y Brasil. Pre y cuasi experimentales con un 40%, en los países de Cuba, España y México; con información meta analítica se encontró un 10%; perteneciente a España. Llegando a **concluir** que del total de artículos analizados el 80% coincide que las intervenciones educativas sobre lavado de manos son eficaces en el personal de salud. Donde llegaron a concluir que existe incremento del conocimiento, cambios de actitud y

comportamiento en forma duradera, asegurando el cumplimiento de los protocolos y normas internacionales para la prevención y control de infección intrahospitalaria, disminuyendo así la infección intrahospitalaria nosocomial. (12)

QUIROZ K, (2016), en su estudio “Nivel de conocimiento sobre infecciones nosocomiales y su relación con la práctica de lavado de manos por enfermeras de áreas críticas del hospital Belén”, tuvo como principal **objetivo** determinar el nivel de conocimiento sobre infecciones nosocomiales y su relación con la práctica del lavado de manos por enfermeras de áreas críticas en Trujillo. En cuanto a la **metodología** fue el tipo de estudio fue descriptivo correlacional de corte transversal, la muestra fue de 38 enfermeras asistenciales de áreas críticas. Obteniendo como **resultado** que el 44,7% de enfermeras tiene un nivel de conocimiento alto sobre infecciones nosocomiales, el 42,1% tienen un nivel medio y el 13,2% un nivel bajo, dando a conocer que la mayoría de enfermeras encuestadas están entre el nivel alto y medio sobre conocimientos; los resultados sobre la práctica del lavado de manos por enfermeras de áreas críticas correcto es el 57,9%, sin embargo el número de las enfermeras que tienen un calificativo incorrecto es 42,1% siendo ellas parte del personal que no conoce la técnica y mucho menos la lleva a cabo. En **conclusión**, no evidencio relación significativa entre nivel de conocimientos y la práctica del lavado de manos por enfermeras en áreas críticas, lo cual indica el concepto de cada una de las variables donde fueron independientes. (13)

VÁSQUEZ K, (2019), en su estudio “Conocimientos y actitudes de las enfermeras del servicio de emergencia en la prevención de infecciones intrahospitalarias Hospital Belén de Trujillo”, cuyo **objetivo** fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento de las enfermeras hacia la prevención de las infecciones intrahospitalarias y la actitud sobre las normas de bioseguridad. En cuanto al **método** el estudio fue

de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal, con una población de 35 enfermeras. Obteniendo como **resultado** donde el 2.9% de las enfermeras presentaron un nivel medio en el conocimiento sobre prevención de infecciones intrahospitalarias, mientras que el 97.1% evidenciaron nivel de conocimiento alto, llegando a **concluir** que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre la prevención de infecciones intrahospitalarias y la actitud de las enfermeras. (14)

CONDOR, A (2019), en su estudio “conocimiento y adherencia de la técnica del lavado de manos de las enfermeras en la unidad de cuidados intensivos del hospital Sergio E. Bernales 2018”, cuyo **objetivo** fue: determinar el nivel de conocimiento de la técnica de lavado de manos de las licenciadas en enfermería en la unidad de cuidados intensivos. En cuanto a la **metodología** fue de tipo descriptivo, diseño descriptivo correlacional, población y muestra 20 enfermeras de la UCI, en donde encontró como **resultado** que el 60% presentan un buen nivel de conocimiento de la técnica de lavado de manos, así mismo el 30% presentó un regular manejo de la técnica de lavado de manos y solo el 10% de las enfermeras tienen un mal conocimiento de la técnica de lavados de manos. en cuanto a la adherencia que el 45% de las encuestadas presentan un buen nivel de adherencia, así mismo el 45% manifestó una regular adherencia y solo el 10% de las enfermeras tienen una mala adherencia de la técnica de lavado de manos, llegando a **concluir** que existe relación entre el nivel de conocimiento y adherencia de la técnica de lavado de manos de las licenciadas en enfermería en la unidad de cuidados intensivos donde se presenta una correlación positiva y moderada (Rho: 0,500; p<0.05). (15)

2.2. Bases teóricas.

2.2.1. Modelo pedagógico del constructivismo.

Este modelo plantea que: la idea de que el ser humano es un activo constructor de su realidad, con lo cual, el constructivismo estableció algunos principios básicos, El conocimiento es una construcción del ser humano: cada persona a lo largo de su vida percibe la realidad tal como se presenta, la organiza y le da sentido gracias a su sistema nervioso central, contribuyendo de esta manera a la construcción de un todo coherente que da sentido a la realidad. Existen múltiples realidades construidas individualmente y no gobernadas por leyes naturales: cada persona percibe la realidad de forma particular dependiendo de sus capacidades físicas y del estado emocional en que se encuentra, así como también de sus condiciones sociales y culturales. (16)

Así como se plantea en la teoría mencionada el tema del conocimiento del personal de salud para el cumplimiento de la adherencia es muy importante, pues la adquisición de habilidades y destrezas por medio de estrategias pedagógicas brindan herramientas de forma progresiva para mencionado proceso logrado un aprendizaje significativo, que se produce de la motivación.

2.2.2. Modelo cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de enfermería.

Modelo planteado por Patricia Benner, menciona que la práctica de la enfermería clínica para descubrir y describir el conocimiento que sustentaba la práctica enfermera. Mantiene que el conocimiento adquirido aumenta con el tiempo (disciplina práctica) y que se desarrolla a través del diálogo y realidades situacionales. Como se ha mencionado anteriormente, hace referencia a este trabajo como investigación de la articulación, así mismo ha afirmado que el desarrollo del conocimiento en una disciplina práctica “consiste en incrementar el conocimiento práctico (el saber práctico) mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y mediante la exploración del

conocimiento práctico existente desarrollado por medio de la experiencia clínica en la práctica de esta disciplina. Debido a que el modelo se basa en la situación y no en el rasgo, el grado de rendimiento no es una característica particular de una persona, sino una función de la interacción de una enfermera en una situación particular, combinada con su formación académica. El nivel conseguido con el actuar sólo puede determinarse mediante la validación consensuada de expertos y mediante la valoración de los resultados de la situación. En el segundo punto, el personal de salud desarrolla lo que Benner denominó “sentido de responsabilidad hacia el paciente”, lo que lo convierte en parte integrante del equipo de cuidado sanitario. Mantiene que las prácticas de cuidados están imbuidas de conocimiento y habilidades sobre las necesidades cotidianas del ser humano y que, para ser experimentadas como atención, estas prácticas deberían estar en armonía con la persona concreta a la que se atiende y con la situación particular que se trata. (17)

Para la adherencia de higiene de manos, la práctica de enfermería es muy importante pues como se menciona ello hace que el individuo adquiera más habilidades y destrezas en la atención médica, así mismo y como Benner menciona a través de la practica el personal de enfermería desarrolla el “sentido de responsabilidad hacia el paciente”.

2.3. Marco conceptual.

2.3.1. Conocimiento.

a) Definición.

Es un conjunto de ideas, nociones, conceptos que posee la persona lo largo de la vida, como resultado de la información obtenida y experimentada. (18)

b) Tipos de conocimiento

- **Conocimiento empírico.**

Se obtiene a través de la observación y la experiencia individual que vive en la interacción con las personas y su entorno ambiental. (18)

- **Conocimiento científico.**

El mencionado se caracteriza por presentar de manera lógica y sistematizada la información de hechos que se pueden demostrar. Por lo cual, se sostiene en leyes y teorías para validar la información. (18)

- **Conocimiento intuitivo.**

Se adquiere a partir de una sucesión de razonamientos por el cual se concibe una idea. (18)

2.3.2. Conocimientos sobre los aspectos básicos de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS):

a) Definición

Es aquella condición en una atención ambulatoria u hospitalización de un nosocomio de salud que adquiere un paciente, pudiendo tener severidad local o sistémica, incluyen también infecciones ocupacionales. (19)

b) Tipos

Tenemos a las IAAS como neumonía, infección de herida operatoria post cesárea, infección de herida operatoria post colecistectomía, infección de herida operatoria post hernioplastia, infección de torrente sanguíneo, infección del tracto urinario y endometritis. (17)

c) Tiempo de aparición de las IAAS:

Se considera 48 horas después del ingreso en adultos y 72 horas en neonatos. (19)

d) Tiempo de vigilancia epidemiológica de las IAAS:

- En casos ITU se vigila hasta 7 días posterior a la exposición de CUP.
- En caso de ISQP se vigila hasta 30 días posterior al procedimiento quirúrgico sino no hay implante.
- En caso de ISQP se vigila hasta 1 año posterior al procedimiento quirúrgico si hay implante.
- En caso de NAV hasta 7 días posterior a la extubación. (19)

e) Factores de riesgo de las IAAS:

Son considerados los Ventiladores Mecánicos (VM), Catéter venoso periférico (CVP), Catéter Venoso Central (CVC), Catéter Urinario Permanente (CUP), Parto vaginal, Parto por cesárea, colecistectomías, hernio plastias. (19)

f) Características de la vigilancia epidemiológica de las IAAS

Las IAAS tienen un proceso continuo de búsqueda de casos por ende deben ser selectivas, focalizadas, activas y permanentes. (19)

g) Consecuencias de las IAAS

El paciente que adquiere IAAS, tiene mayor permanencia en el establecimiento de salud, generando así costos adicionales a las familias por su ausentismo en su vida laboral y al estado, entonces generan altas tasas de letalidad aumentan la estancia hospitalaria media y aumenta los costos terapéuticos. (19)

2.3.3. Conocimientos sobre prevención de IAAS

a) Definición de care bundles

Es un conjunto de medidas puestas en consenso basado en evidencias científicas para la prevención de las IAAS. (20)

b) Bundle en prevención de neumonías:

- Evitar Re intubación innecesaria
- Elevación de la cabecera entre 30-45 grados
- Retiro de la sedación y evaluación diaria para la extubación.
- Profilaxis contra enfermedad de ulcera péptica.

