



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

Escuela de Post Grado

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS

**“ NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LAS ACTITUDES HACIA LAS
MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN
MEDRANO DE HUÁNUCO - 2015”.**

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Mención Salud Pública y Docencia Universitaria

AUTORA

Lucy Yobana, CABELLO MEDRANO

ASESORA

Dra. Juana Irma, PALACIOS ZEVALLOS

Huánuco – Perú

2019



ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

En la ciudad Universitaria la Esperanza, en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, a los cuatro días del mes de junio del año dos mil diecinueve, siendo las 10:30 horas, los Jurados, docentes en la Universidad de Huánuco, Dra. Julia Palacios Zevallos, **Presidenta**, Mg. Maricela Marcelo Armas, **Secretaria**, y Mg. Edith Jara Claudio, **Vocal** respectivamente; nombrados mediante Resolución Nº 264-2019-D-EPG-UDH, de fecha tres de junio del año dos mil diecinueve y el aspirante al Grado Académico de Maestra, **Lucy Yobana CABELLO MEDRANO**.

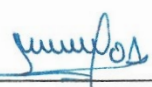
Luego de la instalación y verificación de los documentos correspondientes, la Presidenta del jurado invitó a la graduando a proceder a la exposición y defensa de su tesis intitulada: **"NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LAS ACTITUDES HACIA LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO DE HUÁNUCO - 2015"**, para optar el Grado Académico de Maestra en Ciencias de la Salud, mención: Salud Publica y Docencia Universitaria.

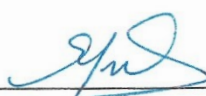
Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) APROBADA Por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de BUENO (Art. 54).

Siendo las 11:30 horas del día 04 del mes de JUNIO del año 2019, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTA
Dra. Julia Palacios Zevallos


SECRETARIA
Mg. Maricela Marcelo Armas


VOCAL
Mg. Edith Jara Claudio

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a Dios, quien hizo posible mi existencia, el único ser que me da fuerza y esperanza para seguir adelante en el cumplimiento de mis metas. Te doy gracias por darme el don de la vida por tu inmenso amor, por estar siempre a mi lado, por guiar mis pasos, por iluminar mis caminos y darme la misión de servir y entender el dolor de los demás con amor y seguridad, que tu infinita bondad nos acompañe toda la vida.

A mis padres: Nelly Medrano Esquivel y Teodoro Cabello Aquino; mis hermanos: Fernando Cabello Medrano y Jesús Nick Anderson Cabello Medrano; quienes me brindaron su amor, confianza, fortaleza, motivación, respeto, tolerancia y apoyo invaluable a lo largo de mi vida profesional, quienes velan por mi todos los días.

Con mucho amor y cariño a mi princesita Georgette Consuelo Nieto Cabello, quien es mi fuente de motivación y superación, quien me impulsa a seguir adelante escalando peldaños para superarme profesionalmente, y demostrarle que cuando uno se traza metas y objetivos claros los puede lograr cuando uno se los propone.

La autora.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, Ser Supremo, amigo fiel, que nos da la fortaleza y sabiduría para seguir en este arduo camino de la vida, y cuya mano misericordiosa se extiende siempre frente a nuestras necesidades.

A la Universidad de Huánuco nuestra, casa superior de estudios que facilitó el desarrollo de la presente.

A nuestros distinguidos maestros de la Escuela de Enfermería, por sus acertadas enseñanzas.

A las profesionales de enfermería, que constituyeron la población en estudio, por su valiosa participación en el presente trabajo.

A nuestras familias, que constituyen inspiración, sostén y fuente de apoyo inagotable.

A todos los que hicieron posible la realización de este proyecto, nuestra gratitud y reconocimiento.

La autora

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
INDICE	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCION	viii
CAPITULO I	11
1 PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.1 Descripción del problema	11
1.2 Formulación del problema	13
1.2.1 Problema general.	13
1.2.2 Problema específico	13
1.3 Objetivos generalL	13
1.4 Objetivos específicos.....	14
1.5 Trascendencia de la investigación.....	14
1.5.1 Nivel teórico.	14
1.5.2 A nivel práctico.	14
1.5.3 A nivel metodológico.....	15
CAPITULO II	16
2 MARCO TEÓRICO	16
2.1 Antecedentes de la investigación	16
2.1.1 A nivel internacional.....	16
2.1.2 A nivel nacional.....	21
2.1.3 A nivel local.....	24
2.2 Bases teóricas	25
2.3 Aspectos conceptuales o doctrinarios	27
2.3.1 Bioseguridad.....	27
2.3.2 Medidas de bioseguridad.....	28
2.3.3 Precauciones estándar Precauciones estándar.....	29
2.3.4 Transmisión por gotas (categoría IB).....	33
2.3.5 Transmisión por aire (categoría IB)	34
2.3.6 Teoría científica que sustenta.....	34
2.4 Definición Conceptuales	36
2.5 Sistema de Hipótesis	39
2.6 Sistema de variables.	39
2.6.1 Variable independiente.	39
2.6.2 Variable dependiente	39
2.7 Operacionalización de variables.....	40
CAPITULO III	43
3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	43
3.1 Tipo de Investigación.....	43
3.1.1 Enfoque	43

3.1.2	Alcanse o nivel.....	43
3.1.3	Diseño	44
3.2	Población y muestra	44
3.2.1	Población o Casos	44
3.2.2	Muestra (tipo de muestreo).....	45
3.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	46
3.3.1	Interpretación de datos y resultados.....	46
3.3.2	Análisis y datos, prueba de hipótesis.....	46
CAPITULO IV		47
4	RESULTADOS	47
4.1	Presentación de resultados	47
4.2	Análisis Inferencial y organización de datos.....	59
CAPITULO V.....		64
5	DISCUSION.....	64
5.1	Solución del problema	64
CONCLUSIONES		67
RECOMENDACIONES		68
REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS		69
ANEXOS		72

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia las medidas de bioseguridad en los profesionales de Enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, en el periodo de Abril a Julio del 2015. **Metodología:** estudio observacional, prospectivo, transversal. **Diseño:** correlacional. Se aplicó los instrumentos a una muestra de 60 profesionales de enfermería, a las cuales se midió el nivel de conocimiento sobre las medidas de bioseguridad y su relación con las actitudes. **Conclusión:** Existe relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia las medidas de bioseguridad en los profesionales de Enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, en el periodo de Abril a Julio del 2015.

Palabras claves: conocimiento, actitud, medidas de bioseguridad.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the level of knowledge and attitudes towards biosecurity measures in nursing professionals Regional Hospital Hermilio Valdizán Medrano of Huánuco, in the period from April to July 2015. **Methodology:** observational, prospective, cross-sectional study. **Design:** correlational. Instruments on a sample of 60 nurses, to which the level of knowledge on biosecurity measures and their relation to attitudes measured was applied. **Conclusion:** There is a relationship between the level of knowledge and attitudes towards biosecurity measures in nursing professionals Regional Hospital Hermilio Valdizán Medrano of Huánuco, in the period from April to July 2015.

Keywords: knowledge, attitude, biosecurity measures.

INTRODUCCION

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estiman que cada año ocurren 250 millones de accidentes relacionados con el trabajo en todo el mundo y que 3.000 personas mueren cada día por causas relacionadas con el trabajo. Así, las causas de muerte relacionadas con el trabajo se ubican por encima de los accidentes de tráfico, las guerras y la violencia. (1)

La mejora de la salud de los trabajadores ha llevado a la OIT y la Organización Mundial de la Salud (OMS) a trabajar estrechamente en temas relacionados con la seguridad y salud en el trabajo. La OMS apoya la implementación de estrategias preventivas en países con una red de 70 Centros de Colaboración, en el marco de su Estrategia Global de Salud Ocupacional para Todos. (3)

La enfermería es una profesión que requiere un profundo compromiso y sacrificio en favor del paciente, con un alto sentido de humanismo y responsabilidad que hará de la enfermera un ser humano más sensible y más capaz de enfrentar todas las adversidades y dificultades que surjan. Presente durante su viaje como profesional. En cada institución de salud, existen medidas de bioseguridad, que se consideran muy importantes dentro del área epidemiológica, en términos de enfermedades profesionales e infecciones intrahospitalarias, que tienen como objetivo proteger la salud del personal, los pacientes y la comunidad; cuyo objetivo es reducir el riesgo de transmisión de enfermedades, tanto para el

paciente como para el personal durante el desempeño de sus funciones (4).

Actualmente hay evidencia de una disociación entre el conocimiento de bioseguridad y la implementación de este conocimiento, como consecuencia, la probabilidad de adquirir enfermedades infecciosas contagiosas por contacto con secreción contaminada, manejo de agujas, administración de inyectables, extracción de sangre, recorte de agujas. , manejo de residuos, etc. (5)

Por lo tanto, actualmente hay un renovado sentido de vigilancia sobre lo que las enfermeras deben saber y practicar para protegerse y de esta manera minimizar o evitar los riesgos de contaminación en el lugar donde trabajan. Por lo tanto, es esencial que el profesional de enfermería conozca y utilice las normas de bioseguridad de manera adecuada, a fin de salvaguardar su integridad física y proteger a los pacientes que atienden de la misma manera. Cumplir con el principio de universalidad, mediante el cual se establece el deber de involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de si conocen o no su serología en la aplicación de medidas de bioseguridad. (6)

Las barreras protectoras permiten evitar la exposición directa a la sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante el uso de materiales adecuados que entren en contacto con ellos.

Estas situaciones conducen a la exposición a riesgos biológicos de diferente etiología, entre los que cabe mencionar la hepatitis B y C

y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), entre otros. Sin embargo, en estas infecciones se debe tener en cuenta que el virus que transmite la hepatitis B es 100 veces más infectivo que el virus del VIH, por lo que es muy importante que las enfermeras tengan barreras protectoras como la vacuna contra la hepatitis B, que contiene el antígeno de superficie de la hepatitis B. (7)

Saber lo que saben, cuáles son las prácticas y actitudes de los profesionales de enfermería sobre los riesgos de transmisión de enfermedades en su actividad clínica, es una valiosa fuente de información para el diseño de estrategias de educación y comunicación para promover en esta etapa de capacitación, prácticas seguras en Para reducir estos eventos.

CAPITULO I

1 PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estiman que cada año se producen 250 millones de accidentes laborales en todo el mundo y 3 000 personas mueren cada día por causas relacionadas con el trabajo. Así, las causas de muerte vinculadas al trabajo se colocan por encima de los accidentes de tránsito, las guerras y la violencia. ⁽¹⁾

La prevención de accidentes es uno de los principales supuestos necesarios a cumplir en las actividades de riesgo, principalmente en el área de la salud, en la que muchos accidentes son causados por errores humanos, que probablemente se originan por un sistema de educación deficiente y la falta de una cultura de seguridad. Estudios sobre accidentes ocupacionales ocurridos en alumnos del sector de la salud demuestran que el área de odontología es más vulnerable a la presencia de estos. Los profesionales de salud están expuestos a accidentes ocupacionales durante el ejercicio de su práctica clínica, particularmente al riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas, por el contacto directo con líquidos potencialmente infectantes y por el uso de instrumentos de rotación y corto punzantes. Este riesgo se ve incrementado por la inexperiencia en el manejo de los elementos e instrumental odontológico, el escaso desarrollo de habilidades manuales y el uso no muy difundido de barreras de contención primaria. ⁽²⁾

Las normas de bioseguridad son medidas preventivas que se implementan en las instituciones para proteger la salud y disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos, los cuales están presentes en el ambiente, especialmente en el área hospitalaria. El personal de salud está expuesto a diferentes factores de riesgo biológico por el contacto directo e indirecto, permanente o temporal, con material orgánico proveniente de la atención de pacientes: sangre, fluidos corporales, secreciones y tejidos, o a la manipulación de instrumental contaminado. ⁽³⁾

Según datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) el número de accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo, que anualmente se cobra más de 2 millones de vidas, parece estar aumentando debido a la rápida industrialización de algunos países. Más aún, una nueva evaluación de los accidentes y las enfermedades profesionales indica que el riesgo de contraer una enfermedad profesional se ha convertido en el peligro más frecuente al que se enfrentan los trabajadores en sus empleos. Estas enfermedades causan anualmente unos 1,7 millones de muertes relacionadas con el trabajo y superan a los accidentes mortales en una proporción de cuatro a uno. La mejora de la salud de los trabajadores ha llevado a la OIT y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) colaborar estrechamente en cuestiones relacionadas con la seguridad y la salud en el trabajo. La OMS respalda la aplicación de estrategias preventivas en los países con una red de 70 Centros de Colaboración,

en el marco de su Estrategia Mundial sobre Salud Ocupacional para Todos. ⁽³⁾

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general.

