



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Conocimiento, actitud y prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de Salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval 2016

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Rosario del Pilar Ramírez Biaggi

ASESOR:

Dr. Helfer Joel Molina Quiñones

SECCIÓN:

Maestría en Gestión en los Servicios de Salud

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales

PERÚ - 2017

Dr. Juan Méndez Vergaray
Presidente

Mg. Teresa Campana Añasca
Secretario

Dr. Helfer Joel Molina Quiñones
Vocal

Dedicatoria

A mi esposo por su amor, confianza, paciencia y apoyo durante mis estudios de la maestría.

A mis 3 hijos por su comprensión, ternura y alegría

La autora

Agradecimiento

A mi asesor por su trabajo, paciencia, dedicación y orientación en mi estudio para hacer posible esta tesis.

A todas aquellas personas, colegas y amigas que con su apoyo y estímulo me permitieron superar obstáculos y continuar adelante.

A la Universidad César Vallejo, por permitirme el logro de este posgrado.

La autora

Declaración Jurada

Yo, Rosario del Pilar Ramírez Biaggi, estudiante del programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI N° 09916390 con la Tesis titulada “Conocimiento, actitud y prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval, 2016”. En conformidad con la Resolución de Vicerrectorado Académico N°00011-2016-UCV-VA. Lima 31 de Marzo de 2016.

Declaro bajo juramento que:

- 1- La tesis es de mi autoría.
- 2- He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3- La tesis no ha sido auto plagiada, es decir la tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4- Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados ni duplicados ni falseados ni copiados por lo tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos) plagios (información sin citar autores) auto plagio, (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado) piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndose a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Los Olivos, Diciembre del 2016

.....
Rosario del Pilar Ramírez Biaggi
DNI N° 09916390

Presentación

Señores miembros del Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada “Conocimiento, actitud y prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval, 2016”, con la finalidad de analizar la relación que existe entre conocimiento y actitud con las prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval. 2016, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud.

La presente investigación ha seguido las pautas que pone en consideración la escuela de posgrado las cuales están divididas en ocho capítulos : primer capítulo se tienen la introducción, donde se plasma los antecedentes internacionales y nacionales, descripción del problema de investigación, hipótesis y los objetivos generales y específicos; en el segundo capítulo se desarrolla el marco metodológico, las variables de estudio, se explica el tipo y diseño de investigación, la población, la técnica e instrumento de recolección de datos y finalmente se redacta el método de análisis de datos y los aspectos éticos; en el tercer capítulo se presenta los resultados, análisis descriptivo presentando tablas y gráficos con su respectiva interpretación y contrastación de hipótesis; en el cuarto capítulo se discute los resultados obtenidos encontrados en los antecedentes; en el quinto y sexto capítulo contiene las conclusiones y recomendaciones, finalmente los capítulos séptimo y octavo son referentes a la referencia bibliográfica y anexos.

Siendo nuestro resultado general de esta investigación que no hay una correlación directa entre el conocimiento y la actitud con las prácticas de las medidas de bioseguridad.

Señores miembros del jurado esperamos que esta investigación sea evaluada y merezca su aprobación

La autora

Índice

	Pág.
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración Jurada	v
Presentación	vi
Índice	vii
Lista de tablas	ix
Lista de figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii
 Introducción	
1.1. Antecedentes	14
1.2. Fundamentación Científica, técnica o humanista	21
1.3. Justificación	37
1.4. Problema de investigación	37
1.5. Hipótesis	42
1.6. Objetivo	42
 Marco Metodológico	
2.1. Variables	45
2.2. Operacionalización de las variables	46
2.3. Metodología	50
2.4. Tipo de estudio	50
2.5. Diseño de la investigación	50
2.6. Población, muestra y muestreo	51
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	52
2.8. Método de análisis de datos	57
2.9. Aspectos éticos	58
 Resultados	
3.1. Análisis descriptivo de las variables	60
3.2. Contrastación de hipótesis	66

Discusión	69
Conclusiones	74
Recomendaciones	76
Referencias bibliográficas	78
Anexos	90
Anexo 1 Artículo científico.	
Anexo 2 Matriz de Consistencia.	
Anexo 3 Autorización de las Instituciones Sanitaria.	
Anexo 4 Matriz de datos.	
Anexo 5 Instrumentos para medir la variable: Conocimiento sobre medidas de bioseguridad.	
Anexo 6 Instrumentos para medir la variable: Actitud del personal sobre las medidas de bioseguridad.	
Anexo 7 Instrumentos para medir la variable: Prácticas sobre medidas de bioseguridad.	
Anexo 8 Documentos de Validación de Juicio de Experto.	
Anexo 9 Método Dalineus.	
Anexo 10 Confiabilidad del instrumento: Conocimiento sobre medidas de bioseguridad.	
Anexo 11 Confiabilidad del instrumento: Actitud del personal sobre medidas de bioseguridad.	
Anexo 12 Consentimiento informado.	

Lista de Tablas

Tabla 1	Elementos de equipo de protección personal.	36
Tabla 2	Clasificación de residuos sólidos.	37
Tabla 3	Operacionalización de la variable 1: conocimiento sobre medidas de bioseguridad.	48
Tabla 4	Operacionalización de la variable 2: actitud del personal sobre medidas de bioseguridad.	49
Tabla 5	Operacionalización de la variable 3: práctica sobre medidas de bioseguridad.	50
Tabla 6	Tabla de frecuencia de personal de salud según el grupo de edad.	61
Tabla 7	Tabla de frecuencia de clasificación del personal de salud según su sexo 2016.	62
Tabla 8	Tabla de frecuencia de clasificación del personal de salud en la UCI según su profesión.	63
Tabla 9	Tabla de frecuencia de clasificación del personal de salud según su experiencia laboral.	64
Tabla 10	Tabla de frecuencia del nivel de conocimiento del personal sobre medidas de bioseguridad.	64
Tabla 11	Tabla de frecuencia del nivel de actitud del personal de salud sobre medidas de bioseguridad.	65
Tabla 12	Tabla de frecuencia del nivel de práctica del personal sobre medidas de bioseguridad.	66
Tabla 13	Matriz de correlación entre el conocimiento y la actitud con las prácticas del personal sobre medidas de bioseguridad.	67
Tabla 13	Matriz de correlación entre el conocimiento y las prácticas del personal sobre medidas de bioseguridad.	68
Tabla 14	Matriz de correlación entre la actitud y las prácticas del personal sobre medidas de bioseguridad.	69

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1: Diseño no experimental de corte transversal de tipo correlacional.	52
Figura 2: Gráfica de barra de frecuencia de personal de salud según el grupo de edad.	61
Figura 3: Gráfica circular de la clasificación del personal de salud según su sexo 2016.	62
Figura 4: Gráfica de barras de la clasificación del personal de salud en la UCI según su profesión.	63
Figura 5: Gráfica de barras de la actitud del personal sobre medidas de bioseguridad.	65
Figura 6: Gráfica de barras de nivel de práctica del personal sobre medidas de bioseguridad.	66

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la relación que existe entre el conocimiento y la actitud con las prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval.

El enfoque de investigación fue cuantitativo, con diseño no experimental de corte transversal de tipo correlacional y descriptivo, con una muestra de 53 personas. La información se recolectó a través de una encuesta de conocimiento con 15 ítems, otra encuesta de actitud con 13 enunciados y una guía de observación con 32 ítems, el cual fue validado por juicio de expertos obteniendo una moderada a fuerte confiabilidad.

Los resultados fueron: el personal de salud de la UCI del Centro Médico Naval tiene un nivel de conocimiento medio sobre medidas de bioseguridad; una actitud positiva hacia las medidas de bioseguridad con un nivel regular a buena en las prácticas de bioseguridad. Conclusión: no existe una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y actitud con las prácticas de las medidas de bioseguridad.

Palabras claves: Conocimiento, actitud, práctica, bioseguridad, unidad de cuidados intensivos.

Abstract

The objective of this work was to analyze the relationship between knowledge and attitude with the practices of biosecurity measures of health personnel working in the Intensive Care Unit of the Naval Medical Center.

The research focus was quantitative, with a non-experimental cross-sectional design of correlational and descriptive type, with a sample of 53 people. The information was collected through a knowledge survey with 15 items, another attitude survey with 13 statements and an observation guide with 32 items, which was validated by expert judgment obtaining a moderate to strong reliability.

The results were: the health staff of the UCI Naval Medical Center has a level of knowledge about biosafety measures; a positive attitude towards biosecurity measures with a regular to good level in biosecurity practices. Conclusion: there is no statistically significant relationship between knowledge and attitude with the practices of biosecurity measures.

Keywords: Knowledge, attitude, practice, biosecurity, intensive care unit.

I. Introducción

1.1. Antecedentes

Internacionales

Soledispa Reyes Shirley (2014) con título *Aplicación de medidas de bioseguridad en la administración de medicamentos. Personal de enfermería. Hospital Dr. Liborio Panchana. Área de Emergencia. Santa Elena- Ecuador*, que tuvo como objetivo determinar la aplicación de medidas de bioseguridad en la administración de medicamentos. Personal de enfermería. Hospital Dr. Liborio Panchana. "Área de Emergencia". Santa Elena; el estudio fue de tipo descriptivo, cuantitativo, y transversal; el instrumento utilizado fue la observación directa con 20 ítems y un cuestionario con 15 preguntas de alternativas múltiples. La muestra fueron 32 personas, entre 7 licenciadas en enfermería y 25 auxiliares de enfermería en el área de emergencia; se realizó el análisis de los datos, estos permitieron determinar la problemática expuesta; que el personal auxiliar en un 12% desconoce sobre las barreras de protección personal. En la aplicación de técnicas de asepsia el 58% del personal de enfermería lo realiza incorrectamente durante la administración de medicamentos. Al referirnos al uso de barreras físicas en la administración de medicamentos se evidencia que, cerca del 86% del personal profesional utiliza correctamente estas barreras, no así el personal auxiliar de enfermería. En cuanto a barreras químicas las licenciadas en enfermería utilizan un 86% alcohol líquido y el personal auxiliar el 60% alcohol gel; demostrando también que en el área de emergencia no utilizan gluconato de clorhexidina como barrera. En la higiene de las manos un 86% de las licenciadas realiza este procedimiento antes de la administración de medicamentos; las auxiliares en enfermería lo realizan en un 68% antes de administrar un medicamento. En cuanto al manejo de desechos al administrar medicamentos existe el 30% del personal de enfermería que no clasifica correctamente. Evidenciando que el 71% de las licenciadas aplican las medidas de bioseguridad y el 60% de las auxiliares aplica estas medidas. Con estos resultados se demuestra que, a pesar de tener excelentes conocimientos, no se aplica debidamente al momento de administrar medicamentos y se ve la necesidad de implementar un proyecto educativo de actualización de conocimientos en la aplicación de medidas de bioseguridad en la administración de medicamentos, para mejorar la calidad de atención hacia los

usuarios.

Bautista L., Delgado C., Hernández Z., Sanguino F., Cueva M., Arias Y. (2013) de título *Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería. Colombia*, con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad que tiene el personal de Enfermería. El método de investigación es cuantitativo, de tipo descriptivo transversal, con una muestra de 96 personas pertenecientes. La información se recolectó a través de una encuesta y una lista de chequeo, la cual se analizó por medio de tabulaciones y representaciones gráficas. Los Resultados fueron el personal de Enfermería de la Clínica San José tiene un conocimiento regular en un 66% frente a las medidas de bioseguridad y un 70% de aplicación deficiente frente a estas. Conclusión. Se identificó que las principales medidas de bioseguridad, como métodos de barrera, eliminación adecuada del material contaminado, manejo adecuado de los elementos cortopunzante, lavado de manos no están siendo aplicadas correctamente por el personal de Enfermería de la institución, convirtiéndose estas situaciones en un factor de riesgo para el presentar un accidente laboral esta población.

Panimboza, C. y Pardo L. (2012-2013) con título *Medidas de bioseguridad que aplica el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria del paciente. Hospital Dr. José Garcés Rodríguez. Salinas-Ecuador*, cuyo objetivo general es verificar la aplicación de medidas de bioseguridad, así como identificar si el conocimiento del personal influye de manera directa en los mismos. La investigación realizada fue de campo, porque los datos fueron obtenidos de forma directa y el tipo de estudio fue descriptivo, en cuanto al instrumento utilizado fue la observación directa con 27 ítems y un cuestionario con 10 preguntas de alternativas múltiples. Por estas razones fue viable ya que se enmarca en una investigación cuantitativa, la muestra fueron 28 personas entre 5 licenciadas y 23 auxiliares, de la cual se realizó el análisis de los datos los cuales permitieron determinar la problemática expuesta entre los que se encontró. Conocimiento en medidas de bioseguridad 100%, en el conocimiento de los principios de medidas de bioseguridad conocen en un 71% y en el conocimiento de las barreras de

protección personal conocen el uso adecuado en un 75%. Al referirnos a la aplicación de barreras de protección físicas evidenciamos que se aplican siempre en un 19 % y las barreras químicas se aplican siempre en un 41%; al verificar el manejo adecuado de residuos hospitalarios este se da siempre en un 55%. De forma general y respondiendo al tema de investigación aplicación de medidas de bioseguridad tenemos que el 36% aplica siempre, el 31% aplica a veces y el 33% nunca aplica; por ende, se hace evidente la necesidad de implementar un proyecto de charlas de educación y de concientización al personal de enfermería respecto a este tema, para mejorar la calidad atención al paciente y de esta manera mejorar su autocuidado.

Rojas L.; Flores M.; Berríos M.; Briceño I. (2012) con título *El Nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad y su aplicación por el Personal médico y de enfermería de un ambulatorio urbano tipo I. Mérida, Venezuela*. El objetivo fue relacionar el nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad y su aplicación por el personal médico y de enfermería del Ambulatorio Urbano Tipo I del Estado Mérida. La presente investigación consistió en un estudio no experimental de campo, con diseño descriptivo y de corte transversal correlacional. La población estuvo conformada por el personal médico (26) y de enfermería (22). Se diseñó un instrumento Ad Hoc que recogió información sobre datos generales con 5 ítems, riesgos laborales con 9 ítems, conocimiento sobre bioseguridad con 16 ítems y aplicación de las medidas de bioseguridad con 21 ítems. Los resultados demostraron que el riesgo predominante fue el biológico (sangre); el mayor porcentaje de la población no utiliza las barreras de seguridad de manera adecuada; el personal de enfermería mostró un mayor nivel de conocimiento sobre bioseguridad en comparación con el grupo médico. Se concluye que, en el ambulatorio urbano tipo I, tanto el personal médico como el de enfermería tienen conocimiento sobre normas de bioseguridad generales, pero la aplicación de las mismas resultó baja. Las conclusiones fueron: “El personal de enfermería fue el que mostró un mayor nivel de conocimientos sobre bioseguridad y sus aspectos generales, sin embargo, la aplicación de las mismas por el personal fue baja; y son los médicos quienes las aplican en mayor proporción”.