- Profilaxis para trombosis venosa profunda
- Nutrición enteral (no parenteral)
- Valoración diaria de la posibilidad de destete
- recomienda cuidado oral con clorhexidina al 2%
- la frecuencia de la higiene oral se realiza por lo menos 4 veces al día.
- Aspiración de secreciones sub glóticas. (20)

c) Bundle en prevención de ITS/CVC

Antes de la inserción

- Lavado de manos
- Alistar todos los materiales

Durante la inserción

- Ponerse las máximas barreras de protección
- Se recomienda clorhexidina al 2%
- Para la prevención se debe velar porque el proceso se realice con técnica aséptica.
- Cubrir el CVC con apósito estéril.
- Usar el menor número de lúmenes posibles
- Rayos x de control de punta de catéter

Mantenimiento del CVC

- Realizar mínimas manipulaciones y de manera cuidadosa
- Todo manejo de la entrada debe realizarse con técnica aséptica
- Desinfectar las vías con alcohol al 70%
- Cambiar los conectores (líneas de infusión) cada 72 horas, si es de lípidos o Propofol cada 24 horas
- La curación del CVC se debe realizar cada 7 días
- Valorar siempre el estado de la piel, buscar signos de flogosis.
(20)

d) Bundle en prevención de ITU

Antes de la inserción

- Lavado de manos
- Alistar todos los materiales
- Limitar su indicación (solo cuando sea estrictamente necesario)

Durante la inserción

- Uso de técnica aséptica para la inserción
- Fijación efectiva del catéter
- Mantenimiento del circuito cerrado y estéril
- Evitar reflujo de la orina hacia la bolsa colectora
- Utilizar el catéter del calibre más pequeño posible. (18)

e) Bundle en prevención de herida operatoria

- Profilaxis antimicrobiana o Parenteral o Antibióticos tópicos / antisépticos
- Control de la glucemia
- Normo termia
- Oxigenación de los tejidos
- Preparación de la piel. (20)

2.3.4. Conocimientos sobre precauciones estándar

a) Definición

Son procedimientos que se deben seguir en todo paciente que necesite atención médica, a fin de disminuir el riesgo de transmitir microorganismos del paciente al personal de salud y viceversa. (21)

b) uso de barreras en patologías de transmisión por contacto

Se da uso cuando el agente infectante tiene el riesgo de pasar al huésped, sin tener en cuenta otros elementos en la transmisión. El contacto puede realizarse en lesiones abiertas, mucosas y piel, así mismo por contacto directo a secreciones. (21)

c) uso de barreras en patologías de transmisión por gotas

Directa, los microorganismos se transmiten de partículas (gotitas) con un diámetro de 5 micras a 100 micras expulsados por nariz o boca, al estornudar o toser, estas partículas alcanzan no más de un metro de distancia al momento de la expulsión.

Indirecta, por contacto. (21)

d) uso de barreras en patologías de transmisión por aerosoles

se generan por toser y/o por procedimientos en la atención medica generando partículas de diámetro < 5 micras que pueden permanecer suspendidos en el aire por tiempos prolongados. (21)

2.3.5. Adherencia de higiene de manos

a) Adherencia.

“Cumplimiento”. Comprende aquellas conductas que se adoptan después de establecer guías o recomendaciones por consenso. (22)

b) Higiene de manos

Medida encaminada a la obtención de manos asépticos con el objetivo de disminuir la flora microbiana transitoria en un tiempo de 40 a 60 segundos. Con un movimiento mecánico (frotación) de las manos con una solución antiséptica a base de alcohol o en lavarse las manos con agua y jabón. (22)

c) Lavado de manos clínico

Se realizan áreas asistenciales, con productos antisépticos, la cual tiene un tiempo duración de 40 a 60 segundos para mencionado procedimiento. (22)

2.3.5.1. Antes del contacto con el paciente.

Este momento tiene la finalidad de resguardar al paciente de adquirir microorganismos que les causen daño derivados de las manos del personal de salud. Comprende aquellas actividades que se tenga contacto físico con el paciente como el aseo,

cuidado personal, procedimientos no invasivos, administración de tratamiento por vía oral, así mismo su cuidado. (22)

2.3.5.2. Antes de realizar tarea aséptica.

Este momento tiene la finalidad de resguardar al paciente de adquirir microorganismos que les causen daño derivados de las manos del personal de salud, incluido los propios durante la realización de una actividad aséptica, en la inserción o retirada de dispositivos médicos, administración de medicamentos en estos dispositivos, administración de medicamentos de vía oral y cuidado en la cavidad oral y en la alimentación. (22)

2.3.5.3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales

Este momento tiene la finalidad de resguardar al personal de salud y al entorno, de los microorganismos derivados del paciente, después de la potencial exposición a los fluidos (23)

2.3.5.4. Después del contacto con el paciente

Este momento tiene la finalidad de resguardar al personal de salud y al entorno. Comprende aquellas actividades que se tenga contacto físico con el paciente como el aseo, cuidado personal, procedimientos no invasivos, administración de tratamiento por vía oral, así mismo su cuidado. (23)

2.3.5.5. Después del contacto con el entorno del paciente.

Este momento tiene la finalidad de resguardar al paciente de adquirir microorganismos que les causen daño derivados del paciente. Comprende tocar objetos de la unidad del paciente. (23)

2.3. Definición de términos básicos

- **Infecciones asociadas a la atención de salud:** Es aquella condición en una atención ambulatoria u hospitalización de un nosocomio de salud que adquiere un paciente, pudiendo tener severidad local o sistémica.
- **Lavado de manos clínico:** Se realizan áreas asistenciales, con productos antisépticos, la cual tiene un tiempo duración de 40 a 60.
- **Higiene de manos:** Es el conjunto de técnicas con el fin de remover, por ende, reducir el número de los microorganismos en las manos del personal de enfermería.
- **Adherencia:** Es el cumplimiento de los 5 momentos planteados por la Organización Mundial de la Salud por parte del personal de enfermería en su práctica diaria.
- **Unidad de cuidados intensivos:** Es el servicio donde se brindan cuidados de alta complejidad para los pacientes graves del hospital departamental de Huancavelica.

III. VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis general e hipótesis específica

3.1.1. Hipótesis Generales

Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica

3.1.2. Hipótesis Específicos

- Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos antes del contacto con el paciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.
- Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos antes de realizar una tarea aséptica en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.
- Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos después de la exposición a fluidos corporales en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.
- Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos después del contacto con el paciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.
- Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos después del contacto con el entorno del paciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital

3.2. Definición de las variables

a) Nivel de conocimiento de infecciones asociadas a la atención de salud.

Es un conjunto de ideas, nociones, conceptos que posee la persona lo largo de la vida, como resultado de la información obtenida y experimentada.

b) Adherencia de la higiene de manos.

“Cumplimiento”. Comprende aquellas conductas que se adoptan después de establecer guías o recomendaciones por consenso.

3.2.1. Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	INDICE
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD:	Es un conjunto de ideas, nociones, conceptos que posee la persona lo largo de la vida, como resultado de la información obtenida y experimentada.	Es la capacidad que tienen las enfermeras de conocer y estar informadas sobre los aspectos básicos, medidas de prevención y precauciones estándar de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), cuyos valores se medirán como alto-medio bajo.	<p>CONOCIMIENTO SOBRE LOS ASPECTOS BASICOS DE IAAS</p> <p>CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE IAAS</p> <p>CONOCIMIENTO SOBRE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud • Tiempo de aparición de las infecciones asociadas a la atención de salud • Tiempo de vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de salud • Factores de riesgo en las infecciones asociadas a la atención de salud • Características de la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención de salud • Consecuencias de las infecciones asociadas a la atención de salud. • Care bundles • Care bundles en cateter venoso central • Care bundle para cateter urinario permanente • Care bundle para ventilador mecanico • Lavado de manos 	BAJO 1-10 MEDIO 11-15 ALTO 16-20

			PRECAUCIONES ESTANDAR	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de protección personal • Prevención de accidentes punzo cortantes 	
ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS	“Cumplimiento”. Comprende aquellas conductas que se adoptan después de establecer guías o recomendaciones por consenso.	Es el cumplimiento de los 5 momentos planteados por la Organización Mundial de la Salud por parte del personal de enfermería en su práctica diaria.	<p>ANTES CON EL CONTACTO CON EL PACIENTE</p> <p>ANTES DE REALIZAR UNA TAREA ASEPTICA/LIMPIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todo tipo de contacto físico con un paciente • Todas las actividades de aseo y cuidado personal • Cualquier intervención no invasiva • Cualquier tratamiento no invasivo • Preparación y administración de medicamentos por vía oral • Cuidado de la cavidad oral y alimentación • Inserción de catéteres o agujas, o cualquier otro dispositivo médico invasivo • Preparación y administración de cualquier medicación a través de un dispositivo médico invasivo • Administración de medicamentos que tengan contacto directo con las membranas mucosas • Inserción retirada o cuidados de dispositivos médicos invasivos • Preparación y administración de medicamentos por vía oral • Cuidado de la cavidad oral y alimentación 	<p>Sin adherencia 0-7</p> <p>Con adherencia 8-15</p>

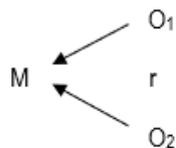
			<p>DESPUES DEL RIESGO DE EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES</p> <p>DESPUES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE</p> <p>DESPUES DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tras es el riesgo potencial de exposición a fluidos corporales • Todo tipo de contacto físico con un paciente. • Todas las actividades de aseo y cuidado personal • Cualquier intervención no invasiva • Cualquier tratamiento no invasivo • Preparación y administración de medicamentos por vía oral • Cuidado de la cavidad oral y alimentación • Después de tocar cualquier objeto del entorno del paciente 	
--	--	--	--	--	--

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de la investigación

El diseño utilizado fue el diseño no experimental, correlacional. Diseño no experimental; porque en el estudio no se manipulo las variables, por lo cual se observó los hechos tal como se presentan en la naturaleza. (25). Correlacional; porque permitió estudiar y por ende analizar la relación de hechos entre el conociendo de IAAS y la adherencia de higiene de manos, para conocer su nivel de influencia o ausencia de la misma (26)

ESQUEMA:



DONDE:

M = personal de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

O1 = Medición de la variable 1: conocimiento de infecciones asociadas a la atención de salud

O2 = Medición de la variable 2: adherencia a la higiene de manos

r = Relación.

4.3. Método de investigación

Para el desarrollo de las etapas de la presente investigación se utilizaron el método Descriptivo/ Inductivo –deductivo, que consiste en la

inferencia basado en la lógica y relacionado con el estudio de hechos particulares, aunque es deductivo en un sentido e inductivo en un sentido contrario. (27)

4.4 Población y muestra

Población

La población estuvo constituida por 46 personales de enfermería (licenciada/os y técnicos en Enfermería) del Hospital Departamental de Huancavelica.

Por lo tanto:

N=46 personales de enfermería

Muestra

Estuvo constituido por todos los personales de enfermería, dado el tamaño de la población se realizo es la censal, porque es aquella donde todas las unidades de investigación son consideradas como muestra (24)

Por lo tanto:

n=46 personales de enfermería

El muestreo no probabilístico porque los sujetos que aparecen en la muestra son seleccionados a interés del investigador. (27)

4.4.1 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Licenciadas y técnicos en enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica que voluntariamente deciden participar en la investigación.

- Licenciadas y técnicos en enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.
- Personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica que se encuentren laborando de manera regular según la programación de rol de turnos.

Criterios de exclusión

- Licenciadas y técnicos en enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica que no deciden participar en la investigación.
- Personal de salud de otras profesiones.
- Personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica que se encuentran de vacaciones y licencias en sus diferentes modalidades durante el periodo de estudio.

4.5. Lugar de estudio y periodo desarrollado

Esta investigación se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica, del distrito, provincia y departamento de Huancavelica. El desarrollo de la investigación fue entre los meses de junio y julio del año 2022.

4.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- Para el proceso de evaluación del conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud se realizó con la técnica de la encuesta a través del cuestionario, que está constituida por 26 preguntas politómicas, elaborado por los investigadores.

Confiabilidad

El primer instrumento fue validado tanto interna como externa y aplicado la prueba de confiabilidad.