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia las medidas de bioseguridad en los profesionales de Enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, en el periodo de Abril a Julio del 2015?

1.2.2 Problema específico

- ¿Cuál es el Nivel de conocimiento hacia las medidas de bioseguridad en los profesionales de Enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, en el periodo de abril a julio del 2015?
- ¿Cuáles son las actitudes sobre hacia las medidas de bioseguridad en los profesionales de Enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, en el periodo de abril a julio del 2015?
- ¿Cuáles son las características socioeconómicas de los profesionales de Enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, en el periodo de abril a julio del 2015?

1.3 Objetivos general

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia las medidas de bioseguridad en los profesionales

de Enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, en el periodo de Abril a Julio del 2015.

1.4 Objetivos específicos.

- ✓ Identificar el Nivel de conocimiento hacia las medidas de bioseguridad en los profesionales de Enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, en el periodo de Abril a Julio del 2015.
- ✓ Identificar las actitudes sobre hacia las medidas de bioseguridad en los profesionales de Enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, en el periodo de Abril a Julio del 2015.
- ✓ Identificar las características sociales y laborales de los profesionales de Enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, en el periodo de Abril a Julio del 2015?

1.5 Trascendencia de la investigación

1.5.1 Nivel teórico.

El presente trabajo es trascendental a nivel teórico porque permitirá aumentar el nivel de conocimiento y mejorar las actitudes frente al tema planteado.

1.5.2 A nivel práctico.

Desde un punto de vista práctico, nuestra investigación destaca la importancia de profundizar el análisis de las actitudes hacia las medidas de seguridad de la biotecnología en los profesionales de

enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, lo que permite una mejor comprensión del problema. Asimismo, pretende promover e incrementar el nivel de información y conocimiento que tienen los profesionales de la salud y, en particular, aquellos con una licenciatura en enfermería.

1.5.3 A nivel metodológico.

A nivel metodológico, creemos que los resultados de esta investigación nos permitirán contar con información sistematizada sobre el nivel de conocimientos y actitudes frente al tema planteado para analizar en las aulas. Sirve como información básica en las pautas que se llevarán a cabo para futuros comportamientos.

CAPITULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 A nivel internacional.

Esmeraldas, Ecuador. 2014. Calberto Delgado Katherine Viviana. Incidencia de accidentes intrahospitalarios del personal de enfermería en el manejo de pacientes, del Divine Providence Hospital del Cantón San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas, 2014. Objetivo: Examinar los principales factores de riesgo que causan accidentes hospitalarios durante el manejo de pacientes de enfermería en Divina. Hospital Providencia de San Lorenzo, cantón en la Provincia de Esmeraldas, a través de una encuesta a 50 personas entre auxiliares de enfermería con licencia y atención directa. Resultados: se verificó la falta de conocimiento sobre el protocolo que se debe seguir después de sufrir un accidente hospitalario, además de la falta de actualización de las medidas de bioseguridad al realizar procedimientos y el poco uso de la mecánica corporal que causa lesiones físicas constantes. Conclusión: De acuerdo con las entrevistas realizadas con los líderes de enfermería de cada servicio, fue posible verificar que hasta el momento no ha habido informes de accidentes hospitalarios en las áreas de estudio. Es importante mencionar que cada institución de salud tiene la obligación de tener un comité de Vigilancia de la Salud que supervise

los procedimientos de enfermería para brindar un servicio de calidad y calidez a los pacientes del Hospital Divina Providencia (8).

Machala, Ecuador 2013. Ortiz Altuna, Andrea. "Conocimientos sobre medidas de bioseguridad hospitalaria en estudiantes de tercer a quinto año de medicina en la universidad técnica de Machala (UTMACH) en el año 2012". Objetivo: determinar el nivel de conocimiento acerca de las medidas de bioseguridad hospitalaria en estudiantes de medicina de tercer a quinto año de la Universidad Técnica de Machala (UTMACH) en 2012. Metodología: el método de estudio utilizado para llevar a cabo este trabajo es de tipo cruzado; por medio del cual se evaluaron 146 estudiantes de medicina de tercer a quinto año, utilizando como técnica la encuesta, que tenía como objetivo obtener información sobre su conocimiento de las medidas de bioseguridad. Análisis: se recolectaron 146 encuestas, obteniendo como resultado que el 8.2% tiene un excelente nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad, el 39.7% tiene un buen nivel, el 43.8% tiene un nivel de conocimiento regular y el 8.2% tiene un bajo nivel de conocimiento. Resultados: El nivel de conocimiento regular del 57,8% y deficiente en 83,3% es mayor en los estudiantes de tercer año de medicina, a pesar de esto, se observó que el 84,90% tiene un concepto adecuado sobre bioseguridad y el 15,10% no lo tiene. El 95.9% respondió correctamente sobre el uso de guantes, en comparación con el uso de la máscara. El 34.90% de los estudiantes respondió correctamente, mientras que el 65.10% respondió incorrectamente. 100% responde correctamente sobre el

lavado de manos. Con respecto a las agujas desechables utilizadas en el tratamiento de pacientes, solo el 17.10% respondió que la aguja debería colocarse sin su protector en recipientes especiales para esto, y el 82.90% se confundió en esta respuesta y respondió que debería colocar la tapa o romper las puntas. de la aguja. Al analizar los resultados, se puede concluir que los estudiantes tienen un conocimiento general sobre las medidas de bioseguridad, sin embargo, existen deficiencias en la ejecución de los procedimientos en el manejo de los objetos afilados y la encapsulación de las agujas.

(9)

Cúcuta, Colombia. 2013. Bautista Rodríguez, Luz; Delgado madrid, carmen. "Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería". Objetivo: Identificar el nivel de conocimiento y la aplicación de las medidas de bioseguridad que tiene el personal de enfermería. Materiales y métodos: Se realizó una investigación cuantitativa, con una descripción transversal, con una muestra de 96 personas. La información se recopiló a través de una encuesta y una lista de verificación, que se analizó mediante tabulaciones y representaciones gráficas. Resultados: El personal de enfermería de la Clínica San José tiene un conocimiento regular del 66% contra las medidas de bioseguridad y el 70% de las aplicaciones deficientes contra ellos. Conclusión: Se identificó que las principales medidas de bioseguridad, como los métodos de barrera, la eliminación adecuada del material contaminado, el manejo adecuado de los elementos de los objetos afilados, el lavado de manos no

están siendo aplicados correctamente por el personal de enfermería de la institución, lo que hace que estas situaciones sean un factor de riesgo. Presentando un accidente laboral a esta población. (3)

Medellin colombia. 2012. Cardona Arias, Jaiberth Antonio; Higueta Hernández, Eliana. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el virus de la hepatitis B en estudiantes de medicina, Medellín, Colombia, 2012. Objetivo: evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la hepatitis B y su asociación con aspectos demográficos, socioeconómicos y académicos, en estudiantes de medicina de Medellín. Materiales y métodos: se realizó un estudio transversal a 235 estudiantes de una escuela de medicina en Medellín, seleccionados por muestreo probabilístico estratificado con asignación proporcional. Se utilizó una fuente de información primaria y se creó una escala con 60 puntos. Análisis: La descripción se realizó con medidas de resumen, frecuencias e intervalos de confianza, mientras que la identificación de los factores asociados con el conocimiento, las actitudes y las prácticas con U de Mann Whitney, Anova de una vía, Tukey HSD, Rho de Spearman, de acuerdo con el cumplimiento o no del supuesto de normalidad y las regresiones lineales, en SPSS 20. Resultados: el conocimiento, las actitudes y las prácticas no fueron satisfactorios en una gran proporción de los estudiantes, solo el 43% reconoció la infección por el virus de la hepatitis B como un riesgo para el personal de salud, 77 % conoce el esquema de vacunación y menos del 90% identificó los grupos con mayor riesgo y las rutas de transmisión. Los

conocimientos, actitudes y prácticas presentaron asociación estadística con la edad y el ciclo formativo; Se observó que las prácticas relacionadas con el virus de la hepatitis B tienen una correlación positiva con el conocimiento y las actitudes de los estudiantes. Conclusión: los conocimientos, las actitudes y las prácticas no fueron satisfactorios y el principal grupo de riesgo son los estudiantes del ciclo básico. Esto es muy útil para el desarrollo de estrategias rentables para reducir el riesgo de infección con el virus de la hepatitis B en grupos de riesgo como estudiantes de salud. (10)

Camagüey, Cuba. Rodríguez Heredia, Odalys Irmira; Aguilera Batueca, Alina Caridad. Intervención educativa sobre bioseguridad en trabajadores de la salud. Objetivo: Aumentar el nivel de conocimiento sobre seguridad de la biotecnología en trabajadores de salud en el Hospital de Santa Cruz del Sur. Método: se realizó una intervención educativa sobre bioseguridad en trabajadores de salud del Hospital Enrique Santiesteban Báez desde el 1 de enero hasta el 30 de septiembre de 2008. El universo estaba formado por cuatrocientos ochenta y tres trabajadores, una muestra de ciento doce trabajadores seleccionados. a través de un muestreo aleatorio simple al que se aplicó un cuestionario. Resultados: Se evidenció que, antes de recibir las tareas educativas, existía un conocimiento adecuado sobre qué es la bioseguridad, las precauciones universales, las enfermedades que pueden contraerse si no se cumplen las medidas de seguridad biológica y qué se debe hacer en caso de accidente. con un objeto corto y afilado utilizado en un

paciente con VIH / SIDA. No es así con respecto al nivel de conocimiento sobre la legislación actual, que era bajo. Conclusiones: Después de aplicar la intervención, se logró un aumento significativo en el conocimiento de los trabajadores sobre la bioseguridad, por lo que la intervención se consideró efectiva. (11)

2.1.2 A nivel nacional.

Trujillo, Perú. Rodríguez Malaver, Lucy Clarissa. 2013. Conocimiento sobre bioseguridad y aplicación de medidas de protección para enfermeras en el departamento de neonatología del Hospital Belén de Trujillo. Objetivo: Determinar la relación entre el conocimiento sobre bioseguridad y la aplicación de medidas de protección para enfermeras del Departamento de Neonatología del Hospital Belén de Trujillo-2013. Metodología: El universo de la muestra consistió en 45 enfermeras de enfermería. Se utilizaron dos instrumentos, el primero fue medir el conocimiento que las enfermeras tienen sobre bioseguridad y el segundo fue una Guía de observación para verificar la aplicación de medidas de protección para enfermeras. Resultados: Se encontró que el 40% de las enfermeras tienen un alto nivel de conocimiento sobre bioseguridad y el 60% tiene un nivel de conocimiento medio. En cuanto a la aplicación de medidas de protección, los resultados muestran que las enfermeras cumplen con el 73.3%, mientras que en el 26.7% no cumplen con estas medidas. Conclusión: Se encontró que existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la aplicación de medidas de protección; El 88.9% de las medidas de protección con 11.1%, las enfermeras que

presentaron un alto nivel de conocimiento cumplen con la aplicación de medidas de protección y el 59.3% que presentaron un nivel promedio de conocimiento no cumplen con la aplicación de medidas de protección. Protección con 40.7% (4).