Bustamante Ojeda Lenin (2012) con titulado *Evaluación del cumplimiento de las normas de bioseguridad en el Hospital UTPL, en las áreas de emergencia, hospitalización, quirófano, laboratorio y consulta externa durante el período enero – marzo de 2012. Ecuador*, cuyo objetivo fue Determinar el cumplimiento de las normas de bioseguridad en el Hospital UTPL a través de la difusión y conocimiento de las mismas por el personal de la institución. Este estudio es de tipo prospectivo analítico, diseño cuantitativo, y con un enfoque transversal. El universo de este estudio fue el personal de la salud y de limpieza que trabajan en el Hospital UTPL. La información se recolectó a través de una encuesta de 10 ítems y una lista de chequeo. Las conclusiones entre otras fueron: “En la primera evaluación existía un insuficiente conocimiento de las normas de bioseguridad por parte del personal que labora en el Hospital UTPL, con un promedio de 56,88% y un nivel insuficiente de cumplimiento de las normas de bioseguridad (53%)” Dentro de los resultados encontrados en la tesis mencionada se obtuvo que en promedio existía un cumplimiento del 53% de las normas, que después de la capacitación aumentó 23,94%, llegando a 76,94%, a pesar de este aumento existieron normas en las que no hubo un impacto importante, entre ellas la utilización de anillos y esmalte de uñas en el personal. Los 11 trabajadores tenían un conocimiento promedio de las normas del 55,88% antes de la capacitación, el mismo que aumentó 16,25% luego de esta, con lo cual el conocimiento de las normas alcanzó el 72,13%.

Nacionales

Rodríguez Tapia, Rocío (2015) con título: *Prácticas de medidas de bioseguridad relacionado al nivel de conocimiento del profesional de enfermería. Hospital la Caleta. Chimbote*. El presente estudio tuvo como objetivo conocer la relación entre las prácticas de medidas de bioseguridad con el nivel de conocimiento del profesional de enfermería del hospital La Caleta. Chimbote, 2014. El método empleado es un estudio no experimental, descriptivo correlaciona de corte transversal, La población de estudio estuvo conformada por 37 profesionales de enfermería que reunieron los criterios de inclusión, que laboran en los servicios de Emergencia, Medicina, Cirugía, Pediatría, Neonatología y Gineco obstetricia del Hospital La Caleta. Para la recolección de datos se utilizó La Guía de observación

y un Test de conocimiento, ambas acerca de medidas de bioseguridad. Los resultados fueron: Los profesionales de Enfermería del Hospital La Caleta-Chimbote realizan una práctica regular de las Medidas de Bioseguridad (86.5%) y presentan un nivel de conocimiento medio de las medidas de bioseguridad (54.1 %). En conclusión: No existe relación estadística significativa entre las Prácticas de Medidas de Bioseguridad y el Nivel de Conocimiento del Profesional de Enfermería del Hospital La Caleta-Chimbote.

Jurado W; Solís S. y Soria C. (2013 – 2014) con título *Medidas de bioseguridad que aplica el profesional de enfermería y su relación con la exposición al riesgo laboral en el Hospital Santa María del Socorro*. El objetivo es determinar las medidas de bioseguridad que aplica el profesional de enfermería y su relación con la Exposición al Riesgo Laboral en el Hospital Santa María de Socorro, año 2013- 2014. El método empleado fue un estudio no experimental, descriptivo correlacional. La muestra fue de 57 profesionales de enfermería de diferentes servicios y estrategias de dicho hospital, cuya relación se midió con un instrumento validado por juicio de expertos, el cual consistió de 3 partes: Datos generales, Medidas de bioseguridad y Exposición al riesgo laboral. Resultados: En cuanto a las Barreras de Protección que aplica el profesional de enfermería, encontrándose que guarda una relación inversa baja con la Exposición al riesgo biológico, una relación inversa mínima con la exposición al riesgo físico y una relación directa moderada significativa con la exposición al riesgo químico. Se encontró que existe aplicación de Barreras físicas a menudo 42,11%, aplicación de Barreras Biológicas, respecto a la Vacuna de Hepatitis B con tres dosis 7,02% y la Vacuna Toxoide tetánico con tres dosis en un 7,02%, así mismo existe medidas de precaución estándar respecto al lavado de Manos Siempre en un 97,74% y respecto a la disponibilidad de desechos Siempre en un 71,93%. Respecto a la exposición del riesgo laboral el 73,68% afirma haber estado expuesto al riesgo, siendo un pinchazo en el 59,65% el que pudo haber causado el accidente, así mismo se resalta que hubo un promedio de 12,56 puntos afirma que a menudo existe un riesgo físico y 19,05 puntos afirma que algunas veces existe un riesgo químico. Conclusiones: Existe relación directa Moderada Significativa entre las barreras de protección que aplica el Profesional de

Enfermería y la Exposición al Riesgo Químico, relación inversa baja pero no significativa entre las Barreras de Protección que aplica el Profesional de Enfermería y la Exposición al Riesgo biológico y relación inversa mínima pero no significativa entre las Barreras de Protección que aplica el Profesional de Enfermería y la Exposición al Riesgo físico.

Rodríguez L. y Saldaña T. (2013) con título *Conocimiento sobre Bioseguridad y Aplicación de Medidas de Protección de las Enfermeras del Departamento de Neonatología Hospital Belén de Trujillo*. El presente es un estudio descriptivo correlacional, se realizó con el objetivo de determinar la relación entre el conocimiento sobre bioseguridad y la aplicación de medidas de protección de las enfermeras del Departamento de Neonatología Hospital Belén de Trujillo-2013. El universo muestral estuvo conformado por 45 enfermeras asistenciales. Se utilizaron dos instrumentos, el primero fue para medir el conocimiento que tienen las enfermeras sobre bioseguridad con 15 ítems y el segundo una guía de observación para verificar la aplicación de medidas de protección de las enfermeras con 30 enunciados. Se encontró que el 40% de enfermeras tienen un nivel de conocimiento alto sobre bioseguridad y el 60% tienen nivel de conocimiento medio. Respecto a la aplicación de medidas de protección los resultados muestran que las enfermeras si cumplen con un 73.3%, mientras que en un 26.7% no cumplen con estas medidas. Se encontró que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la aplicación de medidas de protección pues; el 88.9% de las enfermeras que presentaron un nivel de conocimiento alto cumplen con la aplicación de medidas de protección con un 11.1%, mientras que el 59.3% que presentaron un nivel de conocimiento medio no cumplen con la aplicación de medidas de protección con un 40.7%.

Sangama L. y Rojas R. (2012) con título: *Nivel de conocimiento y aplicación de medidas de bioseguridad en estudiantes del VIII - IX ciclo de obstetricia UNSM - T en el hospital II-2 Tarapoto*. El presente estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad, en los estudiantes del VIII - IX ciclo, de la carrera profesional de obstetricia de la UNSM - T en el Hospital II – 2 MINSA – Tarapoto. Junio - Setiembre 2012. Se realizó el

estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 43 estudiantes, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para medir la variable nivel de Conocimiento, se utilizó como método la encuesta de 17 preguntas y se aplicó una lista de verificación de 17 ítems para evaluar la aplicación de las medidas de bioseguridad. Los resultados encontrados fueron: El nivel de conocimiento sobre conceptualización de medidas de bioseguridad se ubicó en bajo con 53.5% y 46.5%. lo conceptualiza alto; en relación al nivel de conocimiento sobre algunas barreras de bioseguridad es alto, en cuanto al uso de guantes, uso de mascarilla y uso de mandilones; en lo que se refiere al nivel de conocimiento sobre el manejo de desechos hospitalarios contaminados es bajo con un 60.5% ; en cuanto al nivel de conocimiento en general sobre medidas de bioseguridad es alto con un 51.16% y con respecto a la variable aplicación, se reportaron los mayores porcentajes que nunca los estudiantes usan las medidas de bioseguridad y en porcentajes no muy favorables lo usan siempre así como a veces.

Alarcón M. y Rubén Sh. (2012) con título *Conocimientos y Prácticas en la Prevención de Riesgos Biológicos de las Enfermeras del Hospital Belén – Lambayeque, 2012*. El método empleado es una investigación cuantitativa, diseño correlacional y de corte transversal, se realizó en el hospital provincial docente Belén de Lambayeque, tuvo como objetivo general, determinar la relación que existe entre conocimientos y prácticas en la prevención de riesgos biológicos en las enfermeras del hospital Belén. El estudio estuvo constituido por una población muestral de 43 enfermeras que laboran en diferentes servicios de la institución, se empleó la técnica de campo; el cuestionario con 15 ítems y la lista de cotejo de 30 enunciados, como instrumentos de recolección de datos. Los resultados fueron analizados según la prueba de chi-cuadrado donde se concluyó que: No existe relación significativa entre conocimientos y prácticas en la prevención de riesgos biológicos de las enfermeras del hospital Belén Lambayeque. Con respecto al conocimiento de riesgos biológicos: Del 100% (43) de enfermeras que laboran en dicho nosocomio, 67.44% tienen un nivel de conocimiento regular y solo el 6.98% poseen un buen nivel de conocimiento en la prevención de riesgos biológicos. Según las prácticas en riesgos biológicos: El 4.65% de las enfermeras, tienen

buena práctica y el 39.53% tienen una práctica deficiente en la prevención de riesgos biológicos.

Cóndor P.; Enríquez J.; Ronceros G.; Tello M. y Gutiérrez E. (2008) con título *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre bioseguridad en unidades de cuidados intensivos de dos hospitales de Lima-Perú*. Donde el objetivo fue determinar el nivel de conocimientos, actitudes y las prácticas (CAP) sobre bioseguridad del personal de salud de las unidades de cuidados intensivos (UCI) de dos hospitales de Lima, Perú. El método empleado fue un estudio descriptivo transversal realizado en las Ucis de los hospitales Nacionales Dos de Mayo e Hipólito Unanue. Se desarrolló un instrumento de recolección de datos conformado por 27 ítems ($KR-20=0.81$) el cual se aplicó a médicos, enfermeras y técnicos de enfermería. Los resultados fueron: Apreciamos que el 63.3% del personal tuvo un nivel de conocimientos bueno, el 95% actitudes favorables y el 47.5% buenas prácticas, no se encontró personal con un nivel de prácticas deficiente. No existieron diferencias entre grupos profesionales. Solo se encontró una correlación moderada entre las prácticas y el nivel de conocimientos ($r=0,46$; $p<0,001$), no se encontró correlación significativa entre las prácticas y las actitudes. Las conclusiones fueron que encontraron que el nivel de CAP es mayor a lo reportado en la literatura nacional, sin embargo, existieron ciertas deficiencias que deben ser resueltas con programas de capacitación en normas de bioseguridad con el fin de reducir la prevalencia de infecciones intrahospitalarias en UCI.

1.2. Fundamentación científica, técnica o humanística

Conocimiento

Según Pari, (2008) “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” (p. 10).

Según Pérez, (2008) “El conocimiento es un proceso, por lo que podemos agregar que este es un conjunto de información almacenada mediante la

experiencia o el aprendizaje” (p.1).

Para Maldonado, (2015).

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. Asimismo, podemos agregar que el conocimiento depende de la naturaleza del objeto y de la manera y de los medios que se usan para reproducirlo. Así, tenemos un conocimiento sensorial (si el objeto se capta por medio de los sentidos), éste se encuentra tanto en los hombres como en los animales, y un conocimiento racional, intelectual o intelectual, si se capta por la razón directamente (p.6).

Para Peña, (2010) “El conocimiento es una capacidad humana, basada en la experiencia, que tiene como fin transformar la información en decisiones, y acciones concretas” (p. 23).

Para Martínez & Guerrero, (2009) “El conocimiento es un proceso mental que consiste en clasificar, explicar y entender los fenómenos de la naturaleza y saber cómo y por qué la realidad funciona de cierta manera”(p.10).

Tipos de conocimiento

Según Martínez & Guerrero (2009) este se puede dividir en:

Intuitivo: Se adquiere en la vida por vía sensitiva; nos percatamos de los que nos rodea gracias a nuestros sentidos.

Empírico: La repetición del conocimiento intuitivo y su constante aplicación en la vida cotidiana, de manera natural y sin que se lleve a cabo una rigurosa sistematización, hace que el ser humano desarrolle lo que se llama experiencia.

Religioso o teológico: Es resultado de la intensión del hombre por tratar de conocer la naturaleza de las cosas a partir de explicaciones que provienen del terreno de lo oculto y metafísico.

Filosófico: Es un saber de tipo general que busca la respuesta al

porqué de los fenómenos y las causas que los originan de manera sistemática, generalizadora y rigurosa, para lo cual crea categorías y conceptos

Científico: Se caracteriza por la búsqueda constante de leyes y principios que rigen los fenómenos naturales. Es resultado de un método riguroso y objetivo; aspira dar la razón de todas las afirmaciones, sistematizarlas, fundamentarlas y aprobarlas (p.p.11-13).

Según Gonzales, (2011)

El conocimiento se adquiere de varias formas de experiencias, de raciocinio, de duda, de investigación, de estudio, de conocer, de preguntar, es el conjunto de todas ellas, además cada una de las personas adopta una realidad cierta en la que se basa para construir el edificio de su persona (p.26).

Medición del conocimiento

Según Mayorca, (2010) se puede clasificar y medir de la siguiente manera:

- Cuantitativamente:
 - Niveles o Grados: alto, medio, bajo
 - Escalas: a. Numérica: de 0 al 20; de 10 a 100, etc.
 - b. Gráfica: colores, imágenes, etc.
- Cualitativamente: correcto e incorrecto; completo e incompleto; verdadero o falso (p.28).

En conclusión el conocimiento sobre medidas de bioseguridad es el conjunto de ideas, nociones e información adquirida mediante una educación sobre un conjunto de medidas preventivas, destinadas a mantener el control de factores de riesgo laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos, logrando la prevención de impactos nocivos, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos, no atenten contra la salud y seguridad de trabajadores de la salud, pacientes, visitantes y el medio ambiente.

Actitud

Según Sanchez, Ramos & Marset, (1994)

La actitud es una predisposición al actuar, es aprendida, es dirigida hacia un objeto, persona o situación, incluye dimensiones cognitivas, afectivas y eventualmente conductuales, todo ello está organizado estructuralmente de forma que el cambio en uno de los componentes cambia los demás (p. 81).