Medida de estabilidad: En el instrumento de nivel de conocimiento de IAAS se aplicó 2 veces a un mismo grupo de personas después de un periodo de tiempo obteniendo 0.77 de confiabilidad por test-retest, “r” de Pearson, donde infiere que tiene una “*confiabilidad alta*”. Ver anexo N° 03

Método de consistencia interna de alfa de Cronbach: se ha obtenido un resultado de 0.710, que quiere decir que la confiabilidad del instrumento de nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud es “*muy buena*”. Ver anexo N° 03

- Para el proceso de identificación de la adherencia de lavado de manos se realizó con la técnica de la observación a través del instrumento de la Guía de observación de la adherencia de higiene de manos de la OMS, la misma que estuvo constituida por oportunidades de higiene de manos a verificar el cumplimiento de los momentos de higiene de manos.

Para el segundo instrumento ya fue validado interna y externamente por la OMS resultando ser aplicables, por ende, aceptables.

4.7. Plan de análisis estadísticos de datos

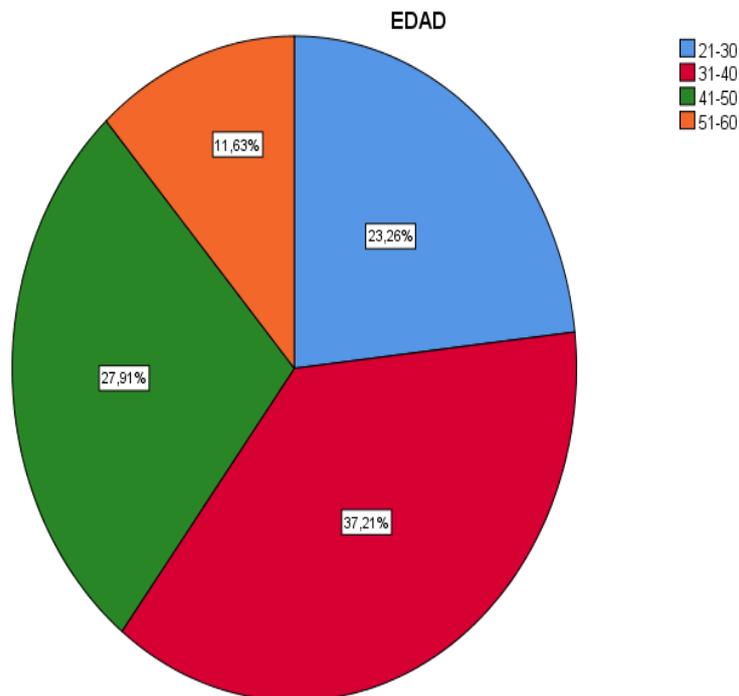
Para el análisis de los datos, de las dimensiones de las variables del estudio, los datos recolectados fueron procesados en una data Excel, luego se utilizó el software SPSS versión 26, para el tratamiento de los datos recolectados. La presentación de los resultados obtenidos, fueron presentados en tablas de frecuencias, porcentajes y gráficos de barras. Para obtener la relación entre el conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos se utilizó la estadística inferencial, la prueba estadística de Rho de Spearman porque la distribución de los datos no es normal.

V. RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos.

Figura 5.1.1

Edad del personal de Enfermería en la uci del hospital departamental de Huancavelica.

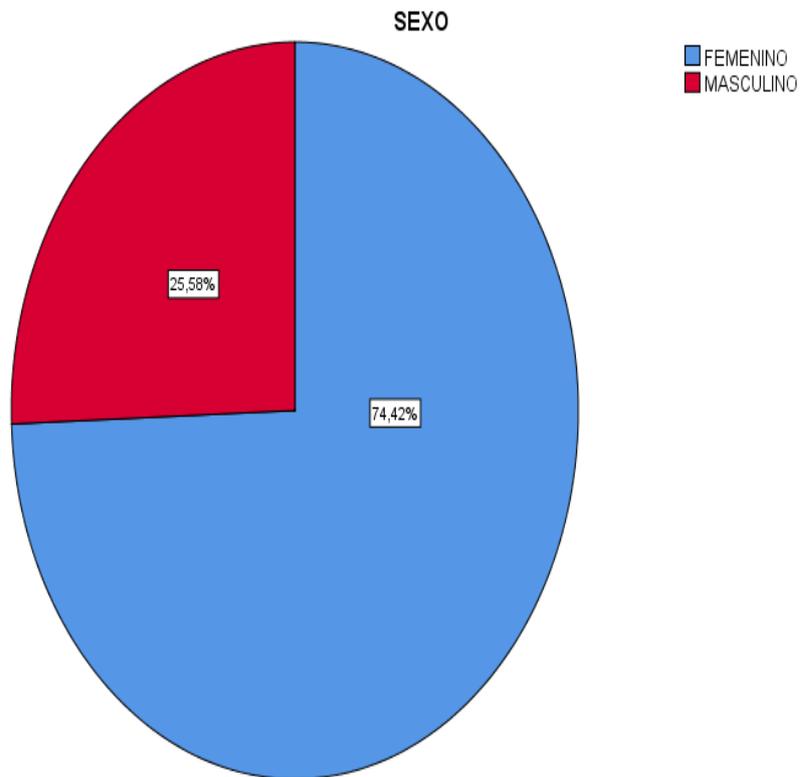


Fuente: Encuesta de nivel de conocimiento de infecciones asociadas a la atención de salud, elaboración propia.

En la figura 5.1.1, se observa que en el grupo edad 21-30 años corresponde a un 23.3 % (10), en el grupo de edad 31-40 años corresponde a un 37.2% (16), en el grupo de edad 41-50 años corresponde a un 27.9% (12) y en el grupo de edad 51-60 años corresponde a un 11.6% (5), del personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

Figura 5.1.2

Sexo del personal de enfermería en la uci del hospital departamental de Huancavelica.

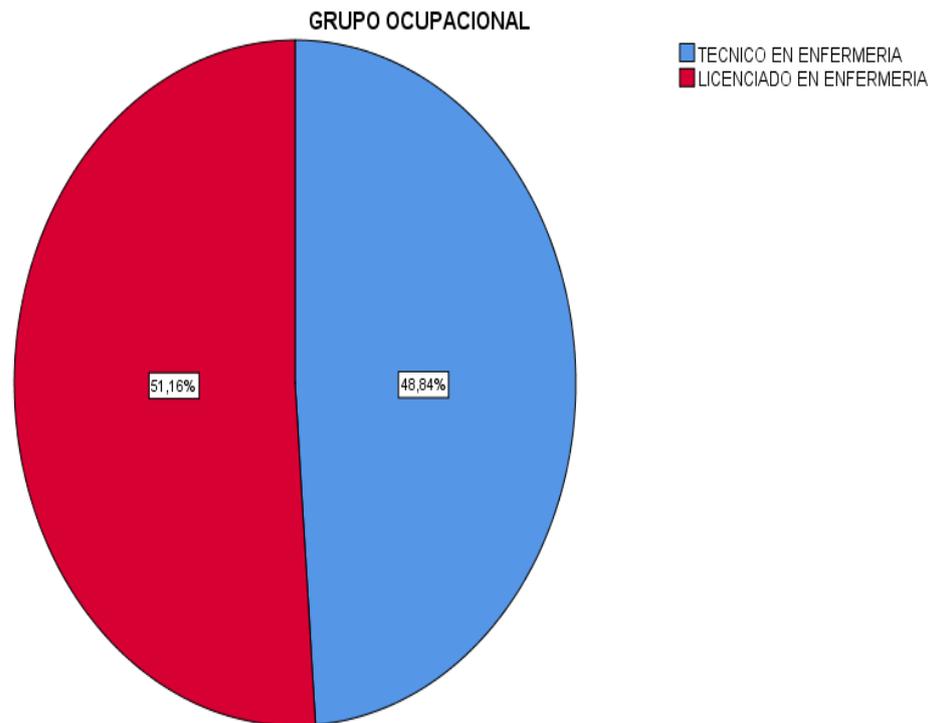


Fuente: Encuesta de nivel de conocimiento de infecciones asociadas a la atención de salud, elaboración propia.

En la figura 5.1.2, se observa que de acuerdo al sexo el 74.4% (32) son de sexo femenino así mismo el 25.6% (11) son de sexo masculino del personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

Figura 5.1.3

Grupo ocupacional del personal de enfermería en la uci del hospital departamental de Huancavelica.

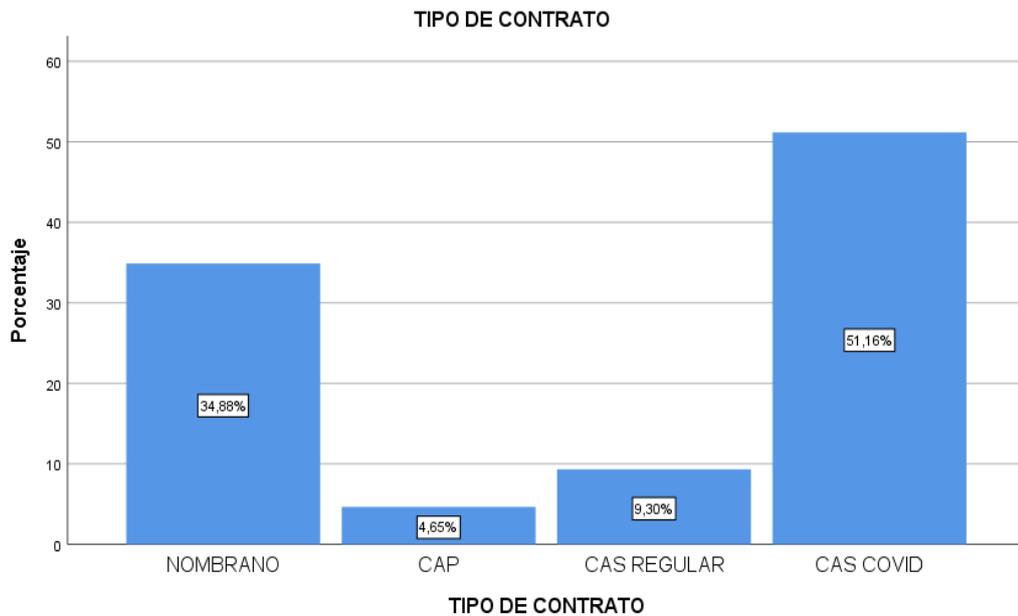


Fuente: Encuesta de nivel de conocimiento de infecciones asociadas a la atención de salud, elaboración propia.

En la figura 5.1.3, se observa que de acuerdo al grupo ocupacional que el 51.2% (22) son licenciados en enfermería así mismo el 48.8% (21) son técnicos en enfermería del personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

Figura 5.1.4

Tipo de contrato del personal de Enfermería en la uci del hospital departamental de Huancavelica.