Lima, Perú. 2013. Chávez, Quijano; Reyna, Roxana. "Relación entre el conocimiento y las actitudes del profesional de enfermería respecto a la aplicación de medidas de bioseguridad en la Unidad Crítica del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Lima 2013". Objetivo: Identificar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre las medidas de bioseguridad, identificar las actitudes del profesional de enfermería hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad y determinar la relación que existe entre el conocimiento y las actitudes del profesional de enfermería hacia el Aplicación de las medidas de bioseguridad. Metodología: El presente estudio es de tipo cuantitativo, nivel de aplicación, método descriptivo, transversal. La población estaba conformada por enfermeras que trabajan en la UCIN. La técnica utilizada fue la entrevista y los instrumentos el cuestionario y la escala modificada tipo Lickert. Resultados: El nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre las medidas de bioseguridad, del 100 por ciento (20 pacientes); 45.1 (9 pacientes) tienen un alto nivel de conocimiento, 35 por ciento (7 pacientes) bajo y 20 por ciento (4 pacientes) medio. La actitud hacia la aplicación de medidas de bioseguridad 50 por ciento (10 pacientes), actitud favorable; El 30 por ciento (6 pacientes) indiferente y el 20 por ciento (4 pacientes) es desfavorable. Existe

una relación significativa ($r = 0,92$) entre el nivel de conocimiento y las actitudes del profesional de enfermería hacia la aplicación de medidas de bioseguridad, aceptando la hipótesis propuesta ($\chi^2_c = 10.29 > 9.49$). Conclusión: el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre las medidas de bioseguridad fue alto; seguido de un valor considerable en el nivel bajo, la actitud hacia la aplicación de las Medidas de Bioseguridad fue favorable, con un porcentaje considerable de indiferencia. La relación entre el conocimiento y las actitudes sobre las medidas de bioseguridad de enfermería fue significativa. Aceptando la hipótesis. (AU) (12)

Lima, Perú. 2011. Cortijo, Joanna; Gómez, Myriam; Samalvides, Frine. Cambios en los conocimientos, actitudes y aptitudes sobre la bioseguridad en estudiantes de los últimos años de Medicina. Objetivo: Determinar el conocimiento, la aptitud y la actitud sobre las enfermedades transmitidas por la sangre y las precauciones universales de bioseguridad en estudiantes de medicina de los últimos años de estudios. Material y métodos: se realizó una encuesta a estudiantes de medicina del quinto año (Grupo A), en diciembre de 2005 y luego a estudiantes de medicina del último año (grupo B), de enero a agosto de 2006. Resultados: 214 encuestas: 110 pertenecían al grupo A y 104 pertenecían al grupo B. El grupo A tenía una edad promedio de 23 años (22.24) y el grupo B de 24 años (23.25). El 54,13% del grupo A eran hombres y del grupo B el 56,73%. El 61.73% del grupo B obtuvo el índice de aprobación en la encuesta en comparación con el 38.27% del grupo A ($p = 0.003$). El

grupo B tuvo 70% más probabilidades de tener buena información en comparación con el grupo A. Del mismo modo, el grupo B tuvo 5,32 veces más accidentes que el grupo A. Conclusiones: se encontró que tener más experiencia en la práctica clínica predice un mayor conocimiento de la bioseguridad. Hubo menos aplicación de medidas de bioseguridad en el uso de material de protección en los estudiantes más experimentados (13).

2.1.3 A nivel local.

Huánuco, Perú. 2011. Giovanna Beatriz, Alata Velásquez; Sandra Alicia, Ramos Isidro. "Nivel de conocimiento de los estudiantes de la EAP de odontología y aplicación de las medidas de bioseguridad para reducir el riesgo de infección de enfermedades en la clínica dental del UNHEVAL - Huánuco - octubre 2010 - febrero 2011". Objetivo: determinar si existe una relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de medidas de bioseguridad para reducir el riesgo de contraer enfermedades. Metodología: Este estudio fue observacional - analítico con un diseño prospectivo - transversal, en el que participaron 95 estudiantes de la Escuela Académica Profesional de Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Huánuco. Análisis: Una vez que se recopilaron los registros, se transfirieron a una matriz y, utilizando el software estadístico SPSS 15.0 en español, se utilizó la prueba de correlación de Pearson para determinar la correlación entre el conocimiento y el cumplimiento de las medidas de bioseguridad. Conclusiones: Se obtuvo como resultado que el nivel de conocimiento mostró una

asociación estadísticamente significativa con la aplicación de las medidas de bioseguridad; del 100% de la población, el 41,1% calificó en el nivel de conocimiento como regular, de los cuales el 21,1% a veces cumple con dicha medida; asimismo, el 30.5% calificó en el grado de conocimiento como malo, de los cuales el 21.1% no cumplió con las medidas y, finalmente, el 28.4% calificó de bueno con respecto al grado de conocimiento del cual el 25.3% siempre cumplió con las medidas (14).

2.2 Bases teóricas

El estudio científico de las infecciones hospitalarias o nosocomiales comenzó durante la primera mitad del siglo XVIII, durante ese período y hasta el comienzo de la "era bacteriológica", las contribuciones más notables se originaron en Escocia. Sin embargo, fue hasta 100 años después, en 1858, que Florence Nightingale promueve una reforma hospitalaria. La verdadera comprensión de las infecciones hospitalarias se produjo después de los descubrimientos de Pasteur, Koch y Lister y el comienzo de la "era bacteriológica". A finales del siglo XIX, se observaron triunfos en las reformas hospitalarias y la asepsia, para dirigir la lucha contra las infecciones hospitalarias. Sin embargo, esta victoria fue de corta duración. Pronto se descubrió que las infecciones no solo se producen en pacientes obstétricos o quirúrgicos, sino en pacientes no quirúrgicos y que el aire podría ser una fuente de infección. Los estreptococos, estafilococos y bacilos gramnegativos, como causa

de infección, fueron identificados rápidamente, al igual que los organismos resistentes a los antibióticos (15).

La definición de la palabra bioseguridad se entiende por sus componentes "bio", bios (griego), que significa vida y seguridad, que es igual a protección, que significa protección de la vida humana, animal o vegetal de cualquier riesgo interno o externo, A través de la aplicación permanente de las diferentes normas y sistemas existentes en cada caso. (dieciséis)

Se considera una doctrina de comportamiento dirigida a lograr actitudes y comportamientos que reducen el riesgo de que el trabajador de salud contraiga infecciones en el lugar de trabajo. También involucra a todas aquellas otras personas en el entorno sanitario, que deben diseñarse en el marco de una estrategia de reducción de riesgos.

Como disciplina, se ocupa de la prevención y el control biológico a los cuales los animales y las plantas están expuestos directa e indirectamente como consecuencia de accidentes o negligencia de profesionales y técnicos de salud que trabajan en unidades hospitalarias y otros centros en este sector, teniendo en cuenta que Por la naturaleza de su trabajo, están expuestos a riesgos profesionales que pueden ser: físicos, químicos, biológicos y dependientes de factores humanos. (17)

2.3 Aspectos conceptuales o doctrinarios

2.3.1 Bioseguridad.

La palabra bioseguridad se entiende por sus componentes: "bio" de bios (griego) que significa vida, y seguridad que se refiere a la calidad de estar seguro, libre de daños, riesgo o peligro. Por lo tanto, la bioseguridad es la calidad de vida libre de daños, riesgos o peligros. Además, hay otros significados asociados con la palabra "Bioseguridad" que se derivan de asociaciones en conciencia con los otros sentidos de las palabras "seguro" y "seguridad" definidas como la calidad de ser: verdadero, indudable, confiable; extranjero de sospecha; firme, constante, solido A nivel hospitalario, es un término utilizado para reunir y definir las reglas relacionadas con el comportamiento preventivo del personal del Hospital, contra los riesgos inherentes a su actividad diaria. También se relaciona con el conjunto de reglas, disponibilidad e instalaciones que un establecimiento de salud ha actualizado permanentemente para evitar cualquier riesgo físico o psicológico para el personal que trabaja dentro de la institución, así como para los usuarios. También implica las obligaciones del trabajador para preservar su salud. , como responsabilidades de la institución para garantizar los medios y facilidades. Hoy en día, tanto las instituciones de salud públicas como las privadas buscan tener normas de bioseguridad que les permitan evitar cualquier tipo de problema físico o psicológico relacionado con las actividades diarias que el personal desarrolla dentro de la institución y también hace hincapié en los protocolos de

atención especial para quienes están expuestos. al mayor riesgo, tales como laboratorios de laboratorio, patólogos, radiólogos, enfermeras, instrumentación, trabajadores de emergencia, personal de lavandería, personal de mantenimiento, otros. Donde deben evitarse los accidentes. En el generador: es cada individuo que a través de cualquier técnica o procedimiento descarta un elemento.

Manejo: Acciones llevadas a cabo con el manejo, separación, recolección, almacenamiento, transporte, tratamiento, recuperación y disposición de residuos patógenos. Los cuidados a tener son simples y simples. Autocuidado: es el compromiso de cada trabajador de salud mantener su integridad mediante el uso y mantenimiento de los estándares de bioseguridad durante el proceso de trabajo. Descontaminación: es la inactivación de gérmenes mediante el uso de agentes físicos y / o químicos que el trabajador debe proteger (8).

2.3.2 Medidas de bioseguridad.

Las medidas de bioseguridad deben ser una práctica rutinaria en las unidades médicas y deben ser cumplidas por todo el personal que trabaja en estos centros, independientemente del grado de riesgo de acuerdo con su actividad y las diferentes áreas que conforman el hospital. (18)

Los antecedentes sobre las medidas para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas datan de siglos; sin embargo, los más difundidos hasta la fecha son los propuestos por el Centro de Enfermedades (CDC), Atlanta, Georgia, en el manual sobre técnicas

de aislamiento para uso en hospitales, publicado en 1970 y modificado en 1983 antes de la pandemia del síndrome adquirido por inmunodeficiencia. (SIDA) en 1985 precauciones universales con los pocos hechos que se conocían sobre la enfermedad mortal.

Al mismo tiempo, se propuso una nueva categoría de aislamiento llamada sustancias corporales. En 2008, se publicaron nuevas pautas para el aislamiento de la tuberculosis. Después de una nueva revisión, el CDC publicó en 2010 las nuevas técnicas de aislamiento, que cubren todas las posibilidades de transmisión: precauciones estándar y precauciones de transmisión.

Las siguientes recomendaciones se han clasificado de acuerdo con los fundamentos científicos que respaldan el uso adecuado de las precauciones y los sistemas de aislamiento: (19)

IA Categoría IA. Muy recomendado y apoyado por estudios bien diseñados.

□ Categoría IB. Muy recomendado por expertos en el área como efectivo, sin estudios científicos que lo respalden.

□ Categoría II. Se sugiere su implementación, pero puede no ser aplicable en todos los hospitales. Sin recomendación, no hay consenso para sugerir eficacia.

2.3.3 Precauciones estándar Precauciones estándar

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

Estas son medidas que buscan proteger a los pacientes, familiares y trabajadores de la salud, contra infecciones que podrían adquirirse a través de diferentes rutas de entrada durante la ejecución de actividades y procedimientos diarios en el cuidado de los pacientes. Las precauciones incluyen las siguientes:

a. Lavado de manos (categoría IB)

Es la medida más económica, simple y efectiva para prevenir las infecciones nosocomiales. Su importancia es que las manos son el instrumento más importante que tiene, sin embargo, puede servir como un vehículo para transportar gérmenes, ya sea del trabajador al paciente, desde el paciente al trabajador, y de paciente a paciente a través del trabajador. Se sabe que en las manos hay flora residente y transitoria, tanto grandes bacterias positivas como grandes negativas; por lo tanto, un lavado de manos simple pero efectivo (siguiendo la técnica, que implica un tiempo mínimo de enjabonado durante 15 a 30 segundos y prestando especial atención a las uñas, los dedos, los espacios interdigitales, los nudillos y las palmas), elimina la mayoría de las bacterias. (19)

Se recomienda usar jabón simple a menos que existan circunstancias específicas que sugieran el uso de otra medida (Categoría II).

Cabe mencionar que el lavado indiscriminado de manos, sin el tiempo adecuado y sin un objetivo claro, es inútil y puede causar sequedad en la piel y / o dermatitis, entre otros.

El lavado de las manos se da de la siguiente manera (19):

- Antes y después: practique algún procedimiento invasivo con el paciente, vaya al baño y tome alimentos.
- Tras contacto con excretas o secreciones. Al realizar actividades entre paciente y paciente.
- Al principio y al final de la jornada laboral.
- Uso de guantes (categoría IB)

Las razones para el uso de guantes por parte del personal de salud son principalmente para reducir los riesgos de colonización transitoria de gérmenes del personal y su transmisión al paciente; Preferiblemente deben ser guantes limpios y desechables (no estériles).

El uso de guantes estériles se especifica en procedimientos que requieren una técnica estéril para evitar que las manos de las personas se colonicen temporalmente. Es necesario verificar la calidad de los guantes (integridad, consistencia y uso individual) para garantizar que no haya propagación de gérmenes.

El uso de guantes nunca debe reemplazar el lavado de manos.

Uso de guantes:

En situaciones en las que usted estará en contacto con piel, membranas y membranas mucosas no intactas con secreciones y excreciones y cuando maneje materiales, equipos y superficies contaminados.

Es esencial quitarse o cambiarse los guantes si va a pasar de un área contaminada a una limpia. Una vez que finaliza un procedimiento con guantes y ya se consideran contaminados, no toque ninguna superficie u objeto limpio, ni realice acciones con ellos, como levantar la cabecera, colocar la sábana, dar un vaso de agua.

Los guantes siempre deben quitarse antes de abandonar el área donde se usaron.

El uso de guantes para perforar los vasos sanguíneos, ya sea para instalar venoclisis o para tomar muestras de sangre, reduce el riesgo de transmisión en caso de accidente.

segundo. Uso de la bata (categoría IB)

Se recomienda usar una bata al realizar procedimientos que pueden causar salpicaduras. Como características, se debe observar que es limpio, intacto, de material que no genera estática, que cubre el brazo y el antebrazo y cubre el cuello hasta la rodilla. Para que esta protección sea efectiva, la bata debe colocarse y quitarse con la técnica, sin olvidar algunos puntos muy importantes, como: lavarse las manos antes de ponerse la bata y después de quitarla; si solo hay una bata disponible durante el día laboral, debe usarse con un solo paciente y lavarse las manos antes de tocar las áreas limpias de la bata cuando se la quite (el área limpia de la bata se considera a cinco cm del cuello hacia abajo) y la parte interna).