Grupo de Investigación Edufísica, (2009) "El término "actitud" ha sido definido como "reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado" (p. 1).

Molina, (2016)

Indica que las actitudes son aprendidas, en consecuencia, pueden ser diferenciadas de los motivos bio-sociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas, las actitudes tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo, estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular (p. 1).

Según E. Papalia, Wendosk, Duskin, (2009)

Las actitudes se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual). Cada uno de estos componentes pueden constituir la estructura que da origen a una determinada actitud, favorable o desfavorable, hacia un objeto (p. 128).

Para Miskulin, (2008)

Las emociones están relacionadas con las actitudes de una persona frente a determinada situación, cosa o persona. Entendemos por actitud una tendencia, disposición o inclinación para actuar en determinada manera. Todos tenemos determinadas "actitudes" ante los objetos que conocemos y formamos actitudes nuevas ante los objetos

que para nosotros son también nuevos (p. 1).

Para Harrys corvo, (2012)

La actitud una vez formada, es muy difícil que se modifique, ello depende en gran medida de las creencias, convicciones y juicios que se transmiten de la familia de origen el cual puede haberse formado desde los primeros años de vida y reforzado después. Otras actitudes se aprenden de la sociedad, mucho dependen directamente del individuo. Sin embargo, es conveniente precisar que las actitudes pueden modificarse, lo cual obedece a diversos motivos (p. 3).

Para Künpper, (2004)

El Valor de las personas es la suma de Conocimientos y Habilidades multiplicado por la Actitud. Así pues, mientras los conocimientos y las habilidades de la persona suman valor, la actitud multiplica la suma de ambos y establece la diferencia entre líderes. Nadie es grandísimo por sus conocimientos o habilidades (Experiencia), lo es por su manera de ser. Todas las personas fantásticas tienen una manera de ser fantástica por la que se las reconoce, valora y aprecia (p.23).

Tipos de actitudes

Según Herrera, Vela & Zúñiga, (2014) los tipos de actitud son:

Actitud Emotiva: Es aquel que se basa en el conocimiento interno de la otra persona cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional de ambas. El cariño, el enamoramiento y el amor son emociones de mayor intimidad, que van unidas a una actitud de benevolencia.

Actitud Desinteresada: Es aquella que no se preocupa, ni exclusiva ni primordialmente por el propio beneficio, sino que tiene su centro de enfoque en la otra persona y que no la considera como un medio o instrumento, sino como un fin. Está compuesta por 4 cualidades: Apertura, disponibilidad, solicitud y aceptación.

Actitud Manipuladora: Cuando sólo ve al otro como un medio, de

manera que la atención que se le otorga tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio.

Actitud Interesada: Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de indigencia del sujeto, cuando una persona experimenta necesidades ineludibles busca todos los medios posibles para satisfacerlas, por ello, ve también en las demás personas un recurso para lograrlo.

Actitud integrada: La comunicación de sujeto a sujeto, además de comprender el mundo interior del interlocutor y de buscar su propio bien, intenta la unificación o integración de las dos personas (p.17).

Medidas para evaluar Actitudes

Según Briñol, Falces & Becerra, (2007) se puede clasificar en procedimientos directos y procedimientos indirectos.

- Procedimientos directos consisten en preguntar directamente y explícitamente a las personas por las opiniones y evaluaciones que sustentan en relación a un determinado objeto de actitud.
 1. El Diferencial Semántico (Osgood, Suci y Tannenbaum, 1957)
 2. La Escala de intervalos aparentemente iguales (Thurstone, 1928).
 3. La Escala de Likert (Likert, 1932).
 4. La Escala de clasificación de un solo ítem (La Piere, 1934).
- Los procedimientos indirectos tratan de conocer las evaluaciones de las personas sobre el objeto de actitud sin preguntar directamente por él.
 1. Los registros fisiológicos
 2. Las pruebas proyectivas, como el Test de Apercepción Temática (Proshansky, 1943).
 3. Los métodos de observación conductual (por ejemplo, Dovidio, y cols., 1997).
 4. Las medidas de tiempos de reacción, como:
 - El Test de Asociación Implícita (IAT, Greenwald, McGhee, y Schwartz, 1998).

La Tarea de Evaluación Automática (Fazio, Jackson, Dunton, y Williams, 1995) (p. 477).

De igual forma para fines del estudio, se desarrollará la Escala de Estimación Likert, que Consiste en la presentación a la persona de una serie de afirmaciones y negaciones relacionadas con el objeto de actitud, pidiéndole a la persona que exprese su grado de acuerdo o desacuerdo con las propuestas, marcando una de las alternativas que dispone en la escala.

Finalmente, la actitud del personal de salud sobre medidas de bioseguridad es la predisposición de respuestas que tienen las personas hacia la aplicación sistemática de las medidas de bioseguridad con la finalidad de proteger la salud del personal, paciente y de la comunidad frente a diferentes riesgos que existe a nivel hospitalario.

Prácticas

Según la Real Academia Española, la palabra práctica viene del latín *practicus*. La define a la práctica, como los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo; también lo define como el ejercicio, arte o facultad, conforme sus reglas.

Según Mayorca, (2010) “La práctica es el ejercicio de un conjunto de destrezas y /o habilidades adquiridas por medio de la experiencia; lo cual puede ser valorada a través de la observación o puede ser referida y/o expresada a través del lenguaje” (p. 32).

Según Badani, (2011)

Las prácticas normalizadas de trabajo son el elemento básico y a la vez el más importante para la protección de cualquier tipo de trabajador. Las personas que por motivos de su actividad laboral están en contacto, más o menos directo, con materiales infectados o agentes infecciosos, deben ser conscientes de los riesgos potenciales que su trabajo encierra y además han de recibir la formación adecuada en las técnicas requeridas para que el manejo de esos materiales biológicos

les resulte seguro (pp. 880-881).

Según Mayorca, (2010) “Las prácticas definidas como acciones pueden ser medidas mediante una lista de cotejo o chequeo, y pueden ser clasificadas como correctas o incorrectas, adecuadas e inadecuadas, buenas, regular y malas” (p. 33).

En conclusión, las prácticas sobre medidas de bioseguridad, es el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas que emplea el personal de salud, basado en cierto tipo de conocimiento y/o experiencias, para prevenir y disminuir riesgos laborales e infecciones intrahospitalarias.

Medidas de bioseguridad

López & López, (2012)

Las medidas de bioseguridad es el conjunto de medidas que deben ser aplicados sistemáticamente por el personal de salud, hacia todos los pacientes sin distinción, con o sin diagnóstico de infección y/o durante el contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones tengan o no sangre visible, con la finalidad de prevenir y disminuir el riesgo del personal de adquirir infecciones clínicas o inaparentes transmitidos por sangre y fluidos corporales; por lo tanto la implementación de estas precauciones es la estrategia primaria para el control de infecciones nosocomiales (p. 9).

El Minsa, (1997) definió:

La bioseguridad como el conjunto de medidas preventivas, destinadas a mantener el control de factores de riesgo laboral, procedente de agentes biológicos, físicos y/o químicos, logrando la prevención del impacto nocivos, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la salud y seguridad de trabajadores de salud, pacientes, visitantes y el medio ambiente (p. 7).

Al respecto la OPS, (1997) señaló:

La bioseguridad como el conjunto de medidas destinadas a proteger la salud y seguridad del personal que labora frente a riesgos provenientes de agentes biológicos, físicos y químicos es decir comprende estrategias, acciones o procedimientos de deben ser considerados para evitar o prevenir los efectos a los riesgos presentes en el área de trabajo (p.1).

Asimismo, podemos determinar que estas medidas de bioseguridad se resumen en los principios siguientes:

Universalidad

Badani, (2011)

Se refiere a las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología. Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes, estando o no previsto el contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente. Estas precauciones, deben ser aplicadas para todas las personas, independientemente de presentar o no enfermedades (p. 880).

Lavados de manos

Minsa, (2006) “El lavado de manos es el más simple, económico e importante procedimiento en la prevención de las infecciones hospitalarias (IIH), logrando reducir su incidencia hasta en un 50% cuando se realiza de manera adecuada”.
(p. 9)

Minsa, (2004)

El lavado de manos es la técnica de seguridad que permite disminuir de las manos los microorganismos para evitar su diseminación y previene la propagación de patógenos a zonas no contaminadas, es uno de los métodos más básico, sencillo y efectivo que tenemos para

prevenir la propagación de agentes infecciosos de una persona a otra.
(p. 27)

Essalud, (2015)

Finalmente es el método más eficiente para disminuir el traspaso de material infectante de un individuo a otro y cuyo propósito es la reducción continua de la flora residente y desaparición de la flora transitoria de la piel. Se considera que la disminución o muerte de ésta es suficiente para prevenir las infecciones hospitalarias cruzadas (p. 4).

Tipos de lavado de manos:

Según Arquiñido, (2014) esto puede ser:

Lavado de manos social: Es el lavado de manos de rutina, se define como la remoción mecánica de suciedad y la reducción microorganismos transitorio de la piel. La duración de dicho lavado es de 10 a 15 seg. y se realiza con jabón común

Lavado de manos clínico y antiséptico: Es el que se realiza con una solución jabonosa antiséptica de amplio espectro microbiano (Clorhexidina 2 %), que tiene rápida acción, está diseñado para su uso en situaciones de brotes de infecciones hospitalarias, áreas críticas, realización de procedimientos invasivos y en áreas de pacientes inmunosuprimido. Su tiempo de duración es de 40-60 seg.

Lavado de manos quirúrgico: Lavado de manos que se realiza antes de un procedimiento que involucra, manipula material estéril que penetre en los tejidos, sistema vascular y cavidades normalmente estériles. Se utiliza una solución jabonosa antiséptica de amplio espectro microbiano (Clorhexidina 4%), Tiempo de duración de 3 a 6 min (pp. 15-17).

El Minsa, (2016) manifestó “Los 5 momentos del lavado de manos” que se debe aplicar:

Antes del contacto directo con el paciente.

Antes de realizar una tarea limpia o aséptica.

Después de exposición a fluidos corporales.

Después del contacto con el paciente.

Después del contacto con el entorno del paciente (p.12).

Uso de barreras:

Essalud, (2015)

Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. La utilización de barreras no evita los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las consecuencias de dicho accidente (p. 1).

Precauciones durante procedimientos invasivos

Se entiende por invasivo todos los procedimientos que irrumpen la barrera tegumentaria o mucosa del paciente. Las precauciones en los procedimientos invasivos son: (Alvarez, 2013)

(a) Uso de guantes y tapa boca, (b) Protección para los ojos, (c) Los mandilones, (d) Cuando un guante se rompe, se debe retirar ambos guantes, lavarse las manos con agua y detergente por arrastre y colocarse otros nuevos, (e) Todo material corto punzante usado durante el procedimiento invasivo deberá ser desechado en recipientes descartables adecuados, (f) Los materiales deben ser transportados en recipientes adecuados a los lugares de procesamiento, (g) La ropa contaminada será depositada en bolsas plásticas y transportadas para el procesamiento rotulada y enviada al departamento de lavandería (p.11).

Los Elementos de Equipo de Protección Personal (EPP) (Ver tabla 1)

Tabla 1
Elementos de Equipo de Protección Personal

Elemento	Definición	Objetivo	Usos	Tipos
Mascarillas	Es una barrera de protección de vías aéreas, constituido por filtros o capas finas de papel o tela.	Prevenir la transmisión de microorganismos que se propagan a través del aire y aquellos cuya puerta de entrada y salida pueden ser al aparato respiratorio.	En procedimientos que pueden generar salpicaduras o aerosoles, durante la atención directa al paciente. Se debe mantener colocada la mascarilla dentro del área de trabajo y mientras se realiza la actividad. Utilizar en todo procedimiento invasivo. Cambiar la mascarilla si se humedece. No colgar en el cuello	-Mascarillas quirúrgicas: filtran partículas de 0.3 a 0.5 micrón. -Mascarilla de alta eficiencia (N95, N100) filtrar partículas menores de 0.3 micrón.
Mandilón, delantal o bata.	Vestimenta de protección corporal impermeable de manga larga, de preferencia descartable, hasta bajo de la rodilla.	Servir de protección corporal a la exposición a secreciones, fluidos, tejidos o material contaminado.	Se usa durante la atención del paciente para evitar la exposición a salpicaduras de secreciones, fluidos, tejidos o material contaminado. Se usa para procedimientos invasivos y quirúrgicos.	-Mandilón limpio para la higiene, comodidad del paciente, actividad de laboratorio y limpieza de su unidad. -Bata estéril para procedimientos invasivos y quirúrgicos
Guantes	Es una medida de prevención primaria frente al riesgo biológico Son de material látex delgado, que se amolda a las manos; nunca son un sustituto del lavado de manos	Reducir la transmisión de los microorganismos endógenos de las manos del personal a los pacientes y viceversa. Prevenir el contacto de fluidos y secreciones	El uso de guantes es imprescindible para todo procedimiento que implique contacto con sangre, fluidos corporales, piel no intacta, membranas mucosas o superficies contaminadas con sangre. Usar guantes con uñas cortas y sin joyas.	-Guantes estériles para realizar procedimientos invasivos. -Guantes limpios para procedimientos no invasivos.
Gorro	Es una barrera de protección que recubre el cabello y los pabellones auriculares.	Disminuir el riesgo de contacto de cabello sobre algún procedimiento, ya que éstos retienen microorganismos que flotan en el medio hospitalario, actuando como fuente de infección y vehículo de transmisión patógena.	Es obligatorio el uso de gorro en procedimientos invasivos, sin embargo, lo ideal es usar gorro cuando se realiza cualquier tipo de atención. Se coloca antes de calzarse los guantes y ponerse la mascarilla.	-Gorro de tela impermeable -Gorros descartables para uso hospitalario.

Lentes	Es un mecanismo de barrera de protección que protege los ojos.	Sirve para proteger contra riesgos biológicos que protege de las salpicaduras de sangre o secreciones, evitando así la infección de conjuntiva ocular.	<ul style="list-style-type: none"> -Procedimientos quirúrgicos traumáticos. -Atención de partos. -Procedimientos invasivos. -Procedimientos dentales u orales. -Necropsia 	Son también mecanismos de barrera hechas de fibra de vidrio con rejillas laterales, lo que las hace antiempañantes.
Botas	Son protectores de los pies. Se coloca cubriendo todo el pie alguno hasta antes de la pantorrilla.	Para evitar la contaminación del piso donde se realizan procedimientos invasivos en zonas rígidas.	Son de uso obligatorio en áreas rígidas como sala de partos y sala de operaciones.	Botas de tela impermeables para evitar contaminar los pisos de zonas rígidas y así mismo evita mancharse con fluidos.