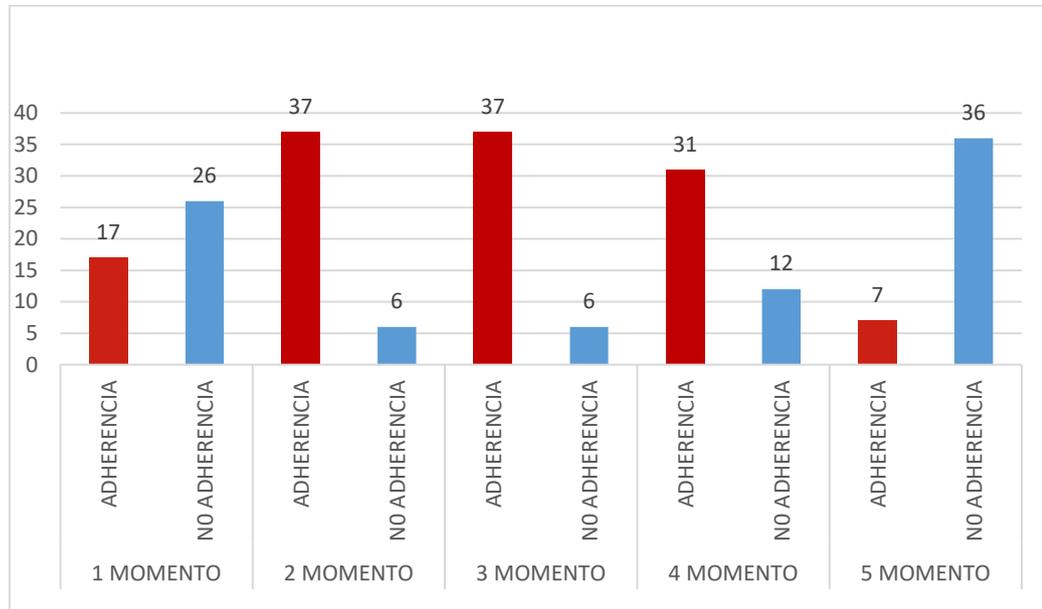


Fuente: Encuesta de nivel de conocimiento de infecciones asociadas a la atención de salud, elaboración propia.

En la figura 5.1.4, se observa que de acuerdo al tipo de contrato que el 34.9% (15) son nombrados, el 4.7 % (2) tienen contrato CAP, el 9.3% (4) tienen contrato CAS regular, el 51.2% (22) tienen contrato CAS COVID del personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

Figura 5.1.5

Dimensiones a adherencia a higiene de manos.



Fuente: guía de observación de adherencia de higiene de manos, elaboración propia.

En la figura 5.1.5, muestra que para el primer momento de higiene de manos el 39.5% (17) tienen adherencia, el 60.5% (26) no tienen adherencia; para el segundo momento de higiene de manos el 86.0% (37) tienen adherencia, el 14.0% (6) no tienen adherencia; para el tercer momento de higiene de manos el 39.5% (17) tienen adherencia, el 60.5% (26) no tienen adherencia; para el cuarto momento de higiene de manos el 72.1% (31) tienen adherencia, el 27.9% (12) no tienen adherencia y para el quinto momento de higiene de manos el 16.3% (7) tienen adherencia, el 83.7% (36) no tienen adherencia.

Tabla 5.1.1

Nivel de conocimiento de IAAS del personal de enfermería en la uci del hospital departamental de Huancavelica.

NIVEL DE CONOCIMIENTO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BAJO (0-10)	1	2,3	2,3	2,3
	MEDIO (11-16)	9	20,9	20,9	23,3
	ALTO (17-26)	33	76,7	76,7	100,0
	Total	43	100,0	100,0	

Fuente: guía de observación de adherencia de higiene de manos, elaboración propia.

En la tabla 5.1.1, se observa el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud que el 2.3% (1) tienen un nivel de conocimiento bajo, el 20.3% (9) tienen un nivel de conocimiento medio, el 76.7% (33) tienen un nivel de conocimiento alto, del personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

Tabla 5.1.2

Adherencia de higiene de manos del personal de enfermería en la uci del hospital departamental de Huancavelica.

ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO ADHERENCIA (1-7)	24	55,8	55,8	55,8
	ADHERENCIA (8-15)	19	44,2	44,2	100,0
	Total	43	100,0	100,0	

Fuente: guía de observación de adherencia de higiene de manos, elaboración propia.

En la tabla 5.1.2, se observa la adherencia de higiene de manos que el 55.8% (24) no tienen adherencia, el 44.2% (19) tienen adherencia, del

personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

5.2. Resultados inferenciales.

Tabla 5.2.1

Conocimiento sobre IAAS VS. Adherencia a la higiene de manos.

Tabla cruzada

		ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS		Total
		NO ADHERENCIA	ADHERENCIA	
		(1-7)	(8-15)	
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE IAAS	BAJO (0-10)	1	0	1
	MEDIO (11-16)	7	2	9
	ALTO (17-26)	13	20	33
Total		21	22	43

Fuente: guía de observación de adherencia de higiene de manos, OMS.

En la tabla 5.2.1, se observa el conocimiento sobre IAAS VS. Adherencia a la higiene de manos donde se observa que los que tienen nivel de conocimiento bajo, no tienen adherencia (1) y tienen adherencia (0); los que tienen nivel de conocimiento medio, no tienen adherencia (7) y tienen adherencia (2) y los que tienen nivel de conocimiento alto, no tienen adherencia (13) y tienen adherencia (20) del personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

Tabla 5.2.2

Conocimiento sobre IAAS VS. DIMENSION 1 Adherencia a la higiene de manos.

Tabla cruzada

		ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS ANTES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE		Total
		NO ADHERENCIA (0-1)	ADHERENCIA (2-3)	
NIVEL DE CONOCIMIENTO	BAJO (0-10)	1	0	1
	MEDIO (11-16)	7	2	9
	ALTO (17-26)	18	15	33
Total		26	17	43

Fuente: guía de observación de adherencia de higiene de manos, OMS.

En la tabla 5.2.2, se observa el conocimiento sobre IAAS VS. Adherencia a la higiene de manos antes del contacto con el paciente, donde se observa que los que tienen nivel de conocimiento bajo, no tienen adherencia (1) y tienen adherencia (0); los que tienen nivel de conocimiento medio, no tienen adherencia (7) y tienen adherencia (2) y los que tienen nivel de conocimiento alto, no tienen adherencia (18) y tienen adherencia (15) del personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

Tabla 5.2.3

Conocimiento sobre IAAS VS. DIMENSION 2 Adherencia a la higiene de manos.

Tabla cruzada

		ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS ANTES DE REALIZAR UNA TAREA ASEPTICA		Total
		NO ADHERENCIA (0-1)	ADHERENCIA (2-3)	
NIVEL DE CONOCIMIENTO	BAJO (0-10)	1	0	1
	MEDIO (11-16)	2	7	9
	ALTO (17-26)	3	30	33
Total		6	37	43

Fuente: guía de observación de adherencia de higiene de manos, OMS.

En la tabla 5.2.3, se observa el conocimiento sobre IAAS VS. Adherencia a la higiene de manos antes del contacto con el paciente, donde se observa que los que tienen nivel de conocimiento bajo, no tienen adherencia (1) y tienen adherencia (0); los que tienen nivel de conocimiento medio, no tienen adherencia (2) y tienen adherencia (7) y los que tienen nivel de conocimiento alto, no tienen adherencia (3) y tienen adherencia (30) del personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

Tabla 5.2.4

Conocimiento sobre IAAS VS. DIMENSION 3 Adherencia a la higiene de manos.

Tabla cruzada

		ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS DESPUES DEL RIESGO DE EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES		Total
		NO ADHERENCIA	ADHERENCIA	
		(0-1)	(2-3)	
NIVEL DE CONOCIMIENTO	BAJO (0-10)	0	1	1
	MEDIO (11-16)	2	7	9
	ALTO (17-26)	4	29	33
Total		6	37	43

Fuente: guía de observación de adherencia de higiene de manos, OMS.

En la tabla 5.2.4, se observa el conocimiento sobre IAAS VS. Adherencia a la higiene de manos antes del contacto con el paciente, donde se observa que los que tienen nivel de conocimiento bajo, no tienen adherencia (0) y tienen adherencia (1); los que tienen nivel de conocimiento medio, no tienen adherencia (2) y tienen adherencia (7) y los que tienen nivel de conocimiento alto, no tienen adherencia (4) y tienen adherencia (29) del personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

Tabla 5.2.5

Conocimiento sobre IAAS VS. DIMENSION 4 Adherencia a la higiene de manos.

Tabla cruzada

		ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS DESPUES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE		Total
		NO ADHERENCIA	ADHERENCIA	
		(0-1)	(2-3)	
NIVEL DE CONOCIMIENTO	BAJO (0-10)	1	0	1
	MEDIO (11-16)	5	4	9
	ALTO (17-26)	6	27	33
Total		12	31	43

Fuente: guía de observación de adherencia de higiene de manos, OMS.

En la tabla 5.2.5, se observa el conocimiento sobre IAAS VS. Adherencia a la higiene de manos antes del contacto con el paciente, donde se observa que los que tienen nivel de conocimiento bajo, no tienen adherencia (1) y tienen adherencia (0); los que tienen nivel de conocimiento medio, no tienen adherencia (5) y tienen adherencia (4) y los que tienen nivel de conocimiento alto, no tienen adherencia (6) y tienen adherencia (27) del personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

Tabla 5.2.6

Conocimiento sobre IAAS VS. DIMENSION 5 Adherencia a la higiene de manos.

Tabla cruzada

		ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS DESPUES DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE		Total
		NO ADHERENCIA (0-1)	ADHERENCIA (2-3)	
NIVEL DE CONOCIMIENTO	BAJO (0-10)	1	0	1
	MEDIO (11-16)	9	0	9
	ALTO (17-26)	26	7	33
Total		36	7	43

Fuente: guía de observación de adherencia de higiene de manos, OMS.

En la tabla 5.2.6, se observa el conocimiento sobre IAAS VS. Adherencia a la higiene de manos antes del contacto con el paciente, donde se observa que los que tienen nivel de conocimiento bajo, no tienen adherencia (1) y tienen adherencia (0); los que tienen nivel de conocimiento medio, no tienen adherencia (9) y tienen adherencia (0) y los que tienen nivel de conocimiento alto, no tienen adherencia (26) y tienen adherencia (7) del

personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.

6.1.1 Prueba de normalidad:

Tabla 6.1.1.1

Prueba de normalidad de la variable nivel de conocimiento de Infecciones asociadas a la atención de salud.

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
VARIABLE_NIVEL_CONO	,219	46	,000	,873	46	,000
a. Corrección de significación de Lilliefors						

Hipótesis estadística:

Ho= la distribución de datos tiene una distribución normal.

Condición:

Si Sig. (*p*-valor) ≥ 0.05 aceptamos Ho (Hipótesis Nula) → distribución normal
Si Sig. (*p*-valor) < 0.05 rechazamos Ho (Hipótesis Nula) → distribución no normal

De la tabla 6.1.1.1, el P valor = 0.000 < 0.05 , entonces rechazamos la hipótesis nula por lo tanto la distribución de datos para la variable nivel de conocimiento no tienen una distribución normal. Corresponde a una prueba no paramétrica.

Tabla 6.1.1.2

Prueba de normalidad de la variable adherencia de higiene de manos.

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
VARIABLE_ADHE_MANO	,175	46	,001	,913	46	,002
a. Corrección de significación de Lilliefors						

Hipótesis estadística:

Ho= la distribución de datos tiene una distribución normal.