En caso de que la bata se contamine durante el procedimiento, debe cambiarse a uno limpio para continuar la atención del paciente.

do. Uso de la boca o mascarillas.

Se recomienda el uso de estos accesorios durante los procedimientos que pueden generar salpicaduras; Por ejemplo, aspiración de secreciones, lavado bronquial, endoscopias y bronoscopias. De esta manera, las membranas mucosas conjuntival, nasal y oral del personal están protegidas de las secreciones, sangre o fluidos corporales provenientes del paciente que pueden estar infectados.

El cuidado de estos accesorios será el recomendado por el fabricante y dependerá del material con el que se realice, así como del tiempo de uso.

Manipulación de material punzante (categoría IB)

El uso y la eliminación de residuos de material punzante es esencial para prevenir accidentes y, en consecuencia, evitar la transmisión(19)

2.3.4 Transmisión por gotas (categoría IB)

Este tipo de transmisión es generada por una persona que tose, estornuda o habla durante los procedimientos, deposita las gotas expulsadas en la conjuntiva, boca o mucosa nasal, su tamaño es de más de 5 micrones y no se mueve más de un metro.

Aislamiento por gotas. Utilice tapones bucales al entrar en la habitación y deséchelos antes de irse, use el debate y lávese las manos en caso de contacto con el paciente. (19)

2.3.5 Transmisión por aire (categoría IB)

Transmission occurs by the dissemination of nuclei of droplets smaller than 5 microns that remain suspended in the air for long periods of time, or by dust particles with infectious agents widely disseminated by air currents. In this way they can be inhaled in the same space of the infected subject or at long distances.

Isolation by air

Wash your hands before entering the room, cover your mouth before entering the room, effective against particles less than 5 microns, wash your hands when leaving the room, preferably negative compression. (19)

2.3.6 Teoría científica que sustenta

➤ Teorías Clásicas de la Formación de las Actitudes

Las teorías clásicas de la formación de actitudes postularon que éstas se aprendieron de la misma manera que otras respuestas aprendidas. Se consideró que las respuestas de actitud fueron reforzadas por procesos de condicionamiento clásico e instrumental.

a. El condicionamiento clásico de las actitudes.

El condicionamiento clásico establece que un estímulo neutro que no es capaz de una cierta respuesta, adquiere esta capacidad gracias a la asociación de esto, repetidamente, con un estímulo que causa dicha respuesta.

Diferentes autores han considerado que la formación de actitudes podría deberse a un proceso de condicionamiento clásico y que éstas podrían afectar las respuestas de comportamiento posteriores. Al presentar a los estudiantes el nombre de ciertas nacionalidades acompañadas de adjetivos positivos, negativos o neutrales, encontraron que aquellos que habían sido emparejados con adjetivos positivos fueron evaluados más favorablemente que aquellos emparejados con adjetivos negativos. Según el condicionamiento clásico, la respuesta actitudinal se debe a la mera asociación entre los estímulos condicionados y no condicionados.

Sin embargo, este enfoque ha sido criticado porque no explica los procesos que median entre la asociación de respuestas evaluativas y estímulos no condicionados.

Asimismo, algunos investigadores (Insko y Oakes) criticaron esta conceptualización, citando una explicación en términos de las características de la demanda. Es decir, se sugirió que los sujetos conocían la relación entre los nombres de las nacionalidades y las palabras evaluativas y respondieron de acuerdo con las expectativas del experimentador. Sin embargo, esta crítica también ha sido refutada por otra serie de autores (Krosnick, Betz, Jussim y Lynn) que demostraron a través de una serie de experimentos que los resultados en el entrenamiento actitudinal no podrían explicarse en los términos mencionados anteriormente.

En resumen, la investigación desde la perspectiva del condicionamiento clásico sugiere que nuestras actitudes pueden ser "teñidas" involuntariamente por el contexto en el que se ha experimentado un objeto, siendo un proceso bastante funcional cuando la relación entre el estímulo y el contexto es estable (Stroebe y Jonás) (20)

segundo. El condicionamiento instrumental de las actitudes.

Según el paradigma del condicionamiento instrumental, se puede reforzar una respuesta que forma parte del repertorio conductual del sujeto. Por lo tanto, las respuestas que tengan consecuencias positivas para el tema tendrán que repetirse en mayor medida que las que ofrezcan consecuencias negativas. (20)

Un estudio clásico es el de Verplanck (1955), quien encontró que el refuerzo verbal a través del reconocimiento diferencial de las opiniones de los sujetos producía una mayor frecuencia de declaraciones de opinión cuando éstas se reforzaban positivamente.

2.4 Definición Conceptuales

Una definición clásica de actitud es la establecida por Allport, que la consideró: un estado de disposición mental y nerviosa, organizado por la experiencia, que ejerce una influencia dinámica de dirección en la respuesta del individuo a todo tipo de objetos y situaciones. (20)

Esta definición ya plantea algunas características centrales de la actitud:

- a) es una construcción o variable no directamente observable.
- b) implica una organización, es decir, una relación entre los aspectos cognitivos, afectivos y conativos.
- c) tiene un papel motivador de impulso y orientación a la acción, aunque no debe confundirse con ella, y también influye en la percepción y el pensamiento.
- d) se aprende.
- e) es perdurable.
- f) tiene un componente de evaluación o afectividad simple de gusto-disgusto.

Además, otros dos aspectos que generalmente se integran en los fenómenos actitudinales son:

- a) Su carácter definitorio de la identidad del sujeto.
- b) ser juicios evaluativos, resúmenes accesibles y archivados en la memoria a largo plazo (21).

Agente biológico

Son todos aquellos organismos vivos y sustancias derivadas de ellos, presentes en el lugar de trabajo, que pueden causar efectos negativos en la salud de los trabajadores. Estos efectos negativos pueden especificarse en procesos infecciosos, tóxicos o alérgicos.

Bioseguridad

Conjunto de medidas preventivas que tienen como objetivo eliminar o minimizar el factor de riesgo biológico que puede afectar la salud, el medio ambiente o la vida de las personas, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no amenace la salud y seguridad de las personas que realizan el comercio. De estética facial, corporal y ornamental.

Cortopunzante.

Son aquellos que por sus rasgos afilados o cortantes pueden dar lugar a un accidente percutáneo infeccioso. Entre ellos se encuentran: limas, lancetas, cuchillas, agujas, restos de ampollas, pipetas, cuchillas de bisturí o vidrio, y cualquier otro elemento que por su nitidez pueda dañar y causar un riesgo infeccioso.

Esterilización.

Proceso químico o físico mediante el cual se eliminan todas las formas de microorganismos vivos, incluidas las formas esporuladas.

Limpieza.

Es la eliminación, generalmente hecha con agua y detergente, de materia orgánica e inorgánica visible.

Material contaminado.

Es alguien que ha estado en contacto con microorganismos o se sospecha que está contaminado.

Prevención.

Conjunto de acciones o medidas adoptadas o planificadas, que previenen o reducen los accidentes en el trabajo y las enfermedades

profesionales, proporcionando una mejor calidad de vida a los miembros de una comunidad.

Residuos peligrosos.

Son aquellos residuos producidos por el generador con alguna de las siguientes características: infecciosos, combustibles, inflamables, explosivos, reactivos, radiactivos, volátiles, corrosivos y / o tóxicos, que pueden causar daños a la salud humana o al medio ambiente. Asimismo, los contenedores, embalajes y embalajes que hayan estado en contacto con ellos se consideran peligrosos.

2.5 Sistema de Hipótesis

a) Hipótesis

Ha: Existe relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia las medidas de bioseguridad en los profesionales de Enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, en el periodo de Abril a Julio del 2015.

Ho: NO Existe relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia las medidas de bioseguridad en los profesionales de Enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, en el periodo de Abril a Julio del 2015.

2.6 Sistema de variables.

2.6.1 Variable independiente.

Nivel de conocimiento medidas de bioseguridad.

2.6.2 Variable dependiente.

Actitudes de las licenciadas en enfermería.

2.7 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	MEDIDA DEL INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN.
Variable independiente: Nivel de conocimiento en medidas de bioseguridad	Es el conjunto de medidas preventivas que tienen como objetivo proteger la salud y la seguridad del personal, los pacientes y la comunidad contra diferentes riesgos causados por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos.	Medidas de Barrera.	Uso de guantes Lavado de manos. Uso de mandilón Uso de mascarilla. Uso de gorro. Uso de gafas.	Cualitativa	Nominal
		Manejo o de eliminación de desechos.	Manejo de material punzo cortante Clase A, Residuo Biocontaminado Clase B, Residuos especiales Clase C, Residuo común Descontaminación Y Limpieza Adecuada de Ambientes Exposición ocupacional.	Cualitativa	Nominal
		Principio de Universalidad.	Pacientes. Trabajadores. Profesionales de la salud.	Cualitativa	Nominal

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	MEDIDA DEL INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN.
Variable Dependiente: Actitud de las enfermeras.	La actitud es la disposición voluntaria de una persona frente a la existencia en general o a un aspecto particular de esta.	Bioseguridad antes del procedimiento.	- Riesgos para la salud de la enfermera y paciente. - Lavado de manos. - Preparación del equipo. - Uso de mandil o mandilón	Cualitativa	Nominal
		Bioseguridad durante el procedimiento.	- Uso de guantes - Limpieza y desinfección en el punto de inserción. - Manipulación de los materiales. - Inserción del catéter.	Cualitativa	Nominal
		Bioseguridad durante el procedimiento.	- Descarte de los materiales utilizados. - Descarte de guantes usados. - Lavado de manos luego del procedimiento.	Cualitativa	Nominal

VARIABLE	DEFICNION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	MEDIDA DEL INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN.
Variables de caracterización: Características sociales y laborales	La característica social estará establecida por el género y la edad de las enfermeras. Así mismo las características laborales estarán determinadas por el tiempo de servicio, estudios de post grado,	Edad	Años	Cualitativa	Ordinal
		Genero	Sexo	Cualitativa	Nominal
		Tiempo de servicio	Años	Cualitativa	Ordinal
		Estudio de post grado	Titulo	Cualitativa	Ordinal

CAPITULO III

3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Investigación

3.1.1 Enfoque

Según la intervención del investigador el estudio es **observacional**, solo se observa y se describe en forma precisa los fenómenos

Según la planificación de la medición de la variable de estudio es **prospectivo**, porque se registraron información sobre hechos ocurridos anteriormente al diseño y recolección de datos, y se realizara a partir de documentos o fuentes secundarias.

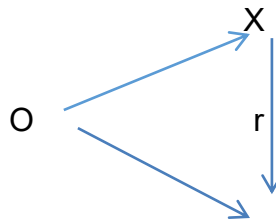
3.1.2 Alcance o nivel

Según el número de mediciones de la variable de estudio es **transversal**, porque los instrumentos se aplicaron en un solo momento y las variables se medirán una sola vez.

Según el número de variables analíticas es **descriptivo**, porque el estudio solo describirá los fenómenos, no habrá manipulación de variables.

3.1.3 Diseño

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo **correlacional**.



O: Observación descriptiva.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población o Casos

La población es de 89 licenciadas de enfermería, Enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, en el periodo de Abril a Julio del 2015.

Criterios de inclusión

- ✓ Licenciados en enfermería en planilla.
- ✓ Licenciadas que laboren en área de hospitalización (cirujana, medicina, pediatría)

Criterios de exclusión

- ✓ Licenciadas de enfermería que no quieran participar del estudio.
- ✓ Licenciadas de enfermería que estén de vacaciones.
- ✓ Licenciadas de enfermería que estén por alguna pasantía en el periodo del estudio.
- ✓ Licenciadas por maternidad.
- ✓ Licenciadas de locación (por terceros).
- ✓ Licenciadas de consultorio externo.

3.2.2 Muestra (tipo de muestreo)

El tamaño de la muestra será calculado con un coeficiente de confianza al 95%, y con un error del 5%. Para ello se utilizará la siguiente formula: (22)

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo que es igual 89 licenciadas en enfermería.

Z = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{89 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(89 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 70,09$$

De la muestra obtenida que es semejante a 70 licenciadas de enfermería, 8 licenciadas no quisieron participar del estudio, y 2 licenciadas estuvieron de vacaciones.

Por esta razón se trabajó con una muestra de 60 licenciadas de enfermería.