Medios de eliminación de material contaminado

Nodarse, (2007) “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”. (p. 63)

Residuos Sólidos

Minsa, (2004)

Los residuos generados en los hospitales se basan en su naturaleza y en sus riesgos asociados. Cualquier material del hospital, clínica y centro de salud tiene que considerarse residuos desde el momento en que se rechaza, o se usa, porque su utilidad y/o su manejo clínico se consideran acabados y sólo entonces puede hablarse de residuo que puede tener un riesgo asociado (p. 16).

Según (Minsa/Digesa, 2012) los residuos sólidos se clasifican en tres categorías: Ver Tabla 2

Soto & Olano, (2004)

Del 65 a 70% del personal de salud que sufren los accidentes de trabajos son el personal de enfermería seguido del personal de limpieza (17%), luego el personal de laboratorio (10 - 15%) y finalmente el personal médico (4%). Los accidentes ocurren con más frecuencia en la habitación del enfermo (60 a 70%) y en la unidad de cuidados intensivos (10 -15%) (p. 103).

Accidentes de exposición a sangres o fluidos biológicos(AES):

Essalud, (2015) “Se denomina todo contacto con sangre o fluidos biológicos y que lleva una solución de continuidad (pinchazo o herida cortante) o a un contacto con mucosa o piel lesionada (eczema, escoriación, etc.)” (p. 3).

Agentes infecciosos transmitidos por AES:

Minsa, (2004)

Numerosos agentes infecciosos en la sangre o fluidos corporales

pueden ser transmitidos en el curso de un accidente. El riesgo de transmisión depende de numerosos factores, fundamentalmente de: prevalencia de infección en una población determinada, la concentración del agente infeccioso, la virulencia del mismo, el tipo de accidente (p. 17).

Minsa, (2009)

Particularmente los más frecuente pueden ser: Virus Inmunodeficiencia humana (VIH) el riesgo de infectarse por este virus en un accidente laboral a través de una aguja contaminada es de 0.3 - 0.4%; hepatitis a virus B (HBV) el riesgo es de 30% y hepatitis a virus C (HVC) el riesgo es de 1 hasta 7% (pp. 9-10).

Tabla 2
Clasificación de residuos sólidos

Clasificación de residuos sólidos	Tipos según su clasificación	Recipiente con bolsa
<p>A:Residuos Biocontaminados Son aquellos residuos peligrosos generados en el proceso de la atención e investigación médica que están contaminados con agentes infecciosos, o que pueden contener altas concentraciones de microorganismos que son de potencial riesgo para la persona que entre en contacto con dichos residuos.</p>	<p>A.1: Atención al Paciente: Residuos sólidos contaminados con secreciones y excreciones provenientes de la atención de pacientes, incluyendo: Alimentos, nutrición parenteral y enteral.</p> <p>A.2: Biológico: Compuesto por cultivos, inóculos, mezcla de microorganismos y medios de cultivo inoculados provenientes del laboratorio clínico o de investigación, vacunas vencidas o inutilizadas, filtro de gases aspiradores de áreas contaminadas por agentes infecciosos y cualquier residuo contaminado por estos materiales.</p> <p>A.3: Bolsas conteniendo sangre humana y hemoderivados: Bolsas con contenido de sangre humana, bolsa de sangre vacías, serológicas, vencidas y muestras de sangre para análisis, suero, plasma y hemoderivados.</p> <p>A.4: Residuos Quirúrgicos y Anátomo -Patológicos: Compuesto por tejidos, órganos, piezas anatómicas, restos de fetos muertos y residuos sólidos contaminados con líquidos corporales (sangre, trasudados, exudados, etc.)</p> <p>A.5: Punzo cortantes: Compuestos por elementos punzo cortantes que estuvieron en contacto con pacientes o agentes infecciosos, incluyen agujas hipodérmicas, jeringas, pipetas, bisturís, placas de cultivo, agujas de sutura, catéteres con aguja y otros objetos de vidrio enteros o rotos u objetos cortopunzantes desechados.</p> <p>A.6: Animales contaminados: Se incluyen aquí los cadáveres o partes de animales inoculados, expuestos a microorganismos patógenos o portadores de enfermedades infectocontagiosas.</p>	<p>Roja</p> <p>Recipiente para el almacenamiento de residuos punzocortante</p>
<p>B: Residuos Especiales Son aquellos residuos peligrosos generados en los hospitales, con características físicas y químicas de potencial peligro por lo corrosivo, inflamable, tóxico, explosivo y reactivo para la persona expuesta.</p>	<p>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 quimioterápicos; plaguicidas, solventes, ácido crómico (usado en limpieza de vidrios de laboratorio), mercurio del termómetro, soluciones para revelado de radiografías, aceites lubricantes usados, tóner, pilas, entre otros.</p> <p>B.2: Residuos Farmacológicos: Compuesto por medicamentos (ampollas, frascos, pastillas) vencidos; contaminados, desactualizados; no utilizados, provenientes de ensayos de investigación, entre otros.</p> <p>B.3: Residuos radioactivos: Compuesto por materiales radioactivos o contaminados con radioisótopos de baja actividad, provenientes de laboratorios de investigación química y biología; de laboratorios de análisis clínicos y servicios de medicina nuclear.</p>	<p>Amarilla</p>
<p>C: Residuo común Compuesto por todos los residuos que no se encuentran en ninguna de las categorías anteriores y que, por su semejanza con los residuos domésticos, pueden ser considerados como tales.</p>	<p>C1: Administrativos: papel, cartón cajas, otros.</p> <p>C2: Vidrio, madera, plásticos otros.</p> <p>C3: Restos de preparación de alimentos, productos de jardín, otros.</p>	<p>Negra</p>

Nota: (Minsa/Digesa, 2012, pp.7- 8)

1.3 Justificación

Convivencia

Es conveniente porque a través de esta investigación podremos identificar si es necesario generar o crear conciencia, compromiso y responsabilidad en el personal de salud en el cumplimiento de las normas de bioseguridad. Todo ello contribuirá a mejorar la calidad de atención hacia los pacientes y disminuir el porcentaje de prevalencia de las infecciones intrahospitalarias y accidentes laborales.

Relevancia social

Con los resultados de la investigación se beneficiará la institución, consiguiendo interiorizar una conducta reflexiva al personal de salud en la prevención de accidente laboral y logrando a la vez un ambiente de trabajo ordenado, seguro que conduzca simultáneamente a mejorar la calidad de atención al paciente disminuyendo las infecciones intrahospitalarias

Utilidad metodológica

Mediante la investigación se consiguió elaborar un instrumento que nos permite medir las variables de conocimiento, actitud y práctica sobre las medidas de bioseguridad en UCI donde podemos relacionarlas entre sí o estudiarlas individualmente.

1.4 Problema de investigación

Descripción del problema

INEN, (2016)

Las Infecciones Intrahospitalarias (IIH) se presentan tanto en países desarrollados como en naciones en desarrollo; donde aproximadamente cada día 1,4 millones de pacientes adquieren una infección de este tipo. Los “Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades” (CDC) de los Estados Unidos estiman que casi dos millones de pacientes adquirirán una infección intrahospitalaria cada

año y casi 90,000 de ellos morirán debido a una de estas infecciones.
(p. 3)

Peréz, Zurita, Pérez, Patiño & Cavilmonte, (2010)

Las IIH son aquellas que ocurren durante el ingreso y estancia hospitalaria relacionadas con cuidados sanitarios. Estas infecciones constituyen un importante problema de salud y un motivo de preocupación para las instituciones y organizaciones de la salud a escala mundial, por las implicancias económicas, sociales y humanas que estas tienen (pp. 94 - 98).

Minsa, (2009) refirió:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre el personal de salud la proporción de la carga mundial de la morbilidad atribuible a la exposición profesional en un 40% en caso de la Hepatitis B y C; 2,5% para el caso del VIH. Aunque el 90% de las exposiciones ocupacionales en los países en vías de desarrollo, es el 90% de las notificaciones de infecciones profesionales se registran en Norteamérica y Europa (p. 4).

Chincha, Cornelio, Valverde & Acevedo, (2013)

Las IIH asociadas a la hospitalización en unidades de cuidados intensivos (UCI) es la mayor causa de muerte en países en vías de desarrollo. Las infecciones nosocomiales son frecuentemente en UCI, tanto por su severidad de la enfermedad subyacente que conlleva a una mayor frecuencia de intervenciones invasivas como el mayor uso de antibióticos de amplio espectro (p. 616).

INEN, (2016)

En el Perú más de 160 mil trabajadores de salud corren el riesgo de contagiarse de enfermedades como hepatitis B, hepatitis C, VIH-SIDA, debido a las condiciones inseguras en el uso de material punzocortante como agujas, jeringas y bisturís, según la Sociedad Peruana de Salud

Ocupacional. Cabe destacar que sólo en el año 2011 el Hospital Guillermo Almenara registró 304 accidentes de trabajo de los cuales 116 fueron punzocortantes. Si bien en el Perú, el 50% de los accidentes punzocortantes no se reportan debido a la falta de cultura de seguridad en salud, las estadísticas señalan que las lesiones por pinchazos se dan mayormente por agujas de aspiración (27%), agujas para suturas (19%) y bisturís (7%). Asimismo, se registra que el 44% de lesiones por agujas y otros instrumentos punzocortantes se generaron en enfermería y el 27% en médicos (p. 25).

Minsa, (2004)

La bioseguridad debe entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, ambiente éste que debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgos (p. 11).

En la práctica clínica se ha observado que tanto el personal de salud profesional y no profesional no cumple a cabalidad con las medidas de bioseguridad ya sea para su propia protección y/o seguridad del paciente.

Cabe señalar que se conjetura que sus causas más importantes pueden ser por falta de conocimientos, falta de actitud, falta de tiempo, carga laboral, falta de material disponible, el personal refiere que se sofocan o le incomoda usar los materiales de protección.

Actualmente se observa que la institución no comunica de manera efectiva los cursos de capacitación que brinda al personal de salud sobre las medidas de bioseguridad y a la vez existe poco interés por parte del personal de salud por capacitarse y actualizarse, y de esta manera ampliar sus conocimientos sobre este tema.

En la unidad de cuidados intensivos del Centro Médico Naval contamos con otras especialidades para el manejo conjunto del paciente según su gravedad, siempre se le hace recordar antes de la evaluación y/o curación de su paciente el lavado de manos, observando que no hay costumbre ni buena técnica cuando lo realiza, a la vez refieren “que ya se lavaron las manos hace un momento o lo hicieron antes de venir”, “que recién se acaban de bañar” o que “sus manos ya están esterilizadas.”, también se ha observado que después de la atención de los pacientes, algunos realizan sus actividades administrativas “sin lavarse las manos”.

Es importante señalar que las medidas de bioseguridad deben ser una práctica rutinaria en las unidades médicas y deben ser cumplidas por todo el personal que labora en estos centros, independientemente del grado de riesgo común, su actividad y de las diferentes áreas que compone el hospital.

Celia, (2010) “Dentro del análisis la biodiversidad tiene como principio básico: no me contagio y no contagio; por lo tanto, debe de entenderse como: una doctrina de comportamiento encaminada a lograr aptitudes y conductas que disminuyan el riesgo de adquirir infecciones” (p. 7).

Para terminar si no mejoramos en cumplir las normas de bioseguridad, se incrementará las infecciones intrahospitalarias, alargando la estancia hospitalaria, incrementando la morbimortalidad y mayor gasto económico humano, al ser considerada un evento adverso para el paciente que influye en la atención de calidad.

En definitiva, si el personal de salud conoce las normas de bioseguridad y las aplica, pueden determinar su propia seguridad, la de sus compañeros, de los pacientes y de la población hospitalaria.

El informe trata de establecer si existe relación significativa o no entre el conocimiento y la actitud con las prácticas de las medidas de bioseguridad del

personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval.

Problema general

¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento y la actitud con las prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval?

Problema específico 1

¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento con las prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval?

Problema específico 2

¿Cuál es la relación que existe entre la actitud con las prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval?

Problema específico 3

¿Cuál es el nivel de conocimiento del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval sobre las medidas de bioseguridad?

Problema específico 4

¿Cuál es la actitud del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval sobre las medidas de bioseguridad?

Problema específico 5

¿Cuál es el nivel de práctica del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval sobre las medidas de bioseguridad?

1.5 Hipótesis

Según Hernández, Fernández y Baptista, (2010) “Las hipótesis indican lo que tratamos de probar y se definen como explicaciones tentativas del fenómeno estudiado” (p. 104).

Hipótesis general

Existe relación directa entre el conocimiento y la actitud con las prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval.

Hipótesis específica 1

Existe relación directa entre el conocimiento con las prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval.

Hipótesis específica 2

Existe relación directa entre la actitud con las prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval.

1.6 Objetivos

Según Hernández, et. al. (2010) “El objetivo de una investigación señala lo que se aspira en la investigación y deben expresarse con claridad, pues son las guías del estudio” (p. 36).

Objetivo general

Analizar la relación que existe entre el conocimiento y la actitud con las prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval.

Objetivo específico 1

Determinar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval.

Objetivo específico 2

Determinar la relación que existe entre la actitud con las prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval.

Objetivo específico 3

Determinar el nivel de conocimiento del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval sobre las medidas de bioseguridad.

Objetivo específico 4

Determinar la actitud del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval sobre las medidas de bioseguridad.

Objetivo específico 5

Determinar el nivel de práctica del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval sobre las medidas de bioseguridad.

II. Marco Metodológico

2.1. Variable

Hernández, et.al. (2010), nos manifestaron que “la variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse y observarse” (p. 105).

Variable 1 (X₁): Conocimiento sobre medidas de bioseguridad

Definición Conceptual

Minsa, (1997)

El conocimiento sobre medidas de bioseguridad es el conjunto de ideas, nociones e información adquirida mediante una educación sobre un conjunto de medidas preventivas, destinadas a mantener el control de factores de riesgo laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos, logrando la prevención de impactos nocivos, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos, no atenten contra la salud y seguridad de trabajadores de la salud, pacientes, visitantes y el medio ambiente (p. 7).

Definición operacional

Mayorca, (2010), desde la perspectiva operacional “el conocimiento del personal de salud sobre medidas de bioseguridad fue medido a través de un cuestionario estructurado, cuyos resultados serán clasificados como conocimiento alto, medio y bajo” (p. 28).

