



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA DE POST-GRADO**

**Nivel de conocimientos y actitudes del profesional de enfermería hacia la aplicación de medidas de bioseguridad en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2010**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Intensivista

**AUTOR**

**María Elena Falconí Iribarren**

LIMA – PERÚ  
2011

## RESUMEN

### ***“Nivel de Conocimiento y Actitudes del Profesional de Enfermería hacia la aplicación de Medidas de Bioseguridad en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2010”.***

**Autora:** Lic. María Elena Falconí Iribarren.

**Asesora:** Mg. Marina Condezo Martel.

#### **Justificación:**

El profesional de Enfermería es el más expuesto a los riesgos biológicos en la Unidad de Cuidados Intensivos ya que es responsable de la Atención Integral del paciente crítico, el cual presta asistencia directa, implicando contacto directo de forma permanente o temporal, realizando actividades a través de los cuidados de Enfermería.

Los conocimientos sobre las medidas de Bioseguridad es conocido por el profesional de Enfermería desde su formación universitaria, pero en el campo clínico es pasado por alto, por varias razones, una razón que se puede resaltar es la distribución de insumos que proporciona la institución a su personal de Salud y la actitud del Profesional de Enfermería en el trabajo como un acto rutinario.

A la vez se busca obtener una idea diagnóstica de la susceptibilidad del Personal de Enfermería conociendo las medidas de Bioseguridad que ellos aplican en la Unidad de Cuidados Intensivos durante sus horas de trabajo y hacer énfasis en la evaluación constante de conocimientos y actualización de los mismos.

Por estas razones es necesario identificar el Nivel de Conocimientos y las Actitudes del Profesional de Enfermería hacia la aplicación de las Medidas de Bioseguridad en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

**Tipo de Estudio:** Estudio Cuantitativo, descriptivo, aplicativo, prospectivo de corte transversal.

#### **Materiales y Métodos:**

La encuesta y escala de Likert como instrumento de recolección de datos será llenado por los Enfermeros de la UCI materno y UCI Neonatal previo consentimiento informado. Una vez recogidos los datos se realizará el análisis estadístico a través del método Chi - Cuadrado cuyos resultados obtenidos se plasmarán mediante tablas y gráficos para su interpretación.

#### **Resultados:**

Se encontró que del 60 – 80% de los Enfermeros estudiados poseían un Nivel de Conocimiento Medio sobre Bioseguridad y que el 100% de los mismos mostraban Actitudes Favorables hacia la aplicación de las Medidas de Bioseguridad en la Unidad de Cuidados Críticos.

**Palabras clave:** Nivel de Conocimiento, Actitudes, Bioseguridad, Enfermera y Unidad de Cuidados Intensivos.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Los riesgos ocupacionales a los cuales está expuesto el profesional de enfermería, aumentan con el desempeño de sus actividades asistenciales en cualquier unidad clínica donde presten sus servicios, por lo que durante su formación profesional se exige conocimiento, juicio crítico, desarrollo de habilidades y destrezas para el cumplimiento de sus funciones.

Según la Organización Mundial de la Salud(OMS) en una evaluación sistemática de la atención en salud, elaboró Normas y Procedimientos dirigidos a prevenir lesiones en el personal que labora en los hospitales con el fin de mejorar las medidas de Bioseguridad en Salud, ya que a la fecha la problemática del riesgo de adquirir enfermedades ocupacionales aumenta día a día en el mundo.

A pesar de las normas de Bioseguridad en la prevención de accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales, elaborados por un conjunto de profesionales del Ministerio de Salud: “Las Buenas Prácticas” son el principio esencial de la Bioseguridad “No me contagies y No contagio” debe emprenderse como una doctrina de comportamientos encaminados a lograr actitudes y conductas que disminuyen el riesgo del Profesional de Enfermería en la adquisición de enfermedades.

Todo personal de Salud debe adaptarse a las medidas de Bioseguridad aplicándolas en la práctica en todos los pacientes sin distinción, como el sistema de barrera que consiste en lavarse las manos antes y después de atender al paciente, uso de guantes, mandilón, mascarilla, lentes; el descartecorrecto de material punzo – cortante, la limpieza y desinfección de los materiales e instrumental.

En muchas ocasiones observamos el trabajo diario en las instituciones de Salud y vemos a un profesional realizando algún procedimiento por mas sencillo que parezca sin el uso de guantes, y aun asíactuamos con exceso de confianza cuidándonos solamente de pacientes diagnosticados con patologías infecto – contagiosas. Sin embargo no tenemos en cuenta que enfermedades peligrosas como el VIH y Hepatitis B pueden ser transmitidas por personas aparentemente sanas.

Hay que admitir que muchas de estas practicas y conductas se deben a la ausencia o déficit de información, conocimientos desactualizados y en parte a la falta de una Actitud crítica con respecto a los procedimientos que realizamos.

La Unidad de Cuidados Intensivos se caracteriza por ser el servicio donde se hospitalizan los pacientes mas graves y por esto debe estar dotado de personal bien entrenado y alta tecnología para la vigilancia permanente del paciente. La práctica de enfermería abre un campo bastante específico de modo que lo esencial de ella atiende a resolver los problemas del paciente a partir de una serie de funciones dependientes, interdependientes e independientes.

Por tanto se considera al Enfermero(a) un pilar fundamental en la atención que se brinda al paciente en estado crítico, por ser quien colabora con sus cuidados y procedimientos oportunos para que la recuperación del paciente sea lo más exitosa posible.

El manejo de los riesgos biológicos contribuye un problema de salud pública que afecta al personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos ya que la Bioseguridad se basa en 3 pilares; Universalidad, Uso de barreras y Manejo - eliminación de residuos hospitalarios; razón por la cual surge la inquietud de realizar esta investigación con el fin de valorar mediante una inspección y aplicación de una encuesta al personal de enfermería que labora en este servicio para observar las medidas de bioseguridad que aplican durante sus actividades laborales, tomando en cuenta las Medidas de Bioseguridad Universales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aplicadas en las instituciones de Salud.

## **B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

En virtud de lo planteado surge la siguiente interrogante:

***¿Cuál es el Nivel de Conocimientos y las Actitudes del Profesional de Enfermería hacia la aplicación de Medidas de Bioseguridad en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, período Mayo – Julio 2010?.***

## **C. OBJETIVOS.**

### **1. Objetivo General.**

Determinar el Nivel de conocimientos y las Actitudes del Profesional de Enfermería hacia la aplicación de las Medidas de Bioseguridad.

### **2. Objetivos Específicos.**

- Identificar el Nivel de Conocimientos del profesional de Enfermería sobre las Medidas de Bioseguridad.
- Identificar las Actitudes del profesional de enfermería hacia la aplicación de las Medidas de Bioseguridad en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

## **D. JUSTIFICACIÓN.**

El profesional de Enfermería es el más expuesto a los riesgos biológicos en la Unidad de Cuidados Intensivos ya que es responsable de la Atención Integral del paciente crítico, el cual presta asistencia directa, implicando contacto directo de forma permanente o temporal, realizando actividades a través de los cuidados de Enfermería.

Derivado de las experiencias clínicas de Enfermería, se observó que los servicios de áreas críticas como: Emergencias, UCI y Centro Quirúrgico, por el desempeño de sus funciones son los más expuestos a muchas enfermedades causadas por agentes infecciosos y por la manipulación de secreciones corporales. En muchas ocasiones se olvida de que todo paciente es un agente potencial de infección, a esto se asocia la demanda de servicios y a la priorización de la atención/ tratamiento de la Emergencia (riesgo de perder la vida) evadiendo así las medidas de Bioseguridad más sencillas: como el lavado de manos, el calzado de guantes, uso de mascarilla.

Los conocimientos sobre las medidas de Bioseguridad es conocido por el profesional de Enfermería desde su formación universitaria, pero en el campo clínico es pasado por alto, por las razones antes mencionadas, otra razón que se puede añadir es la distribución de insumos que proporciona la institución a su personal de Salud y la actitud del Profesional de Enfermería en el trabajo como un acto rutinario.

A la vez se busca obtener una idea diagnóstica de la susceptibilidad del Personal de Enfermería conociendo las medidas de Bioseguridad que ellos aplican en la Unidad de Cuidados Intensivos durante sus horas de trabajo y hacer énfasis en la evaluación constante de conocimientos y actualización de los mismos.

Por estas razones es necesario identificar el Nivel de Conocimientos y las Actitudes del Profesional de Enfermería hacia la aplicación de las Medidas de Bioseguridad en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

#### **E. PROPÓSITO.**

Los resultados del presente estudio permitirán concientizar al Profesional de Enfermería a través de una reflexión interna y sugerir a las autoridades respectivas y Oficinas encargadas de la seguridad de sus trabajadores para la posibilidad de establecer estrategias con el fin de garantizar que todo el personal se encuentre altamente capacitado antes de iniciar sus actividades diarias y a la vez monitorizarlos para lograr, mantener o mejorar el nivel de conocimientos y la aplicación de Medidas de Bioseguridad en la Unidad de Cuidados Intensivos.

A la vez sirve para contribuir a la base de nuevos estudios de investigación relacionados con este tema tan interesante e importante y que en muchas oportunidades dejamos pasar por alto, sin tener en cuenta que como Profesionales de Enfermería debemos

de cuidarnos y protegernos nosotros primero para poder cuidar de los demás.

## **F. MARCO TEORICO**

### **Antecedentes.**

Se han realizado diversos estudios para determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre Bioseguridad en el personal de salud. Así tenemos:

#### ***A Nivel Internacional:***

Freitez G. y colaboradores, realizaron un estudio de Título: **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE HEPATITIS B Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, UTILIZADOS DURANTE EL MANEJO DE MATERIALES POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL LUIS GÓMEZ LÓPEZ “** (Venezuela) 2001, en su estudio descriptivo de corte transversal, llegando a la conclusión:

*“De una población compuesta por 190 personas del personal de Enfermería, de ellos una muestra representativa del 37% equivalente a 70 personas de los servicios: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, Neumología, Cardiología y Psiquiatría, seleccionados al azar, donde se aplicó una encuesta semiestructurada, donde se concluye que el personal de Enfermería presenta un alto riesgo de contraer el virus de la Hepatitis B, debido a haber poco conocimiento de los aspectos fundamentales de la enfermedad y a la deficiencia o inadecuada aplicación de las normas de Bioseguridad”<sup>(1)</sup>.*

Gómez R. y colaboradores, realizaron un estudio de título: **“ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LOS RIESGOS BIOLÓGICOS EN LA UNIDAD DE SALA DE PARTO DEL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO ANTONIO MARÍA PINEDA(Venezuela) 2002”**, estudio descriptivo de corte transversal. De una población de 72 personas entre Enfermeras y auxiliares, por medio de una encuesta se obtuvo los resultados:



*“Dentro de los componentes que conforman la actitud, cognitivo, afectivo y conductual, se obtuvo que el 61% de dicho personal tenía el conocimiento necesario sobre las Medidas de Bioseguridad y afrontar los riesgos biológicos a los que se está expuesto, pero no se observó que adoptaran una conducta adecuada en sus actividades realizadas”<sup>(2)</sup>.*

Peña M. y colaboradores, realizaron un estudio de título **“MEDIDAS PREVENTIVAS DE BIOSEGURIDAD APLICADAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA FRENTE A LOS RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO ANTONIO MARÍA PINEDA(Barquisimeto - Venezuela) 2003”**, estudio descriptivo de corte transversal. De una población laboral de 48 sujetos entre ellos Auxiliares y Profesionales de Enfermería, a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple, tomando una cantidad representativa del 52% equivalente a 25 personas, se les aplicó un Cuestionario, cuyos resultados fueron:

*“Las enfermedades de tipo viral mas frecuentes 80%, destacándose con mayor prevalencia Faringitis y Amigdalitis en un 56%. Según el tipo de muestra que manipulan con mayor frecuencia fue la sangre con un 48%, protección Inmunológica con Hepatitis B fue con 36%, y la disposición de recipientes para la eliminación de los materiales Biológicos No adecuados fue de un 64%, tomando con mayor prevalencia ante los accidentes laborales sucedidos fue por salpicaduras en un 32%, demostrando a seguir es el lavado de la zona con agua y jabón en un 48%. Los resultados obtenidos demuestran que el personal de Enfermería es vulnerable ante los riesgos biológicos”<sup>(3)</sup>.*

**A Nivel Nacional:**

Soto V. y colaboradores, realizaron un estudio de título **“CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AQUINAGA – CHICLAYO 2002”**; estudio descriptivo de corte transversal, donde concluyeron:

*“De una población de 117 personas personal de diversos servicios: UCI, Cirugía, Centro Quirúrgico, Neonatología, Emergencias y Hemodiálisis. Cuyo resultado fue que el personal de los servicios de UCI y Centro Quirúrgico, en un 67% tuvo un nivel de conocimiento Alto, pero sobre el cumplimiento de las medidas de bioseguridad los resultados fueron variados, siendo mayor en Centro Quirúrgico, habiéndose encontrado errores comunes: mal uso de guantes (no cambio oportuno), menor frecuencia de lavado de manos, consumo de alimentos en áreas no adecuadas, reencapuchado de las agujas, etc. Es decir existía un alto nivel de conocimiento en el personal profesional de Enfermería y auxiliar, sin embargo el cumplimiento de las medidas de Bioseguridad fue en promedio de nivel 2: de 30 – 60%”<sup>(4)</sup>.*

Arévalo R. y colaboradores, aplicaron un **“PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS PARA MODIFICAR CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE SALUD Y SU EFECTO SOBRE LA PREVALENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE SAN MARTÍN” 2003**, en un estudio prospectivo experimental, concluye que:

*“La aplicación de un programa de control de Infecciones Intrahospitalarias logró mejorar significativamente de un 20% a un 59% las actitudes y prácticas en los establecimientos de salud de San Martín”<sup>(5)</sup>.*

Alvarado Reyes M., realizó un estudio de título: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y GRADO DE APLICABILIDAD DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE SULLANA” 2005**; estudio de tipo descriptivo de corte transversal. De una muestra de 66 personas que fueron elegidas al azar, mediante un cuestionario, se obtuvo como resultados:

*“Que el grado de conocimiento acerca de las normas de Bioseguridad por el equipo de enfermería es Medio (61.5%) y que a la vez no se aplican correctamente las normas de Bioseguridad”<sup>(6)</sup>.*

Moreno Garrido Zoila, realizó un estudio de título: **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN INTERNOS PREVIAMENTE CAPACITADOS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO:2004 - 2005”**, estudio analítico, prospectivo, cuasi experimental “Pre - post”, de corte longitudinal, Se utilizó cuestionario y lista de cotejo antes de la capacitación, al tercer y sexto mes de internado. Se correlacionó capacitación con el nivel de conocimientos y aplicación de las medidas de Bioseguridad por los Internos, usando la prueba T, donde se encontró:

*“El 62% fueron mujeres. El 52% fueron internos de medicina, el 27.3% fueron internos de Enfermería. La media del puntaje de conocimientos y el nivel de aplicación aumentó significativamente desde el 3° mes, mejoró a partir del 6° mes ( $p < 0.000$ ). El nivel de conocimientos varió de bajo a medio y alto ( $p < 0.001$ ); mientras que, el nivel de aplicación de las medidas de bioseguridad varió de muy malo a regular – bueno en un 73% del total de internos.*

*La aplicación de un Programa de capacitación logró cambios estadísticamente significativos en el nivel de conocimientos y aplicación de medidas de Bioseguridad en internos del Hospital Nacional Dos de Mayo”<sup>(7)</sup>.*

Anónimo , estudio de título: **“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS QUE TIENEN LAS ENFERMERAS SOBRE LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES EN PACIENTES INTUBADOS DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL – ICA, AGOSTO – DICIEMBRE 2004”**.En su estudio descriptivo de corte transversal, se obtuvo como resultados:

*“El 84% de las enfermeras del departamento de medicina del hospital regional de Ica, poseen un conocimiento medio sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados, según los datos obtenidos a través de un cuestionario. Un gran porcentaje no supieron definir la técnica, ni los objetivos, ni complicaciones en dicho procedimiento, sin embargo el 100% conocen las barreras de protección, frecuencia y tiempo de aspiración. El 77% de las enfermeras del departamento de medicina del hospital regional de Ica, realizan una buena práctica en la técnica de aspiración de secreciones en pacientes intubados, según datos obtenidos durante la guía de observación de dicho procedimiento. El 23% de los enfermos realizan una práctica regular porque antes del procedimiento no realizan la auscultación y evaluación al paciente”<sup>(8)</sup>.*