Entonces nuestra muestra es igual al:

n =60 Licenciadas de enfermería.

Muestreo: Probabilístico aleatorio simple, la selección de la muestra se realizó a través de la tabla de número aleatorios.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

a) Para la recolección de datos y organización de datos.

Se utilizó observación estructurada ya que se determinará de antemano lo que se observará. Asimismo, el cuestionario se aplicará como un instrumento de recolección de datos, que se compone de preguntas cerradas, dicotómicas y politómicas con un lenguaje adaptado a las características del encuestado.

3.3.1 Interpretación de datos y resultados.

- Revisión de los datos. Cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizarán será examinado críticamente; Asimismo, se realizará el control de calidad para realizar las correcciones necesarias.
- Codificación de los datos. La codificación se llevará a cabo en la etapa de recolección de datos, convirtiéndose en códigos numéricos de acuerdo con las respuestas esperadas en los respectivos instrumentos de recolección de datos, de acuerdo con las variables del estudio.
- Clasificación de los datos. Se ejecutará de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinaria.
- Presentación de datos. Los datos se presentarán en tablas académicas y en cifras de las variables en estudio.

3.3.2 Análisis y datos, prueba de hipótesis.

Una vez que la información se recopila en el formulario específico para este propósito, se creará una base de datos en Excel Software 12.0 para Windows 8, para su posterior limpieza y análisis en el software SPSS 22.0. Se realizó un análisis descriptivo en el que las variables cualitativas se expresarán en frecuencias y porcentajes y las cuantitativas en promedios y desviaciones estándar. Y una estadística inferencial con correlación bivariada.

CAPITULO IV

4 RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados

- concordancia con las variables y objetivos.

Tabla N° 01

Descripción de la distribución según el sexo

		Sexo			
		Frecue ncia	Porcen taje	Porcentaj e válido	Porcentaj e acumulado
Vá lido	Mascu lino	16	26,7	26,7	26,7
	Feme nino	44	73,3	73,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Interpretación:

Se evidencia que el mayor porcentaje es representado por el sexo femenino con un 73,3% seguido de por el sexo masculino con un 26,7%.

Grafico N° 01

Representación gráfica de la distribución según el sexo

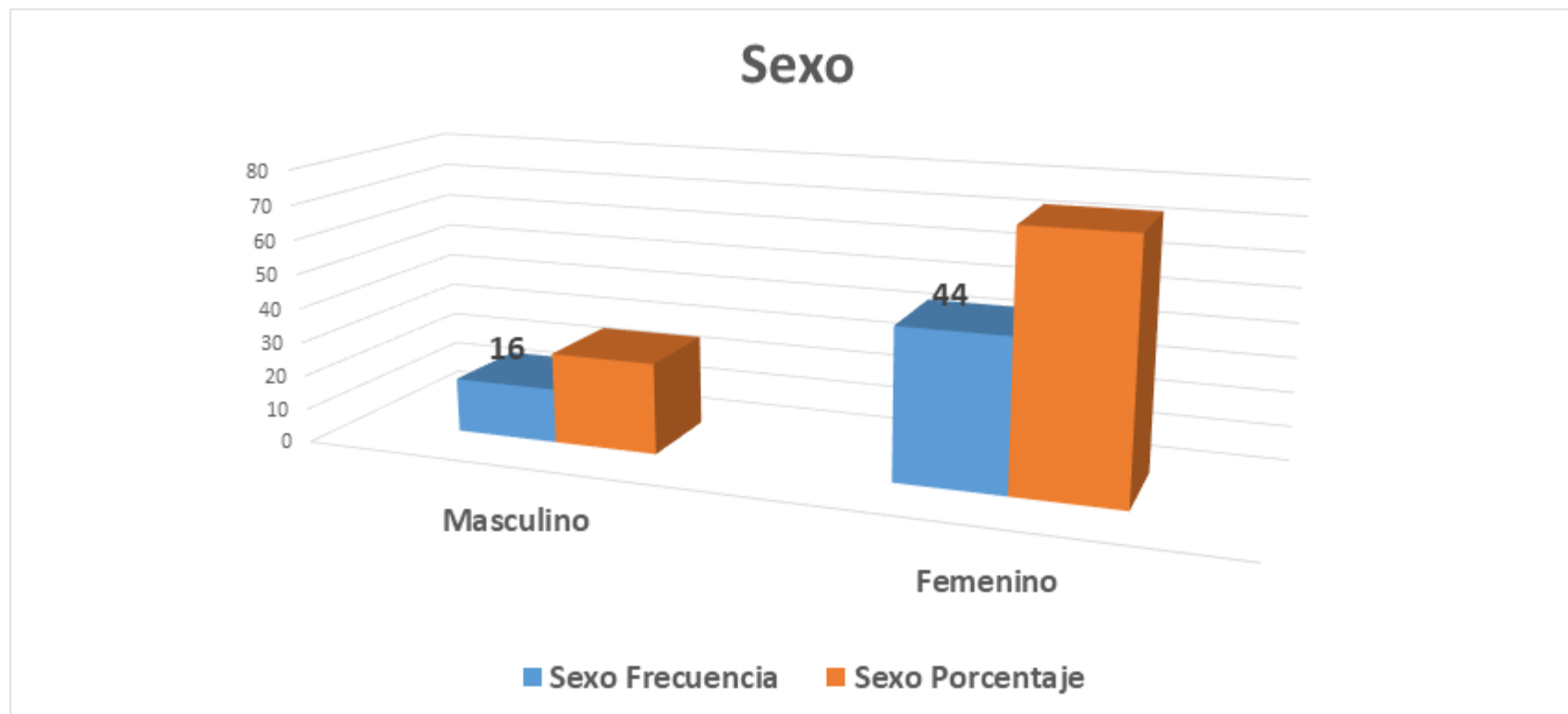


Tabla N° 02

Descripción de la distribución según la edad

		Edad			
		Frecue ncia	Porcen taje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
V álido	20 a 30 años	24	40,0	40,0	40,0
	31 a 40 años	12	20,0	20,0	60,0
	41 a más años	24	40,0	40,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Interpretación:

Se evidencia que el mayor porcentaje es representado por los profesionales con edades mayores de 41 años con 40%, con la misma proporción los profesionales con edades entre 20 a 30 años, seguido de los profesionales de edades de 31 a 40 años con 20%.

Grafico N° 02

Representación gráfica de la distribución según la edad

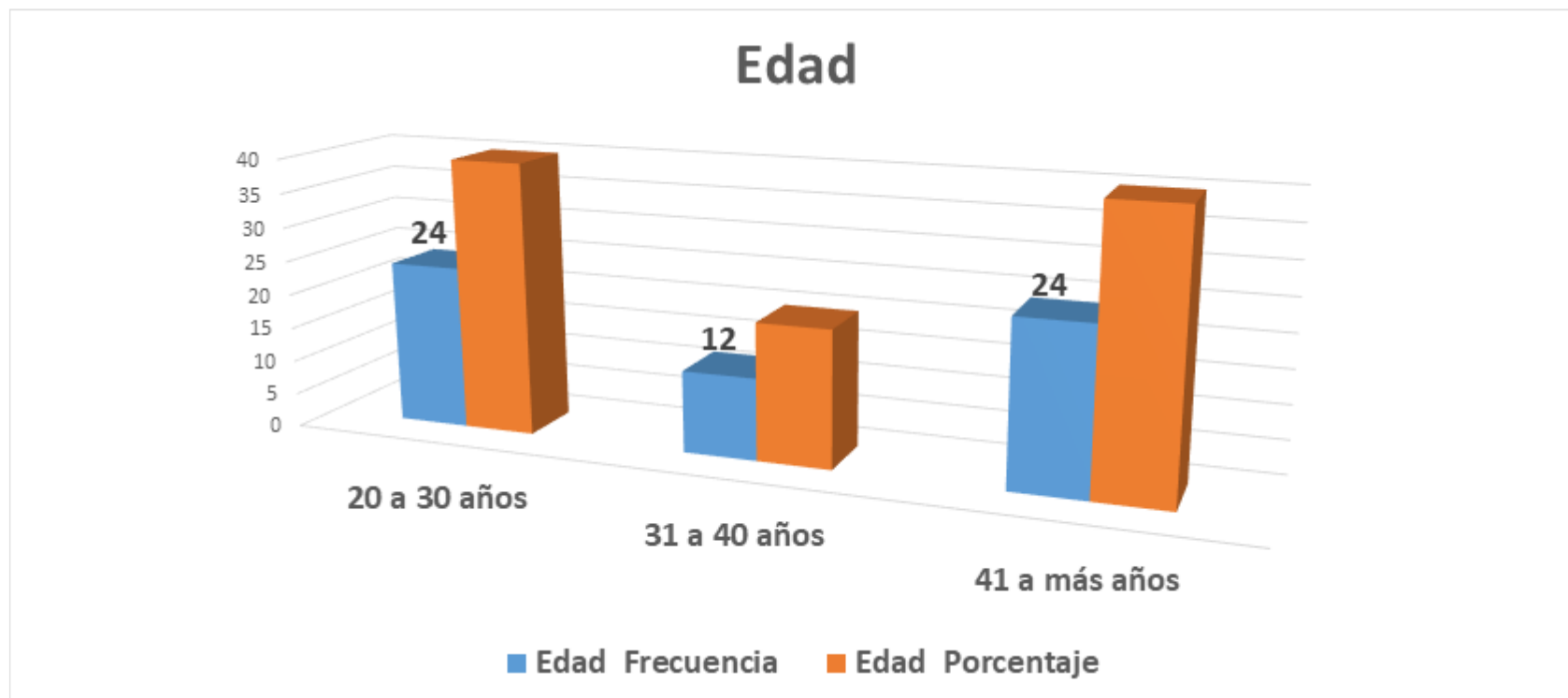


Tabla N° 03

Descripción de la distribución según el tiempo de servicio

Tiempo de servicio					
		Frecue ncia	Porcen taje	Porcentaj e válido	Porcent aje acumulado
V álido	1 a 3 años	20	33,3	33,3	33,3
	4 a 6 años	16	26,7	26,7	60,0
	7 a más años	24	40,0	40,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Interpretación:

Se evidencia que el mayor porcentaje es representado por los profesionales que tienen 7 años a más años de servicio, seguido de aquellos profesionales que trabajan entre 1 a 3 años con un 33,3%, y por ultimo aquellos profesionales que tiene un tiempo de servicio de 4 a 6 años con un 26,7%.

Grafico N° 03

Representación gráfica de la distribución según el tiempo de servicios

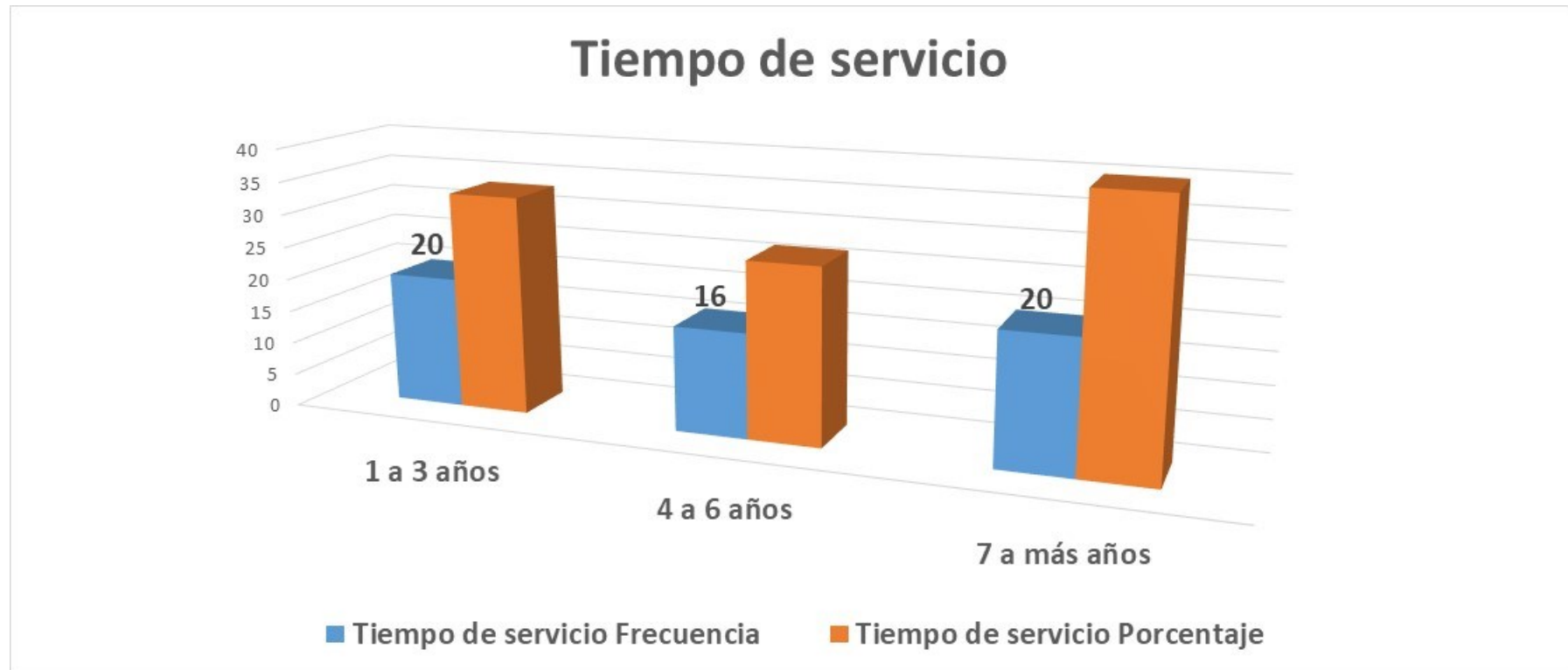


Tabla N° 04

Descripción de la distribución según los estudios en post grado

Estudios de post grado		Frecuen	Porcent	Porcentaj	Porcent
		cia	aje	e válido	aje acumulado
V álido	Segunda especialidad	24	40,0	40,0	40,0
	Maestría	4	6,7	6,7	46,7
	Sin estudios en post grado	32	53,3	53,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Interpretación:

Se evidencia que el mayor porcentaje es representado por los profesionales con que no tienen estudios en post grado con un 53,3%, seguido por aquellos profesionales que realizaron una segunda especialidad con un 40%, y solo un 6,7% de profesionales que realizaron una maestría.