Variable 2 (X₂): Actitud del personal sobre medidas de bioseguridad

Definición Conceptual

Miskulin, (2008)

Es la predisposición de respuestas que tienen las personas hacia la aplicación sistemática de las medidas de bioseguridad con la finalidad de proteger la salud del personal, paciente y de la comunidad frente a diferentes riesgos que existe a nivel hospitalario (p. 1).

Definición operacional

Briñol, Falces, & Becerra, (2007), está referido a “la actitud del personal de salud sobre medidas de bioseguridad fue medida según la escala de Lickert, cuyos resultados fueron clasificados en actitud positiva y actitud negativa” (p. 477).

Variable 3 (Y): Práctica sobre medidas de bioseguridad

Definición Conceptual

Mayorca, (2010)

Definido como la práctica sobre medidas de bioseguridad, es el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia; que emplea el personal de salud, basado en cierto tipo de conocimiento, para prevenir y disminuir riesgos laborales e infecciones intrahospitalarias (p. 32).

Definición operacional

Mayorca, (2010) relacionado con “las prácticas sobre medidas de bioseguridad, fueron medidas mediante una lista de cotejo, cuyos resultados fueron clasificados en prácticas buenas, regular y malas” (p. 33).

2.2. Operacionalización de las Variables

Según Hernández, et al. (2010) “la operacionalización de las variables, constituyen un conjunto de procedimientos y actitudes que se desarrollan para medir una variable” (p.111).

Tabla 3

Operacionalización de la variable 1: conocimiento sobre medidas de bioseguridad

Indicadores	Ítems	Escalas	Niveles	
Bioseguridad	1) Las normas de bioseguridad se definen como:	Nominal:	Alto (12.43-16)	
	2) Los principios de bioseguridad son:	0		
	3) Las principales vías de trasmisión de los agentes patógenos son:	incorrecto	regular (10.68 - 12.42)	
Lavado de manos	4) Los momentos del lavado de mano son:	1		
	5) El tiempo de lavado de manos clínico es:	correcto	Baja (0-10.67)	
	6) El agente más apropiado para el lavado de manos en la UCI es:	La pregunta		
	7) Para el lavado de manos Clínico, el agente más apropiado es el jabón líquido con:	11 y 15 cada sub ítem tiene		
	8) El material más apropiado para el secado después del lavado de manos es:	un valor de 0.2		
	9) Señale el orden en que debe realizarse el lavado de manos			
	Barreras protectoras	10) Las barreras protectoras de bioseguridad son:		
		11) ¿Qué medida de protección se puede utilizar para los procedimientos señalados?		
		12) Sobre la mascarilla:		
Residuos sólidos	13) El uso de mandilones está indicado en las siguientes situaciones:			
	14) ¿Dónde desecha el material punzocortante?			
	15) Qué tipo de recipiente se debe utilizar para la eliminación de residuos sólidos hospitalario			

Tabla 4

Operacionalización de la variable 2: Actitud sobre medidas de bioseguridad

Indicadores	Ítems	Escalas	Niveles
Bioseguridad	1) Me resulta fácil orientar al trabajador después de haber sufrido exposición de piel a fluidos corporales con sangre	Ordinal	Positivo (57- 65)
	11) No es mi responsabilidad considerar a todos los usuarios como infectados	<i>TA: Totalmente de acuerdo</i>	
Lavado de manos	2) El lavado de manos es necesario después de movilizar a mi paciente crítico.	<i>A: de acuerdo</i>	Negativo (1- 56)
	4) No siempre me lavo las manos antes de iniciar una actividad.	<i>NAND: Ni de acuerdo ni</i>	
	10) Acepto lavarme las manos ocasionalmente	<i>en</i>	
	13) Me resulta tedioso lavarme las manos siguiendo los pasos según la norma técnica vigente	<i>desacuerdo</i>	
Barreras protectoras:	3) Siempre para cada procedimiento es necesario usar guantes diferentes	<i>D: En desacuerdo</i>	
	5) Al salir del servicio me retiro el mandil, la bata, gorro y la mascarilla	<i>TD: Totalmente en</i>	
	8) Me siento segura al utilizar medidas de protección durante la atención a los pacientes	<i>desacuerdo</i>	
	9) Considero necesario tener conocimiento sobre las barreras de protección		
Residuos sólidos	6) Me resulta práctico clasificar y ubicar los residuos biocontaminados, especiales y comunes según la norma técnica vigente		
	7) Es importante conocer el tratamiento que se da a los residuos biocontaminados		
	12) Es preferible descartar los materiales sólidos en un sólo contenedor.		

Tabla 5

Operacionalización de la variable 3: Práctica sobre medidas de bioseguridad

Indicadores	Ítems	Escalas	Niveles	
Lavado de manos	1) Realiza el lavado de manos antes de realizar procedimientos en contacto con fluidos corporales	Nominal 1= Si 0= No	Buena (28 - 32)	
	2) Realiza el lavado de manos después de realizar procedimientos en contacto con fluidos corporales			
	3) Realiza el lavado de manos antes de atender a cada paciente.			
	4) Realiza el lavado de manos después de atender a cada paciente.			
	5) Realiza el lavado de manos después del contacto con el entorno del paciente.			
	6) Realiza el lavado de las manos según la técnica vigente.			
Barreras protectoras				
Guantes:	7) Cumple con los pasos de colocación de guantes estériles según la técnica vigente			
	8) Utiliza guantes estériles para realizar procedimientos asépticos			
	9) Usa guantes diferentes para cada procedimiento			
	10) Manipula con guantes algún tipo de muestra de laboratorio			
	11) Utiliza guantes al momento de preparar y administrar la medicación			
	12) Se retira los guantes según la técnica vigente			
	13) Elimina los guantes en recipiente con bolsa roja			
	14) Usa los lentes protectores cuando se amerita			
	Lentes:	15) Utiliza mascarilla para realizar procedimiento que requiere de su uso		
		16) Utiliza la mascarilla cubriendo nariz y boca		
	Mascarilla:	17) Se retira la mascarilla después de terminar cualquier procedimiento.		
		18) Descarta la mascarilla en el recipiente de bolsa roja		
	Gorro:	19) Se coloca el gorro antes de realizar algún procedimiento y antes de lavarse las manos		
		20) Utiliza el gorro cubriendo completamente el cabello y ambos pabellones auriculares		
Mandil:	21) Descarta el gorro en el recipiente de bolsa roja			
	22) Utiliza mandil para realizar procedimientos invasivos y cuando sé que requieran de su uso			
	23) Utiliza el mandilón correctamente con la abertura hacia atrás			
	24) Se retira el mandilón para salir a otra área fuera de su servicio.			
	25) Pone en práctica el almacenamiento del mandilón de tela de manera segura en el lugar adecuado para su descontaminación y lavado en la institución			
	26) Usa en la atención directa del paciente crítico las medidas de barreras protectoras			
Residuos Sólidos:	27) Elimina el material punzocortante en el recipiente rígido para punzocortante			
	28) Elimina los residuos sólidos biocontaminados en el recipiente con bolsa roja			
	29) Elimina los residuos sólidos especiales en el recipiente con bolsa amarilla			
	30) Elimina los residuos sólidos comunes en el recipiente con bolsa negra			
	31) Realiza el reencapuchado de las agujas con una sola mano			
	32) Elimina las agujas sin reencapuchado en el recipiente rígido para punzocortante			

2.3 Metodología

El presente estudio es un método hipotético deductivo

Según Cegarra (2011) “Es el camino lógico para buscar la solución a los problemas que nos planteamos. Consiste en emitir hipótesis acerca de las posibles soluciones al problema planteado y en comprobar con los datos disponibles si estos están de acuerdo con aquellas” (p.82).

2.4 Tipo de Estudio

Es un estudio de investigación cuantitativa con alcance correlacional

Según Hernández, et. al. (2014) “en la presente investigación se asociaron variables mediante un patrón predecible para un grupo o población, con “la finalidad de conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos variables en un contexto particular” (p.93).

El presente estudio correlacional se evaluó el impacto de asociación entre tres variables, se midió cada una de ellas, luego se cuantifico y analizo la vinculación. Tales correlaciones se sustentaron en la hipótesis y se sometieron a prueba.

2.5 Diseño de investigación

Es un estudio con diseño no experimental de corte transversal de tipo correlacional cuyo diseño se aprecia en la figura siguiente:

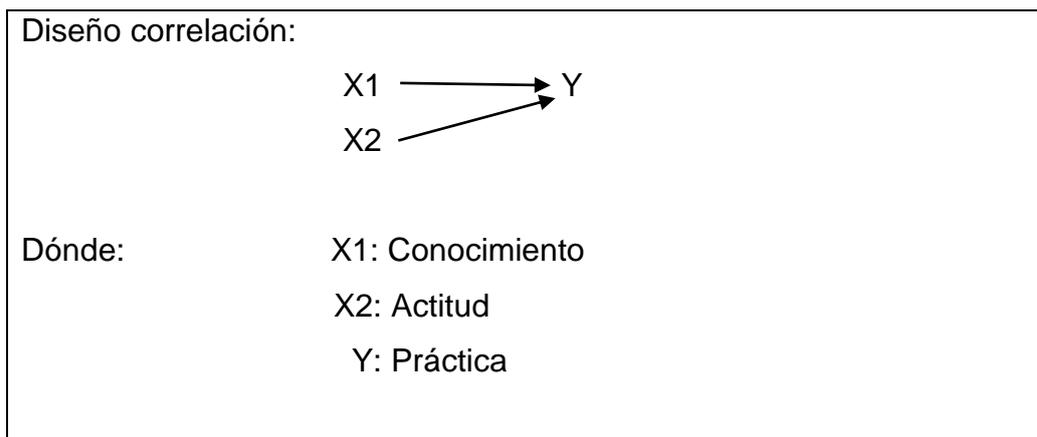


Figura 1: Diseño no experimental de corte transversal de tipo correlacional

“Describe la relación de las variables en un momento determinado”.
(Hernández , et. al. 2014, p. 157)

2.6 Población, Muestra, Muestreo

Población

La población está constituida por todo el personal de salud asistencial: médicos, enfermeras y técnicas de enfermería que laboran en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos y médicos del Centro Médico Naval conformando un total de 53 personas.

Criterio de inclusión

Constituido por el personal de salud asistencial: médicos, enfermeras y técnicas de enfermería que laboran en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos y médicos del Centro Médico Naval.

Criterio de exclusión

Relacionado con el personal de salud que estuvo de permiso, licencia o vacaciones, personal administrativo y personal de salud que cubrieron turnos por una situación de emergencia.

Muestra

En este estudio no se consideró calcular y seleccionar una muestra, por contar con una población pequeña. Se considera al 100% de la población conformada por 53 personas.

Muestreo censal: Población total del estudio.

2.7 Técnicas e instrumento de recolección de datos

Técnica

Para medir la variable conocimiento y actitud sobre medidas de bioseguridad se utilizó la técnica de la encuesta, para medir la variable práctica sobre medidas de bioseguridad, se utilizó la técnica de una guía de observación.

Instrumento, para medir la variable conocimiento y actitud se utilizó como instrumento el cuestionario sobre conocimiento de medidas de bioseguridad y un cuestionario sobre actitud de medidas de bioseguridad, para medir la práctica sobre medidas de bioseguridad se empleó como instrumento la lista de cotejo.

Ficha técnica 1: Cuestionario de conocimientos sobre medidas de bioseguridad

1. **Nombre del Instrumento:** Cuestionario sobre medidas de bioseguridad.
2. **Autores:** Rosario Ramírez Biaggi.
3. **Procedencia:** Perú.
4. **Administración:** Individual.
5. **Tiempo aplicación:** En promedio 20 minutos.
6. **Aplicación:** Se aplica al personal de salud que elabora en la UCI del Centro Médico Naval.
7. **Adaptación:** Fue validado por 5 juicios de expertos.
8. **Escala y puntuación:** Consiste en una serie de 15 preguntas donde 12 preguntas consta de 4 alternativas; 1 pregunta con respuestas incrustada numérica, considerando 1 punto por cada respuesta correcta

y 2 preguntas de relación de columna que se proporciona una lista de sub-preguntas, junto con una lista de respuestas que al relacionar (emparejar) la respuesta correcta para cada pregunta tiene un valor de 0.2 por cada sub-pregunta.

Logrando una puntuación máxima de 16 puntos.

9. **Rango / nivel:** Se utiliza el método de Dalenius para establecer los niveles de conocimiento, se trabajó con toda la población.

Nivel alto: 12.43 – 16 puntos.

Nivel medio: 10.68 - 12.42 puntos.

Nivel bajo: 0 - 10.67 puntos.

10. **Significación:** Valora el nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad.

11. **Dimensiones:** Esta escala no tiene dimensiones.

12. **Validez:** El cuestionario de conocimiento sobre bioseguridad fue sometido a validez en cuanto al contenido a través de juicios de expertos, conformado por 5 Magister en el área de la salud. El índice de acuerdo fue al 100% después de levantar las observaciones de los expertos.

Apellidos y nombres	Especialidad	Aprobado/ desaprobado
1.-Alva Prado, Edith	Mg. En salud pública	Aprobado
2.-Obando Castro Patricia	Mg. En Educación	Aprobado
3.-Reyna Alfaro Mabel Patricia	Mg. Gerencia en salud	Aprobado
4.Marcilla Feliz Aquilina	Mg. Gerencia en salud	Aprobado
5.-Espinoza Toribio Carmen Julia	Mg. Gerencia en salud	Aprobado

13. **Confiabilidad:** la confiabilidad de este instrumento se realizó mediante una prueba piloto considerando a 15 personas. Se determinó la confiabilidad del cuestionario de conocimiento mediante la aplicación de la prueba estadística Alfa de Cronbach, alcanzando un valor general de 0.71.

De este modo la confiabilidad de las 17 preguntas fue bajo y después de eliminar 2 preguntas la confiabilidad fue de 0.71 quedando el cuestionario con 15 preguntas.

Para interpretar los resultados del Alpha de Cronbach o Kuder - Richardson se revisó el libro de Pino (2010, p. 380) quien establece la siguiente escala:

-1 a 0	no es confiable.
0.01 a 0.49	baja confiabilidad
0.50 a 0.75	moderada confiabilidad.
0.76 a 0.89	fuerte confiabilidad
0.90 a 1	alta confiabilidad

Utilizando el coeficiente de Consistencia Interna Alfa de Cronbach de acuerdo a la siguiente fórmula:

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

Dónde:

S_i^2 = es la varianza del ítem i

S_t^2 = es la varianza de la suma de todos los ítems

K = es el número de preguntas o ítems.