Hoces J. y colaboradores, realizaron un estudio de título: **“INFLUENCIA Y APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL RIESGO DE ADQUIRIR ENFERMEDADES OCUPACIONALES EN EL HOSPITAL DOCENTE HUACHO 2003”**, estudio descriptivo correlacional, tomandocomo población de los servicios de Emergencia, UVI, Cirugía, Medicina y Gineco – Obstetricia, de una población de 117 personas, se realizó un muestreo aleatorio simple de 90 entre personal Profesional y No Profesional , con el uso de la encuesta y la guía de observación aplicada al personal, se obtuvo como resultado:

*“El 72% del Personal de Enfermería aplica las Medidas de Bioseguridad de manera adecuada y los servicios donde estas medidas se aplican son: UVI y Emergencias”<sup>(9)</sup>.*

Márquez A. y colaboradores, realizaron un estudio de título: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA EN LA CLÍNICA GOOD HOPE, ABRIL – MARZO 2006”**, un estudio descriptivo de corte transversal cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y la aplicación de las medidas de bioseguridad en las acciones del profesional de enfermería de la Clínica Good Hope. En la metodología se utilizó como instrumento una guía de observación y un cuestionario autoadministrado, aplicado a 40 profesionales de los diferentes servicios. Obteniéndose como resultados:

*“De un total de 40 enfermeras que participaron en el estudio, el 57,5 % tuvo un nivel de conocimiento excelente, el 42,5% es calificado como bueno. Se afirma que el nivel de conocimiento es un proceso de adquirir nuevos conocimientos empíricos y la realización de dicho conocimiento. Por ello, el profesional de enfermería debe de estar en constante capacitación en temas de bioseguridad para una mejor concientización, ya que ésta, es un conjunto de medidas, normas y procedimientos destinados a minimizar y/o controlar el riesgo biológico.*

*En cuanto al nivel de aplicación de las medidas de bioseguridad se observó que el 50% de enfermeras realiza una deficiente aplicación, y el 10% aplica en forma correcta las medidas de bioseguridad.*

*Al explorar la relación/asociación entre los resultados del nivel de conocimiento de las enfermeras sobre las medidas de bioseguridad en las acciones profesionales, con el nivel de aplicación que realizan se encontró que ambas son*

*dependientes (que el nivel aplicación depende del nivel de conocimiento). Estudios realizados demostró que el 74.3% del equipo de salud tiene conocimiento del manual de normas de bioseguridad, y el 40% consideró muy necesario su aplicación, sin embargo un tercio declaró haber tenido algún accidente laboral por incumplimiento de la aplicación de dichas medidas”<sup>(10)</sup>.*

## **Base Teórica.**

### **1. ASPECTOS GENERALES DEL CONOCIMIENTO**

#### **a. DEFINICIÓN.-**

El conocimiento es una **capacidad humana**. Su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje.

El conocimiento ha sido históricamente tratado por filósofos y psicólogos ya que es la piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología, su acertada comprensión depende de la concepción que se tenga del mundo.

Al respecto Rossental define al conocimiento como un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social que se halla indisolublemente unido a la actividad práctica.

#### **b. CARACTERÍSTICAS DEL CONOCIMIENTO.-**

- El conocimiento **carece de valor si permanece estático**. Sólo genera valor en la medida en que se mueve, es decir, cuando es transmitido o transformado.
- El conocimiento genera conocimiento mediante el uso de la **capacidad de razonamiento o inferencia**.
- El conocimiento **tiene estructura y es elaborado**, implica la existencia de redes de ricas relaciones semánticas entre entidades abstractas o materiales. Una simple base de datos, por muchos registros que contenga, no constituye *per se* conocimiento.

- El conocimiento es siempre **esclavo de un contexto** en la medida en que en el mundo real difícilmente puede existir completamente autocontenido. Así, para su transmisión es necesario que el emisor (maestro) conozca el contexto o modelo del mundo del receptor (aprendiz).
- El conocimiento puede ser **explícito** (cuando se puede recoger, manipular y transferir con facilidad) o **tácito**. Este es el caso del conocimiento heurístico resultado de la experiencia acumulada por individuos.
- ✓ El conocimiento puede estar **formalizado en diversos grados**, pudiendo ser también **informal**. La mayor parte del conocimiento transferido verbalmente es informal.

### c. FORMAS DE ADQUIRIR EL CONOCIMIENTO.-

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

Lo informal: mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud – enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.

Lo formal: es aquello que se imparte en las instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

Existen diversas fuentes del conocimiento como la realidad exterior que circunda al hombre que actúa sobre él y a su vez el hombre no solo percibe los objetos y fenómenos del mundo sino influye activamente sobre ellos transformándolas.

#### d. TIPOS DE CONOCIMIENTO:

- CONOCIMIENTO EMPIRICO

El conocimiento es como su nombre lo indica, teoría, esto es, una explicación e interpretación filosófica de conocimiento humano. El **conocimiento empírico** es el conocimiento basado en la experiencia y, en último término, en la percepción, pues nos dice qué es lo que existe y cuales son sus características, pero no nos dice que algo deba ser necesariamente así y no de otra forma; tampoco nos da verdadera universalidad.

Otro término que explica qué es el conocimiento empírico es: todo lo que sabemos y que lo repetimos continuamente sin tener un conocimiento científico por todo lo que hacemos, por ejemplo, solamente cuando te levantas, te vistes, desayunas, y te peinas para ir a la escuela, es un proceso empírico porque lo repites con mucha frecuencia.

***El conocimiento empírico tiene carácter:***

- *Particular:* Cuando no puede garantizar que lo conocido se cumpla siempre y en todos los casos, como ocurre en el conocimiento: “*en Otoño, los árboles pierden sus hojas*”.
- *Contingente:* El objeto al que atribuimos una propiedad o característica es pensable que no la tenga.

- CONOCIMIENTO COMUN.

Es aquel que es adquirido y usado espontáneamente, donde la información es captada de la vida cotidiana.

- CONOCIMIENTO CIENTIFICO.

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



- El conocimiento científico es **crítico** porque trata de distinguir lo verdadero de lo falso. Se distingue por justificar sus conocimientos, por dar pruebas de sus verdad, por eso es fundamentado, porque demuestra que es cierto.
- Se **fundamenta** a través de los métodos de investigación y prueba, el investigador sigue procedimientos, desarrolla su tarea basándose en un plan previo. La investigación científica no es errática sino planeada.
- Su **verificaciones** posible mediante la aprobación del examen de la experiencia. Las técnicas de la verificación evolucionan en el transcurso del tiempo.
- Es **sistemático** porque es una *unidad ordenada*, lo nuevos conocimientos se integran al sistema, relacionándose con los que ya existían. Es *ordenado* porque no es un agregado de informaciones aisladas, sino un sistema de ideas conectadas entre sí.
- Es un **saber unificado** porque no busca un conocimiento de lo singular y concreto, sino el conocimiento de lo general y abstracto, o sea de lo que las cosas tienen de idéntico y de permanente.
- Es **universal** porque es válido para todas las personas sin reconocer fronteras ni determinaciones de ningún tipo, no varía con las diferentes culturas.
- Es **objetivo** porque es válido para todos los individuos y no solamente para uno determinado. Es de valor general y no de valor singular o individual. Pretende conocer la realidad tal como es, la garantía de esta objetividad son sus técnicas y sus métodos de investigación y prueba.
- Es **comunicable** mediante el lenguaje científico, que es preciso e unívoco, comprensible para cualquier sujeto capacitado, quien podrá obtener los elementos necesarios para comprobar la validez de las teorías en sus aspectos lógicos y verificables.

- Es **racional** porque la ciencia conoce las cosas mediante el uso de la inteligencia, de la razón.
- El conocimiento científico es **provisorio** porque la tarea de la ciencia no se detiene, prosigue sus investigaciones con el fin de comprender mejor la realidad. La búsqueda de la verdad es una tarea abierta.
- La ciencia **explica** la realidad mediante **leyes**, éstas son las relaciones constantes y necesarias entre los hechos. Son proposiciones universales que establecen en qué condiciones sucede determinado hecho, por medio de ellas se comprenden hechos particulares.

#### e. EL CONOCIMIENTO Y LA ENFERMERIA.

El conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, lo que permite generar nuevos conocimientos.

Por lo que el conocimiento debe ser eje de interés en la formación de las enfermeras, aunado al desarrollo de habilidades y destrezas con lo que se forma la capacidad de los profesionales en esta área, lo que sin duda les guiará a ser excelentes.

Estos conocimientos fundamentan su saber y les permiten enfrentar los diversos problemas clínicos, además de facilitar la implementación de los procesos de enfermería. En el siglo pasado los conocimientos tenían un proceso lento, pero a partir del descubrimiento de las causas de las enfermedades, ayudaron y marcaron que la atención de enfermería tiene como base el conocimiento científico y en el desarrollo de teorías y modelos que han intentado explicar un conocimiento más profundo del cuidado enfermero. La profesionalización de enfermería está basada y enfocada en los aspectos culturales, científicos y humanísticos y es lo que hace su cambio diario, continuo y trascendente en la

atención, que apoya el proceso de cuidar, por lo que la actualización con diversas herramientas, más la investigación y la experiencia obtenidas, son una fuente inagotable de conocimientos para la enseñanza en las áreas donde realiza sus actividades diarias incrementando la seguridad en sus acciones.

La disciplina de ampliar los conocimientos da fortalezas que afianzan el poder de continuar perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios. Hoy en día también la enfermería se ha especializado en el avance de sus métodos y la precisión de su actuación en los cuidados, sus conocimientos deben estar al día y el intercambio de experiencias contribuye al conocimiento.

La enfermería se ha desarrollado como ciencia y como profesión, pero todo cambio debe ir respaldado por una teoría y una metodología que le dé sentido, así como una práctica que la hace útil y funcional. La práctica científica de la Enfermería requiere la adopción de una teoría que dé significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados y un método sistemático para determinar, organizar, ejecutar, realizar y evaluar las intervenciones de Enfermería. En la práctica profesional de la Enfermería los cuidados de la Salud son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor de su quehacer.

## **2. ASPECTOS CONCEPTUALES DE LA BIOSEGURIDAD.**

### **2.1 DEFINICIÓN.**

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

### **2.2 PRINCIPIOS DE BIOSEGURIDAD.-**

#### **2.2.1 Universalidad.-**

Las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología. Todo personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes. Estas precauciones deben ser aplicadas para TODAS las personas muy independientes de su patología.

#### **2.2.2 Uso de Barreras.-**

Comprende el concepto de evitar la exposición directa a fluidos orgánicos potencialmente contaminantes mediante el uso de materiales adecuados que se interpongan al contacto con los mismos. La utilización de barreras por citar los guantes: no evitan los accidentes de exposición a fluidos, pero si disminuyen las consecuencias de dichos accidentes. Entre los principales tipos de barrera se mencionan:

##### **o Barreras Físicas:**

La barrera física constituida por guantes, mascarillas, gafas, material descartable, entre otros al respecto el término barrera es definida por el Diccionario de Medicina Mosby (2000), como “una pared o cualquier obstáculo que restringe o bloquea el paso de sustancias”. El objetivo es evitar el

contacto de la piel o mucosas con la sangre y otros líquidos, en todos los pacientes, y no solamente con aquellos que tengan diagnóstico de enfermedad.

**\*LAVADO DE MANOS.-** Es un procedimiento que consiste en reducir la flora residente y la flora contaminante de manos y antebrazos.

Por otra parte, Brunner, L y Suddarth, D (1993) afirman que “la duración en el lavado de manos eficaz requiere fricción vigorosa durante al menos 10 segundos, con atención especial en el entorno de la región del lecho ungueal y entre los dedos, donde por lo general es mayor el número de microorganismos.” Es necesario después de un lavado de manos eficaz se deben enjuagar las manos completamente. Pues debe realizarse como rutina el lavado de manos después de atender a un paciente. Las lesiones en la piel pueden aumentar el riesgo de contraer cualquier enfermedad infecto-contagiosa, por lo tanto, los profesionales con lesiones expuestas en el cuerpo deben evitar el contacto directo con los fluidos corporales, cubriendo sus heridas.

Así mismo, Méndez, M. (1998), señala las siguientes recomendaciones:

- Quitarse los anillos, pues bajo de estos se acumula mugre y hay mayor proliferación de microorganismos.
- Realizar el lavado de manos después de tocar cualquier fluido o secreción corporal, independientemente de que se utilicen guantes y también lavarse después de quitárselos.
- Utilizar un producto antiséptico para eliminar con seguridad microorganismos de las manos.
- Para que el lavado de manos sea eficaz, las manos deben frotarse vigorosamente de 10 a 15 segundos y enjuagarse

bien, ya que gran parte del beneficio resulta de la eliminación de los contaminantes.

- Limpiar cuidadosamente las superficies bajo las uñas con un limpiador (palillo – cepillo) y luego desecharlo.
- Sostener las manos en posición baja en relación con los codos para evitar contaminar las regiones limpias.
- Enjuagar bien las manos y muñecas. El agua corriente arrastra suciedad y microbios patógenos.
- Secar las manos y muñecas efectuando leves toquecitos con una toalla de papel.
- Cerrar la llave con la toalla de papel seca para evitar volver a contaminarse.

**\*Guantes quirúrgicos.-** Protegen a los profesionales de la salud de los líquidos contaminados del paciente, no obstante, en muchos casos se rompen los guantes durante la intervención o presentan orificios al final de la misma, aunque no parece que sea causa de aumento de las infecciones.

Méndez, M. (1998), señala que “los guantes deben usarse una vez y deben desecharse antes de abandonar el área contaminada; usarse cuando se está en contacto con secreciones y cambiarlos antes de continuar con los cuidados”. Los guantes no son un sustituto del lavado de manos, dado que el látex no está fabricado para ser lavado y reutilizado, pues tiende a formar micro poros cuando es expuesto a actividades tales como, líquidos utilizados en la práctica diaria, desinfectantes líquidos e inclusive el jabón de manos, por lo tanto estos micro poros permiten la diseminación cruzada de gérmenes.

**\*Lamascarilla.-** Se debe utilizar porque un porcentaje importante del personal de quirófano es portador de gérmenes altamente patógenos en los orificios nasales o en

la boca. Al respecto el Diccionario de Medicina Mosby (2000), expone que la mascarilla es “una cubierta que se lleva sobre la nariz y la boca para evitar la inhalación de materiales tóxicos, para controlar el aporte de oxígeno y gases anestésicos o para proteger al paciente durante los procedimientos asépticos”. Es decir, las mascarillas previenen la transmisión de microbios infecciosos por aire y gotas, deben ser impermeables, desechables, repelente a fluidos que permita intercambio de oxígeno, tener sujeción para su colocación, el material con el cual se elabora debe ser de buena calidad.

**\*El Mandilón o Bata.**- Actúa como barrera y protege de esta forma contra la transmisión de microorganismos de un área a otra. La característica más importante que debe tener la ropa quirúrgica es su impermeabilidad a la humedad, ya que el efecto capilar de un paño o uniforme mojado transmitirá bacterias de un lado a otro del material.

Por ello, sería conveniente utilizar batas desechables como mínimo en intervenciones de alto riesgo. Por otra parte, Atkinson, L. y Fortunato, N. (1998), explican que las batas deben ser:

Resistentes a la penetración de líquidos; cómodas y no producir calor excesivo; deben ser desechables y de material de fibra de hilo no entrelazados; con la intención de proteger la ropa y la piel de las salpicaduras húmedas corporales que pueden empapar la ropa y ponerse en contacto con la piel del personal; las mangas de las batas deben ser preferiblemente largas, para mayor protección.

Cabe destacar que el uso de batas para realizar las actividades, es importante para el profesional de enfermería, ya que permitirá tener una protección específica en cierta parte del cuerpo.

**\*Lentes protectores.-** Los lentes protegen los ojos durante la realización de procedimientos que puedan generar expulsión de gotas de sangre u otros fluidos corporales que estén contaminados. Los mismos deben utilizarse cuando se maneje material de vidrio a presión reducida, materiales criogénicos, sustancias cáusticas, irritantes o corrosivas, sustancias biológicas con riesgo para la salud.