Condición:

Si Sig. (p-valor) ≥ 0.05 aceptamos H_0 (Hipótesis Nula) \rightarrow distribución normal
 Si Sig. (p-valor) < 0.05 rechazamos H_0 (Hipótesis Nula) \rightarrow distribución no normal

De la tabla 6.1.1.2, el P valor = 0.002 < 0.05 , entonces rechazamos la hipótesis nula por lo tanto la distribución de datos de la variable adherencia de higiene de manos no tienen una distribución normal, corresponde a una prueba no paramétrica.

6.1.2. Descripción de la hipótesis general:**Tabla 6.1.2.1**

Prueba de correlación con estadístico rho de Spearman entre el nivel de conocimiento de IAAS y adherencia de higiene de manos.

			Correlaciones	
			NIVEL DE CONOCIMIENT O DE IAAS	ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS
Rho de Spearman	NIVEL DE CONOCIMIENT O DE IAAS	Coeficiente de correlación	1,000	,347*
		Sig. (bilateral)	.	,023
		N	43	43
	ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS	Coeficiente de correlación	,347*	1,000
		Sig. (bilateral)	,023	.
		N	43	43

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

Hipótesis:

H_0 = No existe relación entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

H_1 = Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene

de manos en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

Condición:

Si Sig. (*p*-valor) ≥ 0.05 aceptamos *H*₀ (Hipótesis Nula) y rechazamos *H*₁ (Hipótesis alterna)

Si Sig. (*p*-valor) < 0.05 rechazamos *H*₀ (Hipótesis Nula) y aceptamos *H*₁ (Hipótesis alterna)

Decisión estadística y conclusión

De la tabla 6.1.2.1, el P valor = 0.023 < 0.05, entonces aceptamos la hipótesis alterna por lo tanto existe relación entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

6.1.3. Hipótesis específica:

Tabla 6.1.3.1

Prueba de correlación con estadístico rho de Spearman entre el nivel de conocimiento de IAAS y adherencia de higiene de manos antes del contacto con el paciente.

			Correlaciones	
			NIVEL DE CONOCIMIENTO DE IAAS	ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS ANTES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE
Rho de Spearman	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE IAAS	Coeficiente de correlación	1,000	,224
		Sig. (bilateral)	.	,148
		N	43	43
	ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS ANTES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE	Coeficiente de correlación	,224	1,000
		Sig. (bilateral)	,148	.
		N	43	43

Hipótesis:

Ho= No existe relación entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos antes del contacto con el paciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

H1= Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos antes del contacto con el paciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

Condición:

Si Sig. (p-valor) ≥ 0.05 aceptamos Ho (Hipotesis Nula) y rechazamos H1 (Hipotesis alterna)

Si Sig. (p-valor) < 0.05 rechazamos Ho (Hipotesis Nula) y aceptamos H1 (Hipotesis alterna)

Decisión estadística y conclusión

De la tabla 6.1.3.1, el P valor = 0.148 > 0.05, entonces aceptamos la hipótesis nula por lo tanto No existe relación entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos antes del contacto con el paciente, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

Tabla 6.1.3.2

Prueba de correlación con estadístico rho de Spearman entre el nivel de conocimiento de IAAS y adherencia de higiene de manos antes de realizar una tarea aséptica.

Correlaciones

			NIVEL DE CONOCIMIEN TO DE IAAS	ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS ANTES DE REALIZAR UNA TAREA ASEPTICA
Rho de Spearman	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE IAAS	Coeficiente de correlación	1,000	,280*
		Sig. (bilateral)	.	,049
		N	43	43
	ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS ANTES DE REALIZAR UNA TAREA ASEPTICA	Coeficiente de correlación	,280*	1,000
		Sig. (bilateral)	,049	.
		N	43	43

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

Hipótesis:

Ho= No existe relación entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos antes de realizar una tarea aséptica, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

H1= Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos antes de realizar una tarea aséptica, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

Condición:

Si Sig. (p-valor) ≥ 0.05 aceptamos Ho (Hipótesis Nula) y rechazamos H1 (Hipótesis alterna)

Si Sig. (p-valor) < 0.05 rechazamos Ho (Hipótesis Nula) y aceptamos H1 (Hipótesis alterna)

Decisión estadística y conclusión

De la tabla 6.1.3.2, el P valor = 0.049 < 0.05 , entonces aceptamos la hipótesis alterna por lo tanto existe relación entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de

higiene de manos antes de realizar una tarea aséptica, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

Tabla 6.1.3.3

Prueba de correlación con estadístico rho de Spearman entre el nivel de conocimiento de IAAS y adherencia de higiene de manos después del riesgo de exposición a fluidos corporales.

		Correlaciones		
			NIVEL DE CONOCIMIENTO DE IAAS	ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS DESPUES DEL RIESGO DE EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES
Rho de Spearman	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE IAAS	Coeficiente de correlación	1,000	,088
		Sig. (bilateral)	.	,573
		N	43	43
	ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS DESPUES DEL RIESGO DE EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES	Coeficiente de correlación	,088	1,000
		Sig. (bilateral)	,573	.
		N	43	43

Hipótesis:

Ho= No existe relación entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos después del riesgo de exposición a fluidos corporales, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

H1= Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos después del riesgo de exposición a fluidos corporales, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

Condición:

Si Sig. (p-valor) ≥ 0.05 aceptamos H_0 (Hipotesis Nula) y rechazamos H_1 (Hipotesis alterna)

Si Sig. (p-valor) < 0.05 rechazamos H_0 (Hipotesis Nula) y aceptamos H_1 (Hipotesis alterna)

Decisión estadística y conclusión

Del cuadro N° 6.1.3.3, el P valor = 0.573 > 0.05, entonces aceptamos la hipótesis nula por lo tanto No existe relación entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos después del riesgo de exposición a fluidos corporales, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

Tabla 6.1.3.4

Prueba de correlación con estadístico rho de Spearman entre el nivel de conocimiento de IAAS y adherencia de higiene de manos después del contacto con el paciente.

			Correlaciones	
			NIVEL DE CONOCIMIENTO DE IAAS	ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS DESPUES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE
Rho de Spearman	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE IAAS	Coefficiente de correlación	1,000	,404**
		Sig. (bilateral)	.	,007
		N	43	43
	ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS DESPUES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE	Coefficiente de correlación	,404**	1,000
		Sig. (bilateral)	,007	.
		N	43	43

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

Hipótesis:

H_0 = No existe relación entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos

después del contacto con el paciente, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

H1= Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos después del contacto con el paciente, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

Condición:

Si Sig. (p-valor) ≥ 0.05 aceptamos Ho (Hipotesis Nula) y rechazamos H1 (Hipotesis alterna)

Si Sig. (p-valor) < 0.05 rechazamos Ho (Hipotesis Nula) y aceptamos H1 (Hipotesis alterna)

Decisión estadística y conclusión

De la tabla 6.1.3.4, el P valor = 0.007 < 0.05, entonces aceptamos la hipótesis alterna por lo tanto existe relación entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos después del contacto con el paciente, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

Tabla 6.1.3.5

Prueba de correlación con estadístico rho de Spearman entre el nivel de conocimiento de IAAS y adherencia de higiene de manos después del contacto con el entorno del paciente.

Correlaciones

		NIVEL DE CONOCIMIENTO DE IAAS		ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS DESPUES DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	
Rho de Spearman	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE IAAS	Coeficiente de correlación	1,000		,242
		Sig. (bilateral)	.		,118
		N	43		43
	ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS DESPUES	Coeficiente de correlación	,242		1,000
		Sig. (bilateral)	,118		.

DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	N	43	43
--	---	----	----

Hipótesis:

Ho= No existe relación entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos después del contacto con el entorno del paciente, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

H1= Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos después del contacto con el entorno del paciente, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

Condición:

Si Sig. (p-valor) ≥ 0.05 aceptamos Ho (Hipotesis Nula) y rechazamos H1 (Hipotesis alterna)

Si Sig. (p-valor) < 0.05 rechazamos Ho (Hipotesis Nula) y aceptamos H1 (Hipotesis alterna)

Decisión estadística y conclusión

De la tabla 6.1.3.5, el P valor = 0.118 > 0.05, entonces aceptamos la hipótesis nula por lo tanto No existe relación entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos después del contacto con el entorno del paciente, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.

6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares.

De los resultados obtenidos se demuestra correlación positiva baja ($\rho=0,347$); así como significativa ($p=0.23$) entre el nivel de conocimiento de IAAS y adherencia de higiene de manos. Estos resultados indican que mientras más conocimientos adquiriera el personal de Enfermería mayor será la adherencia a la higiene de manos.

Rodriguez, V (2014), En su estudio infección nosocomial e Higiene de manos como prevención, como resultado obtuvo que existe una relación significativa entre la infección nosocomial y la higiene de manos como principal medida en este tipo de infecciones, en cual concuerda con los resultados obtenidos en la investigación; así mismo Reyes et al (2016) en su estudio sobre eficacia de una intervención educativa sobre el lavado de manos en la prevención de infección intrahospitalaria, concluyendo que existe incremento del conocimiento, cambios de actitud, y del comportamiento asegurando el cumplimiento los protocolos y de normas internacionales, disminuyendo así las infecciones intrahospitalarias, lo cual concuerda con los resultados obtenidos, demostrado que el conocimiento adquirido de forma científica y/o empírica contribuirá en el cumplimiento de las normas o protocolos que en la investigación lo llamamos "Adherencia". Por otro lado, Quiroz, K (2016) en su estudio nivel de conocimiento sobre infecciones nosocomiales y su práctica de lavado de manos por enfermeras de áreas críticas del hospital Belén, no evidenciaron relación significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica de lavado de manos concluyendo que ambas variables de estudio serian independientes. El cual difiere de los resultados obtenidos, si bien es cierto los conceptos de adherencia de higiene de manos y prácticas de lavado de manos son diferentes, pero son conductas que el personal de enfermería lo realiza a diario y que debería cumplir para una mejor atención de calidad a los pacientes.

En cuanto al nivel de conocimiento el 2.3% presentaron nivel de conocimiento bajo, 20.9% nivel de conocimiento medio, 76.7% nivel de conocimiento alto, estos resultados son similares por lo encontrado por Vásquez, K (2019) en su estudio conocimiento y actitudes de las enfermeras del servicio de emergencia en la prevención de las infecciones intrahospitalarias, en donde el mayor porcentaje de enfermeras tuvieron nivel de conocimiento alto con 97.1% y solo el 2.9% nivel de conocimiento medio en la prevención de infecciones intra hospitalarias.

Para la adherencia de higiene de manos el 44.2% del personal de enfermería presentaron adherencia a la higiene de manos y el 55.8% no presentaron adherencia, el cual se corrobora con Acuña et al (2017) que en su estudio evaluación de la adherencia al lavado de manos clínico en los enfermeros de los servicios de hospitalización de medicina del hospital cayetano Heredia en donde encontró que el 14% de ellos tuvieron adherencia y el 86% no lo tienen, así mismo difieren en cuanto a los resultados con ARRIBA F, et al (2020) y HENAO S. (2014). ya que encontró que el 59.2% y 76% respectivamente tienen adherencia a la higiene de manos. Estos resultados permiten conocer que la idea de un cuidado de calidad al paciente no se cumple en su totalidad, pues no realizarse la higiene de manos en cualquiera de los momentos planteados por la OMS confiere un riesgo para el paciente, el mismo personal de salud.