Ficha técnica 2: Encuesta de actitud del personal sobre las medidas de bioseguridad

1. **Nombre del Instrumento:** Cuestionario de actitud sobre medidas de bioseguridad.
2. **Autora:** Rosario Ramírez Biaggi.
3. **Procedencia:** Perú.
4. **Administración:** Individual.
5. **Tiempo aplicación:** En promedio 10 minutos.

6. **Aplicación:** Se aplica al personal de salud que elabora en la UCI del Centro Médico Naval.
7. **Adaptación:** Fue validado por 5 juicios de expertos.
8. **Escala y puntuación:** Consiste en una serie de 13 ítems de escala de Lickert donde mayor valor a mayor actitud.
Logrando una puntuación máxima de 65 puntos.
9. **Rango / nivel:** se utiliza el método de Dalenius para establecer los rangos de actitud, se trabajó con toda la población.
Actitud positiva: 57 – 65 puntos.
Actitud negativa: 0 – 56 puntos.
10. **Significación:** Valora la actitud del personal sobre bioseguridad.
11. **Dimensiones:** Esta escala no tiene dimensiones.
12. **Validez:** El cuestionario de actitud sobre bioseguridad fue sometido a validez en cuanto al contenido a través de juicios de expertos, conformado por 5 Magister en el área de la salud. El índice de acuerdo fue al 100% después de levantar las observaciones de los expertos.

Apellidos y nombres	Especialidad	Aprobado/ desaprobado
1.-Alva Prado, Edith	Mg. En salud pública	Aprobado
2.-Obando Castro Patricia	Mg. En Educación	Aprobado
3.-Reyna Alfaro Mabel Patricia	Mg. Gerencia en salud	Aprobado
4.Marcilla Feliz Aquilina	Mg. Gerencia en salud	Aprobado
5.-Espinoza Toribio Carmen Julia	Mg. Gerencia en salud	Aprobado

13. **Confiabilidad:** Para la confiabilidad del cuestionario de actitud se realizó una prueba piloto juntamente con el cuestionario de conocimiento. Se determinó la confiabilidad del instrumento mediante la aplicación de la prueba estadística Alfa de Cronbach, alcanzando un valor general de 0.781, a pesar de este resultado se decide eliminar un ítem por tener un valor dimensional de -0.007 (menor del 10%) mejorando su valor de confiabilidad a 0.827, quedándonos con un instrumento de 13 ítems.

Ficha técnica 3: Guía de observación de las prácticas sobre medidas de bioseguridad

1. **Nombre del Instrumento:** Lista de cotejo de las prácticas sobre medidas de bioseguridad.
2. **Autores:** Rosario Ramírez Biaggi.
3. **Procedencia:** Perú.
4. **Administración:** Individual.
5. **Tiempo aplicación:** Observación durante un turno completo de 12 horas
6. **Aplicación:** Se aplica al personal de salud que elabora en la UCI del Centro Médico Naval.
7. **Adaptación:** Fue validado por 5 juicios de expertos.
8. **Escala y puntuación:** Consiste en una lista de cotejo de 32 ítems donde cada alternativa es dicotómica.
Logrando una puntuación máxima de 32 puntos.
9. **Rango / nivel:** Se utiliza el método de Dalenius para establecer el nivel de práctica, se trabajó con toda la población.
Nivel Bueno: 28 – 32 puntos.
Nivel regular: 24 – 27 puntos.
Nivel malo: 0 – 23 puntos.
10. **Significación:** Valora el nivel de práctica sobre medidas de bioseguridad.
11. **Dimensiones:** Esta escala no tiene dimensiones.
12. **Validez:** La lista de cotejo sobre bioseguridad fue sometido a validez en cuanto al contenido a través de juicios de expertos, conformado por 5 Magister en el área de la salud. El índice de acuerdo fue al 100% después de levantar las observaciones de los expertos.

Apellidos y nombres	Especialidad	Aprobado/ desaprobado
1.-Alva Prado, Edith	Mg. En salud pública.	Aprobado
2.-Obando Castro Patricia	Mg. En Educación	Aprobado
3.-Reyna Alfaro Mabel Patricia	Mg. Gerencia en salud.	Aprobado
4.Marcilla Feliz Aquilina	Mg. Gerencia en salud.	Aprobado
5.-Espinoza Toribio Carmen Julia	Mg. Gerencia en salud.	Aprobado

13. Confiabilidad: La confiabilidad de esta guía de observación se realizó mediante una prueba piloto considerando a 15 personas. Se determinó la confiabilidad mediante la aplicación de la prueba estadística K - Richarson, alcanzando un valor general de 0.68 lo que permitirá garantizar la consistencia interna de la guía observacional.

$$K\text{- RICHARSON} = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum p_i q_i}{\sigma_T^2}\right)$$

2.8 Métodos de análisis de datos

Para el análisis general se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión prueba, software que permitió realizar el análisis descriptivo e inferencial. En el análisis descriptivo se presenta tablas de frecuencia, gráfico de barra y sector circular con sus respectivas interpretaciones.

Para el análisis inferencial, para las variables cuantitativa se constató la normalidad y homogeneidad, nuestras variables no cumple con la normalidad se empleó la estadística no paramétrica.

Los cálculos de las estadísticas descriptivas e inferenciales se llevó a cabo con Microsoft Excel para ingresar los datos y obtener los rangos de las variables a través del método Dalenius y el software estadístico SPSS 21 versión prueba con un nivel de significancia del 5%

Para determinar la correlación entre las variables, donde uno o las dos variables no cumplen la normalidad, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman, esta medida se calcula mediante el método que se conoce como coeficiente de correlación por jerarquías de Spearman, y se designó por rs. El procedimiento utiliza los dos conjuntos de jerarquías que pueden asignarse a los valores de las muestras de X e Y, que representan a las variables continua. (Wayne, 2002).

Para el cálculo de la correlación de Spearman se utilizó la siguiente fórmula:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

r_s = coeficiente de correlación por rangos de Spearman.

d = diferencia entre rangos (x menos y).

n = número de datos.

2.9 Aspectos éticos

La recolección de datos se realizará en las unidades de Cuidados Intensivos Médicos y Quirúrgicos, previo envío de solicitud de autorización a la Dirección de Salud del Centro Médico Naval y a la Comisión de Investigación y Ética. Esta deberá incluir el consentimiento informado según la declaración de Helsinki y cumplir con los criterios que son referidos en el reglamento de ensayos clínicos del Perú (D.S.017-2006-SA Y D.S. 006-2007-SA).

III. Resultados

A continuación, se presentan los resultados del estudio, en tablas y gráficos para realizar el análisis e interpretación.

3.1 Datos descriptivos

Tabla 6

Tabla de frecuencia de personal de salud según el grupo de edad

	Frecuencia	Porcentaje
< 30 años (Joven)	7	13,2
30 - 59 años (Adulto)	45	84,9
>= 60 años (Adulto mayor)	1	1,9
Total	53	100,0

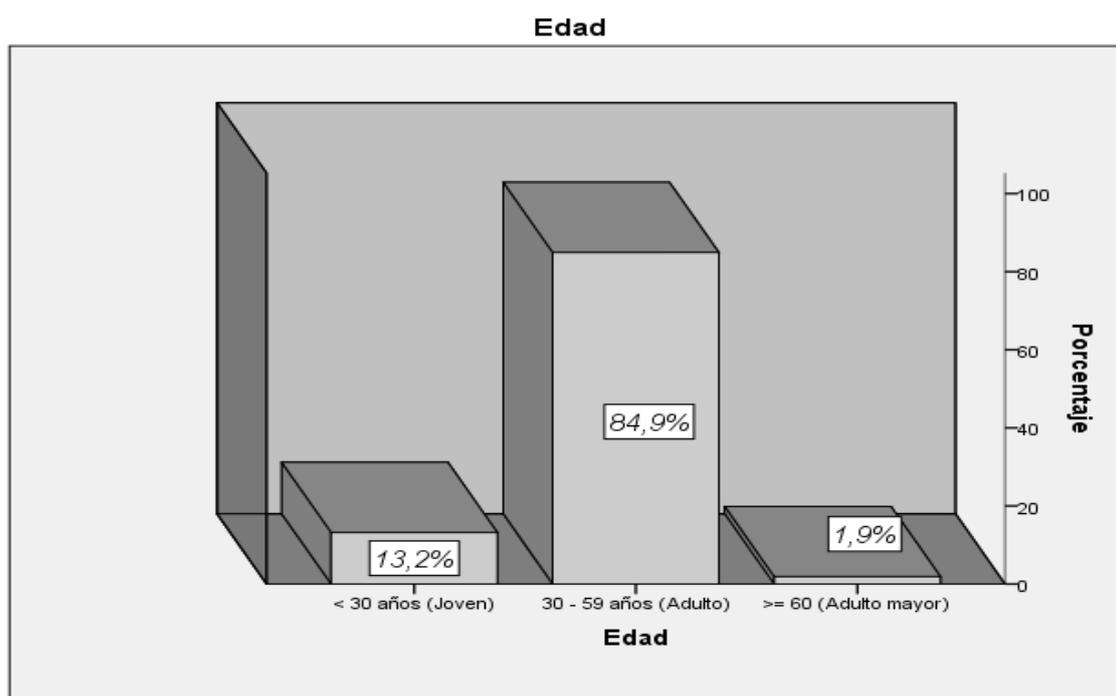


Figura 2. Gráfica de barra de frecuencia de personal de salud según el grupo de edad

En la tabla 6 y figura 2, representa la frecuencia de personal de salud según el grupo de edad, observamos que el rango de edad predominante es de 30 a 59 años (adulto) que representa el 84.9% de un total de 53 personas encuestadas.

Tabla 7

Clasificación del personal de salud según su sexo 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	8	15,1
Femenino	45	84,9
Total	53	100,0

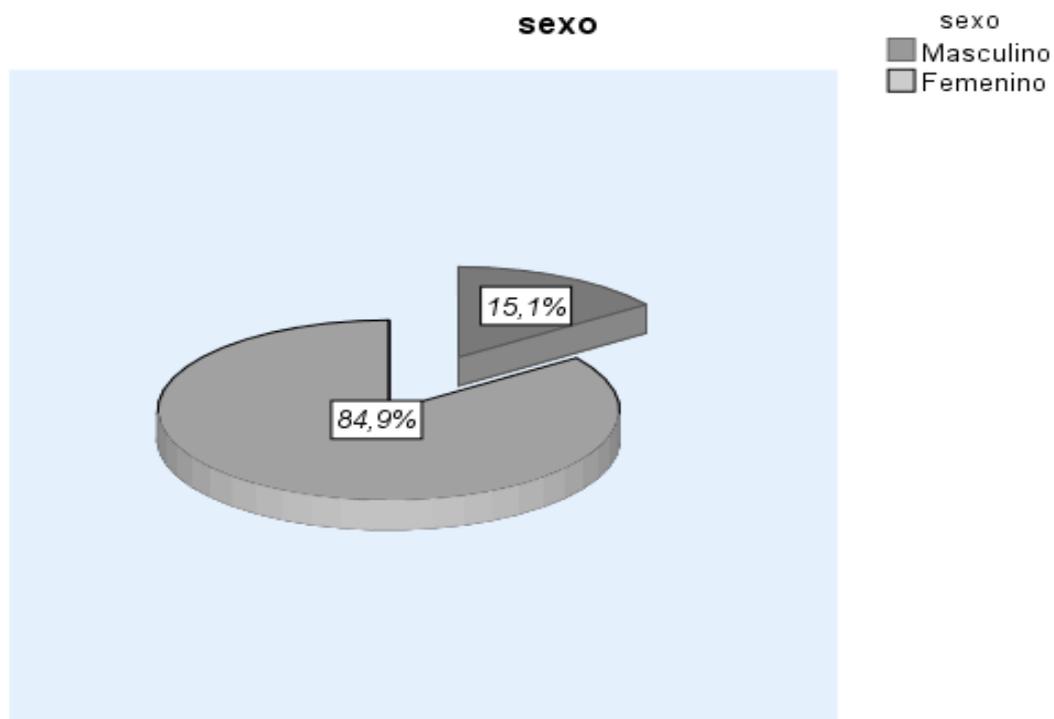


Figura 3. Gráfica circular de la clasificación del personal de salud según su sexo 2016

En la tabla 7 y figura 3, representa la clasificación del personal de salud según su sexo, observamos que prevalece el sexo femenino con el 84.9%(45) y el 15.1%(8) son masculinos de 53 encuestados

Tabla 8

Clasificación del personal de salud en la UCI según su profesión

	Frecuencia	Porcentaje
Médico	9	17,0
Enfermera	26	49,1
Técnica de enfermería	18	34,0
Total	53	100,0

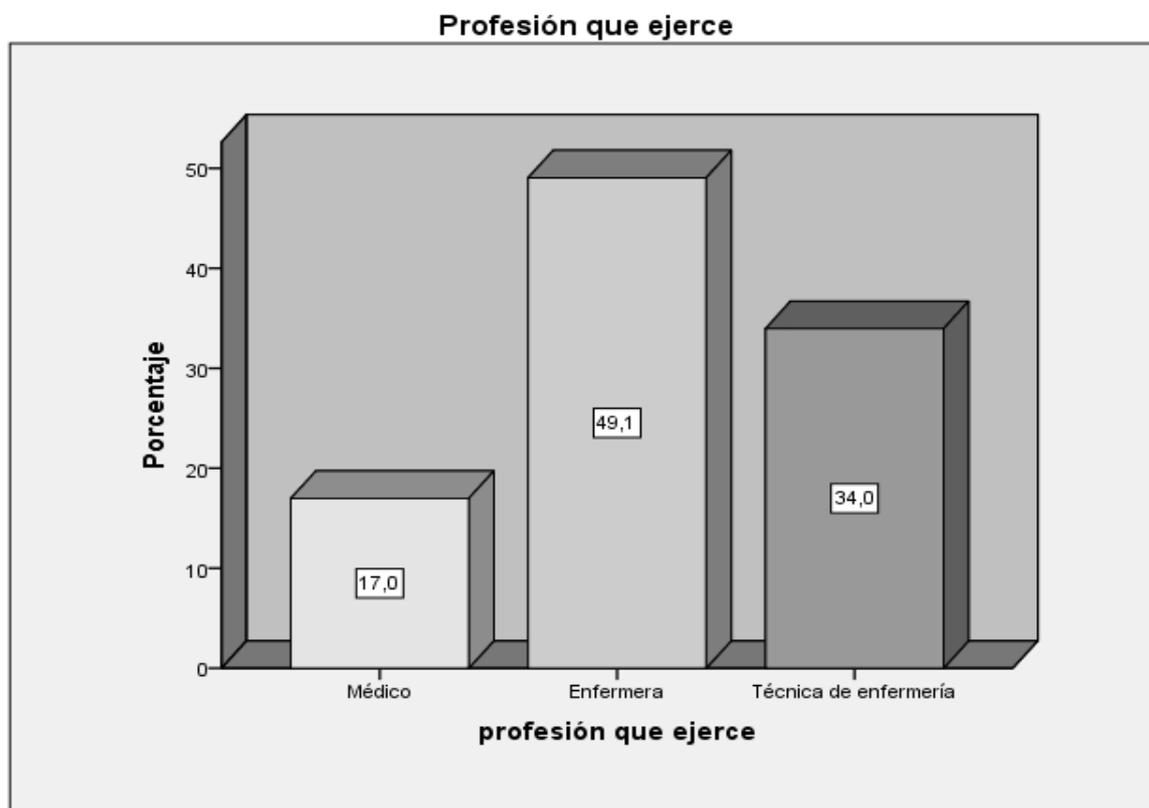


Figura 4, gráfica de barras de la clasificación del personal de salud en la UCI según su profesión

En la tabla 8 y figura 4, representa la clasificación del personal de salud en la UCI según su profesión, observando que el 49%(26) son enfermeras, siguiendo 34%(18) son técnicas de enfermería y el 17(9) médicos.