Grafico N° 04

Representación gráfica de la distribución según los estudios en post grado

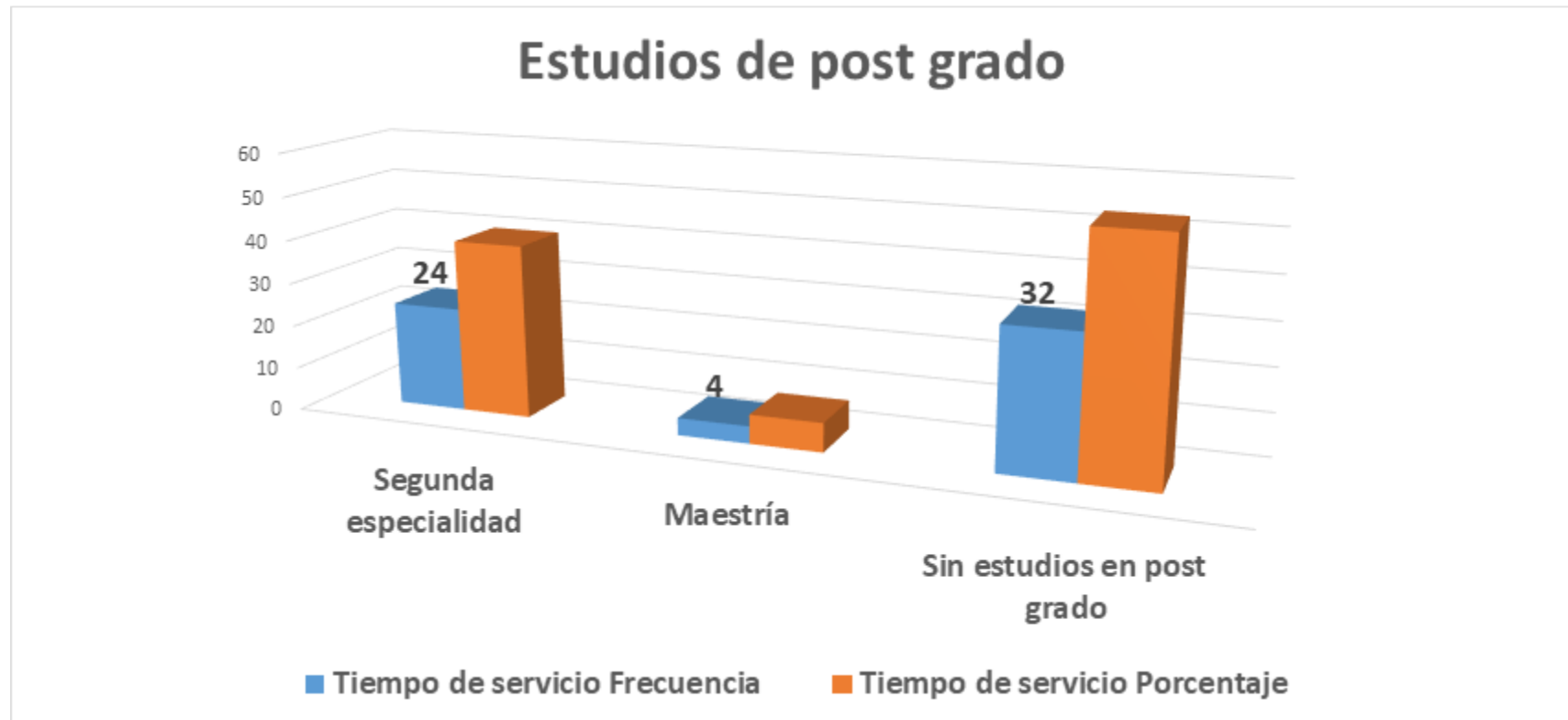


Tabla N° 05

**Descripción de la distribución según el nivel de conocimiento sobre
las medidas de bioseguridadde**

		Conocimiento			
		Frecue ncia	Porcen taje	Porcentaj e válido	Porcentaj e acumulado
V álido	Bue no	24	40,0	40,0	40,0
	Reg ular	24	40,0	40,0	80,0
	Mal o	12	20,0	20,0	100,0
	Tot al	60	100,0	100,0	

Interpretación:

Al interpretar el nivel de conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre las medidas de bioseguridad se evidencio que el mayor porcentaje es representado por aquellos profesionales que tuvieron un nivel de conocimiento bueno con un 40%, así mismo con la misma proporción fue el nivel de conocimiento regular con un 40%, y por ultimo un nivel de conocimiento malo con un 20%.

Grafico N° 05

Representación gráfica de la distribución según el nivel de conocimiento

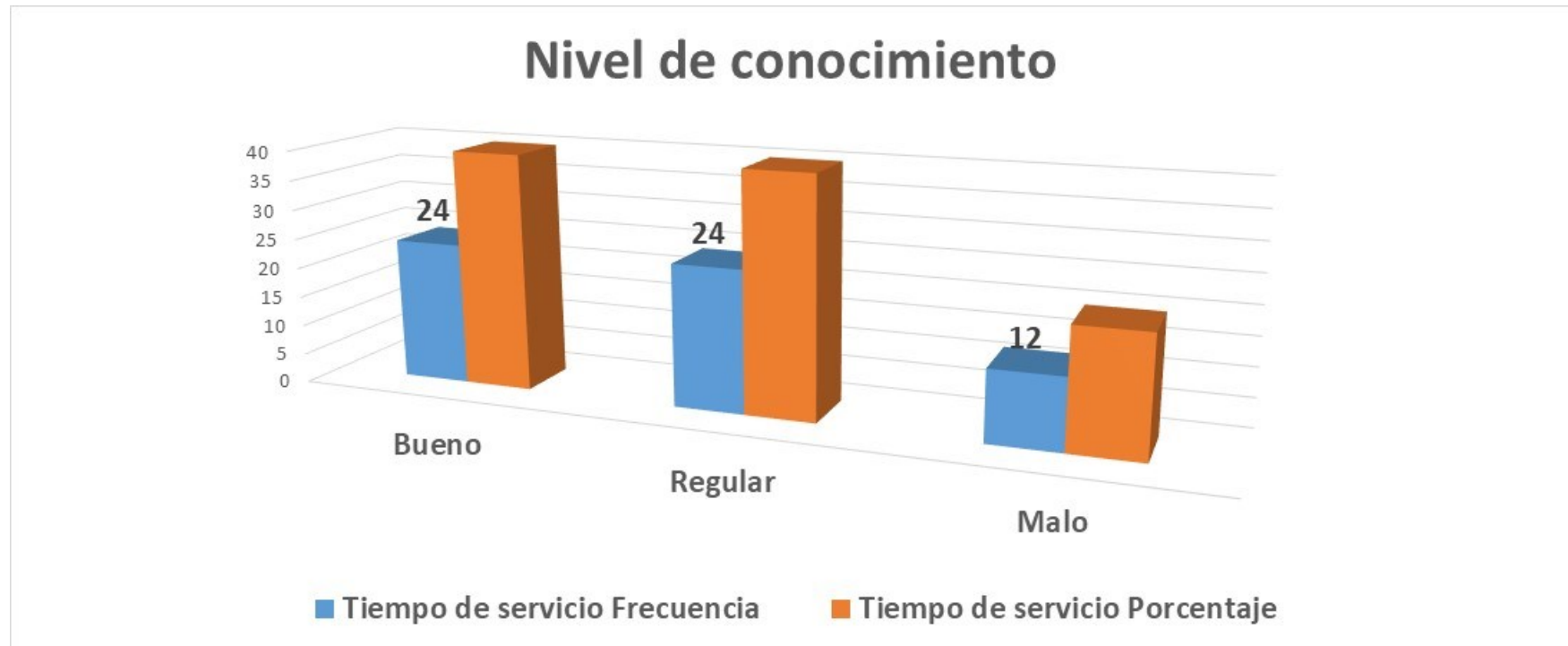


Tabla N° 06

Descripción de la distribución según la actitud sobre las medidas de bioseguridad

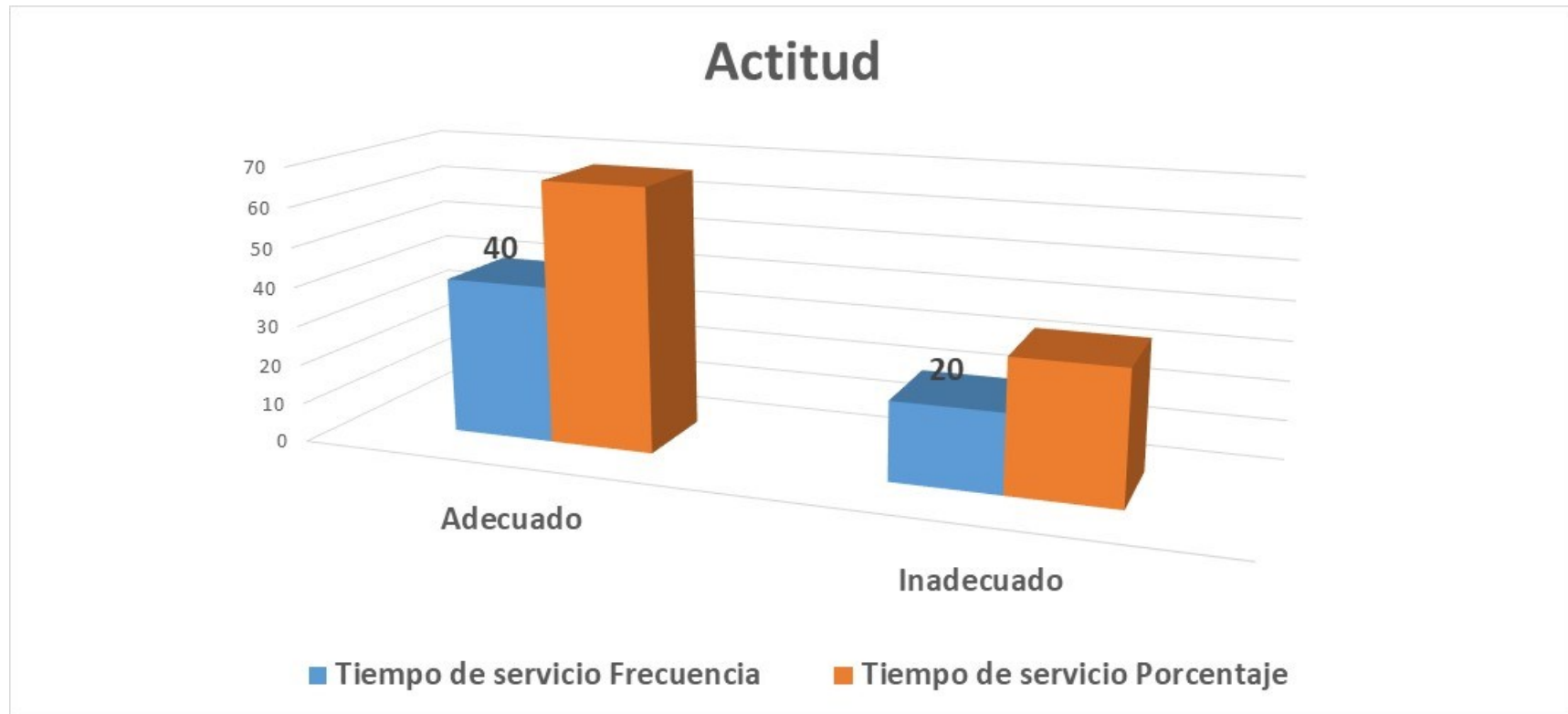
		Actitudes			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Adecuado	40	66,7	66,7	66,7
	Inadecuado	20	33,3	33,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Interpretación:

Al interpretar la actitud que tienen los profesionales de enfermería sobre las medidas de bioseguridad se evidencio que el mayor porcentaje es representado por aquellos profesionales que tuvieron una actitud adecuada con un 66,7% seguido de aquellos profesionales con una actitud inadecuada en un 33,3%.