6.3. Responsabilidad ética

Para garantizar que se conserven los aspectos éticos en todo el proceso de desarrollo de la investigación, donde el **principio de anonimato** es para la confidencialidad del personal en donde no se revelo las identidades de los participantes ni de las respuestas y acciones que se derivaron después de la evaluación. **Principio de dignidad**, en este principio los encuestados respondieron de forma segura e independiente sin ningún tipo de coerción y asegurando un ambiente relajado y tranquilo. **Evitar la malicia** en todo el proceso de la investigación cada participante fue autónomo en sus respuestas, así mismo los investigadores actuaron de acuerdo a recabar información real y precisa con el único objetivo de que la evaluación resultante sea para mejorar los procesos de atención al usuario de salud. Los autores se responsabilizan de toda información que contiene la tesis, los datos son inéditos y propios.

VII. CONCLUSIONES.

1. Se han encontrado evidencias suficientes para afirmar que el nivel de conocimiento de IAAS tiene relación positiva baja ($\rho = 0,347$); y significativa (p valor=0.023 menor que 0.05) con la adherencia de higiene de manos. Es decir, a mayor conocimiento de IAAS mejor adherencia de higiene de manos.
2. No se han encontrado evidencias suficientes para afirmar que el nivel de conocimiento de IAAS tiene relación ($\rho = 0,224$); y (p valor=0.148 mayor que 0.05) con la adherencia de higiene de manos antes del contacto con el paciente. Es decir, el conocimiento de IAAS no se relaciona con adherencia de higiene de manos antes del contacto con él paciente.
3. Se han encontrado evidencias suficientes para afirmar que el nivel de conocimiento de IAAS tiene relación positiva baja ($\rho = 0,280$); y significativa (p valor=0.049 menor que 0.05) con la adherencia de higiene de manos antes de realizar una tarea aséptica. Es decir, a mayor conocimiento de IAAS mejor adherencia de higiene de manos antes de realizar una tarea aséptica.
4. No se han encontrado evidencias suficientes para afirmar que el nivel de conocimiento de IAAS tiene relación ($\rho = 0,088$); y (p valor=0.573 mayor que 0.05) con la adherencia de higiene de manos después del riesgo de exposición a fluidos corporales. Es decir, el conocimiento de IAAS no se relaciona con adherencia de higiene de manos después del riesgo de exposición a fluidos corporales.
5. Se han encontrado evidencias suficientes para afirmar que el nivel de conocimiento de IAAS tiene relación positiva moderada ($\rho = 0,404$); y significativa (p valor=0.007 menor que 0.05) con la adherencia de higiene de manos después del contacto con él paciente. Es decir, a mayor

conocimiento de IAAS mejor adherencia de higiene de manos antes después del contacto con él paciente.

6. No se han encontrado evidencias suficientes para afirmar que el nivel de conocimiento de IAAS tiene relación ($\rho = 0,242$); y ($p \text{ valor} = 0.118$ mayor que 0.05) con la adherencia de higiene de manos después del contacto con el entorno del paciente. Es decir, el conocimiento de IAAS no se relaciona con adherencia de higiene de manos después del contacto con el entorno del paciente.

VIII. RECOMENDACIONES.

1. Se recomienda a la dirección del Hospital de Huancavelica, ordenar a la oficina de capacitación organizar capacitaciones para el personal de Enfermería que labora en las áreas de UCI, en temas de IAAS y los 5 momentos de higiene de manos para reforzar lo aprendido y por ende brindar una atención de calidad al usuario.
2. Se recomienda a la oficina de gestión de calidad y epidemiología y salud ambiental realizar la evaluación de adherencia de higiene de manos en el personal de salud que labora en la UCI.
3. Se recomienda a la oficina de gestión de calidad y epidemiología y salud ambiental realizar la evaluación de la técnica de higiene de manos en el personal de salud que labora en la UCI.
4. Se recomienda a la oficina de gestión de calidad y epidemiología y salud ambiental realizar la evaluación de la práctica y/o procedimiento de higiene de manos en el personal de salud que labora en la UCI.
5. A los lectores realizar nuevas investigaciones que según el alcance de la investigación no se pudieron abordar pero que es necesario realizarlo para comprender mejor esta problemática tales como: factores que influyen en la adherencia de higiene de manos; nivel de conocimientos de IAAS y cuidados de los pacientes entre otros.

IX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. sitio web mundial. [Online].; 2020 [cited 2020 diciembre lunes. Available from: <https://www.who.int/gpsc/background/es/>.
2. Organización Panamericana de la Salud. boletín CONAMED OPS. apuntes en salud. 2018; 3(17).
3. Rodriguez M, Barahoma N, de Moya Y. Importancia de la vigilancia epidemiológica en el control. Biociencias. 2019; 14(1).
4. Quispe Pardo Z. portal informativo DGE. [Online].; 2021 [cited 2021 mayo 21. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/videoconferencias-informativo/teleconferencias-semanales-descargar-archivos-de-presentacion/>.
5. Diaz Velez C, Neciosup Puican E, Fernandez Mogollon JL, Tresierra Ayala MA, Apoyala Segura M. Mortalidad atribuible a infecciones nosocomiales en un hospital de la Seguridad Social en Chiclayo, Perú. Acta Medica peruana. 2016 setiembre; 3(33).
6. Oficina de Inteligencia Sanitaria. Boletín de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (Iaas). Boletín. Tarapoto: Dirección Regional De Salud San Martín, San Martín; 2019.
7. Condori DP. Informe de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Asociadas a la atención de Salud. Informe Mensual. Huancavelica: Hospital Departamental de Huancavelica, Huancavelica; 2020.
8. Arriba Fernández A, Molina Cabrillan MJ, Serra Majem. Evaluación de la adherencia a la higiene de manos en profesionales sanitarios en un hospital de tercer nivel en relación con la pandemia de SARS-CoV-2. informe final. Gran Canaria-España: Hospital Universitario Insular de Gran Canaria; 2020. Report No.: 10.37201/req/150.2020.
9. Henao González S. Asociación entre la adherencia de higiene de manos y características sociodemográfica, laborales y de locus de control en los profesionales de salud de la IPS universitaria sede Leon XIII. Tesis Magistral. Medellín Colombia: Facultad de Medicina, Observatorio de la salud pública; 2014.
10. Rodríguez Hermida V. Infección Nosocomial Higiene de manos como prevención. tesis para licenciatura. La Coruña: Universidad da Coruña, España; 2014.
11. Acuña Hurtado M, Mendizabal Leonardo I, Rivera Rodriguez W. evaluación de la adherencia al lavado de manos clínico en los enfermeros de los servicios de hospitalización de medicina del Hospital Cayetano Heredia. Tesis para Licenciatura. Lima: Universidad Nacional de Cayetano Heredia, Lima; 2017. Report No.: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/725/Evaluacion_Acu%C3%B1aHurtado_Maribel.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
12. Reyes Salvador M, Zaquinaula Aranda S. Eficacia de una intervención educativa sobre lavado de manos en la prevención de infección intrahospitalaria. Tesis para Licenciatura. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener, Lima; 2016. Report No.: URL: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/415>.
13. Quiroz Murga KF. Nivel de conocimiento sobre infecciones nosocomiales y su relación con la práctica de lavado de manos por enfermeras de áreas críticas del hospital Belén de Trujillo 2016. Tesis para licenciatura. Trujillo: Universidad

- Cesar Vallejo, Trujillo; 2016. Report No.:
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/776>
14. Vásquez Montoya KM. Conocimientos y actitudes de las enfermeras del servicio de emergencia en la prevención de infecciones intrahospitalarias Hospital Belén de Trujillo. tesis para optar el título de segunda especialidad en enfermería mención: cuidados intensivos - adulto. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo; 2019. Report No. <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/14958/2E%20612.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 15. Condor Dorregaray AC. Conocimiento y adherencia de la técnica del lavado de manos de las enfermeras en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Sergio E. Bernales. Tesis para optar el título profesional de enfermera especialista en Cuidados Intensivos. Universidad Nacional Federico Villareal, Lima; 2018. Report No <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3458>
 16. Ortiz Granja D. El constructivismo como teoría y método de enseñanza. Cuenca, Ecuador: Universidad Politécnica Salesiana, Quito; 2015. Report No.: ISSN: 1390-3861.
 17. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelo y teorías en Enfermería. séptima edición ed. Míriam RM, editor. España-Barcelona: Elsevier; 2010.
 18. Augusto RV. American College of Occupational and Environmental Medicine. [Online].; 2009 [cited 2022 JUNIO. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n3/a11v70n3.pdf>.
 19. Centro Nacional de Epidemiología, prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud. [Online].; 2021. Available from: https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2021/04/NTS_N163_IAAS_MINSA-2020-CDC.pdf.
 20. Medina J, Guerra S. Sistema CIH-COCEMI.FEMI. [Online].; 2015 [cited 2022 junio. Available from: <https://www.cocemi.com.uy/docs/manual%20bundle%20cocemi.pdf>.
 21. Manual de medidas básicas para el control de infecciones en IPS, MINSALUD, Colombia, Bogotá 2018
 22. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Manual de Adherencia de Higiene de Manos. 2019 octubre; 1.
 23. Organización Mundial de la Salud. sitio web mundial. [Online].; 2020 [cited 2021 mayo 5. Available from: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/wp-content/uploads/2016/09/GUIA-MINSA-LAVADO-DE-MANOS.pdf>
 24. Palella Stracuzzi S, Martins Pestaña F. Metodología de la investigación cuantitativa. Primera ed. Aura JdC, editor. Venezuela: FEDUPEL; 2004.
 25. Rios Ramirez RR. Metodología para la la investigación y redacción. primera ed. editor s, editor. Malaga-España: Servicios Académicos Intercontinentales S.L.; 2017.
 26. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6th ed. Martínez MIR, editor. México: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A.; 2014.
 27. Moran Delgado G, Alvarado Cervantes DG. Metodos de Investigacion. Primera ed. Mario RTC, editor. Naucalpan de Juárez, Estado de México: PEARSON; 2010.

28. Unahalekhaka A. Epidemiología de las infecciones asociadas a la atención en salud. Conceptos básicos del control de infecciones. 2011; 2.
29. Carrasco Diaz S. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA. 19th ed. Lima: San Marcos EIR LTDA; 2019.

ANEXOS

Anexo: 01. Matriz de consistencia.