Tabla 9

Clasificación del personal de salud según su experiencia laboral

	Frecuencia	Porcentaje
< 5 años	10	18,9
5 - 9 años	11	20,8
10 - 14 años	15	28,3
15 - 19 años	5	9,4
>= 20 años	12	22,6
Total	53	100,0

Tabla 9 representa la clasificación del personal de salud según su experiencia laboral, observando que el 39.7% tiene como experiencia laboral menos de 10 años.

Tabla 10

Nivel de conocimiento del personal sobre medidas de bioseguridad

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	17	32,1
Medio	23	43,4
Alto	13	24,5
Total	53	100,0

Tabla 10, representa el nivel de conocimiento del personal sobre medidas de bioseguridad, observamos que el 75.5% del personal tiene al menos un nivel de conocimiento medio.

Tabla 11

Nivel de actitud del personal de salud sobre medidas de bioseguridad

	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	26	49,1
Positivo	27	50,9
Total	53	100,0

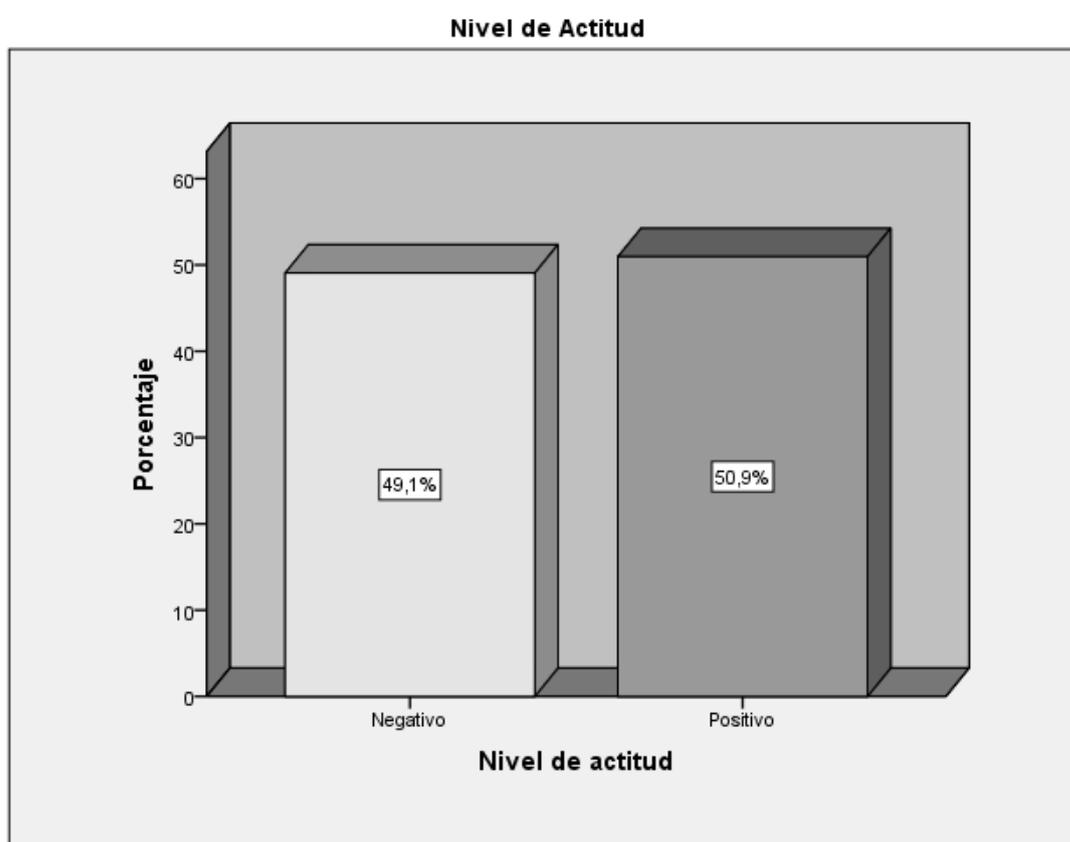


Figura 5. Gráfica de barras de la actitud del personal sobre medidas de bioseguridad

En la tabla 11 y en la figura 5, representa la actitud del personal sobre medidas de bioseguridad, observamos que 50.9% (27) tiene una actitud positiva.

Tabla 12

Nivel de práctica del personal sobre medidas de bioseguridad

	Frecuencia	Porcentaje
Mala	15	28,3
Regular	20	37,7
Buena	18	34,0
Total	53	100,0

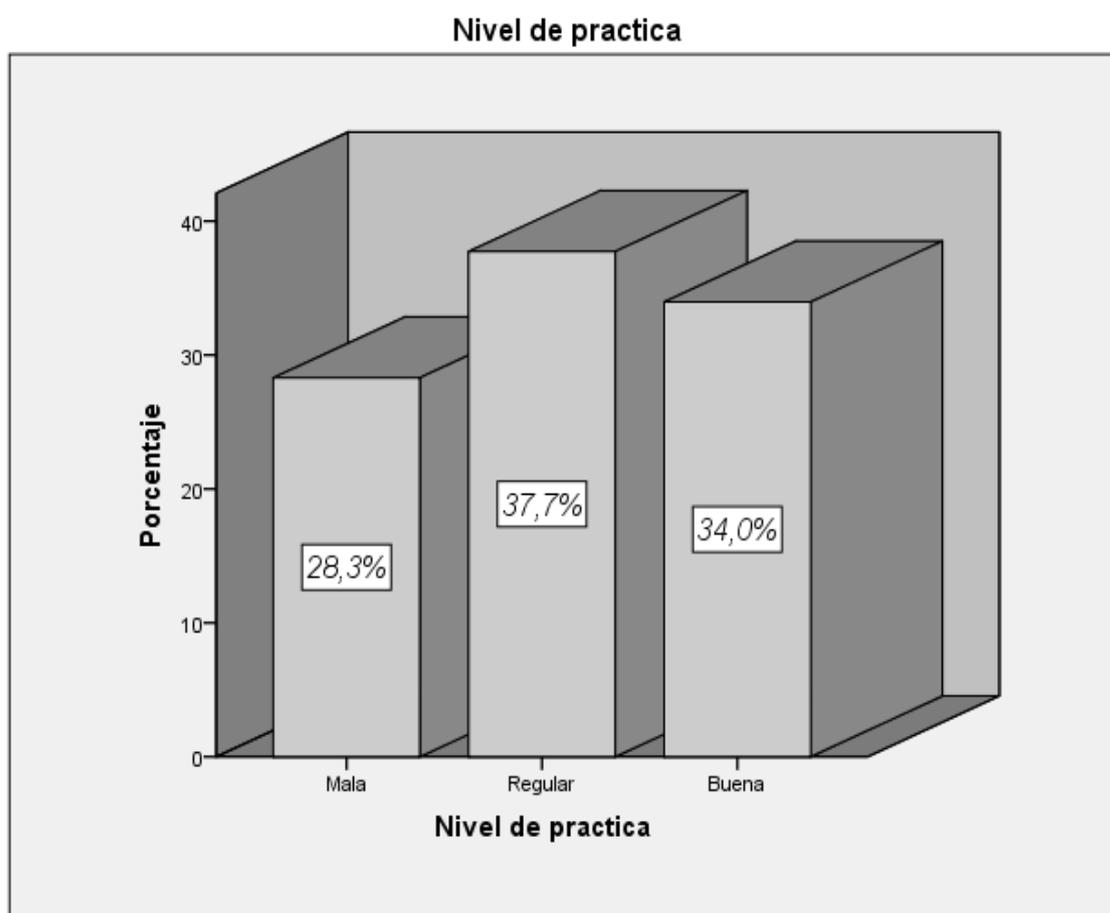


Figura 6. Gráfica de barras de nivel de práctica del personal sobre medidas de bioseguridad

Tabla 12, representa el nivel de práctica del personal sobre medidas de bioseguridad, observamos que el 71.7% del personal tiene al menos un nivel de práctica regular.

3.2 Constatación de hipótesis

Hipótesis general

Ho: No existe correlación directa entre conocimiento y la actitud con las prácticas sobre medidas de bioseguridad.

H₁: Existe correlación directa entre conocimiento y la actitud con las prácticas sobre medidas de bioseguridad.

Tabla 13

Matriz de correlación entre el conocimiento y la actitud con las prácticas del personal sobre medidas de bioseguridad

Variables de Control			Práctica sobre medidas de bioseguridad
Actitud sobre medidas de bioseguridad	Conocimiento sobre medidas de bioseguridad	Correlación	,094
		Significación (bilateral)	,508
		gl	50
Conocimiento sobre medidas de bioseguridad	Actitud sobre medidas de bioseguridad	Correlación	,056
		Significación (bilateral)	,695
		gl	50

En la tabla 13 se presenta la matriz de correlación entre conocimiento y la actitud con las prácticas del personal sobre medida de bioseguridad. Donde podemos apreciar que no hay una correlación directa entre conocimiento y la actitud con las prácticas, es decir a mayor conocimiento y mejor actitud mejor práctica de medida de bioseguridad, sin embargo, esta correlación no es estadísticamente significativo es decir no se rechaza la hipótesis nula ($r_s = 0.94$, $r_s = 0.56$, $p > 0.05$).

Hipótesis Especifica 1

H₀: No existe correlación directa entre conocimiento y práctica sobre medidas de bioseguridad.

H₁: Existe correlación directa entre conocimiento y práctica sobre medidas de bioseguridad.

Tabla 14

Matriz de correlación entre el conocimiento y la práctica del personal sobre medidas de bioseguridad

			Práctica sobre medidas de bioseguridad
Rho de Spearman	Conocimiento sobre medidas de bioseguridad	Coefficiente de correlación	,110
		Sig. (bilateral)	,435
		N	53

En la tabla 14 se presenta la matriz de correlación entre conocimiento y las prácticas sobre medida de bioseguridad. Donde podemos apreciar que no hay una correlación directa entre conocimiento y práctica, es decir a mayor conocimiento mayor práctica de medida de bioseguridad, sin embargo, esta correlación no es estadísticamente significativo es decir no se rechaza la hipótesis nula ($r_s = 0.110$, $p > 0.05$).

Hipótesis Especifica 2

Ho: No existe correlación directa entre actitud y práctica sobre medidas de bioseguridad.

H₁: Existe correlación directa entre actitud y práctica sobre medidas de bioseguridad.

Tabla 15

Matriz de correlación entre la actitud y la práctica del personal sobre medidas de bioseguridad

			Práctica sobre medidas de bioseguridad
Rho de	Actitud sobre medidas	Coefficiente de	,168
Spearman	de bioseguridad	correlación	
		Sig. (bilateral)	,228
		N	53

En la tabla 15 se presenta la matriz de correlación entre actitud y las prácticas sobre medida de bioseguridad. Donde podemos apreciar que hay una correlación directa entre actitud y práctica, es decir a mejor actitud mejor práctica de medida de bioseguridad, sin embargo, esta correlación no es estadísticamente significativo es decir no se rechaza la hipótesis nula ($r_s = 0.168$, $p > 0.05$).

IV. Discusión

De los resultados obtenidos, y teniendo en cuenta el problema, los objetivos y las hipótesis de investigación, se establece:

EL objetivo de esta investigación es analizar la relación entre el conocimiento y la actitud con las prácticas sobre las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval 2016 para el logro del objetivo de la investigación se tomó dos cuestionarios (conocimiento y actitud) y una guía de observación (práctica) según los resultados fueron analizados con la prueba de Spearman donde se concluyó:

En nuestro estudio: No existe relación significativa entre conocimiento con las prácticas sobre las medidas de bioseguridad ($r_s = 0.110$, $p > 0.05$), estos hallazgos son similar al estudio Rodríguez Tapia, Rocío (Chimbote, 2015) donde encontró que no existe relación significativa entre conocimientos y prácticas de medidas de bioseguridad, similar al estudio de Alarcón B. et al. (Lambayeque, 2012) donde encontraron que no existe relación significativa entre conocimientos y prácticas en la prevención de riesgos biológicos de las enfermeras del hospital Belén. Pero sin embargo los resultaron difieren de otros investigadores como el estudio de Plinio Córdor et al. (Lima, 2008) donde encontraron una correlación moderada entre las prácticas y el nivel de conocimientos ($r_s = 0,46$; $p < 0,001$), similar en el estudio Rodríguez M et al. (Trujillo, 2013) se encontró que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la aplicación de medidas de protección.

Este resultado puede darse que a pesar de tener un nivel de conocimiento medio se tenga un nivel de práctica regular a buena se deba que el personal de salud al trabajar una unidad de alto riesgo como es la UCI, son instruidos a aplicar medidas de bioseguridad, dando prioridad al lavado de manos y al uso de medidas de protección personal con la finalidad de evitar infecciones nosocomiales.

Esto podría darse, también a que en algunas ocasiones cuando el personal tiene un buen tiempo de servicio, este te otorga experiencia y conocimiento

basado solo en la práctica y por consecuencia se obtiene un desarrollo aceptable en cuanto al cumplimiento de las Normas de Bioseguridad.

En nuestro estudio: No existe relación significativa entre actitud con las prácticas sobre las medidas de bioseguridad ($r_s = 0.168$, $p > 0.05$) estos hallazgos son similares al estudio de Plinio Córdor et. al (Lima, 2008) donde no se encontró correlación significativa entre las prácticas y las actitudes.