Atkinson, L. y Fortunato, N. (1998), señalan que: “se deben utilizar gafas o un protector facial cuando existan riesgos de que la sangre u otros líquidos del paciente salpiquen a los ojos”.

**\*Gorro.-** Para evitar que el cabello libere posibles microorganismos contaminantes al usuario. A juicio de Hernández, L; Contreras, N. y Prieto, C (1999), consideran que: “el cabello facilita la retención de partículas contaminadas y cuando se agitan provocan su dispersión, por lo que se consideran al mismo tiempo, como fuentes de infección y vehículos de transmisión de microorganismos”. Por tal razón se recomienda usar el gorro como barrera protectora.

Los gorros surgieron desde que se estableció que el cabello era una vía de contaminación importante, es por ello que el profesional de enfermería debe utilizar el gorro en toda situación en donde haya la posibilidad de salpicaduras o contacto con el paciente.

○ **Barreras Químicas:**

Las barreras químicas están definidas como el conjunto de acciones y procedimientos con el objetivo de reducir la carga de agentes potencialmente infecciosos (carga



microbiana) de los materiales y equipos usados en la atención hospitalaria. Estas fases consisten en:

**a) Descontaminación.-**

Es el procedimiento mediante el cual se adoptan medidas sanitarias para controlar o eliminar cualquier agente o material infeccioso o tóxico presentes en la superficie corporal de una persona o en otros objetos inanimados, incluidos los medios de transporte, que pueda constituir un riesgo para la salud pública: a través de agentes desinfectantes como el detergente enzimático que en la actualidad es el más usado.

Los detergentes enzimáticos a base de enzimas y detergentes no iónicas con pH neutro, no poseen acción corrosiva sobre ópticas, instrumental cirugías endoscópicas (metales y plásticos), capaces de saponificar las grasas, surfactar, dispersar y suspender la suciedad, disolver y degradar cualquier materia orgánica, aun en lugares de difícil acceso.

**b) Limpieza.-**

*Es el proceso físico por el cual se elimina de los objetos en uso las materias orgánicas y otros elementos sucios, mediante el lavado con agua con o sin detergente. El propósito de la limpieza no es destruir o matar los microorganismos que contaminan los objetos, sino eliminarlos por arrastre. Es indispensable para la preparación del material antes de someterlo a desinfección o esterilización.*

### **c) Desinfección,-**

*Es un proceso que compromete medidas intermedias entre limpieza y esterilización. Se efectúa mediante procedimientos en que se utilizan principalmente agentes químicos en estado líquido, agentes físicos como la irradiación ultravioleta y la pasteurización. El grado de desinfección depende de varios factores, en especial la calidad y concentración del agente desinfectante; algunos procedimientos de desinfección utilizados por tiempos no menores de 30 minutos producen destrucción de todos los microorganismos con la excepción de las esporas bacterianas resistentes.*

#### **· Clasificación de la desinfección:**

**-Alto nivel (DAN).-** Destruye toda forma vegetativa de microorganismos y además esporas en tiempos prolongados de exposición. Mata M. tuberculosis en 20 min.

Su gran problema es que no está certificada, es decir, no se sabe bien su temperatura, su concentración y su pH. Según la clasificación de Spaulding, se debieran desinfectar los artículos críticos.

**-Nivel intermedio.-** Destruye formas vegetativas de microorganismos, en general no se recomienda para uso en inmersión por su inestabilidad.

**-Nivel Bajo.-** Destruye formas vegetativas de la mayoría de los microorganismos.

#### **· Desinfectantes aceptados para DAN:**

Debe activarse para que sea germicida. El activador viene liofilizados o líquido como:

**- Glutaraldehído 2% →** Debe utilizarse en un lugar ventilado o con extractor de aire, ya que es tóxico, y libre de polvo y una vez activado dura 14 días en contenedor cerrado (no

necesariamente estéril) en un lugar ventilado y libre de polvo.

**Condiciones físicas para el proceso de DAN con Glutaraldehído:**

- Realizado en sala exclusiva, iluminada con extractor de aire, lavadero limpio y profundo, mesón lavable, dos contenedores.

- Existencia de ropa limpia y estéril

- Existencia de red de aire comprimido y motor de aspiración.

- Mueble exclusivo para guardar endoscopios.

- **Ortoftaldehído**→ Dura 14 días y no es tóxico.

✂ **Earl Spaulding** desarrolló un sistema de clasificación para la instrumentación a finales de los años 60. El sistema de Spaulding es usado para determinar los métodos apropiados para la preparación de los instrumentos médicos antes de su uso. La utilización del instrumento determina el nivel de desinfección que se requiere.

✂ **Las tres categorías, según Spaulding:**

\***Críticos:** Aquellos que son Introducidos en áreas del cuerpo normalmente estériles o dentro del sistema vascular. Requieren esterilización.

\***Semi-críticos:** Aquellos que entran en contacto con membranas mucosas intactas y usualmente no penetran las superficies del cuerpo. Precisan desinfección de alto nivel.

\***No críticos:** Aquellos que entran en contacto solamente con la piel intacta. Basta con desinfección de bajo nivel.

**d) Esterilización.-**

*Es un proceso que tiene por objeto la destrucción de toda forma de vida. En el laboratorio se utiliza el método de autoclave, por calor seco u horno, incineración (mechero de gas) y algunos agentes químicos.*

*La esterilización por calor es un proceso radical el cual algunas veces produce daño al material esterilizado. Estos factores determina el uso de agentes químicos para proteger equipos y material.*

○ **Barreras Biológicas.-**

Esta barrera se basa en la *Inmunoprofilaxis* para el personal de Salud a través del proceso destinado a inducir o transferir inmunidad artificialmente mediante la administración de un inmunológico, lo cual le va a producir anticuerpos como respuesta a la aplicación de una vacuna.

Las vacunas consisten en la suspensión de microorganismos atenuados o mucitos que se administran para prevenir mejorar o tratar ciertas enfermedades infecciosas. A la vez cada institución debe tener en cuenta ciertas normas como:

Para la selección del personal que ingrese a laborar, debe contar con una evaluación médica.

El examen médico completo a todo el personal que labora en áreas de riesgo debe realizarse anualmente. En él se debe incluir análisis de HIV, Hepatitis, TBC, entre otros.

El personal que labora en áreas de riesgo, debe recibir inmunización contra la hepatitis B, tétanos, u otros.

Se emplea en la actualidad, la inmunización activa con vacuna recombinante genéticamente modificada, para sintetizar AgHBs (vacuna hepatitis B). Esta vacuna es de aplicación intramuscular en la zona deltoidea en adultos y antero externa del muslo en niños. El esquema

recomendado es de tres dosis, la primera aplicación en el día cero, posteriormente al mes de esta aplicación y a los seis meses se coloca la tercera dosis.

### **2.2.3. Manejo y eliminación de material contaminado.-**

Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo.

Los Residuos Hospitalarios son aquellos desechos generados en los procesos y en las actividades de atención e investigación médica en los establecimientos como hospitales, clínicas, postas, laboratorios y otros.

- ***Clasificación de Residuos Hospitalarios***

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

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

Los residuos hospitalarios se clasifican en tres categorías:

- a) ***Clase A: Residuo Biocontaminado.***

- Tipo A.1: *Atención al Paciente.*

Residuos sólidos contaminados con secreciones, excreciones y demás líquidos orgánicos provenientes de la atención de pacientes, incluye restos de alimentos.

- Tipo A.2: *Material Biológico.*

Cultivos, inóculos, mezcla de microorganismos y medio de cultivo inoculado proveniente del laboratorio clínico o de

investigación, vacuna vencida o inutilizada, filtro de gases aspiradores de áreas contaminadas por agentes infecciosos y cualquier residuo contaminado por estos materiales.

– Tipo A.3: *Bolsas de Sangre y hemoderivados.*

Constituye este grupo las bolsas conteniendo sangre humana de pacientes, bolsas de sangre vacías; bolsas de sangre con plazo de utilización vencida o serología vencida; (muestras de sangre para análisis; suero, plasma y; otros subproductos). Bolsas conteniendo cualquier otro hemoderivado.

– Tipo A.4: *Residuos Quirúrgicos y Anátomo Patológicos.*

Compuesto por tejidos, órganos, piezas anatómicas, y residuos sólidos contaminados con sangre y otros líquidos orgánicos resultantes de cirugía.

– Tipo A.5: *Punzo cortantes.*

Compuestos por elementos punzo cortantes que estuvieron en contacto con agentes infecciosos, incluyen agujas hipodérmicas, pipetas, bisturís, placas de cultivo, agujas de sutura, catéteres con aguja, pipetas rotas y otros objetos de vidrio y corto punzantes desechados.

#### ✂ **Descartadores de Punzocortantes.**

##### **- Agujas y jeringas**

Se deberán usar materiales descartables. Las jeringas y agujas usadas deben ser colocadas en recipientes descartadores. Las agujas no deben ser dobladas ni se les debe colocar el capuchón protector y éste debe desecharse en el mismo momento en que se retira de la aguja estéril.

##### **- Descartadores**

Se considera descartadores al recipiente donde se depositan, con destino a su eliminación por incineración, todos los materiales corto punzantes. Estos

descartadores no deben bajo ninguna circunstancia ser reutilizados.

El descartador debe estar hecho con material resistente a los pinchazos y compatible con el procedimiento de incineración sin afección del medio ambiente.

Es recomendable que los descartadores tengan asa para su transporte y que la misma permita manipularlo lejos de la abertura del descartador.

La abertura debe ser amplia de forma tal que al introducir el material descartado, la mano del operador no sufra riesgo de accidente.

El descartador debe tener tapa para que cuando se llene hasta las tres cuartas partes del volumen del mismo, se pueda obturarlo en forma segura.

Los descartadores deben ser de color amarillo y tener el símbolo de material infectante y una inscripción advirtiendo que se manipule con cuidado. Deberá tener dicha inscripción y símbolo, de dimensiones no menores a un tercio de la altura mínima de capacidad del recipiente y con dos impresiones, de forma de visualizarlo fácilmente desde cualquier posición.

– Tipo A.6: *Animales contaminados*

Se incluyen aquí los cadáveres o partes de animales inoculados, expuesto a microorganismos patógenos, así como sus lechos o material utilizado, provenientes de los laboratorios de investigación médica o veterinaria.

**b) Clase B: Residuos Especiales.**

– Tipo B.1: *Residuos Químicos Peligrosos.*

Recipientes o materiales contaminados por sustancias o productos químicos con características tóxicas, corrosivas, inflamables, explosivos, reactivas, genotóxicos o mutagénicos, tales como quimioterapéuticos; productos

químicos no utilizados; plaguicidas fuera de especificación; solventes; ácido crómico (usado en limpieza de vidrios de laboratorio); mercurio de termómetros; soluciones para revelado de radiografías; aceites lubricantes usados, etc.

– Tipo B.2: *Residuos Farmacéuticos*.

Compuesto por medicamentos vencidos; contaminados, desactualizados; no utilizados, etc.

– Tipo B.3: *Residuos radioactivos*.

Compuesto por materiales radioactivos o contaminados con radionúclidos con baja actividad, provenientes de laboratorios de investigación química y biología; de laboratorios de análisis clínicos y servicios de medicina nuclear.

Estos materiales son normalmente sólidos o pueden ser materiales contaminados por líquidos radioactivos (jeringas, papel absorbente, frascos líquidos derramados, orina, heces, etc.)

**c) Clase C: Residuos comunes.**

Compuesto por todos los residuos que no se encuentren en ninguna de las categorías anteriores y que, por su semejanza con los residuos domésticos, pueden ser considerados como tales. En esta categoría se incluyen, por ejemplo, residuos generados en administración, proveniente de la limpieza de jardines y patios, cocina, entre otros, caracterizado por papeles, cartones, cajas, plásticos, restos de preparación de alimentos, etc.



### 3. ASPECTO CONCEPTUAL DE LAS ACTITUDES.

#### 3.1 DEFINICIÓN.-

Es la forma de comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas.

En este sentido, puede considerarse la actitud como cierta forma de motivación social de carácter, que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. Eiser define la actitud de la siguiente forma: predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social.

Los psicólogos han abordado ampliamente El problema de las actitudes, ya que tienen que ver con la conducta de las personas de relación al medio social en la que se desenvuelven. Allport da la siguiente definición:

“Es un estado mental y neurológico de las disposiciones a responder organizadamente a través de la experiencia y que ejerce una influencia directriz y/o dinámica de la conducta.”

La actitud es una predisposición para responder a un objeto y la conducta efectiva hacia el. Por otro lado, Whithaker define la actitud como:

“Una predisposición para responder de manera predeterminada frente a un objeto específico”

Resumiendo las definiciones de actitud Kerlinger refiere:

“La actitud es una predisposición organizada para sentir, percibir y comportarse hacia un referente (categoría que denota: fenómeno, objeto, acontecimiento, construcciones hipotética, etc). En cierta forma es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante el referente o el objeto cognoscitivo”. De lo expuesto la actitud es la predisposición organizada para pensar, percibir, sentir y comportarse ante un referente en forma de rechazo, aceptación e indiferencia.

### **3.2 FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES.-**

Las actitudes se van formando de distintas maneras: la conformidad, medida a través del comportamiento, es decir ante una práctica común por la presión social el individuo se conformara temporalmente y por la presión del grupo tendrá una conformidad permanente; la identificación, se establece cuando la persona define y responde de una manera predeterminada a partir de una persona o grupo por la experiencia lograda en una determinada situación; la internalización, es la aceptación absoluta de una actitud convirtiéndose en parte integral del individuo, se produce cuando una actitud es congruente con sus creencias y valores básicos, adopta la nueva actitud porque piensa que es correcta o porque quiere parecerse a alguien.

### **3.3 TEORÍAS DE LA ACTITUD.-**

#### ***a) Teoría del Aprendizaje:***

Según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, pensamientos y acciones que están en relación con ella. En la medida en que seamos recompensados (reforzados) por ellas el aprendizaje perdurará. Estas teorías del aprendizaje conciben a las personas como seres primariamente pasivos, cuyo aprendizaje depende del número y de la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos.

#### ***b) Teoría de la Consistencia Cognitiva:***

Según esta teoría la incoherencia entre dos estados de conciencia hace que las personas se sientan incómodas. En consecuencia cambian o bien sus pensamientos o bien sus acciones.

**c) Teoría de la Disonancia Cognitiva:**

Festinger sostiene que siempre que tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, estamos en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. Esto hace que nos sintamos incómodos psicológicamente y por eso hemos de hacer algo para disminuir esta disonancia.

**3.4 ESTRUCTURA DE LAS ACTITUDES.-**

Las actitudes están compuestas por tres elementos o componentes básicos:

**3.4.1 Elemento cognoscitivo:** Conformado por el conocimiento (parcialmente verdadero) que el sujeto tiene sobre el objeto de la actitud; toda actitud incorpora algún conocimiento de modo directo a través de una creencia.

**3.4.2 Elemento afectivo:** Constituido por los aspectos emocionales que acompañan a la motivación y/o formas como el objeto de la actitud afecta a las personas.

**3.4.3 Elemento motivacional:** Constituido por la predisposición del sujeto a actuar respecto al objeto. Este elemento comprende tanto el aspecto de la energía como el desencadenante (acto) conductual.

**3.5 CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES.-**

Entre las principales características de las actitudes tenemos: son aprendidas ya que se forman a través de la experiencia y representan cambios potenciales en nuestro comportamiento, por lo tanto no son innatas; son dinámicas porque cumplen un papel importante motivacional vinculando al sujeto con los objetos en la realidad y son susceptibles de modificación o sustitución, sin de extensión variable es decir pueden abarcar o comprender múltiples objetos; se interrelacionan debido a que las actitudes presentan una vinculación entre sí constituyendo conjuntos consistentes o sin contradicción; tienen una dirección u orientación frente a los

objetivos este puede ser favorable (aceptación), desfavorable (rechazo), o neutral (indiferente).

### **3.6 DIMENSIÓN DE LA MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES.-**

Según Calenzani la tendencia de las actitudes esta dado porque puede ser descrita de manera completa por medio de dos propiedades .La dirección de la actitud (positiva o negativa) y el grado del sentimiento (por la intensidad) esperado considerándola como una sola dimensión.

***Dirección:*** Señala el modo de sentir de las personas hacia el objeto es decir puede ser positiva si la tendencia al acercamiento hacia el objeto al cual tienen determinada actitud, mientras que el negativo se refiere a la predisposición a evitar el objeto.