<u>PROBLEMAS</u>	<u>OBJETIVOS</u>	<u>HIPOTESIS</u>	<u>VARIABLES</u>	<u>METODOLOGÍA</u>
<p><u>General:</u></p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica?</p> <p><u>Específicos:</u></p> <p>1) ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la higiene de manos antes del contacto con el paciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica?</p>	<p><u>General:</u></p> <p>Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica</p> <p><u>Específicos:</u></p> <p>1) Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos antes del contacto con el paciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.</p>	<p><u>General:</u></p> <p>Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia de higiene de manos en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica</p> <p><u>Específicos:</u></p> <p>1) Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos antes del contacto con el paciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.</p>	<p>VARIABLE 01</p> <p>Conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud.</p> <p>VARIABLE 02</p> <p>Adherencia de Higiene de manos</p>	<p><u>Tipo</u></p> <p>Por su paradigma cuantitativo.</p> <p>Por su finalidad aplicada</p> <p>Según la obtención de datos fue relacional</p> <p><u>Diseño</u></p> <p>Diseño no experimental, correlacional.</p> <p><u>Población</u></p> <p>La población estuvo constituida por 48 personales de enfermería (licenciada/os y técnicos en Enfermería) del Hospital Departamental de Huancavelica.</p>

<p>2) ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud con la adherencia a la higiene de manos antes de realizar una tarea aséptica en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica?</p>	<p>2) Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos antes de realizar una tarea aséptica en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.</p>	<p>2) Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos antes de realizar una tarea aséptica en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.</p>		<p><u>Muestra</u></p> <p>Estuvo constituido por todos los personales de enfermería, dado el tamaño de la población se realizó es la censal, porque es aquella donde todas las unidades de investigación son consideradas como muestra</p> <p><u>Técnica de recolección de datos</u></p> <p>Para el proceso de evaluación del conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud se realizará con la técnica de la encuesta a través del cuestionario.</p> <p>Para el proceso de identificación de la adherencia de lavado de manos se realizará con la técnica de la observación a través de la guía de observación.</p>
<p>3) ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento de infecciones asociadas a la atención de salud con la adherencia a la higiene de manos después de la exposición a fluidos corporales en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica?</p>	<p>3) Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos después de la exposición a fluidos corporales en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.</p>	<p>3) Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos después de la exposición a fluidos corporales en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.</p>		
<p>4) ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la adherencia a la atención de salud y la higiene de manos después del contacto con el paciente en la unidad de cuidados</p>	<p>4) Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos después del contacto con el paciente en la unidad de cuidados intensivos del</p>	<p>4) Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos después del contacto con el paciente en la unidad de cuidados</p>		

<p>intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica?</p> <p>5) ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos después del contacto con el entorno del paciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica?</p>	<p>Hospital Departamental de Huancavelica.</p> <p>5) Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos después del contacto con el entorno del paciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.</p>	<p>intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.</p> <p>5) Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud y la adherencia a la higiene de manos después del contacto con el entorno del paciente en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica.</p>		<p><u>Plan de análisis estadísticos de datos</u></p> <p>Para el análisis de los datos, de las dimensiones de las variables del estudio, los datos recolectados fueron procesados en una data Excel, luego se utilizó el software SPSS versión 26, para el tratamiento de los datos recolectados. La presentación de los resultados obtenidos, fueron presentados en tablas de frecuencias, porcentajes y gráficos de barras.</p>
---	--	---	--	---

Anexo 02: Consolidado de informes de opinión de expertos.

TABLA 2.1
Consolidado de informes de opinión de expertos

EXPERTO	INDICADOR COHERENCIA	INDICADOR PERTINENCIA	INDICADOR CLARIDAD	PROMEDIO % DE DEL EXPERTO
Mg. Jacquelin Álvarez Sánchez %	100	100	100	100
Mg. Nury Chumpitaz Valdivia %	100	100	100	100
Mg. Denisse Gonzales Alarcón %	100	100	100	100
Mg. Sandra Gomez Lopez %	100	100	100	100
Mg. Consuelo Hurtado Monge %	100	100	100	100
Mg. Doris Calero Miranda %	100	100	100	100
Mg. Jhanet Belen Condori Ticllacuri %	100	100	100	100
PROMEDIO PORCENTUAL DE VALIDACION	100	100	100	100

Promedio total de validación: **100%**

Leyenda:

Deficiente de 0-20%

Regular de 21-40%

Buena de 41-60%

Muy buena 61-80%

Excelente de 81-100%

Anexo 03: Confiabilidad.

TABLA N° 3.1
 Confiabilidad de método de estabilidad de Pearson (1 momento)

Sujeto	Pregunta1	Pregunta2	Pregunta3	Pregunta4	Pregunta5	Pregunta6	Pregunta7	Pregunta8	Pregunta9	Pregunta10	Pregunta11	Pregunta12	Pregunta13	Pregunta14	Pregunta15	Pregunta16	Pregunta17	Pregunta18	Pregunta19	Pregunta20	Pregunta21	Pregunta22	Pregunta23	Pregunta24	Pregunta25	Pregunta26	Total
1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	13
2	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	17
3	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	22
4	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	15
5	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24
6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	22
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	22
8	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	17
9	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	18
10	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	17
11	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	22
12	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	15
13	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24
14	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	22
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	23

Según la tabla N° 3.1, se ha tomado un pequeño sujeto para poder encontrar el grado de confiabilidad en un primer momento

TABLA N° 3.2
Confiabilidad de método de estabilidad de Pearson (2 momento)

Sujeto	Pregunta1	Pregunta2	Pregunta3	Pregunta4	Pregunta5	Pregunta6	Pregunta7	Pregunta8	Pregunta9	Pregunta10	Pregunta11	Pregunta12	Pregunta13	Pregunta14	Pregunta15	Pregunta16	Pregunta17	Pregunta18	Pregunta19	Pregunta20	Pregunta21	Pregunta22	Pregunta23	Pregunta24	Pregunta25	Pregunta26	Total
1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	16
2	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	18
3	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
4	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	15
5	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23
6	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	19
7	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	18
8	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	18
9	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	19
10	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	20
11	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	22
12	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	16
13	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	24
14	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	21
15	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	21

Según la tabla N° 3.2 se ha tomado un pequeño sujeto para poder encontrar el grado de confiabilidad en un segundo momento

Interpretación:

De las tablas N° 3.1 y 3.2 aplicando en diferentes momentos se ha obtenido un resultado de 0.86 de estabilidad de Pearson, que quiere decir que la confiabilidad del instrumento de nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud es muy alta.

TABLA N° 3.3

Fiabilidad del instrumento de nivel de conocimiento de IAAS por método de consistencia interna de alfa de Cronbach

Sujeto	Pregunta1	Pregunta2	Pregunta3	Pregunta4	Pregunta5	Pregunta6	Pregunta7	Pregunta8	Pregunta9	Pregunta10	Pregunta11	Pregunta12	Pregunta13	Pregunta14	Pregunta15	Pregunta16	Pregunta17	Pregunta18	Pregunta19	Pregunta20	Pregunta21	Pregunta22	Pregunta23	Pregunta24	Pregunta25	Pregunta26	Total
1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	13
2	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	17
3	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	22
4	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	15
5	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	24
6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	22
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	22
8	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	17
9	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	18
10	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	17
11	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	22
12	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	15
13	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	24
14	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	22
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	23
VARIANZA	0,20	0,25	0,24	0,16	0,20	0,16	0,20	0,16	0,22	0,00	0,12	0,12	0,06	0,12	0,00	0,12	0,20	0,22	0,20	0,06	0,16	0,00	0,25	0,22	0,12	0,25	12,52

Interpretación:

De la tabla Nº 3.3 aplicando por método de consistencia interna de alfa de Cronbach se ha obtenido un resultado de 0.710, que quiere decir que la confiabilidad del instrumento de nivel de conocimiento de las infecciones asociadas a la atención de salud es muy buena.

Anexo 04: Consolidado de confiabilidad de los instrumentos.

TABLA N° 4.1

Confiabilidad de los cuestionarios del nivel de conocimiento de infecciones asociadas a la atención de salud.

	REGISTRO DE OBSERVACIONES	METODO DE CONFIABILIDAD DE RETEST	MÉTODO DE CONSISTENCIA INTERNA DE ALFA DE CROMBACH
CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD	Hay un 100% de acuerdo entre los observadores		
CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD		Confiabilidad de Retest es de 0.86 de consistencia interna	Confiabilidad de consistencia interna de alfa de crombach es de 0.71

Anexo 05 Instrumentos validados.

FICHA DE EVALUACIÓN DE EXPERTOS

Estimado(a) profesional, usted ha sido invitado(a) a participar en el proceso de validación del instrumento de recolección de datos (IRD).

Por ello se le alcanza el instrumento y la ficha de validación que servirá para que nos pueda hacer llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento. Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento, criterio requerido para toda investigación

A continuación se le solicita identificar el ítem y contestar marcando con un aspa (X) en la casilla que usted considere conveniente, además puede hacernos llegar sus valiosas sugerencias en la columna de observaciones.

N° de ítem	Coherencia		Pertinencia		Claridad		Observaciones
	El ítem corresponde a alguna dimensión y/o indicador de la variable a medir.		El ítem permite medir lo que pretende el instrumento.		El ítem se comprende, su redacción es adecuada.		
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X		X		X		
2	X		X		X		
3	X		X		X		
4	X		X		X		
5	X		X		X		
6	X		X		X		
7	X		X		X		
8	X		X		X		

9	X		X		X		
10	X		X		X		
11	X		X		X		
12	X		X		X		
13	X		X		X		
14	X		X		X		
15	X		X		X		
16	X		X		X		
17	X		X		X		
18	X		X		X		
19	X		X		X		
20	X		X		X		
21	X		X		X		
22	X		X		X		
23	X		X		X		

24	X		X		X		
25	X		X		X		
26	X		X		X		
Aspectos Generales del IRD					Si	No	Observaciones
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas.					X		
Los ítems del instrumento permiten lograr los objetivos de la investigación.					X		
Los ítems del instrumento están distribuidos de manera lógica y secuencial.					X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información que permita medir la variable.					X		
El diseño del instrumento es accesible a la población sujeto de estudio.					X		

Datos del experto:

Nombres y Apellidos:	JACQUELIN NELLY ALVAREZ SANCHEZ	Firma: 
Fecha:	28/06/22	 Lic. JACQUELIN ALVAREZ SANCHEZ Jefa de la Unidad de Epidemiología-Salud Ambiental CEP. 42891 - MME. 5306 - REM. 2964

FICHA DE EVALUACIÓN DE EXPERTOS

Estimado(a) profesional, usted ha sido invitado(a) a participar en el proceso de validación del instrumento de recolección de datos (IRD).

Por ello se le alcanza el instrumento y la ficha de validación que servirá para que nos pueda hacer llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento. Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento, criterio requerido para toda investigación. A continuación se le solicita identificar el ítem y contestar marcando con un aspa (X) en la casilla que usted considere conveniente, además puede hacernos llegar sus valiosas sugerencias en la columna de observaciones.