Grafico N° 06

Representación gráfica de la distribución según la actitud sobre las medidas de bioseguridadde



4.2 Análisis Inferencial y organización de datos.

Tabla N° 07

Relación entre el nivel de conocimiento y el género de los licenciados en enfermería

Género	Conocimiento			Total	X ²
	Bueno	Regular	Malo		
Masculino	4	6	6	16	0,100
Femenino	20	18	6	44	
Total	24	24	12	60	

Interpretación:

Como se evidencia los valores esperados son menores que 25%, por ello es adecuada aplicar prueba de Chi cuadrado. Al revisar la significancia asintótica bilateral (P) de Chi cuadrado este nos da un valor de 0,100 el cual es mayor que 0,05 con lo cual se evidencia estadísticamente que NO existe significancia estadística entre el nivel de conocimiento y el sexo de las licenciadas de enfermería sobre las medidas de bioseguridad.

Es decir, No existe relación entre el nivel de conocimiento y el género de las licenciadas de enfermería sobre las medidas de bioseguridad en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, en el periodo de Abril a Julio del 2015.

Tabla N°08

Relación entre el nivel de conocimiento sobre las medidas de bioseguridad y la edad

Edad	Conocimiento			Tota	X ²
	Bueno	Regular	Malo		
20 a 30 años	16	4	4	24	0,001
31 a 40 años	4	8	0	12	
41 a más años	4	12	8	24	
Total	24	24	12	60	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación:

Como se evidencia los valores esperados son menores que 25%, por ello es adecuada aplicar prueba de Chi cuadrado. Al revisar la significancia asintótica bilateral (P) de Chi cuadrado este nos da un valor de 0,001 el cual es menor que 0,05 con lo cual se evidencia estadísticamente que existe significancia estadística entre el nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad y la edad de los profesionales de enfermería.

Por ello existe relación entre el nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad y la edad de los profesionales de enfermería.

Tabla N° 09

Relación entre el nivel de conocimiento sobre las medidas de bioseguridad y tiempo de servicios en los profesionales de Enfermería

Tiempo de servicios	Conocimiento			Total	X ²
	Bueno	Regular	Malo		
1 a 3 años	12	4	4	20	0,007
4 a 6 años	8	8	0	16	
7 a más años	4	12	8	24	
Total	24	24	12	60	

Interpretación:

Como se evidencia los valores esperados son menores que 25%, por ello es adecuada aplicar prueba de Chi cuadrado. Al revisar la significancia asintótica bilateral (P) de Chi cuadrado este nos da un valor de 0,007 el cual es menor que 0,05 con lo cual se evidencia estadísticamente que existe significancia estadística entre el nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad y el tiempo de servicio de los profesionales de enfermería.

Por ello existe relación entre el nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad y el tiempo de servicio de los profesionales de enfermería.

Tabla N° 10

Relación entre el nivel de conocimiento sobre las medidas de bioseguridad y estudios de post grado

Estudios de post grado	Conocimiento			Total	X ²
	Bueno	Regular	Malo		
Segunda especialidad	16	8	0	24	0,000
Maestría	0	4	0	4	
Sin estudios en post grado	8	12	12	32	
Total	24	24	12	60	

Interpretación:

Como se evidencia los valores esperados son menores que 25%, por ello es adecuada aplicar prueba de Chi cuadrado. Al revisar la significancia asintótica bilateral (P) de Chi cuadrado este nos da un valor de 0,000 el cual es menor que 0,05 con lo cual se evidencia estadísticamente que existe significancia estadística entre el nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad y los estudios en post grado de los profesionales de enfermería.

Por ello existe relación entre el nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad y los estudios en post grado de los profesionales de enfermería.

Tabla N° 11

Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia las medidas de bioseguridad

Actitudes	Conocimiento			Total	X ²
	Bueno	Regular	Malo		
Adecuado	22	18	0	40	0,000
Inadecuado	2	6	12	20	
Total	24	24	12	60	

Interpretación:

Como se evidencia los valores esperados son menores que 25%, por ello es adecuada aplicar prueba de Chi cuadrado. Al revisar la significancia asintótica bilateral (P) de Chi cuadrado este nos da un valor de 0,000 el cual es menor que 0,05 con lo cual se evidencia estadísticamente que existe significancia estadística entre el nivel de conocimiento y las actitudes en medidas de bioseguridad.

Es decir, existe relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia las medidas de bioseguridad en los profesionales de Enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, en el periodo de Abril a Julio del 2015.

CAPITULO V

5 DISCUSION

5.1 Solución del problema

Ortiz Altuna, Andrea. Realizó un estudio sobre medidas de bioseguridad, obteniendo como resultado que el 8.2% tiene un excelente nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad, el 39.7% tiene un buen nivel, el 43.8% tiene un nivel de conocimiento regular y el 8.2% tiene un bajo nivel de conocimiento. El nivel de conocimiento regular del 57,8% y deficiente en 83,3%, a pesar de esto, se observó que el 84,90% tiene un concepto adecuado sobre bioseguridad y el 15,10% no lo tiene. El 95.9% respondió correctamente sobre el uso de guantes, en comparación con el uso de la máscara. El 34.90% de los estudiantes respondió correctamente, mientras que el 65.10% respondió incorrectamente. 100% responde correctamente sobre el lavado de manos. Con respecto a las agujas desechables utilizadas en el tratamiento de pacientes, solo el 17.10% respondió que la aguja debería colocarse sin su protector en recipientes especiales para esto, y el 82.90% se confundió en esta respuesta y respondió que debería colocar la tapa o romper las puntas de la aguja. Concluyendo que los estudiantes tienen un conocimiento general sobre las medidas de bioseguridad, sin embargo, existen deficiencias en la ejecución de los procedimientos en el manejo de los objetos afilados y la encapsulación de las agujas.

En nuestro estudio se hallaron parecidos resultados, así tenemos que al interpretar el nivel de conocimiento que tienen los profesionales de

enfermería sobre las medidas de bioseguridad se evidencio que el mayor porcentaje es representado por aquellos profesionales que tuvieron un nivel de conocimiento bueno con un 40%, así mismo con la misma proporción fue el nivel de conocimiento regular con un 40%, y por ultimo un nivel de conocimiento malo con un 20%.

Por otro lado encontramos a Bautista Rodríguez, Luz. Donde hallaron Resultados que el personal de enfermería de la Clínica San José tiene un conocimiento regular del 66% contra las medidas de bioseguridad y el 70% de las aplicaciones deficientes contra ellos, y en nuestro estudio se encontraron valores similares a los hallados en este estudio Al interpretar la actitud que tienen los profesionales de enfermería sobre las medidas de bioseguridad se evidencio que el mayor porcentaje es representado por aquellos profesionales que tuvieron una actitud adecuada con un 66,7% seguido de aquellos profesionales con una actitud inadecuada en un 33,3%.

Rodríguez Malaver, Lucy Clarissa.. Conocimiento sobre bioseguridad y aplicación de medidas de protección para enfermeras en el departamento de neonatología del Hospital Belén de Trujillo. Resultados: Se encontró que el 40% de las enfermeras tienen un alto nivel de conocimiento sobre bioseguridad y el 60% tiene un nivel de conocimiento medio. En cuanto a la aplicación de medidas de protección, los resultados muestran que las enfermeras cumplen con el 73.3%, mientras que en el 26.7% no cumplen con estas medidas. Conclusión: Se encontró que existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la aplicación de medidas de protección; El 88.9% de las

medidas de protección con 11.1%, las enfermeras que presentaron un alto nivel de conocimiento cumplen con la aplicación de medidas de protección y el 59.3% que presentaron un nivel promedio de conocimiento no cumplen con la aplicación de medidas de protección. Protección con 40.7%, los resultados encontrados en nuestro trabajo se asemejan a los resultados del presente trabajo donde hallamos Al interpretar la actitud que tienen los profesionales de enfermería sobre las medidas de bioseguridad se evidencio que el mayor porcentaje es representado por aquellos profesionales que tuvieron una actitud adecuada con un 66,7% seguido de aquellos profesionales con una actitud inadecuada en un 33,3%.

De igual manera podemos decir que muchos autores coinciden con los resultados de nuestra investigación, en el sentido que todo llegan a la conclusión de que existe un buen conocimiento sobre medidas de bioseguridad en el personal de enfermería que labora en un establecimiento de salud, así mismo la actitud frente a la bioseguridad va de regular a buena, concluyendo casi todos los investigadores que existe relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia las medidas de bioseguridad.

CONCLUSIONES

- Se evidenció que el nivel de conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre las medidas de bioseguridad es alto, ya que aquellos profesionales que tenían un buen nivel de conocimiento con un 40% obtuvieron un alto porcentaje, así como con la misma proporción fue el nivel de Conocimiento regular con el 40%, y solo el 20% obtuvo un nivel de mal conocimiento.
- En cuanto a la actitud de los profesionales de enfermería sobre las medidas de bioseguridad, se evidenció que el porcentaje más alto está representado por aquellos profesionales que tenían una actitud adecuada con un 66.7%, seguidos por aquellos profesionales con una actitud inadecuada en un 33,3%.
- Existe una relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia las medidas de bioseguridad en profesionales de enfermería en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, de abril a julio de 2015.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los profesionales de la salud, tener capacitación continua sobre medidas de bioseguridad, para tener conocimientos actualizados y ponerlos en práctica.
- Se recomienda a las instituciones de salud, programar sesiones educativas sobre medidas de bioseguridad para todo el personal de salud.
- Se recomienda que se busquen diversas estrategias que permitan la aplicación y supervisión de las medidas de bioseguridad en todos los establecimientos de salud.
- Que en todos los servicios que se oferten salud se tenga al alcance el conocimiento sobre las medidas de bioseguridad, con motivación y estímulo para su conocimiento y cumplimiento

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Castiglione S. Study on comparative legislation on labor risks in Central America. Pan American Health Organization. [On-line]; 2013. [quoted on March 30, 2015]. Available at: http://www.bvsde.ops-oms.org/foro_hispano/BVS/bvsacd/cd49/studylegisl-ca.pdf.
2. Arrieta Vergara K. Knowledge, attitudes and practices on occupational accidents in dental students. Cuban Journal of Public Health. October 2012; 38 (4).
3. Bautista Rodríguez L, Delgado Madrid C. Level of knowledge and application of biosecurity measures for nursing personnel. Science and care December 2013; 10 (2).
4. Rodríguez Malaver LC. Knowledge about biosafety and application of protection measures for nurses of the department of neonatology hospital belén de Trujillo. 2013. Thesis to choose a degree in nursing.
5. Flores Seña C. Biosecurity measures, problematic in relation to the student population of the health sector. Rev. enferm. vanguard. June 2014; 2 (2).
6. Becerra N, Calojero E. Application of the biosafety norms of nursing professionals. 2010. [Thesis]. Bolivar City. Venezuela: Universidad del Oriente.
7. Peña F. Biosecurity Manual. 2011. ESE Hospital III level La Victoria.
8. Calberto thin kv. Incidence of intrahospital accidents of nursing personnel in the management of patients, from the Divine Providence Hospital of the

San Lorenzo Canton of the Province of Esmeraldas, 2014. 2014. Thesis to choose a degree in nursing.

9. Ortiz Altuna A. Knowledge about hospital biosafety measures in students from third to fifth year of medicine at the technical university of Machala (UTMACH) in 2012. Machala medical journal. July 2012; 12 (3).

10. Cardona Arias JA, Higueta Hernández E. Cardona Arias, Jaiberth Antonio; Higueta Hernández, Eliana .. UIS Medical Journal. 2013 July; 26 (2).

11. Rodríguez Heredia OI, Aguilera Batueca AC. Educational intervention on biosecurity in health workers. Medical Archive Magazine of Camagüey. 2011 August; 14 (4).