***Intensidad:*** Indica la fuerza de los sentimientos que entraña la actitud determina el grado de intensidad con que reacciona frente al objeto de las actitudes es decir el grado se sentimiento representado (favorable, medianamente favorable o desfavorable).

### **3.7 EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES.-**

Evaluar consiste en asignar un valor a algo.

“Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que han de ser de intensidad de las expresiones verbales o de la conducta observada”.

Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que partiendo de una serie de funciones, proporcionen a juicios sobre lo que los individuos manifiestan se deducen o infieren las actitudes.

La escala de Lickert toma un número de proposiciones consideradas pertinentes a la actitud que se hade medir, los sujetos deben indicar para cada una de ellas si aprueban, están indecisos o desaprueban, el resultado es la suma final de las categorías que se registran, el proceso siguiente es ver en qué

medida los juicios por cada proposición están en correlación con el resultado final y eliminar aquellas que no manifiesten un acuerdo sustancial.

### **3.8 MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES.-**

Las actitudes pueden medirse por medio directo o indirecto según sea o no advertidas por el sujeto. “Las técnicas mas elaboradas para medir actitudes están diseñadas de tal forma que obtengan información sobre dos dimensiones: direccionalidad e intensidad, la forma general de las escalas de actitudes distinguen entre la aceptación, la indiferencia o el rechazo del objetivo de referencia, junto con una indicación de la intensidad de sus sentimientos al respecto”. Refiriéndose a las actitudes de aceptación y rechazo .Antonio Pinilla en su obra “Psicología Social” explica:

**\*Actitud de aceptación:** La actitud es positiva cuando se organiza, la propia conducta en pro del establecimiento de una relación en la que predomina la aceptación, estimación, apoyo, ayuda y cooperación. Las manifestaciones principales de esta actitud se traducen en comportamientos que se describen como: ir hacia; buscar el contacto, respuestas que se presentan como actos de aproximación, como resultado de un estilo cognoscitivo abierto que obedece a un conjunto de rasgos mas o menos estructurales de la personalidad y se cristaliza de una sistema total que sirve al hombre no solo para conocer sino también para valorar y actuar sobre la realidad física social y sobre si mismo.

**\*Actitud de rechazo:** cuando una actitud es negativa se presenta el recelo que aleja a las personas y las predisponen contra suya. El recelo es opuesto a la cooperación por el distanciamiento que sucinta y genera aislamiento, desconfianza y agresión, siendo mecanismo de defensa con que responde a la persona que se encuentra en tensión. Los mecanismo de defensa se utilizan

generalmente para anticipar y detener la intensidad provocada por un estímulo frustrante.

**\*Actitud de indecisión o indiferencia:** Es la predisposición aun no definida que traduce ambivalencia entre la aceptación y el rechazo.

#### **a) ESCALA DE LIKERT.-**

La escala de Likert, es un método desarrollado por Rensis Likert a principios de los treinta; sin embargo, se trata de un enfoque vigente y bastante popularizado

Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios sobre los cuales se pide la reacción de los sujetos.

Un ítem es una frase o proposición que expresa una idea positiva o negativa respecto a un fenómeno que nos interesa conocer. Expresa una opinión sobre un tema.

Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que exprese su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar sólo una relación lógica, además es muy recomendable que no excedan de 20 palabras.

En este caso la afirmación expresa una sola relación lógica. Las alternativas de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican cuánto se está de acuerdo con la afirmación correspondiente.

Debe recordarse que a cada una de ellas se le asigna un valor numérico y sólo puede marcarse una opción. Se considera un dato inválido a quien marque dos o más opciones.

**\* Características:**

- Es un tipo de instrumento de medición o de recolección de datos que disponemos en la investigación social.
- Es una escala para medir las actitudes.
- Consiste en un conjunto de ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción (favorable o desfavorable, positiva o negativa) de los individuos.
- Alternativas o puntos en la escala de Likert:

Alternativa :

(5) Muy de acuerdo, (4) De acuerdo, (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, (2) En desacuerdo, (1) Muy en desacuerdo.

**\* COMO SE CONSTRUYE UNA ESCALA LIKERT:**

En términos generales, una escala Likert se construye generando un elevado número de afirmaciones que califiquen al objeto de **actitud** y se administran a un grupo piloto para obtener las puntuaciones del grupo en cada afirmación.

Estas puntuaciones se correlacionan con las puntuaciones del grupo a toda la escala (la suma de las puntuaciones de todas las afirmaciones), y las afirmaciones cuyas puntuaciones se correlacionen significativamente con las puntuaciones de toda la escala, se selecciona para integrar el instrumento de medición. Asimismo, debe calcularse la confiabilidad y validez de la escala.

**\* MANERAS DE APLICAR LA ESCALA LIKERT:**

Existen dos formas básicas de aplicar una escala Likert.

- a. La primera es de manera **auto administrada**: se le entrega la escala al respondiente y éste marca respecto a cada afirmación, la categoría que mejor describe su reacción o respuesta; marcan respuestas.
- b. La segunda forma es la **Entrevista**: un entrevistador lee las afirmaciones y alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que éste conteste.

#### **4. LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

##### **a) DEFINICIÓN.-**

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es el servicio del hospital e institución de salud con equipamiento especializado de tecnología avanzada y personal altamente cualificado para tratar a pacientes con una enfermedad o traumatismo grave, es decir cuando hay alteración de las Funciones Vitales con riesgo de muerte inminente o súbita.

##### **b) ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.-**

Travelbee define a la enfermería como “un proceso interpersonal, en el cual el enfermero asiste a un individuo o familia a prevenir, enfrentar la enfermedad y el sufrimiento y a encontrar significados de esa experiencia”.

El proceso interpersonal involucra una serie de contactos que los enfermeros llevan a cabo con los pacientes, que van desde contactos verbales hasta la interpretación de gestos y movimientos para la comunicación. Otra característica de la interacción enfermero – paciente consiste en generar cambios en ambos participantes, el enfermero influye sobre el paciente, lo mismo que éste lo hace sobre el enfermero.

“Un enfermero siempre asiste a otros” es otro postulado de Travelbee, pero se debe tener en cuenta que en la asistencia a pacientes en estado crítico se presentan condiciones específicas que demandan del enfermero un abordaje especial. En este tipo de pacientes la enfermedad está presente hasta el grado de poner en peligro la vida, por tanto el cuidado de enfermería debe estar dirigido a preservar la vida y a la resolución de los problemas más



apremiantes; es decir devolver la salud o a lograr el más óptimo nivel de salud posible.

Para enfrentar las necesidades de cuidado de los pacientes los enfermeros deben tener un método lógico para enfocar los problemas, conocimiento sobre conceptos y principios de física, biología, psicología, y de ciencias médicas, de enfermería; pero también es fundamental poseer la habilidad para usar sus conocimientos en el cuidado de los pacientes y la capacidad para convertir el pensamiento en acciones inteligentes orientadas a resolver los problemas del paciente.

La contribución de los enfermeros a la superación de los problemas de los pacientes parte de la identificación e interpretación de múltiples signos clínicos aportados por monitores, ventiladores mecánicos, reportes de laboratorio y examen físico con los cuales los enfermeros construyen el perfil clínico de los pacientes que luego servirá de base para la toma de decisiones, las fuentes de información pueden ser múltiples, pero lo que no se debe olvidar es que el paciente en coordinación con los aparatos e instrumentos genera la información y expresa sus necesidades.

De ésta interacción el beneficio para el paciente se expresa en recuperar la salud, presentar menos complicaciones o morir tranquilamente, pero también aprender a vivir con sus limitaciones, secuelas y con sus tratamientos en forma permanente. Los enfermeros por su lado reciben la satisfacción de cumplir con su deber de haber contribuido a la resolución de los problemas de otros seres humanos, y por este camino avanzar hacia la experticia como profesionales.

#### **HIPOTESIS.**

- A mayor Nivel de conocimiento del profesional de Enfermería muestran actitudes favorables hacia la aplicación de las Medidas de Bioseguridad.

- A menor Nivel de conocimiento del profesional de Enfermería muestran actitudes favorables hacia la aplicación de las Medidas de Bioseguridad.

## **DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS.**

### **a. Nivel De Conocimiento.-**

Es el conjunto de información y/o saberes alcanzado a lo largo del aprendizaje por el Profesional de Enfermería sobre las Medidas de Bioseguridad.

### **b. Actitudes.-**

Es la respuesta, posición o reacción del Profesional de Enfermería frente a la aplicación de las Medidas Bioseguridad.

### **c. Medidas De Bioseguridad.-**

Son las medidas y acciones que utiliza todo profesional de Enfermería para prevenir y/o evitar los riesgos durante la atención constante al paciente crítico según su nivel de Conocimiento y la práctica en su servicio.

### **d. Unidad De Cuidados Intensivos (Uci).-**

Es un servicio o instalación especial de un hospital o institución de Salud que proporciona atención especializada a pacientes cuya patología pone en riesgo su vida (estado crítico), a la vez esta área esta dotada de personal cualificado y tecnología de punta para el manejo y tratamiento de sus usuarios.

### **e. Profesional De Enfermería.-**

Es un(a) enfermero(a) con un título universitario y/o licenciatura para ejercer la enfermería a un nivel avanzado, y este puede ofrecer sus servicios de atención en Salud en cualquier área o servicio determinado de una institución (pública o privada).

## **CAPITULO II**

### **METODOLOGIA**

#### **A. Tipo, Nivel y Método.**

De acuerdo con los objetivos planteados, esta investigación, es de tipo Cuantitativo, descriptivo, ya que como su nombre lo dice Cuantifica, describe y orienta a determinar las propiedades importantes de personas, grupos o fenómenos con base en el análisis de la información sobre el objeto de estudio.

De nivel I: Aplicativo por que será aplicado al profesional de Enfermería.

En atención al período y consecuencia del estudio, es de tipo transversal porque se estudian las variables simultáneamente en un mismo momento.

#### **B. Área de Estudio.**

El presente estudio de investigación se realizó en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé que está ubicado en la Av. Alfonso Ugarte N° 825 en el distrito de Cercado de Lima, el hospital en menciones un establecimiento del Ministerio de Salud, de Nivel III donde se brinda atención especializada a la Mujer y al Niño en

situaciones de Emergencias y Urgencias; cuenta con los servicios básicos de Medicina, Cirugía, Emergencias, Cuidados Intensivos, Centro Quirúrgico y Consultorios Externos.

El Hospital SanBartolomé es un Hospital Docente por excelencia ya que allí se forman profesionales de Enfermería, Médicos Ginecobstetras, Pediatras, Neonatologos y Obstetricas de las Universidades Locales e Institutos Tecnológicos.

Para el área de estudio se eligió el servicio de Cuidados Críticos de la Mujer y Cuidados Intensivos Neonatales ubicados en el 2º y 3º piso respectivamente, que cuenta con un total de 8 camas para UCIM y 12 incubadoras para cuidados Intensivos. Las patologías más frecuentes que se presentan en el servicio de Cuidados Críticos de la Mujer se mencionan: Insuficiencia respiratoria, Neumonías, Pre eclampsia, Eclampsia, Síndrome de HELLP, Influenza AH1N1, Complicaciones: Post anestésicas, Post Operadas de Cirugías de Alto riesgo obstétrico, Diabetes Mellitus (Coma hiperosmolar), Sepsis Ginecológica, etc.

En el servicio de Cuidados Intensivos Neonatales se hospitalizan pacientes con diagnósticos: Prematuridad, Recién Nacidos con Bajo Peso, Embarazos Múltiples (Trillizos, Mellizos), Cardiopatías Congénitas, Malformaciones Gastrointestinales, Malformaciones congénitas en general , Infecciones complicadas e Insuficiencia Respiratoria.

### **C. Población y Muestra.**

Fue constituida por todos los profesionales de Enfermería que trabajaban en los servicios de Cuidados Críticos de la Mujer y Cuidados Intensivos Neonatales, lo que hizo un total de 30 enfermeros, posteriormente se trabajó con el total de la población por ser finita, y se distribuyó en los turnos de 6 horas y de 12 horas: tarde o mañana, guardia diurna y guardia nocturna.

**\* CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Enfermera (o) asistencial que voluntariamente aceptó participar del estudio.

**\* CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Enfermera jefe de la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer.
- Enfermera jefe de la Unidad de Cuidados Críticos Neonatales.
- Enfermera(o) asistencial que no aceptó participar del estudio.

**D. Técnicas e Instrumento para la recolección de datos.**

Se aplicó la técnica de la Entrevista y como instrumento: un Cuestionario estructurado conformado por 18 preguntas de alternativa múltiple; a la vez se aplicó una Escala de Likert conformado por 23 enunciados con 5 alternativas, los cuales fueron sometidos a validez de contenido y constructo mediante el Juicio de expertos conformado por 8 especialistas en el área.

**E. Plan De Recolección de Datos.**

Una vez elaborado correctamente el Proyecto de Investigación se realizó primero la coordinación con el hospital correspondiente consultando en la Oficina de Capacitación y Apoyo a la Docencia, luego se coordinó con la jefe del Departamento de Enfermería, las enfermeras jefes del servicio de Cuidados Críticos de la Mujer y Cuidados Intensivos Neonatales, con los enfermeros del servicio, y se coordinó también los turnos y horarios en los que se aplicaron los instrumentos para su posterior análisis y tabulación de datos.

**F. Plan de Análisis e Interpretación de Datos.**

1. Solicitud dirigida al director del Hospital San Bartolomé.
2. Entrevista con la Jefe del Departamento de Enfermería.
3. Entrevista con la Enfermera Jefe del servicio de Cuidados Críticos de la Mujer.

4. Entrevista con la Enfermera Jefe del servicio de Cuidados Intensivos Neonatales.
5. Presentación del Proyecto de Investigación adjuntado con la Carta de presentación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
6. Aprobación del proyecto y autorización de la institución para ejecución del estudio.
7. Recolección de Datos en los servicios de estudio.
8. Uso de la Base Teórica.
9. Uso de la Estadística: Chi Cuadrado.
10. Codificación de ítems y Paloteo.
11. Tabulación de datos procesados.
12. Presentación de resultados mediante cuadros o tablas.
13. Elaboración del Informe Final.
14. Presentación del Informe Final.

## **G. Consideraciones Éticas.**

Toda Investigación en Salud se basa en Principios Éticos, los cuales se rigieron en el presente estudio:

### **1. Respeto por la Persona.**

Significa en esencia, dar a los pacientes el trato de personas; esto es, individuos que poseen derechos y obligaciones. Significa respetar la autonomía de los sujetos y proteger a quienes puedan sufrir una pérdida de esta autonomía por causa de enfermedad, lesiones o trastornos mentales, y obrar para que la recuperen los que la hubieren perdido. Quiere decir, reconocer los derechos fundamentales de los pacientes en tanto que persona, a saber: el derecho a conocer, a la intimidad y a recibir tratamiento.

### **2. Justicia.**

El principio de justicia en el cuidado de la salud se refiere ante todo a la máxima igualdad en la distribución de los recursos asistenciales y las oportunidades de recibir cuidados y tratamiento, de los riesgos

y los beneficios, con objeto de asegurar a que las personas reciban un trato equitativo tanto individual como colectivamente.

### **3. Autonomía.**

Define el derecho de toda persona a decidir por sí misma en todas las materias que la afecten de una u otra manera, con conocimiento de causa y sin coacción de ningún tipo.

Determina también el correspondiente deber de cada uno de respetar la autonomía de los demás. Por lo que todo sujeto de investigación tiene derecho de aceptar o negar su participación en el estudio a través del consentimiento informado.

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS Y DISCUSION**

En este capítulo de la investigación se presentan los resultados obtenidos a través del análisis estadístico realizado. Con tal finalidad se llevaron a cabo los procedimientos y cálculos necesarios para establecer la tendencia y rangos de la información obtenida, según las respuestas a los indicadores y las variables en estudio.

En este sentido se procesó dicha información, para lo cual se calcularon las frecuencias de las características del grupo con porcentajes simples, las cuales se presentan en cuadros de distribución de frecuencias.

La información presentada se complementa con tablas y gráficas estadísticas según la naturaleza de los datos, y a la vez se mantienen plasmados en los anexos mencionados para su mejor entendimiento.