N° de ítem	Coherencia		Pertinencia		Claridad		Observaciones
	El ítem corresponde a alguna dimensión y/o indicador de la variable a medir.		El ítem permite medir lo que pretende el instrumento.		El ítem se comprende, su redacción es adecuada.		
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X		X		X		
2	X		X		X		
3	X		X		X		
4	X		X		X		
5	X		X		X		
6	X		X		X		
7	X		X		X		
8	X		X		X		

9	X		X		X		
10	X		X		X		
11	X		X		X		
12	X		X		X		
13	X		X		X		
14	X		X		X		
15	X		X		X		
16	X		X		X		
17	X		X		X		
18	X		X		X		
19	X		X		X		
20	X		X		X		
21	X		X		X		
22	X		X		X		
23	X		X		X		

24	X		X		X		
25	X		X		X		
26	X		X		X		
Aspectos Generales del IRD					Si	No	Observaciones
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas.					X		
Los ítems del instrumento permiten lograr los objetivos de la investigación.					X		
Los ítems del instrumento están distribuidos de manera lógica y secuencial.					X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información que permita medir la variable.					X		
El diseño del instrumento es accesible a la población sujeto de estudio.					X		

Datos del experto:

Nombres y Apellidos:	Nury Nataly Chumpitaz Valdivia	Firma:  MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR - PACHA AMARU ***** LIC. NURY CHUMBITAZ VALDIVIA ENFERMERA - C.E.P. 57474
Fecha:	28/06/2022	

FICHA DE EVALUACIÓN DE EXPERTOS

Estimado(a) profesional, usted ha sido invitado(a) a participar en el proceso de validación del instrumento de recolección de datos (IRD).

Por ello se le alcanza el instrumento y la ficha de validación que servirá para que nos pueda hacer llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento. Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento, criterio requerido para toda investigación

A continuación se le solicita identificar el ítem y contestar marcando con un aspa (X) en la casilla que usted considere conveniente, además puede hacernos llegar sus valiosas sugerencias en la columna de observaciones.

N° de ítem	Coherencia		Pertinencia		Claridad		Observaciones
	El ítem corresponde a alguna dimensión y/o indicador de la variable a medir.		El ítem permite medir lo que pretende el instrumento.		El ítem se comprende, su redacción es adecuada.		
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	✓		✓		✓		Incluirlo como indicador (Definición)
2	✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		

	SI	no	SI	no	SI	no	Observaciones
9	✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		
17	✓		✓		✓		
18	✓		✓		✓		
19	✓		✓		✓		
20	✓		✓		✓		
21	✓		✓		✓		
22	✓		✓		✓		
23	✓		✓		✓		

	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Observaciones
24	✓		✓		✓		
25	✓		✓		✓		
26	✓		✓		✓		
Aspectos Generales del IRD					Si	No	Observaciones
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas.					✓		
Los ítems del instrumento permiten lograr los objetivos de la investigación.					✓		
Los ítems del instrumento están distribuidos de manera lógica y secuencial.					✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información que permita medir la variable.					✓		
El diseño del instrumento es accesible a la población sujeto de estudio.					✓		

Datos del experto:

Nombres y Apellidos:	Mg. Denisse Geraldine Gonzales Alarcón	Firma: 
Fecha:	25/06/2022	Mg. Denisse Gonzales Alarcón Docente Investigadora CEP 50513 / 878

FICHA DE EVALUACIÓN DE EXPERTOS

Estimado(a) profesional, usted ha sido invitado(a) a participar en el proceso de validación del instrumento de recolección de datos (IRD).

Por ello se le alcanza el instrumento y la ficha de validación que servirá para que nos pueda hacer llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento. Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento, criterio requerido para toda investigación. A continuación se le solicita identificar el ítem y contestar marcando con un aspa (X) en la casilla que usted considere conveniente, además puede hacernos llegar sus valiosas sugerencias en la columna de observaciones.

N° de ítem	Coherencia		Pertinencia		Claridad		Observaciones
	El ítem corresponde a alguna dimensión y/o indicador de la variable a medir.		El ítem permite medir lo que pretende el instrumento.		El ítem se comprende, su redacción es adecuada.		
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X		X		X		
2	X		X		X		
3	X		X		X		
4	X		X		X		
5	X		X		X		
6	X		X		X		
7	X		X		X		
8	X		X		X		

9	X		X		X		
10	X		X		X		
11	X		X		X		
12	X		X		X		CONSIDERAR "PRACONARMA COLICADA" A PRACONARMA (S.C.)
13	X		X		X		
14	X		X		X		
15	X		X		X		
16	X		X		X		
17	X		X		X		
18	X		X		X		
19	X		X		X		
20	X		X		X		
21	X		X		X		
22	X		X		X		
23	X		X		X		

24	X		X		X		
25	X		X		X		
26	X		X		X		
Aspectos Generales del IRD					Si	No	Observaciones
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas.					X		
Los ítems del instrumento permiten lograr los objetivos de la investigación.					X		
Los ítems del instrumento están distribuidos de manera lógica y secuencial.					X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información que permita medir la variable.					X		
El diseño del instrumento es accesible a la población sujeto de estudio.					X		

Datos del experto:

Nombres y Apellidos:	SANDRA ALICIA GÓMEZ LÓPEZ	 Firma: Sandra GÓMEZ López Licenciada en Enfermería CEP: 40685 RNA: 280
Fecha:	27-06-2022	

FICHA DE EVALUACIÓN DE EXPERTOS

Estimado(a) profesional, usted ha sido invitado(a) a participar en el proceso de validación del instrumento de recolección de datos (IRD).

Por ello se le alcanza el instrumento y la ficha de validación que servirá para que nos pueda hacer llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento. Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento, criterio requerido para toda investigación

A continuación se le solicita identificar el ítem y contestar marcando con un aspa (X) en la casilla que usted considere conveniente, además puede hacernos llegar sus valiosas sugerencias en la columna de observaciones.

N° de ítem	Coherencia		Pertinencia		Claridad		Observaciones
	El ítem corresponde a alguna dimensión y/o indicador de la variable a medir.		El ítem permite medir lo que pretende el instrumento.		El ítem se comprende, su redacción es adecuada.		
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	✓		/		/		
2	✓		/		✓		
3	✓		/		/		
4	✓		/		/		
5	✓		/		✓		
6	✓		/		/		
7	✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		

9	✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		
17	✓		✓		✓		
18	✓		✓		✓		
19	✓		✓		✓		
20	✓		✓		✓		
21	✓		✓		✓		
22	✓		✓		✓		
23	✓		✓		✓		

24	✓		✓		✓		
25	✓		✓		✓		
26	✓		✓		✓		
Aspectos Generales del IRD					Si	No	Observaciones
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas.					✓		
Los ítems del instrumento permiten lograr los objetivos de la investigación.					✓		
Los ítems del instrumento están distribuidos de manera lógica y secuencial.					✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información que permita medir la variable.					✓		
El diseño del instrumento es accesible a la población sujeto de estudio.					✓		

Datos del experto:

Nombres y Apellidos:	Augusta Consuelo Hurtado Monge	Firma:  <small>AL CONSUELO HURTADO MONGE ENFERMERA C.P. 13200</small>
Fecha:	22-06-2022	

FICHA DE EVALUACIÓN DE EXPERTOS

Estimado(a) profesional, usted ha sido invitado(a) a participar en el proceso de validación del instrumento de recolección de datos (IRD).

Por ello se le alcanza el instrumento y la ficha de validación que servirá para que nos pueda hacer llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento. Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento, criterio requerido para toda investigación. A continuación se le solicita identificar el ítem y contestar marcando con un aspa (X) en la casilla que usted considere conveniente, además puede hacernos llegar sus valiosas sugerencias en la columna de observaciones.

N° de ítem	Coherencia		Pertinencia		Claridad		Observaciones
	El ítem corresponde a alguna dimensión y/o indicador de la variable a medir.		El ítem permite medir lo que pretende el instrumento.		El ítem se comprende, su redacción es adecuada.		
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X		X		X		
2	X		X		X		
3	X		X		X		
4	X		X		X		
5	X		X		X		
6	X		X		X		
7	X		X		X		
8	X		X		X		

9	X		X		X		
10	X		X		X		
11	X		X		X		
12	X		X		X		
13	X		X		X		
14	X		X		X		
15	X		X		X		
16	X		X		X		
17	X		X		X		
18	X		X		X		
19	X		X		X		
20	X		X		X		
21	X		X		X		
22	X		X		X		
23	X		X		X		

24	X		X		X		
25	X		X		X		
26	X		X		X		
Aspectos Generales del IRD					Si	No	Observaciones
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas.					X		
Los ítems del instrumento permiten lograr los objetivos de la investigación.					X		
Los ítems del instrumento están distribuidos de manera lógica y secuencial.					X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información que permita medir la variable.					X		
El diseño del instrumento es accesible a la población sujeto de estudio.					X		

Datos del experto:

Nombres y Apellidos:	DORIS NILDA CALERO MIRANDA	Firma:  Alg. Enf. Doris Calero Miranda CEP: 16969 REG: 600848
Fecha:	04 DE Julio 2022	

FICHA DE EVALUACIÓN DE EXPERTOS

Estimado(a) profesional, usted ha sido invitado(a) a participar en el proceso de validación del instrumento de recolección de datos (IRD).

Por ello se le alcanza el instrumento y la ficha de validación que servirá para que nos pueda hacer llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento. Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento, criterio requerido para toda investigación. A continuación se le solicita identificar el ítem y contestar marcando con un aspa (X) en la casilla que usted considere conveniente, además puede hacer nos llegar sus valiosas sugerencias en la columna de observaciones.



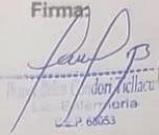
N° de ítem	Coherencia		Pertinencia		Claridad		Observaciones
	El ítem corresponde a alguna dimensión y/o indicador de la variable a medir.		El ítem permite medir lo que pretende el instrumento.		El ítem se comprende, su redacción es adecuada.		
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X		X		X		
2	X		X		X		
3	X		X		X		
4	X		X		X		
5	X		X		X		
6	X		X		X		
7	X		X		X		
8	X		X		X		
9	X		X		X		
10	X		X		X		
11	X		X		X		



12	X		X		X		
13	X		X		X		
14	X		X		X		
15	X		X		X		
16	X		X		X		
17	X		X		X		
18	X		X		X		
	X		X		X		
	X		X		X		
21	X		X		X		
22	X		X		X		
23	X		X		X		El ítem es estado facial o estado facial?
24	X		X		X		El ítem es dental o dental?
25	X		X		X		
26	X		X		X		
Aspectos Generales del IRD					Si	No	Observaciones
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas.					X		
Los ítems del instrumento permiten lograr los objetivos de la investigación.					X		
Los ítems del instrumento están distribuidos de manera lógica y secuencial.					X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información que permita medir la variable.					X		

El diseño del instrumento es accesible a la población sujeto de estudio.	x		
--	---	--	--

Datos del experto:

Nombres y Apellidos:	<p><i>Jhanet Belen Cardoni Tielbauri</i></p>	<p>Firma:</p>  
Fecha:	<p>24-06-2022</p>	

Anexo 06 Consentimiento informado.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Callao ____/____/____

Yo,, identificado con DNI/....., a través del documento, expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD Y ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL DE HUANCVELICA 2022”

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que se vierta en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación; además confió en que los investigadores utilizarán adecuadamente dicha información asegurándome de la misma confidencialidad, AUTORIZO que se me incluya dentro del presente estudio. Además, declaro retirarme del mismo en el momento que considere conveniente.

Firma del participante