12. Chávez Q, Reyna R. Relationship between knowledge and attitudes of the nursing professional towards the application of biosecurity measures in the Critical Unit at the Hipolito Unanue National Hospital. LILACS. 2013 July; 2 (1)

13. Cortijo J, Gómez M, Samalvides F. Changes in knowledge, attitudes and aptitudes about biosecurity in students of the last years of Medicine. RevMedHered. 2010 January; 21 (1).

14. Giovanna Beatriz AV, Sandra Alicia RI. Level of knowledge of the students of the EAP of dentistry and application of the biosecurity measures to reduce the risk of contagion of diseases in the dental clinic of the UNHEVAL. 2011. Thesis to choose the degree of surgeon.

15. Forder A. A brief history of infection control - Past and present. [On-line]; 2012 [quoted on March 30, 2015]. Available at: <http://seguridadbiologica.blogspot.com/2010/12/una-historia-breve-del-control-de.html>.

16. Rivera García O. Interactive Medical Dictionary of PortalesMedicos.com. Madrid: PortalesMedicos, S.L. [On-line]; 2013 [quoted on March 30, 2015]. Available at: http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Bioseguridad.
17. Trincado Agudo M. Evaluation of biosafety norms in the hemodialysis service of the Institute of Nephrology "Dr. Abelardo Buch López". Rev Cubana HigEpidemiol. 2011 September; 49 (2).
18. Garner J. Hospital infection control practices advisory committee. Guideline for isolation precautions in hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol. Am J Infect Control. 2009 July; 12 (2).
19. García Alvarado E. Biosecurity measures, standard precautions Biosecurity measures, standard precautions Biosecurity measures, standard precautions. Rev Enferm IMSS. 2012 July; 10 (1).
20. Ubillos S. Components of the attitude. Model of the reasoned action and planned action. [On-line]; 2013 [quoted on March 30, 2015]. Available at: <http://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>.
21. Philip Z, Leippe M. Psychology of Attitude Change and Social Influence. [On-line]; 2012 [quoted on March 30, 2015]. Available at: http://www.temple.edu/tempresstitles/881_reg.html.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO: “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LAS ACTITUDES HACIA LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO DE HUÁNUCO, 2015.”

Huánuco, _____ de _____ del 2015

Por medio de la presente,

YO _____

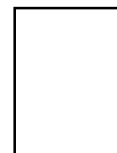
ACEPTO libre y voluntariamente participar en el proyecto de investigación titulado: “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LAS ACTITUDES HACIA LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO DE HUÁNUCO- 2015”. DECLARO que se me ha explicado el objeto del proyecto, así como la importancia de mi participación en la obtención de los datos los cuales serán manejados de manera totalmente confidencial, sin que mis respuestas o resultado afecte mis derechos en esta institución, HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, y RETIRO de toda responsabilidad al investigadora de cualquier toma de decisión o cambios dentro de mi vida familiar o relación de pareja a partir de mi participación en el presente estudio.

Se reitera total confidencialidad de resultados e identidad de cada caso

Firma del participante



Firma de la investigadora



INSTRUMENTOS
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
Escuela de Postgrado

**ENCUESTA SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO RESPECTO A LAS
MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERIA DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN
MEDRANO DE HUÁNUCO- 2015.**

I. Presentación:

El presente cuestionario tiene por finalidad determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de Bioseguridad en los profesionales de Enfermería. Los resultados nos permitirán plantear programas de actualización en bioseguridad que nos ayuden a fortalecer el autocuidado en el ejercicio profesional y del usuario. La presente encuesta es confidencial por lo que le pedimos responder con suma sinceridad.

DATOS GENERALES:

1. Sexo M () F ()
2. Edad: 20 – 30 años ()
 31 - 40 Años ()
 41 - años a mas ()
3. Tiempo de servicio 1 año – 3 años ()
 4Años - 6 años ()
 7 años a mas ()
4. Estudios de post grado:
 Segunda especialidad ()
 Maestría ()
 Doctorado ()

DIMENSION UNIVERSALIDAD.

- 1.** Los principios de Bioseguridad son:
 - a) Protección, Aislamiento y Universalidad.
 - b) Universalidad, Barreras protectoras y control de residuos
 - c) Barreras protectoras, Universalidad y Control de Infecciones.
- 2.** Durante la exposición de la piel no intacta a fluidos corporales y sangre Ud.

NO realiza lo siguiente:
 - a) Limpiar la zona expuesta y rellenar un informe de incidencias.
 - b) Informar el incidente y consultar un médico.
 - c) Buscar la evaluación y seguimiento apropiado.
 - d) Ninguno.
- 3.** ¿Cuáles son las técnicas de asepsia?
 - a. Lavado de manos y método de barrera.
 - b. Lavado de manos social
 - c. Solo a
- 4.** Las normas de bioseguridad se define como un:
 - a) Conjunto de medidas preventivas que protegen la salud y seguridad del personal, paciente y comunidad.
 - b) Conjunto de normas para evitar la propagación de enfermedades e interrumpir el proceso de transmisión de infecciones.

c) Conjunto de medidas para eliminar, inactivar o matar gérmenes patógenos por medios.

d) eficaces, simples y económicos.

5. La primera medida de bioseguridad es:

a) Calzado de guantes.

b) Lavado de manos.

c) Desechar adecuadamente los residuos sólidos.

d) Eliminar los desechos de acuerdo al color de la bolsa indicada.

DIMENSION MEDIDAS DE BARRERA.

6. El tiempo de duración del lavado de manos clínico es:

a) Menos de 6 segundos.

b) 7 – 10 segundos.

c) Más de 11 segundos.

7. El agente más apropiado para el lavado de manos en el trabajo es:

a) Jabón antiséptico.

b) Jabón líquido y/o espuma sin antiséptico.

c) Jabón

8. El material más apropiado para el secado de manos es:

a) Toalla de tela.

b) Toalla de papel.

c) Secado de aire caliente.

9. Con respecto al lavado de manos señale verdadero “V” o falso “F” según corresponda, a los siguientes enunciados:

a) El lavado de manos no siempre es necesario después de realizar procedimientos.

()

b) El uso de guantes estériles disminuye el tiempo del lavado de manos

()

c) Es necesario lavarse las manos luego de retirarse los guantes.

()

d) Lo deben realizar desde el trabajador, paciente y familia.

()

e) El lavado de manos se realiza sólo de la manipulación de equipos hayan tenido contacto con superficies del ambiente y/o pacientes.

(

)

f) Es innecesario lavarse las manos entre diferentes procedimientos efectuados en el mismo paciente.

()

g) No es necesario lavarse las manos luego de manipular sangre y otros fluidos corporales con la mano enguantada.

()

10. ¿Considera que el uso de barreras (guantes) hace innecesario el lavado de manos?

Si ()

No ()

11. Señale el orden en que debe realizarse el lavado de manos clínico.

- () Subirse las mangas hasta el codo.
- () Mojarse las manos con agua corriente.
- () Friccionar palmas, dorso entre dedos, uñas durante 10 -15 segundos.
- () Secarse las manos con toalla de papel.
- () Aplicarse 3 – 5 ml de jabón líquido.
- () Retirarse alhajas, reloj.
- () Enjuagar con agua corriente.
- () Cerrar el caño con la servilleta de papel.

DIMENSION MANEJO O ELIMINACIÓN DE DESECHOS

12. El proceso del tratamiento de los materiales contaminados siguen los siguientes pasos:

- a) Descontaminación, desinfección cepillado, enjuague y esterilización.
- b) Cepillado, descontaminación, secado, enjuague y esterilización.
- c) Descontaminación, cepillado, enjuague, secado esterilización y/o desinfección.

13.Según la clasificación de los materiales, relacione Ud. Las siguientes columnas:

- a) No critico () bisturí, agujas, instrumental quirúrgico y/o curación.
- b) Critico () estetoscopio, termómetro, chatas, vajillas, muebles, ropas.
- c) Semi crítico () endoscopio, equipo de terapia ventilatorio, TET, especulo vaginal de metal.

14.Identifique Ud. El tipo de desinfección y/o esterilización que le corresponde a la clasificación de materiales.

- a) Desinfección Alto Nivel o Esterilización () critico.
- b) Desinfección de Nivel Intermedio () semi crítico
- c) Desinfección de Bajo Nivel () No crítico.
- d) Esterilización.

15.Las principales vías de transmisión de los agentes patógenos son:

- a) Vía aérea, por contacto y vía digestivo.
- b) Contacto directo, por gotas y vía aérea.
- c) Vía Aérea, por gotas y vía digestivas.

16.Señale Ud. El color de la bolsa donde seleccionaría material bio contaminado:

- a) Bolsa roja.
- b) Bolsa negra.
- c) Bolsa amarilla.

17. Señale usted el componente que define de propagación del agente causal de las enfermedades infecto contagiosas.

- a) Reservorio
- b) Huésped y agente.
- c) Mecanismo de transmisión.

18. El tipo de exposición a fluidos corporales y sangre donde realiza el seguimiento médico estricto es:

- a) Clase I – II
- b) Clase III – II
- c) Solo la clase I

19. ¿Por qué es importante el lavado de manos?

- a. Previene infecciones
- b. Evita el uso de guantes
- c. Disminuye la contaminación del virus.

20. ¿En qué momento debe aplicarse el lavado de manos?

- a. Solo cuando se examina al paciente
- b. Solo cuando se administra medicinas
- c. Antes y después de realizar procedimientos médicos y de enfermería.

21. ¿Qué tipo de lavado de mano conoce usted?

- a. Lavado de mano clínico y quirúrgico
- b. Lavado de mano social, clínico y quirúrgico
- c. Lavado de mano industrial y hospitalario.

22. ¿Cuáles son las vías para eliminar la flora bacteriana?

- a. Acción mecánica
- b. Acción germicida
- c. A y B

23. ¿Cuál es el agente apropiado para el lavado de manos en el trabajo?

- a. Jabón antiséptico
- b. Jabón líquido y/o espuma sin antiséptica
- c. Jabón.

24. ¿Cuál es el material apropiado para el secado de manos?

- a. Toalla de tela
- b. Toalla de papel
- c. Secador de aire caliente.

25. ¿Cuánto es el tiempo de duración del lavado de mano clínico?

- a. 1 minuto
- b. 7-10 segundos
- c. Más de 11 segundos.

Gracias

Anexo 02
UNIVERSIDAD DE HUANUCO

Escuela de Postgrado

ENCUESTA SOBRE ACTITUD HACIA LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD
EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL REGIONAL
HERMILIO VALDIZAN MEDRANO DE HUÁNUCO, 2014.

I. PRESENTACION.

Estimada Licenciada en Enfermería:

Mi nombre es Yovana Cabello Medrano estudiante de la escuela de post grado de la Universidad de Huánuco, estoy desarrollando un estudio que tiene por objetivo determinar los conocimientos y actitudes hacia las medidas de bioseguridad de las Licenciadas en enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán.

Por tal motivo solicito a usted su autorización para que participe en la presente investigación respondiendo el siguiente test de tipo Likert de carácter anónimo. Finalmente agradezco su participación en esta investigación.

II. INSTRUCTIVO

En las hojas subsiguientes encontrará usted un listado de enunciados en la cual debe marcar con una "X" según corresponda a su criterio:

TA: Totalmente de acuerdo

A: De acuerdo

I : Indiferente

D: Desacuerdo

TD: Totalmente en
desacuerdo.

III. CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO

Nº	ENUNCIADO	TA	A	I	D	TD
ANTES DEL PROCEDIMIENTO						
01	La duración de fricción de 15 a 30 segundos durante el lavado de manos clínico resulta exagerada.					
02	El uso de mandil o mandilón es necesario para evitar contaminar el procedimiento.					
03	La preparación de todos los materiales antes del procedimiento es necesaria para evitar contaminar la zona a intervenir					
04	Considero imprescindible evitar las repetitivas punciones en la misma zona de la piel para canalizar una vía periférica.					
DURANTE EL PROCEDIMIENTO						
05	Es importante el uso de guantes para evitar contacto directo con sangre.					
06	Considero irrelevante la desinfección de la piel de adentro hacia afuera de forma circular, para limpiar la zona a intervenir.					
07	Es irrelevante evitar el contacto de la mano con el catéter estéril.					
08	Es importante la correcta selección de la vena a canalizar para evitar infecciones.					
DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO						
09	Resulta trabajoso el lavado de manos clínico después de un procedimiento.					
10	Luego de administrar un medicamento por vía periférica es necesario reencapuchar la aguja usado.					
11	Es innecesario desechar los guantes biocontaminados a la bolsa roja.					
12	Considero obligatorio el desecho de los objetos punzocortantes usados al contenedor rígido para agujas.					

Gracias