## Resultados

### A. DATOS GENERALES:

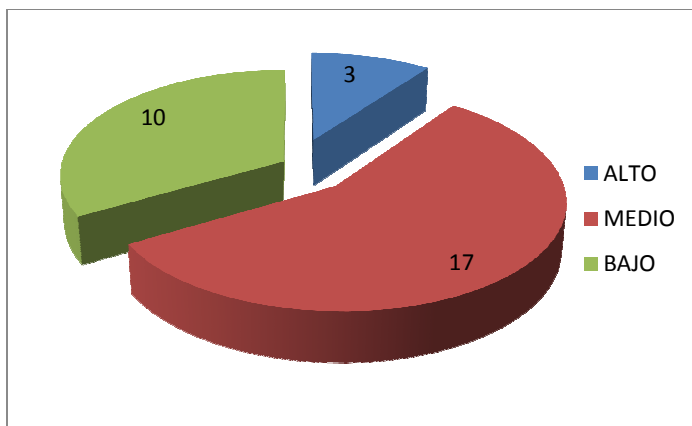
A un total de 30 enfermeros se aplicó un Cuestionario estructurado sobre Conocimientos de las Medidas de Bioseguridad. Con respecto a la distribución por género, 28 de ellos (93%) correspondió al sexo femenino y 2 de ellos (7%) al sexo masculino. **(Anexo “L”, Gráfico N°1).**

Con respecto al tiempo de servicio de los enfermeros, 17 de ellos (57%) tienen de 1 a 10 años, 6 de ellos (20%) tienen de 21 a 30 años, 5 de ellos (17%) tienen de 11 a 20 años y 2 de ellos (7%) tienen menos de 1 año de servicio. **(Anexo “M”, Gráfico N° 2).**

### A. DATOS ESPECIFICOS:

Con respecto al

***Nivel de Conocimientos de los Enfermeros sobre las Medidas de Bioseguridad en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Mayo - Julio, Lima – Perú 2010.***



**Fuente:** Instrumento aplicado al Profesional de Enfermería sobre las Medidas de Bioseguridad en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer, HONADOMANI San Bartolomé, Julio 2010.

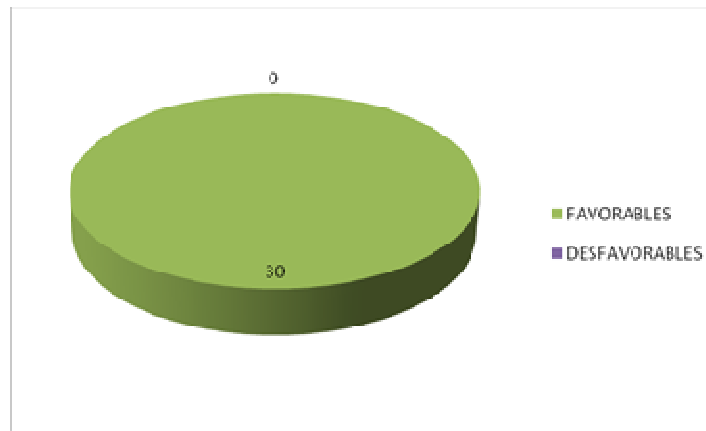
Del 100% de los Enfermeros estudiados 17 de ellos es decir el 57% tienen un Nivel de Conocimiento MEDIO, seguido por 10 enfermeros

equivalente al 33% tienen un BAJO Nivel de Conocimiento y sólo 3 de ellos equivalente al 10% poseen un ALTO Nivel de Conocimientos.

Al respecto se conoce a través del MINSA y la DIGESA que las Medidas de Bioseguridad tienen una gran implicancia en la labor del Profesional de Enfermería, y en todo personal de Salud ya que estas normas están destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes de infección a través del cumplimiento adecuado de sus normas basados en sus 3 principios básicos como: Universalidad, Uso de Barreras protectoras y el Manejo – eliminación de residuos.

Por lo tanto se deduce que el Profesional de Enfermería estudiado posee un Nivel de Conocimiento de MEDIO a BAJO, lo que nos conlleva a una reflexión urgente sobre los factores que influyen en los Enfermeros, como: la demanda laboral de servicios, la priorización de la atención y/o tratamiento de la Emergencia; otra razón que se puede añadir es la distribución de insumos que proporciona la institución a su personal de Salud y la actitud del Profesional de Enfermería en el trabajo como un acto rutinario, pasando por alto que debemos cuidarnos y protegernos primero nosotros para poder cuidar de los demás.

**Actitudes del Profesional de Enfermería hacia la aplicación de las Medidas de Bioseguridad en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Mayo - Julio.  
Lima – Perú  
2010.**



**Fuente:** Escala de Likert modificada, aplicada al Profesional de Enfermería hacia la aplicación de las Medidas de Bioseguridad en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer, HONADOMANI San Bartolomé, Julio 2010.

Los 30 enfermeros estudiados, es decir el 100% de ellos muestran Actitudes Favorables hacia la aplicación de las Medidas de Bioseguridad. Al respecto Whithaker define la actitud como: “Una predisposición para responder de manera predeterminada frente a un objeto específico” compuesta de 3 elementos: cognitivo, afectivo y conductual; es decir una influencia de conocimientos, motivaciones y actos que se manifiestan en los cuidados de Enfermería que realiza diariamente el profesional. Por lo tanto se afirma que el profesional de Enfermería muestra Actitudes favorables hacia la aplicación de las Medidas de Bioseguridad, demostrando que los enfermeros asumen de manera concientizada el uso y aplicación de normas de protección ante la exposición de riesgos en la institución de salud protegiéndose y protegiendo a los demás.

## DISCUSIÓN

En la unidad de cuidados intensivos, los enfermeros tienen especial habilidad para establecer las relaciones con los pacientes, a pesar de las dificultades que se presentan debido al estado de salud y a las limitaciones a las que están sometidos a causa de las manifestaciones del cuadro clínico, de las complicaciones clínicas y de las medidas terapéuticas tales como la inserción de tubos, catéteres, administración de medicamentos e incluso la inmovilización física a la que se recurre para evitar retiros accidentales.

En el presente estudio se encontró que los Enfermeros de la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer y UCI Neonatal poseen un Nivel de Conocimiento MEDIO sobre las Medidas de Bioseguridad y tenían Actitudes favorables hacia la aplicación de las mismas. Alvarado Reyes M. en su estudio: "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y GRADO DE APLICABILIDAD DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE SULLANA" encontró que el 61.5% de su equipo de Enfermería tenía un grado de Conocimiento MEDIO sobre las Normas de Bioseguridad y que a su vez no se aplicaban correctamente dichas normas durante las labores hospitalarias.

También Gómez R. y colaboradores en su estudio: "ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LOS RIESGOS BIOLÓGICOS EN LA UNIDAD DE SALA DE PARTO DEL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO ANTONIO MARÍA PINEDA" obtuvo que el 61% del personal estudiado tenía el conocimiento necesario sobre las Medidas de bioseguridad pero a su vez no adoptaban una conducta adecuada en sus actividades.

Ambos estudios muestran coincidencia de que el grado o nivel de Conocimiento debe ser plenamente aprendido para expresarlo a través de las conductas o actitudes en el trabajo. Es decir, que si se aprendió bien sobre Bioseguridad se aplicará de manera correcta todas sus

normas en el servicio; de caso contrario si se aprendió poco, las acciones hacia la aplicación de las normas serán escasas u omitidas.

Por otro lado se observa también la influencia del ambiente interno del servicio para que el personal tenga actitudes favorables hacia la aplicación de las medidas de Bioseguridad como de manera obligatoria ejercida por las jefaturas, plasmadas en sus protocolos de atención y guías de procedimientos; así lo menciona Soto V. y colaboradores en su estudio :“CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AQUINAGA – CHICLAYO 2002” : Cuyo resultado fue que el personal de los servicios de UCI y Centro Quirúrgico, en un 67% tuvo un nivel de conocimiento Alto, pero sobre el cumplimiento de las medidas de bioseguridad los resultados fueron variados, siendo mayor en Centro Quirúrgico, a su vez se encontró errores comunes: mal uso de guantes (no cambio oportuno), menor frecuencia de lavado de manos, consumo de alimentos en áreas no adecuadas, reencapuchado de las agujas, etc. Es decir existía un alto nivel de conocimiento en el personal profesional de Enfermería y auxiliar, sin embargo el cumplimiento de las medidas de Bioseguridad fue en promedio de nivel 2: de 30 – 60% en los servicios de hospitalización”.

Los enfermeros deben percibir la interacción enfermero – paciente como una interacción entre dos seres humanos, los pacientes no representan una tarea por cumplir, un número de cama o una enfermedad, ni se debe asumir de manera automática sin mayor análisis; si no debe asumirse de la manera que ellos son dependientes de enfermería, por tanto es importante aceptar la individualidad humana como primer paso para iniciar el camino hacia la humanización del cuidado.

En la práctica profesional de la Enfermería los cuidados de la Salud son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor de su quehacer. Y ésta práctica conformada por habilidades y destrezas cuyo pilar más

importante que debe poseer el enfermero son los conocimientos, estos fundamentan su saber y les permiten enfrentar los diversos problemas clínicos, además de facilitar la implementación de los procesos de enfermería. En el siglo pasado los conocimientos tenían un proceso lento, pero a partir del descubrimiento de las causas de las enfermedades, ayudaron y marcaron que la atención de enfermería tiene como base el conocimiento científico y el desarrollo de teorías y/o modelos que han intentado explicar un conocimiento más profundo del cuidado enfermero.

Los resultados muestran una relación inexplicable entre el Nivel de Conocimiento de MEDIO a BAJO sobre las Medidas de Bioseguridad y las Actitudes Favorables hacia la aplicación de las mismas, ya que toda práctica basada en acciones y actitudes está respaldada de una teoría y si esa Teoría basada en Conocimientos no existe o es deficiente , se deduce que el trabajo o la práctica de Enfermería se realiza de manera mecánica, rutinaria y por cumplimiento, sin percatarnos que somos Enfermeros Profesionales logrados de un período largo de aprendizaje, para poder así brindar un cuidado eficiente con calidad.

La práctica científica de la Enfermería requiere la adopción de una teoría que dé significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados y un método sistemático para determinar, organizar, ejecutar, realizar y evaluar las intervenciones de Enfermería, pero ésta teoría no debe quedar paralizada o guardada si no actualizarse cada cierto tiempo debido al mundo globalizado y competitivo en el que vivimos, por ende se necesita capacitar al Profesional de Enfermería con información actualizada y mantenerlos motivados a realizar actitudes favorables con juicio crítico de que primero debemos protegernos nosotros primero para poder cuidar y proteger a los demás.

## CAPITULO IV

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- **Conclusiones.**

Luego de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos se concluye:

- ✓ Los Enfermeros investigados poseen un Nivel de Conocimiento de Medio a Bajo sobre las Medidas de Bioseguridad, cifra alarmante para el grupo estudiado, ya que para enfrentar las necesidades del cuidado de los pacientes los enfermeros deben tener un método lógico para enfocar los problemas, conocimiento sobre conceptos y principios de física, biología, psicología, de ciencias médicas y de enfermería; pero también es fundamental poseer la habilidad para usar sus conocimientos en el cuidado de los pacientes y la capacidad para convertir el pensamiento en acciones inteligentes orientadas a resolver los problemas del paciente.

- ✓ Los Enfermeros muestran Actitudes favorables hacia la aplicación de las Medidas de Bioseguridad, lo que se deduce que la práctica de Enfermería en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer son adecuadas, usando y aplicando normas, protocolos y guías de su servicio para evitar y disminuir sus riesgos potenciales de infección.

- **Limitaciones.**

- Es difícil medir el nivel de conocimientos sólo con un cuestionario, pues muchas veces puede no reflejar el nivel alcanzado. No obstante es un instrumento bastante utilizado para evaluación de conocimientos en las carreras de ciencias de la salud.
- La aplicación de los instrumentos resultó en algunos casos dificultosa, dadas las características de algunos servicios como la rutina y horario de actividades laborales.
- Se requiere una gran demanda y disponibilidad de tiempo y de recursos para poder realizar la aplicación de los instrumentos ya que se realizó en 2 momentos por cada Enfermero y no siempre es posible contar con el apoyo del personal por que se encontraba laborando en su turno.
- A pesar de la disposición de los enfermeros las investigaciones al respecto suelen a veces confundirse con evaluaciones para la institución donde laboran, lo cual puede ocasionar rechazo o algún tipo de sesgo en los resultados de la investigación.



✓ **Recomendaciones.**

- Es recomendable impartir un Programa de Capacitación sobre Bioseguridad a todos los profesionales de Enfermería la cual debe reforzarse y monitorizarse, con el fin de lograr una adecuada aplicación de estas medidas con el pleno conocimiento del porque se debe hacer.
- Las Facultades de Ciencias de la Salud deberían dar la relevancia que corresponde al tema de Bioseguridad en los Sílabos de las Carreras, ya que es mejor aprendida durante la formación profesional.
- Es recomendable instituir un área de salud ocupacional encargada de elaborar normas, protocolos y guías sobre bioseguridad y velar por el cumplimiento de ellas para evitar infecciones y mantener a su personal protegido.

**ANEXOS**

## ANEXO "A"

### ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

#### a) RECURSOS NECESARIOS:

##### 1. HUMANOS:

- El investigador.
- Enfermeros intensivistas de los servicios indicados para la investigación.

##### 2. MATERIALES:

- Útiles de escritorio.
- Computadora.
- Internet.

#### b) PRESUPUESTO.

- Pasajes: 250 soles
  - Útiles de escritorio: 700 soles
    - Papel: s/. 30
    - Impresión: s/.600
    - Internet: s/. 200
    - Lapiceros: s/.10
    - Folders: 15 soles.
  - Anillado: s/.15
  - Viáticos: 200 soles.
- TOTAL: 1150 soles.**

**ANEXO "B"**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**

ACITIVIDADES	SETIEMBRE 2009	OCTUBRE 2009	NOVIEMBRE 2009	DICIEMBRE 2009	MAYO 2010	JUNIO 2010	JULIO 2010	AGOSTO 2010
	CICLO II				CICLO III			
- Introducción a la investigación	<b>X</b>							
- Búsqueda de Bibliografía.		<b>X</b>						
- Selección de la propuesta de investigación.			<b>X</b>					
- Elaboración del proyecto.				<b>X</b>				
- Aprobación del proyecto.				<b>X</b>				
- Presentación y autorización del área de estudio.					<b>X</b>			
- Elaboración y aprobación del instrumento.						<b>X</b>		
- Recolección de datos.							<b>X</b>	
- Procesamiento y análisis de datos.							<b>X</b>	
- Elaboración del Informe final.								<b>X</b>
- Entrega del Informe final.								<b>X</b>

**ANEXO “C”**  
**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR FINAL DE LA VARIABLE.
<p><b>* Nivel de Conocimiento Profesional de Enfermería sobre las Medidas de Bioseguridad.</b></p>	<p>Se define como un proceso cognitivo alcanzado del aprendizaje sobre las normas destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes de infección vinculadas a accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales; mediante el uso de barreras: físicas, químicas, biológicas y a través del adecuado manejo de residuos.</p>	<p>* Bioseguridad.</p> <p>* Uso de barreras físicas.</p> <p>* Uso de barreras químicas.</p> <p>* Uso de barreras biológicas.</p> <p>* Manejo y eliminación de residuos</p>	<p>- Definición.</p> <p>- Principios.</p> <p>- Lavado de Manos.</p> <p>- Uso de Guantes.</p> <p>- Uso de Mascarilla.</p> <p>- Uso de Mandilón.</p> <p>- Uso de Lentes.</p> <p>- Uso de Botas.</p> <p>- Uso de Gorro.</p> <p>- Descontaminación.</p> <p>- Limpieza.</p> <p>- Desinfección (DAN).</p> <p>- Esterilización.</p> <p>-Inmunoprofilaxis.</p> <p>- Clasificación.</p> <p>- Eliminación de residuos.</p>	<p>Es el conjunto de ideas y/o saberes adquiridos a lo largo del aprendizaje y práctica cotidiana por el Profesional de Enfermería de la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé sobre las medidas de Bioseguridad que será medido a través de la técnica de la entrevista usando como instrumento un cuestionario estructurado.</p>	<p>El Nivel de Conocimiento se medirá a través de un <b>Cuestionario</b>.</p> <p><b>1.</b> Alto.</p> <p><b>2.</b> Medio.</p> <p><b>3.</b> Bajo.</p>

<p><b>* Actitudes del Profesional de Enfermería hacia la aplicación de las Medidas de Bioseguridad.</b></p>	<p>Es la predisposición organizada para pensar, percibir, sentir y comportarse ante las normas destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes de infección vinculadas a accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales; mediante el cumplimiento del uso de barreras físicas, químicas, biológicas y a través del adecuado manejo de residuos, lo que se evidencia en forma de rechazo, aceptación o indiferencia.</p>	<p>* Cumplimiento del uso de barreras físicas.</p> <p>* Cumplimiento del uso de barreras químicas.</p> <p>* Cumplimiento del uso de barreras biológicas.</p> <p>* Cumplimiento del manejo de residuos.</p>	<p>- Realiza el lavado de Manos según normas.</p> <p>- Uso de Guantes.</p> <p>- Uso de Mascarilla.</p> <p>- Uso de Mandilón.</p> <p>- Uso de Lentes.</p> <p>- Uso de Botas.</p> <p>- Uso de Gorro.</p> <p>- Uso de desinfectantes.</p> <p>- Inmunoprofilaxis.</p> <p>-Uso de recipientes según normas.</p>	<p>Es la respuesta, posición o reacción del Profesional de Enfermería frente a la aplicación de los conocimientos aprendidos: sobre Bioseguridad evidenciado en el cumplimiento, no cumplimiento o indiferencia de dichas normas, durante su labor profesional. Los que serán medidas a través de la Escala de Likert.</p>	<p>Las Actitudes se medirán a través de la <b>Escala de Likert.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitudes Favorables.</li> <li>• Actitudes Desfavorables.</li> </ul>
---	--	--	--	--	---

## ANEXO “D”

### MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL INSTRUMENTO.

#### CUESTIONARIO

INDICADOR	PREGUNTA
<b>1. Definición de Bioseguridad.</b>	- Definición de las Medidas de Bioseguridad: .....
	- <i>Las medidas de bioseguridad se definen como un conjunto de normas destinadas a:.....</i>
	- Los principios de Bioseguridad son: .....
<b>2. Principios de Bioseguridad.</b>	- <i>Señale los principios de Bioseguridad:</i>
	- <i>La finalidad del uso de barreras físicas protectoras es evitar: .....</i>
	- <i>Las Barreras físicas protectoras como medidas de Bioseguridad son:</i>
<b>3. Lavado de Manos.</b>	- ¿Con qué finalidad se realiza el Lavado de Manos?
	- ¿En qué momento se realiza el lavado de manos?
	- <i>Señale en orden los pasos del Lavado de manos clínico:</i>
	- <i>El tiempo del lavado de manos clínico debe durar:</i>
	- <i>El gluconato de Clorhexidina usado en el lavado de manos clínico tiene acción:.....</i>
	- <i>¿Según la norma de Bioseguridad en qué momento se debe realizar el lavado de manos clínico?</i>
<b>4. Uso de Mascarilla.</b>	- ¿Por qué es importante el uso de mascarilla?
	- ¿Qué tipo de mascarilla recomienda usar la Organización Mundial de la Salud (OMS)?
	- <i>La mascarilla N – 95 tiene como finalidad filtrar: ...</i>
	- La finalidad del uso de los guantes es evitar: .....

<b>5. Uso de guantes.</b>	- <i>Los guantes quirúrgicos que son fabricados de látex son descartables, porque tienden a:</i>
<b>6. Uso de Mandilón.</b>	- <i>¿Para qué se hace uso del mandilón o bata?</i> - <i>El mandilón o bata tiene como característica principal es que debe ser:</i>
<b>7. Uso de Lentes protectores.</b>	- <i>¿Por qué es importante el uso de lentes protectores?</i>
<b>8. Uso de Gorro.</b>	- <i>¿Qué finalidad tiene el uso del gorro?</i>
<b>9. Uso de Botas.</b>	- <i>¿Por qué es necesario el uso de botas?</i> - <i>¿Cuál es la finalidad del uso de botas en la UCI?</i>
<b>10. Descontaminación.</b>	- <i>¿En qué consiste la descontaminación?</i> - <i>Spaulding clasifica a los materiales usados en la atención al paciente como:</i> - <i>El detergente enzimático tiene como acción que:.....</i>
<b>11. Limpieza.</b>	- <i>¿Cuál es la finalidad de la limpieza?</i> - <i>La limpieza es la remoción física de materia orgánica o suciedad de los objetos se realiza con:.....</i>
<b>12. Desinfección.</b>	- <i>El detergente enzimático tiene como acción que:</i> <i>¿Con qué agente químico se realiza la desinfección de alto nivel (DAN)?</i> - <i>En la desinfección de Alto nivel (DAN) se usa el Cidex (Glutaraldehído 2%) cuya acción es..... usado para material.....al calor.</i>
<b>13. Esterilización</b>	- <i>La esterilización es un proceso químico radical que tiene por objetivo:.....</i>
<b>14. Inmunoprofilaxis.</b>	- <i>La Inmunoprofilaxis consiste en:</i>
<b>15. Manejo y eliminación de residuos.</b>	- <i>Los residuos hospitalarios se clasifican en:</i> - <i>Relacione los residuos hospitalarios según su clasificación:</i> - <i>¿De qué color son los recipientes usados en el manejo de residuos hospitalarios?</i> - <i>En el manejo de residuos hospitalarios relacione y marque con un aspa según corresponda :</i>



**ANEXO “E”**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL INSTRUMENTO.**

**ESCALA DE LIKERT**

<b>INDICADOR</b>	<b>ENUNCIADO POSITIVO</b>	<b>ENUNCIADO NEGATIVO</b>
<b>1. Lavado de Manos.</b>	* Es importante cumplir con el tiempo correcto para el lavado de Manos clínico.	* No es importante cumplir con el tiempo correcto para el lavado de Manos clínico.
	* El lavado de manos clínico es una medida de bioseguridad muy importante.	* El lavado de manos clínico es una medida de bioseguridad poco importante.
	* Es indispensable para el profesional de enfermería lavarse las manos antes de la atención al paciente.	* No es indispensable para el profesional de enfermería lavarse las manos antes de la atención al paciente.
	* Es indispensable para el profesional de enfermería lavarse las manos después de la atención al paciente.	* No es indispensable para el profesional de enfermería lavarse las manos después de la atención al paciente.
<b>2. Uso De Guantes.</b>	* Es primordial el uso de guantes cuando se realiza procedimientos especiales.	* No es primordial el uso de guantes cuando se realiza procedimientos especiales.
	* Es muy importante el lavado de manos si se usa guantes.	* Es poco importante el lavado de manos si se usa guantes.
	* Es necesario el uso de guantes permanente durante la atención al paciente.	* No es necesario el uso de guantes permanente durante la atención al paciente.
<b>3. Uso de</b>	* El profesional de enfermería hace uso permanente de la mascarilla durante el turno.	* El profesional de enfermería no hace uso permanente de la mascarilla durante el turno.
	* Para el profesional de enfermería resulta igual el uso entre la mascarilla simple y la mascarilla N – 95.	* Para el profesional de enfermería no resulta igual el uso entre la mascarilla simple y la mascarilla N – 95.
	* El profesional de enfermería hace uso de la mascarilla solo	* El profesional de enfermería no hace uso de la mascarilla cuando

<b>Mascarilla.</b>	cuando realiza procedimientos especiales.	realiza procedimientos especiales.
	* Es cómodo usar la mascarilla N – 95 u otra durante la atención a pacientes inmunosuprimidos y con patologías respiratorias.	* Es incómodo usar la mascarilla N – 95 u otra durante la atención a pacientes inmunosuprimidos y con patologías respiratorias.
<b>4. Uso de Mandilón.</b>	* El uso del mandilón es imprescindible dentro de la Unidad de cuidados intensivos.	* El uso del mandilón no es imprescindible dentro de la Unidad de cuidados intensivos.
	* Causa mayor seguridad usar el mandilón para realizar los procedimientos de enfermería.	* Causa menor seguridad usar el mandilón para realizar los procedimientos de enfermería.
<b>5. Uso de lentes protectores.</b>	* Es necesario el uso de lentes protectores cuando se manipula secreciones y fluidos del paciente.	* No es necesario el uso de lentes protectores cuando se manipula secreciones y fluidos del paciente.
<b>6. Uso de Botas.</b>	* Es importante el uso de las botas dentro de la Unidad de cuidados Intensivos.	* No es importante el uso de las botas dentro de la Unidad de cuidados Intensivos.
	* Es cómodo usar las botas dentro de la Unidad de cuidados Intensivos.	* Es incómodo usar las botas dentro de la Unidad de cuidados Intensivos.
<b>7. Uso del gorro.</b>	* Es indispensable usar el gorro dentro de la Unidad de cuidados Intensivos.	* No es indispensable usar el gorro dentro de la Unidad de cuidados Intensivos.
<b>8. Descontaminación.</b>	* Es importante descontaminar el material utilizado en detergente enzimático.	* No es importante descontaminar el material utilizado en detergente enzimático.
<b>9. Desinfección.</b>	* El uso de los antisépticos y desinfectantes es indispensable para la curación de los accesos venosos.	* No es indispensable el uso de los antisépticos y desinfectantes para la curación de los accesos venosos.
	* Es esencial el uso del glutaraldehído al 2% para la desinfección de alto nivel (DAN).	* No es esencial el uso del glutaraldehído al 2% para la desinfección de alto nivel (DAN).
	* Es importante que el profesional	* No es importante que el

<b>10. Inmunopro Filaxis.</b>	de enfermería esté inmunizado.	profesional de enfermería esté inmunizado.
<b>11. Manejo y eliminación de residuos.</b>	* Es primordial clasificar, separar y eliminar los residuos hospitalarios en los recipientes según normas de bioseguridad.	* No es primordial clasificar, separar y eliminar los residuos hospitalarios en los recipientes según normas de bioseguridad.
	* Es necesario que el personal tenga conocimiento y experiencia en el manejo y eliminación de residuos hospitalarios.	* No es necesario que el personal tenga conocimiento y experiencia en el manejo y eliminación de residuos hospitalarios.
	* Es mejor aplicar las normas del hospital que las del MINSA para el manejo de residuos hospitalarios.	* Es mejor omitir las normas del hospital y las del MINSA para el manejo de residuos hospitalarios.

## ANEXO "F"

### CUESTIONARIO

#### I. PRESENTACIÓN:

Estimada(o) Colega permítame saludarlo (a) y agradecerle por brindar un minuto de su tiempo. Soy la lic. María Elena Falconí, alumna del programa de Segunda especialización: Enfermería Intensivista de la UNMSM. El presente cuestionario está dirigido al personal de enfermería que tiene como objetivo recopilar información sobre los conocimientos que Ud posee sobre las Medidas de Bioseguridad.

El presente instrumento es anónimo con lo que se garantiza la confidencialidad de sus respuestas; por lo que se le solicita a usted responder las preguntas en forma veraz y sincera, siendo su colaboración sumamente importante.

#### II. INSTRUCCIONES:

Leer detenidamente las preguntas y marcar con un aspa (x) o con un círculo (0) la respuesta correcta según su criterio.

#### III. DATOS GENERALES:

.Sexo:     a) Masculino     ( )                     b) Femenino     ( )

. Tiempo de servicio:

a) Menor de 1 año     ( )                     b) De 1 a 10 años     ( )

c) De 11 a 20 años     ( )                     d) de 21 a 30 años     ( )

#### IV. CONTENIDO.

1. Las medidas de bioseguridad se definen como un conjunto de normas destinadas a:
  - a. Reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes de infección en las instituciones de Salud.
  - b. Eliminar la transmisión de microorganismos de fuentes de infección en las instituciones de salud.
  - c. Evitar enfermedades infectocontagiosas de fuentes de infección en las instituciones de Salud.
  - d. Reducir la transmisión de microorganismos en la atención del paciente infectado en las instituciones de Salud.
  - e. No sabe.
  
2. Señale los principios de Bioseguridad:
  - a. Justicia, Uso de barreras protectoras, Eliminación de material punzo - cortante.
  - b. Manejo y eliminación de residuos, Beneficencia, Lavado de manos.
  - c. Universalidad, Uso de barreras protectoras, Manejo y eliminación de residuos.
  - d. Lavado de manos, Equidad, Manejo y eliminación de material punzo - cortante.
  - e. Uso de guantes, lavado de manos, medios de eliminación de punzo cortantes.
  
3. La finalidad del uso de barreras físicas protectoras es evitar:
  - a. El contacto directo de la piel o mucosas con fluidos contaminantes de los pacientes.
  - b. La transmisión directa de microorganismos presentes en los fluidos contaminantes de los pacientes.
  - c. La contaminación a través de los fluidos corporales de los pacientes.
  - d. El contacto directo de la piel o mucosas con áreas estériles del paciente.
  - e. La infección de piel o mucosas lesionadas por fluidos contaminantes.

4. El tiempo del Lavado de Manos clínico debe durar:
- 60 segundos.
  - 15 segundos.
  - 40 segundos.
  - 30 segundos.
  - 50 segundos.
5. Señale el orden en que debe realizarse el lavado de Manos clínico:
- Aplicar suficiente jabón líquido para cubrir la superficie de las manos.
  - Frotar las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.
  - Frotar la punta de los dedos de la mano contra la palma de la mano opuesta haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
  - Retirar joyas y objetos de las manos.
  - Enjuagar las manos con abundante agua.
  - Descartar el papel toalla usado en el tacho correspondiente.
  - Frotar el pulgar de la mano contra la palma de la mano opuesta con un movimiento de rotación y viceversa.
  - Frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta manteniendo unidos los dedos.
  - Mojar las manos con abundante agua.
  - Frotar las palmas de las manos entre sí.
  - Cerrar el grifo con el papel toalla.
  - Frotar la palma de la mano contra el dorso de la mano opuesta entrelazando los dedos y viceversa.
  - Secar las manos con una toalla de papel descartable.
6. El gluconato de Clorhexidina usado en el lavado de manos clínico tiene acción:
- Bacteriostático residual.
  - Bactericida residual.
  - Antiséptico residual.
  - Desinfectante residual.
  - Esporicida permanente.
7. Las Barreras físicas protectoras como medidas de Bioseguridad son:
- Gorro, mandilón, lentes, mascarilla, guantes y botas.
  - Mascarilla, lavado de manos, guantes, lentes, desinfección y vacunación.
  - Mandilón, desinfección, esterilización, vacunación, lavado de manos y botas.
  - Lavado de manos, asepsia, guantes, mascarilla, desinfección y gorro.
  - Botas, asepsia, mascarilla, esterilización, lavado de manos y vacunas.
8. Los guantes quirúrgicos que son fabricados de látex son descartables, porque tienden a:
- Romperse durante la realización de un procedimiento.
  - Estirarse entrando en contacto con líquidos del paciente.
  - Formar microporos en su superficie produciendo diseminación de microorganismos.
  - Poseer una superficie adherente de partículas produciendo contaminación cruzada.
  - Encogerse causando presión en las manos luego del primer uso.

9. La mascarilla N – 95 tiene como fin filtrar:
- Bacterias del aire.
  - Esporas del aire.
  - Micropartículas del aire.
  - microorganismos del aire.
  - Virus del aire.
10. El mandilón o bata tiene como característica principal es que debe ser:
- Resistente.
  - Impermeable.
  - Plástico.
  - Estéril.
  - Térmico.
11. Spaulding clasifica a los materiales usados en la atención al paciente como:
- Estériles, quirúrgicos y críticos.
  - Quirúrgicos, críticos y semi críticos.
  - Críticos, estériles y quirúrgicos.
  - Críticos, semi – críticos y no críticos.
  - Estériles, asépticos y semi críticos.
12. Según la clasificación de Spaulding, relacione y marque con un aspa según corresponda:

MATERIAL	CRÍTICOS	SEMI CRÍTICOS	NO CRÍTICOS.
Pulsioxímetro.			
Sondas.			
Marcapasos.			
Laringoscopio.			
Termómetro.			
Instrumental de cirugía menor.			
Catéteres endovenosos.			
Estetoscopio.			
Instrumental de cirugía: Laparoscopia.			

13. El detergente enzimático tiene como acción que:
- Disuelve y degrada cualquier materia orgánica, incluso en lugares de difícil acceso del material.
  - Limpia y elimina cualquier partícula de suciedad, pero no llega a lugares de difícil acceso del material.
  - Disuelve e inactiva cualquier materia orgánica, en todos los lugares del instrumental.
  - Remueve y degrada la materia orgánica adherida, incluso en lugares de difícil acceso del material.
  - Limpia y disuelve las partículas adheridas al instrumental quirúrgico.

14. Relacione los siguientes conceptos:

- a. Destrucción de todos los microorganismos con excepción de esporas bacterianas. ( ) Esterilización.
- b. Destruir toda forma de vida microbiana. ( ) Limpieza.
- c. Remoción por arrastre de materia orgánica adherida al instrumental. ( ) Desinfección Alto Nivel.
- d. Inactivación de los microorganismos para una manipulación segura del instrumental. ( ) Descontaminación.

15. La Inmunoprofilaxis consiste en:

- a. La vacunación al personal de Salud para la prevención de enfermedades.
- b. Inducir la inmunidad como prevención del contagio de enfermedades.
- c. La vacunación al personal de Salud frente al contagio de enfermedades.
- d. Inducir la inmunidad como tratamiento frente al contagio de enfermedades.
- e. La vacunación al personal durante una campaña de salud para el tratamiento de enfermedades.

16. Los residuos hospitalarios se clasifican en:

- a. Críticos, semicríticos y no críticos.
- b. Especiales, sucios y contaminados.
- c. Biocontaminados, especiales y comunes.
- d. Contaminados, críticos y comunes.
- e. Estériles, especiales y asépticos.

17. Relacione los residuos hospitalarios según su clasificación:

- a. Residuos comunes. ( ) Cultivos, muestras
- b. Residuos biocontaminados. ( ) inóculos.
- c. Residuos Anatomo patológicos. ( ) Bolsas de sangre, plasma.
- d. Hemoderivados. ( ) Envolturas, papeles.
- e. Residuos Biológicos. ( ) Organos, piezas anatómicas.
- f. Punzo – cortantes. ( ) Sondas, tubo endotraqueal.
- ( ) Bisturí, catéteres con aguja.

18. En el manejo de residuos hospitalarios relacione y marque con un aspa según corresponda :

RESIDUOS	BOLSA ROJA	BOLSA NEGRA.
Algodones y gasas con sangre.		
Frascos de Suero.		
Bolsas de sangre.		
Equipo de venoclisis y volutrol.		
Envolturas, toallas de papel.		
Sondas usadas.		

## ANEXO "G"

### ESCALA DE LICKERT MODIFICADA

#### I. PRESENTACIÓN:

Estimada(o) Colega permítame saludarlo (a) y agradecerle por brindar un minuto de su tiempo. Soy la lic. María Elena Falconí, alumna del programa de Segunda especialización: Enfermería Intensivista de la UNMSM. El presente instrumento (Escala de Lickert) está dirigido al personal de enfermería que tiene como objetivo recopilar información sobre la aplicación de las Medidas de Bioseguridad en su servicio.

El presente instrumento es anónimo con lo que se garantiza la confidencialidad de sus respuestas; por lo que se le solicita a usted responder las preguntas en forma veraz y sincera, siendo su colaboración sumamente importante.

#### II. INSTRUCCIONES:

Leer detenidamente las preguntas y marcar con un aspa (x) la respuesta correcta según su criterio.

- **T.A.** = Totalmente de Acuerdo.
- **A.** = De Acuerdo.
- **I.** = Indeciso.
- **D.A.** = En Desacuerdo.
- **T.D.A.** = Totalmente en Desacuerdo.

#### III. DATOS GENERALES:

. Sexo: a) Masculino ( )                      b) Femenino ( )

. Tiempo de servicio:

a) Menor de 1 año ( )                      b) De 1 a 10 años ( )

c) De 11 a 20 años ( )                      d) de 21 a 30 años ( )

#### Ejemplo:

ENUNCIADO	T.A.	A.	I.	D.A.	T.D.A.
1. El cumplimiento de las Medidas de Bioseguridad son imprescindibles para evitar el contagio de enfermedades.	X				



#### IV. CONTENIDO:

ENUNCIADO	T.A.	A.	I.	D.A.	T.D.A.
1. Brinda seguridad utilizar barreras protectoras durante la atención al paciente.					
2. El lavado de manos clínico es una medida de bioseguridad muy importante.					
3. Es importante cumplir con el tiempo correcto para el lavado de Manos clínico.					
4. Es indispensable para el profesional de enfermería lavarse las manos antes de la atención al paciente.					
5. Es indispensable para el profesional de enfermería lavarse las manos después de la atención al paciente					
6. Es necesario el uso de guantes permanente durante la atención al paciente.					
7. Es incómodo usar guantes durante la atención al paciente.					
8. Es primordial el uso de guantes cuando se realiza procedimientos especiales.					
9. Es poco importante el lavado de manos si se usa guantes.					
10. Es incómodo usar la mascarilla N – 95 u otra durante la atención a pacientes inmunosuprimidos y con patologías respiratorias.					
11. El uso del mandilón es imprescindible dentro de la Unidad de cuidados intensivos.					
12. Causa mayor seguridad usar el mandilón para realizar los procedimientos de enfermería.					

13. Es necesario el uso de lentes protectores cuando se manipula secreciones y fluidos del paciente.					
14. Es indispensable usar el gorro dentro de la Unidad de cuidados Intensivos.					
15. Es importante el uso de las botas dentro de la Unidad de cuidados Intensivos.					
16. Es incómodo usar las botas dentro de la Unidad de cuidados Intensivos.					
17. Es importante descontaminar el material utilizado en detergente enzimático.					
18. El uso de los antisépticos y desinfectantes es indispensable para la curación de los accesos venosos.					
19. Es esencial el uso del glutaraldehído al 2% para la desinfección de alto nivel (DAN).					
20. Es importante que el profesional de enfermería esté inmunizado.					
21. Es primordial clasificar, separar y eliminar los residuos hospitalarios en los recipientes según normas de bioseguridad.					
22. Es necesario que el personal tenga conocimiento y experiencia en el manejo y eliminación de residuos hospitalarios.					
23. Es mejor aplicar las normas del hospital que las del MINSA para el manejo de residuos hospitalarios.					

## ANEXO "H"

### PRUEBA BINOMIAL PARA JUICIO DE EXPERTOS

#### CUESTIONARIO

ITEMS	Nº de JUECES								TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	0	1	1	1	0.035
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	0	0	1	1	1	1	0.145
7	1	1	1	1	0	1	1	1	0.035
<b>TOTAL</b>									<b>0.262</b>

\* Si  $p = < 0.05$  El instrumento es válido.

$$p = 0.262 / 7$$

$$p = 0.037$$

Por lo tanto el instrumento Cuestionario es válido.

## ANEXO "I"

### PRUEBA BINOMIAL PARA JUICIO DE EXPERTOS

#### ESCALA DE LIKERT MODIFICADA

ITEMS	Nº de JUECES								TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
7	1	1	1	1	1	0	0	1	0.145
<b>TOTAL</b>									<b>0.231</b>

\* Si  $p = < 0.05$  El instrumento es válido.

$P = 0.231 / 7$

$p = 0.033$

Por lo tanto la Escala de Likert es válida.

## ANEXO “J”

### TABLA DE VACIADO DE DATOS DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO.

Items Cuestio nario	I- 1	I-2	I-3	I-4	I-5	I-6	I-7	I-8	I-9	I-10	I-11	I-12	I-13	I-14	I-15	I-16	I-17	I-18	TOTAL
<b>C-1</b>	2	2	0	0	0	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	<b>20</b>
<b>C-2</b>	2	2	2	2	0	2	0	0	2	0	2	2	0	2	0	2	0	0	<b>22</b>
<b>C-3</b>	2	2	2	0	2	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	<b>30</b>
<b>C-4</b>	2	2	2	0	0	2	0	2	2	2	2	0	2	0	2	2	0	2	<b>24</b>
<b>C-5</b>	2	0	0	0	2	2	2	0	2	2	0	2	0	2	2	2	0	2	<b>22</b>
<b>C-6</b>	0	2	2	0	0	2	0	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2	<b>24</b>
<b>C-7</b>	2	2	2	0	0	2	0	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2	<b>26</b>
<b>C-8</b>	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	0	0	0	2	0	2	2	2	<b>24</b>
<b>C-9</b>	0	2	2	2	0	2	0	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2	<b>26</b>
<b>C-10</b>	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	<b>30</b>
<b>C-11</b>	2	2	2	0	0	2	0	0	0	2	0	0	2	0	2	2	2	2	<b>20</b>
<b>C-12</b>	2	2	2	2	0	2	0	0	0	2	0	2	2	0	2	2	2	2	<b>24</b>
<b>C-13</b>	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2	2	0	2	0	2	0	<b>14</b>
<b>C-14</b>	0	0	2	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	2	2	0	2	2	<b>16</b>
<b>C-15</b>	0	2	2	2	0	2	0	0	0	2	0	0	2	2	2	2	2	2	<b>22</b>
<b>C-16</b>	2	2	2	2	0	2	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	<b>26</b>
<b>C-17</b>	0	2	0	0	0	2	2	0	2	2	0	2	0	2	0	2	0	2	<b>18</b>
<b>C-18</b>	2	0	0	2	0	2	2	0	0	2	0	0	2	2	2	2	2	0	<b>20</b>

<b>C-19</b>	0	0	2	2	2	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	2	0	2	<b>24</b>
<b>C-20</b>	2	2	0	0	0	2	0	0	2	2	0	0	0	2	2	2	2	2	<b>20</b>
<b>C-21</b>	2	2	2	2	0	2	0	0	2	0	0	0	2	0	2	2	2	2	<b>22</b>
<b>C-22</b>	2	2	0	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	<b>30</b>
<b>C-23</b>	2	2	2	0	0	2	0	2	2	2	0	0	2	2	0	2	2	2	<b>24</b>
<b>C-24</b>	2	0	0	0	2	2	2	0	0	2	2	2	2	0	2	0	2	2	<b>22</b>
<b>C-25</b>	0	0	2	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	2	0	2	2	2	<b>16</b>
<b>C-26</b>	0	2	2	2	0	2	0	0	0	2	0	0	2	2	2	2	2	2	<b>22</b>
<b>C-27</b>	2	2	2	2	0	2	0	0	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	<b>26</b>
<b>C-28</b>	0	2	0	0	0	2	2	0	2	2	0	2	0	0	2	0	2	2	<b>18</b>
<b>C-29</b>	2	0	0	2	0	2	2	0	0	2	0	0	2	2	2	2	2	0	<b>20</b>
<b>C-30</b>	0	0	2	2	2	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	2	2	0	<b>24</b>

**Puntuación:**

- Respuesta correcta = **2 puntos.**
- Respuesta incorrecta = **0 puntos.**

**Total: 18 Ítems = 36 puntos.**

**ANEXO “ K”**

**TABLA DE VACIADO DE DATOS: ESCALA DE LIKERT.**

E I	E- 1	E- 2	E- 3	E- 4	E- 5	E- 6	E- 7	E- 8	E- 9	E- 10	E- 11	E- 12	E- 13	E- 14	E- 15	E- 16	E- 17	E- 18	E- 19	E- 20	E- 21	E- 22	E- 23	E- 24	E- 25	E- 26	E- 27	E- 28	E- 29	E- 30	
I-1	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
I-2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
I-3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
I-4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
I-5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
I-6	5	3	5	3	5	3	5	3	5	5	5	3	5	5	3	3	5	5	5	3	5	3	5	5	5	3	3	5	3	5	5
I-7	3	5	1	3	1	3	3	3	1	3	3	1	3	3	3	3	1	1	3	5	1	3	1	3	3	3	3	3	3	5	3
I-8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
I-9	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1
I-10	1	1	5	3	5	1	3	1	1	3	5	1	1	3	3	5	1	1	1	1	5	3	5	3	1	3	5	1	1	3	5
I-11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
I-12	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3
I-13	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
I-14	3	3	3	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	3	3	1	5	3	3	3	3	5	5	3	5	3	3	3	3	5
I-15	5	3	3	3	5	5	3	5	5	5	5	5	5	1	3	5	1	1	5	3	3	3	5	3	5	3	5	5	3	5	1
I-16	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	5	3	5	1	1	3	5	1	3	3	3	1	1	3	1	1	1	1	3	5
I-17	3	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5
I-18	3	5	5	5	5	5	5	5	0	5	5	5	5	1	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	1	

I-19	3	3	5	3	5	1	5	5	1	5	0	0	5	5	5	0	5	5	3	3	5	3	5	5	5	5	0	3	3	5
I-20	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5
I-21	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
I-22	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
I-23	5	5	5	3	3	3	5	1	1	1	5	3	3	1	5	5	3	1	3	3	1	1	1	5	3	3	5	3	1	3
TOT	9	9	1	9	9	8	1	9	8	9	1	9	1	9	9	9	9	8	9	9	9	9	9	1	1	9	9	9	9	9
AL	3	7	0	7	8	9	0	5	6	9	0	4	0	3	5	6	1	9	1	5	7	3	9	0	0	3	6	1	3	5
			1				5				0		1										3	1						

**Puntuación:**

- Totalmente De Acuerdo (T.A.D.) = 5 puntos.
- De Acuerdo (T.A.) = 4 puntos.
- Indeciso (I.)= 3 puntos.
- En Desacuerdo (D.A.) = 2 puntos.
- Totalmente en Desacuerdo (T.D.A.) = 1 punto.

**Total = 23 Enunciados o Items con 5 alternativas de respuesta.**

**Total = 30 Enfermeros evaluados.**



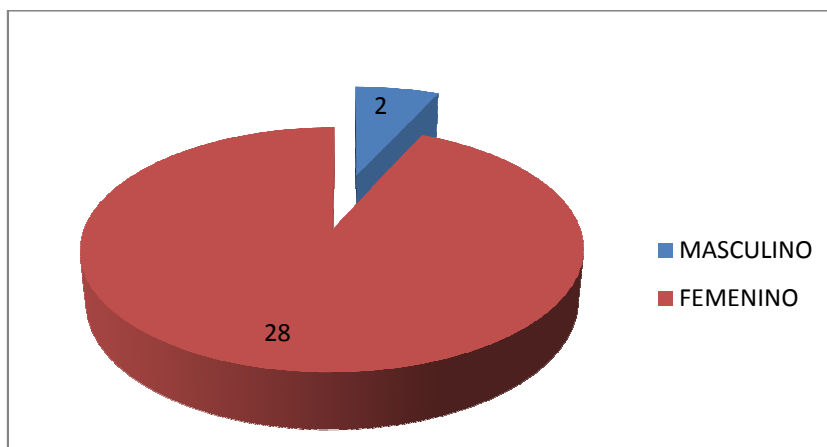
## ANEXO “ L ”

Tabla N°1.

Distribución de Frecuencias de los Enfermeros de la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer según Sexo, del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Julio. Lima – Perú 2010.

SEXO				TOTAL	
M		F			
Nº	%	Nº	%	Nº	%
2	7	28	93	30	100

Gráfico N° 1. Distribución del Profesional de Enfermería según Sexo.



**Fuente:** Cuestionario estructurado aplicado al Profesional de Enfermería sobre el Nivel de Conocimientos de las Medidas de Bioseguridad en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer, HONADOMANI San Bartolomé, Julio 2010.

- Del total de la muestra de 30 enfermeros (100%), 28 de ellos (93%) pertenecen al sexo femenino y 2 de ellos (7%) pertenecen al sexo masculino.

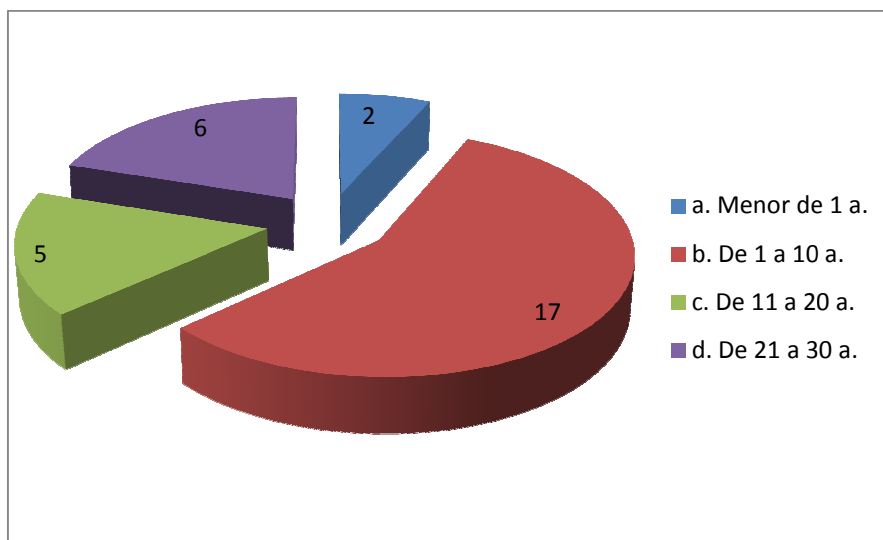
## ANEXO “ M”

**Tabla Nº2.**

**Distribución de Frecuencias de los Enfermeros de la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer según el Tiempo de Servicio del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Julio. Lima – Perú  
2010.**

TIEMPO DE SERVICIO								TOTAL	
a		b		c		d			
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2	7	17	57	5	17	6	20	30	100.0

**Gráfico Nº 2. Distribución del Profesional de Enfermería según el Tiempo de Servicio.**



**Fuente:** Cuestionario estructurado aplicado al Profesional de Enfermería sobre el Nivel de Conocimientos de las Medidas de Bioseguridad en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer, HONADOMANI San Bartolomé, Julio 2010.

- Del total de la muestra de 30 enfermeros (100%), 17 de ellos (57%) tienen entre 1 a 10 años, seguido por 6 de ellos (20%) tienen entre 21 a 30 años, luego 5 de ellos (17%) tienen entre 11 a 20 años y 2 de ellos (7%) tienen menos de 1 año de servicio en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer.

## ANEXO “N”

Tabla N° 3.

**Distribución del Profesional de Enfermería según su Nivel de Conocimientos sobre las Medidas de Bioseguridad en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Julio.**

**Lima – Perú**

**2010.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	ENFERMEROS	
	Nº	%
* ALTO (>80%)	3	10.0
* MEDIO (60 – 80%)	17	57.0
* BAJO (< 60%)	10	33.0
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

*Fuente: Tabla N° 1. Nivel de Conocimientos del Profesional de Enfermería sobre las Medidas de Bioseguridad en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer, HONADOMANI San Bartolomé, Julio 2010.*

- Del total de la muestra de 30 enfermeros (100%), 17 de ellos (57%) poseen un Nivel de Conocimientos MEDIO, seguido por 10 de ellos (33%) poseen un BAJO Nivel de Conocimientos y 3 de ellos (10%) poseen un ALTO Nivel de Conocimientos sobre las Medidas de Bioseguridad.

## ANEXO "O"

### Gráfico N° 4.

**Distribución del Profesional de Enfermería según su Nivel de Conocimientos sobre las Medidas de Bioseguridad en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Julio.**

**Lima – Perú**

**2010.**

<b>Actitudes de los enfermeros hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad.</b>	<b>Nº DE ENFERMEROS</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Favorables (&gt;70%)</b>	30	100.0
<b>Desfavorables (&lt; 69%)</b>	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

- Del total de la muestra de 30 enfermeros (100%), la totalidad es decir los 30 Enfermeros (100%) muestran Actitudes Favorables hacia la aplicación de las Medidas de Bioseguridad

**ANEXO “P”**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Estudio:**

***“Nivel de Conocimientos y Actitudes del profesional de Enfermería hacia la aplicación de las Medidas de Bioseguridad en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, período Mayo – Julio 2010”***

**Introducción.**

Las Medidas de Bioseguridad es el conjunto de normas destinadas a proteger la salud y seguridad del equipo de Salud frente a los riesgos laborales que se está expuesto durante atención directa al paciente crítico.

El objetivo de la Bioseguridad es contribuir a la construcción de una cultura de comportamiento dentro del ambiente hospitalario por parte del equipo de salud, con el fin de proteger al paciente, personal y comunidad de la trasmisión de enfermedades.

**Propósito.**

La presente investigación tiene como propósito determinar el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad y de establecer estrategias con el fin de garantizar que todo el personal se encuentre altamente capacitado antes de iniciar sus actividades diarias.

**Procedimiento.**

1. Se aplicará un cuestionario estructurado con 20 preguntas acerca de la Bioseguridad.
2. Se dará respuesta a sus interrogantes y dudas sobre el tema.

**Beneficios.**

- Lograr concientizar al profesional de enfermería sobre el tema.
- Se despejará dudas logrando un mayor consentimiento sobre el tema.

**Riesgos.**

- El profesional de Enfermería no sufrirá ningún riesgo en la investigación debido a que el cuestionario es de carácter anónimo.
- Los resultados que se obtengan de su participación será solo para la investigación sin repercusión en su desempeño laboral.

**Derechos.**

- Al ejecutar el proyecto de investigación el profesional de enfermería tiene derecho a retirarse del estudio voluntariamente si lo desea.

---

Investigadora:

Lic. María Elena Falconí Iribarren.

DNI: 43645213 CEP: 47323

Gineco – Obstetricia

HONADOMANI “San Bartolomé”

---

Sujeto de Investigación.

## ANEXO "Q"

### UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

*"Universidad del Perú, Decana de América"*

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POST GRADO

SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA



### ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Estimada(o) Docente: .....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con un aspa (X) en SI o NO en cada criterio según su opinión.

Nº	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
3.	La estructura del instrumento es adecuado.			
4.	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6.	Los ítems son claros y entendibles.			
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

**Sugerencias:**

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma, sello: Juez experto

## ANEXO "R"

"Año de la Consolidación Económica y Social del Perú".

**Solicito:** *Autorización para ejecución de Proyecto de investigación.*

**Señor Director del Hospital Nacional docente Madre Niño "San Bartolomé".**

**Dr. Julio Cano Cárdenas.**

Yo, Lic. María Elena Falconí Iribarren con DNI 43645213 como Enfermera asistencial de su institución bajo la modalidad CAS laborando en el servicio de Gineco – Obstetricia, me presento ante Ud para solicitarle lo siguiente:

Que encontrándome realizando estudios en el programa de Segunda especialización en Enfermería Intensivista y cursando actualmente el ciclo III por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos he realizado un proyecto de Investigación titulado: "Nivel de Conocimientos y Actitudes hacia la aplicación de las Medidas de Bioseguridad del Profesional de Enfermería en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, período Mayo – Julio 2010". Para lo cual pido a Ud su autorización para obtener la facilidad de ejecutar mi proyecto mencionado en el servicio indicado.

Por lo expuesto, ruego a Ud se sirva atender mi solicitud al considerarla procedente de justicia.

---

**Lic. María Elena Falconí Iribarren**  
**DNI: 43645213**

**Adjunto:**

- Proyecto de Investigación.
- Recibo derecho de pago.

## BIBLIOGRAFIA

- **PACIENTE EN ESTADO CRITICO**, Fundamentos de Medicina: Hernán Vélez A. y colaboradores. Corporación para investigaciones biológicas. 3ª edición, Colombia 2003.
  
- INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA:  
“La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidados de la Salud” – Medellín Vol. XXIII N° 1, 2005.
  
- BRUNNER, L. Y SUDDART, D. (1993) **Enfermería Médico – Quirúrgica**. Edición Mc. Graw – Hill. Interamericana. México.
  
- Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria, Ministerio de Salud. Resolución Ministerial: N° 1472 – 2002 – SA/DM.
  
- Cuidados Intensivos en el Adulto, Alpasch, AACN CriticalCare. Mc Graw Hill Interamericana, México 1998.
  
- RUBINSTEIN J.L. “Principios de la Psicología General” ED. Grisaldo – México 1985.
  
- MALAGON LONDOÑA GUSTAVO. “Infecciones Intrahospitalarias” 2da ed. Ed. Médica Interamericana – Colombia 1999.
  
- DICCIONARIO DE MEDICINA OCÉANO MOSBY (2002) Editorial Mosby. 5ª edición.



- HAMILTON/M.B.ROSE."Procedimientos de enfermería". 1ed.Editorial Interamericana. España 1984.
- Essalud. Normas Generales de Bioseguridad en EsSalud.Centro de Prevención de riesgos de Trabajo. Lima: EsSalud;2001.
- MINSA. Manual de Salud Ocupacional. DIGESA. 2005 Lima. Perú pp.01-59
- Hospital Nacional Dos de Mayo. "Accidentes Ocupacionales con fluidos corporales. Octubre 2006.
- Canales, F. Metodología de la Investigación. Editorial UTHEA Noriega Editores México – Colombia 2002 p.p 261 – 270.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Freitez G. y colaboradores (2001), realizaron un estudio de Título: **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE HEPATITIS B Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, UTILIZADOS DURANTE EL MANEJO DE MATERIALES POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL LUIS GÓMEZ LÓPEZ “** (Venezuela). Disponible en:  
[http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs\\_bmucla/textocompleto/TIWA440O552004.pdf](http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs_bmucla/textocompleto/TIWA440O552004.pdf)
  
- 2) Gómez R. y colaboradores (2002), realizaron un estudio de titulo **“ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LOS RIESGOS BIOLÓGICOS EN LA UNIDAD DE SALA DE PARTO DEL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO ANTONIO MARÍA PINEDA”** (Venezuela). Disponible en:  
[http://bibmed.ucla.edu.ve/cgi-win/be\\_alex.exe?/textocompleto/TIWY1622003.pdf](http://bibmed.ucla.edu.ve/cgi-win/be_alex.exe?/textocompleto/TIWY1622003.pdf)
  
- 3) Peña M. y colaboradores (2003), realizaron un estudio de título **“MEDIDAS PREVENTIVAS DE BIOSEGURIDAD APLICADAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA FRENTE A LOS RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO ANTONIO MARÍA PINEDA”** (Barquisimeto - Venezuela). Disponible en:  
[http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs\\_bmucla/textocompleto/TIWY1622003.pdf](http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs_bmucla/textocompleto/TIWY1622003.pdf)
  
- 4) Soto V. y colaboradores (2002), realizaron un estudio de título **“CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AQUINAGA – CHICLAYO”**(Perú). Disponible en:  
[http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/ancco\\_an/pdf/ancco\\_an.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/ancco_an/pdf/ancco_an.pdf)

- 5) Arévalo R. y colaboradores (2003), en estudio realizado de tipo prospectivo y experimental en establecimientos de Salud de la Región San Martín, **APLICANDO UN PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS PARA MODIFICAR CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE SALUD Y SU EFECTO SOBRE LA PREVALENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE SAN MARTÍN**. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v20n2/a05v20n2.pdf>
- 6) Alvarado Reyes M. (2004), realizó un estudio de título: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y GRADO DE APLICABILIDAD DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE SULLANA (OCTUBRE 2004 – ENERO 2005)**. Disponible en:  
[www.untumbes.edu.pe/inv/alumnos/fcs/ee/tesis/pdf/rt0019.pdf](http://www.untumbes.edu.pe/inv/alumnos/fcs/ee/tesis/pdf/rt0019.pdf)
- 7) Moreno Garrido Zoila (2004), realizó un estudio de título: **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN INTERNOS PREVIAMENTE CAPACITADOS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO: 2004-2005”**. Disponible en:  
[http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/moreno\\_gz/pdf/moreno\\_gz-TH.2.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/moreno_gz/pdf/moreno_gz-TH.2.pdf)
- 8) Anónimo 2004, estudio de título: **“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS QUE TIENEN LAS ENFERMERAS SOBRE LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES EN PACIENTES INTUBADOS DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL – ICA, AGOSTO – DICIEMBRE 2004”**. Disponible en:  
<http://investigacion.upeu.edu.pe/index.php/Tesis:MECI0510>

9) Hoces J. y colaboradores, realizaron un estudio de título: **“INFLUENCIA Y APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL RIESGO DE ADQUIRIR ENFERMEDADES OCUPACIONALES EN EL HOSPITAL DOCENTE HUACHO 2003”**. Disponible en:

<http://posgrado.upeu.edu.pe/revista/filev2/68-72.pdf>

10) Márquez A. y colaboradores (2006), realizaron un estudio de título: **“Nivel de conocimiento y aplicación de las Medidas de Bioseguridad en las Acciones de Enfermería en la clínica Good Hope, abril – marzo 2006”**. Disponible en:

<http://posgrado.upeu.edu.pe/revista/file/80-83.pdf>

11) NILDA ELENA CUYUMBA DAMIAN **“Conocimientos y actitudes del personal de salud hacia la aplicación de medidas de bioseguridad en los servicios de mayor riesgo del hospital Félix Mayorca Soto”**

Tesis Lima – Perú 2004. Disponible en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/cuyubamba\\_dn/cuyubamba\\_dn.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/cuyubamba_dn/cuyubamba_dn.pdf)

12) Tarmeño Mori Yraida: **“Nivel de conocimientos que tiene las enfermeras sobre medidas de bioseguridad en el cuidado del paciente neutropénico en el INEN”**. En tesis para optar el título de Licenciado especialista en Enfermería Oncológica. Lima. Perú. UNMSM. 2003. pp.74. Disponible en:

[http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/macedo\\_vy/pdf/macedo\\_vy.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/macedo_vy/pdf/macedo_vy.pdf)

## INTRODUCCIÓN

Las demandas de los servicios de salud tales como la medicina intensiva son probablemente los que más a menudo exceden la disponibilidad de recursos. Según la definición sobre los beneficios que otorgan las unidades de Cuidados Intensivos debería ser reservada para aquellos pacientes que poseen condiciones médicas reversibles, es decir que tienen una perspectiva razonable de recuperación.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es el servicio de un hospital o institución de salud dedicada a la asistencia intensiva integral y continuada del paciente críticamente enfermo, independientemente de cual sea el origen de esta situación.

Esta definición implica la existencia de los elementos básicos: infraestructura adecuada, dotación del material de monitorización y terapéutica intensiva, equipos de tecnología de punta, Medidas de Bioseguridad, equipo médico, equipo de enfermería y de personal auxiliar bien calificado y organización asistencial de cobertura continuada durante las 24 horas del día.

A su vez que la UCI atiende una patología específica, variada y disponen de medios adecuados debe tener una dedicación adicional a la enseñanza y la investigación, transformándose así en núcleos de formación para las nuevas generaciones del personal asistencial.

El nivel de conocimiento ha sido conceptualizado como la relación cognitiva entre el hombre y las cosas que lo rodean, además consiste en la obtención de información acerca de un objeto. La aplicación de las Medidas de Bioseguridad trata de obtener información acerca de normas protocolos, principios, doctrinas, etc. para ejecutarlas y de esta manera minimizar el riesgo potencial de accidentes laborales en el manejo de materiales y secreciones contaminados.

En muchas instituciones de salud el trabajo es realizado en condiciones desfavorables, y existe un riesgo mayor de adquirir una infección intrahospitalaria, lo que constituye un gran problema de salud pública, por ello es necesario capacitar al personal en la aplicación de Medidas de Bioseguridad que minimicen estos riesgos.

La correcta aplicación de Medidas de Bioseguridad disminuye la probabilidad de contagio de enfermedades infecto – contagiosas por que minimiza el riesgo a exponerse y frente a un accidente laboral o exposición involuntaria el personal sepa cómo actuar.

Dada la relevancia de lo antes expuesto se considera necesario determinar el Nivel de Conocimientos y las Actitudes hacia la aplicación de las Medidas de Bioseguridad del profesional de Enfermería en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

## INDICE

Introducción.....	I
<b>CAPITULO I : EL PROBLEMA.</b>	
- Planteamiento del Problema.....	Pág 1
- Formulación del Problema.....	Pág 3
- Objetivos.....	Pág 3
- Justificación.....	Pág 4
- Propósito.....	Pág 5
- Marco Teórico	
. Antecedentes.....	Pág 5
. Base Teórica.....	Pág 11
- Hipótesis.....	Pág 33
- Definición Operacional de Términos.....	Pág 33
- Operacionalización de Variables.....	Pág 35
<b>CAPITULO II : METODOLOGÍA.</b>	
- Tipo, Nivel y Método.....	Pág 37
- Área de estudio.....	Pág 37
- Población y Muestra.....	Pág 38
- Técnicas e Instrumento para la recolección de datos.....	Pág 38
- Plan de Recolección de datos.....	Pág 39
- Plan de Análisis e interpretación.....	Pág 39
- Consideraciones Éticas.....	Pág 39
<b>CAPITULO III : RESULTADOS Y DISCUSIÓN.</b>	
- Datos Generales.....	Pág 42
- Datos Específicos.....	Pág 43
<b>CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.</b>	
- Conclusiones.....	Pág 45
- Limitaciones.....	Pág 46
- Recomendaciones.....	Pág 47
<b>ANEXOS</b>	