Este resultado puede darse por diversos motivos como, por ejemplo, un tema motivacional, problemas personales del personal de salud, carga laboral, bajo nivel de vocación; esto podría generar una actitud negativa en el trabajo, ya que genera un desequilibrio emocional o racional en sus responsabilidades asignadas y un cumplimiento regular de las normas de bioseguridad.

Los hallazgos sobre nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad según las respuestas al cuestionario del personal de salud que labora en la unidad de cuidados intensivos en el Centro Médico Naval es un conocimiento medio (43,4%), estos hallazgo son similares al estudio Rodríguez Tapia, Rocío (Chimbote,2014) donde encontró que los profesionales de Enfermería del Hospital La Caleta presentan un nivel de conocimiento medio sobre medidas de bioseguridad en un 54.1% , asimismo en el de Bautista et al. (Ecuador,2013) donde encontraron que el personal de Enfermería de la Clínica San José tiene un conocimiento regular en un 66% frente a las medidas de bioseguridad, similar en el estudio de Alarcón Bautista et al. (Lambayeque, 2012) se encontró un nivel de conocimiento regular (67.4%) también en el estudio Rodríguez M. et al. (Trujillo – 2013). Se encontró un nivel de conocimiento medio (60%). Sin embargo, en el estudio de Panimboza y Pardo (Ecuador,2013) se encontró un alto nivel de conocimiento en un 70%, también Plinio Córdor et al. (Lima, 2008) sus resultados fueron que el 63.3% del personal tuvo un nivel de conocimientos bueno. Similar resultado tuvo el estudio de Sangama L. Rojas (Tarapoto, 2012) se encontró un alto nivel de conocimiento en un 51.16%.

Este resultado posiblemente puede tener una tendencia hacia abajo,

debido a que el personal de salud no recibe una constante capacitación y actualización en medidas de bioseguridad asimismo puede estar influyendo su recargada labor y la falta de asesoramiento continuo por parte del coordinador del servicio.

En relación de los hallazgos de actitud del personal de salud sobre medidas de bioseguridad según las respuestas al cuestionario, su actitud fue positiva en un 50.9% similar en el estudio de Plinio Córdor et al. (Lima, 2008) se encontró una actitud favorable al 95%.

Este resultado significa que la actitud del personal de salud de la UCI no está altamente positiva solamente es 1% mayor en riesgo de desviarse a lo negativo, lo que podría generar una mala predisposición de aplicar las medidas de bioseguridad afectando la calidad de atención del usuario.

En cuanto a los hallazgos sobre nivel de prácticas sobre medidas de bioseguridad según los resultados de la lista de cotejo del personal de salud que labora en la unidad de cuidados intensivos en el Centro Médico Naval realiza una práctica regular (37.7%); este hallazgo es similar al estudio Rodríguez Tapia, Rocío (Chimbote,2014) se encontró una práctica regular (86.5%), asimismo el estudio de Alarcón Bautista et al. (Lambayeque, 2012) se encontró una práctica regular (55.84%),sin embargo en el estudio de Bautista L et al. otros (2013), se encontró una práctica deficiente (70%) y en el Plinio Córdor et al. (Lima, 2008) se encontró una buena práctica en un 47.5%.

Este resultado puede deberse de alguna manera a los conocimientos medios que posee el personal de salud este influyendo a que se practiquen regularmente las medidas de bioseguridad encontrándose por lo tanto el personal de salud que labora en la UCI del Cemena esté en riesgo de adquirir enfermedades infectocontagiosas.

Como consecuencia del análisis es importante lograr la concientización adecuada del personal que trabaja en áreas de alto riesgo del hospital sobre la

importancia del cumplimiento de las normas de bioseguridad a pesar de que se tenga de regular a buenas prácticas sobre medidas de bioseguridad, tenemos que mejorar el nivel de conocimiento y la actitud sobre estas medidas.

V. Conclusiones

En el presente estudio tenemos las siguientes conclusiones.

Primera: Al analizar la relación que existe entre el conocimiento y la actitud con las prácticas sobre medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la UCI del Centro Médico Naval, no se encontró correlación directa debido a que tiene una correlación muy baja según el valor de Rho de Spearman.

Segunda: Se determinó que no existe correlación directa entre el conocimiento y la práctica sobre medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la UCI del Centro Médico Naval, debido a que tiene una correlación muy baja según el valor de Rho de Spearman.

Tercera: Se determinó que no existe correlación directa entre actitud y la práctica sobre medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la UCI del Centro Médico Naval, debido a que tiene una correlación muy baja según el valor de Rho de Spearman.

Cuarta: Se determinó que el nivel de conocimiento del personal de salud que labora en la UCI del Centro Médico Naval sobre las medidas de bioseguridad tiene al menos un nivel de conocimiento medio (75,5%) y bajo (32.1%)

Quinta: Se determinó una actitud positiva de un 50.9% de la evaluación del análisis respecto a la actitud del personal de salud que labora en la UCI del Centro Médico Naval sobre las medidas de bioseguridad.

Sexta: Se determinó que hay deficiencia en la eliminación de residuos sólidos respecto a la evaluación del análisis sobre el nivel de practica del personal de salud que labora en la UCI del Centro Médico Naval sobre las medidas de bioseguridad, encontrándose un nivel de práctica regular (37,7%) a buena (34%) en el uso de las barreras de protección y lavados de manos.

VI.Recomendaciones

En el presente estudio tenemos las siguientes recomendaciones

- Primera:** Considerar el resultado obtenido en este estudio como punto de partida para elaborar nuevos planes y estrategias sobre el manejo de personal, la cual contemple programas de crecimiento profesional y desarrollo personal.
- Segunda:** Realizar programas de capacitación constante, que no solo abarque teoría, sino también la práctica en base a talleres que permitan asegurar el aprendizaje incluyendo evaluaciones periódicas.
- Tercera:** Realizar programas de desarrollo personal, talleres de coaching que nos permitan identificar las necesidades e inquietudes que deberíamos atender para un mejor desenvolvimiento en el ambiente laboral el cual contribuya a un mejor clima laboral y mejor participación individual y grupal.
- Cuarta:** Promover que el departamento de capacitación continua de nuestra institución elabore, formule y promueva programas de capacitación permanente sobre bioseguridad e infecciones intrahospitalarias.
- Quinta:** Motivar al personal y mantener un buen clima laboral para mejorar la actitud del personal hacia la aplicación de las normas de bioseguridad.
- Sexta:** Establecer que el comité de Bioseguridad de nuestra institución realice el seguimiento, monitoreo y evaluación de las medidas de bioseguridad, especialmente en la técnica del lavado de manos y el manejo de los residuos sólidos.

VII. Referencias Bibliográficas

- Alarcón, M. B., & Rubiño, S. D. (2013). *Conocimientos y prácticas en la prevención de riesgos biológicos de las enfermeras del hospital Belén*. Lambayeque. Lambayeque - Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Obtenido de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/413/1/TL_Alarcon_Bautista_Maria.pdf
- Alava, C. E. (2004). *Psicología Clínico – Laboral*. Perú. Lima Perú: ed. San Marcos.
- Alvarez, D. B. (2013). *Normas de Bioseguridad*. Hospital Sergio E. Bernales, - Oficina de epidemiología y salud ambiental. Hospital Sergio E. Bernales . Obtenido de http://www.hnseb.gob.pe/epi/descargas/normas_bioseguridad.pdf
- Angeles, N. (2009). *Higiene en el Medio Hospitalario y Limpieza del Material*. Madrid España: ed. Laurel.
- Armas, E., T, I., & Naranjo. (2014). *Aplicación de medidas de bioseguridad en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital - Lic. José María Benitez - de la Victoria*. Ecuador: Universidad del Valle de Sauce.
- Arquiñido, L. S. (2014). *Directivas Sanitarias N° 001-2014- SMI/DME- HNCH para la prevención de las enfermedades infecto contagiosas asociadas al cuidado de la salud*. Lima: HNCH. Obtenido de http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2014/rd_204_2014.pdf
- Avellaneda, J. (2010). *Psicología*. Lima Perú: Ed. San Marcos.
- Badani, O. L. (2011). *Bioseguridad en Quirofano Procedimientos*. Revista de Actualización Clínica Investiga, 15, 880-885. Obtenido de http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v15/v15_a15.pdf
- Bautista, L., Delgado, C., Hernández, Z., Sanguino, F., Cuevas, M., Arias, Y., & I, M. (2013). *Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería*. Ciencia y Cuidado, 127-133.

- Bautista, L., Delgado, C., Hernández, Z., Sanguino, F., Cuevas, M., Arias, Y., & I, M. (diciembre de 2013). *Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería*. *Ciencia y Cuidado*, 10(2), 127-133. Obtenido de file:///C:/Users/Rosario%20Ramirez/Downloads/Dialnet-NivelDeConocimientoYAplicacionDeLasMedidasDeBioseg-4698254%20(5).pdf
- Briñol, P., Falces, C., & Becerra, A. (2007). *Actitudes*. En M. C. José F. Morales, *Psicología social* (págs. 457-490). España: Fundacion Dialnet. Obtenido de <https://www.uam.es/otros/persuasion/papers/Actitudes.pdf>
- Bustamante, L. H. (2012). *“Evaluación del cumplimiento de las normas de bioseguridad en el Hospital UTPL*. Loja-Ecuador: Universidad catolica de Loja. Obtenido de <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2900/1/Tesis%20Lenin%20Bustamante-Bioseguridad.pdf>
- Caicedo, J. E. (2004). *Medidas de Bioseguridad Aplicada por las enfermeras de Banco de Sangre del Hospital IVSS “José A. Vargas”, la Owallera Palo Negro*. Owallera - Palo Negro: Universidad Estatal de Palo Negro.
- Caparachin, F. E. (2005). *Estudio microbiológico de secreciones residuales post retiro de Catéter Vesical y su Relación con otros Factores Clínicos, Pacientes Hospitalizados FMS - Tarma*. Lima Perú: MINSA.
- Castañeda, C. E. (2009). *Ministerio de Salud Programa de Fortalecimiento de Salud. Administración de Residuos Sólidos Hospitalarios. “Precauciones Universales”*. Lima Perú: Fondo editorial del Ministerio de Salud.
- Cegarra Sánchez, José (2011) *Metodología de la investigación científica y tecnológica*. Barcelona. Obtenido de https://books.google.com.pe/books?id=-XG4KMFNnP4C&pg=PA82&dq=hipot%C3%A9tico+deductivo++metodologia+de+la+investigacion&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=hipot%C3%A9tico%20deductivo%20%20metodologia%20de%20la%20investigacion&f=false

- Celia, C. B. (2010). *Relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de las medidas de bioseguridad que realizan los profesionales de enfermera que laboran en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa*. tesis de Posgrado, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Perú, Lima . Obtenido de http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3446/1/Cardenas_Bravo_Celia_2010.pdf
- Centro Medico Naval. (2012). *Manual de Normas y Procedimientos de Bioeguridad*. Callao
- Chincha, O., Cornelio, E., Valverde, V., & Acevedo, m. (2013). *Infecciones Intrahospitalarias Asociadas a Dispositivos Invasivos*. Revista Peruana De Medicina Experimental y Salud Pública, 616-620. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n4/a12v30n4.pdf>
- Cóndor, P., Enríquez, J., Ronceros, G., & Tello, M. y. (2008). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre bioseguridad en unidades de cuidados intensivos de dos hospitales de Lima-Perú 2008*. Revista de epidemiología, 1-4.
- Cóndor, P., Enríquez, J., Ronceros, G., & Tello, M. y. (1 de Abril de 2013). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre bioseguridad en unidades de cuidados intensivos de dos hospitales de Lima-Perú 2008*. Revista de epidemiología, 17(1), 1-5. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203128542010.pdf>
- Cortijo, J., Gómez, M., & Samalvides. (2010). *Cambios en conocimientos, actitudes y aptitudes sobre bioseguridad en estudiantes de los últimos años de Medicina*. Revista Herediana Medica, vol.21 , 27-31.
- Cuyumbamba Damian, N. E. (2003). *conocimiento y actitud del personal de salud, hacia la aplicacion de las medidas de bioseguridad del hospital "Felix Moreno soto"*. Tarma: UNMSM.
- E.Papalia,D; Wendkos,S; & Duskin,R (2009). *Psicologia del Desarrollo*. Mexico: Interamericano Megraw Hill.

- ESSALUD. (12 de Diciembre de 2015). *Bioseguridad en los Centros Asistenciales de Salud (CAS)*. Boletín ESSALUD(12). Obtenido de http://www.essalud.gob.pe/downloads/ceprit/diciembre_2015.htm
- Gonzales, L. (2011). *Antología del Conocimiento*. Caracas. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/63529972/Antologia-del-conocimiento>
- Grupo de Investigación Edufísica. (2009). *Las actitudes. EDU-FÍSICA*. Obtenido de http://www.academia.edu/16285213/LAS_ACTITUDES
- Gustavo, M. (2009). *Infecciones hospitalarias*. Cali Colombia: Editorial Medica Internacional.
- Harrysicorvo. (5 de Noviembre de 2012). *Actitud*. Club Ensayos, 1-15. Obtenido de <tps://www.clubensayos.com/Psicología/ACTITUD/394965.html>
- Hernández , R. S., Fernandez , C. C., & Baptista, M. L. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta ed.). México: McGraw-Hill.
- Herrera, M. M., Vela, J. A., & Zúñiga, F. D. (2014). *Nivel de conocimiento y actitudes de los estudiantes de odontología frente a la atención de pacientes de VIH/SIDA*. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Obtenido de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/312/1/TL_HerreraMejia_VelaAquino_ZunigaDavila.pdf
- INN (2014). *Manual de Bioseguridad de Instituto Nacional del Niño*. LIMA: ISN.
- INEN. (2016). *Informe del sistema de vigilancia epidemiológica de la Infecciones Intrahospitalarias*. INEN, Comité de Control y prevención de Infecciones Intrahospitalarias. Lima-Perú: INEN. Obtenido de http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/comite_prevenccion_infecciones/13052016_I%20TRIMESTRE%202016%20SVEIIH.pdf
- Jurado, W. L., Solis, S. J., & Soria, C. Q. (2014). *Medidas de bioseguridad que aplica el profesional de enfermería y su relación con la exposición al riesgo laboral en el Hospital Santa María del Socorro, año 2013 – 2014*. Revista Enfermería a la Vanguardia, 2(1), 10-16. Obtenido de

<http://www.unica.edu.pe/enfermeria/archivos/revista-enfermeria-enero-junio2014.pdf>

Künpper, V. (2004). *El efecto Actitud*. Mk Marketing ventas, 16-24. Obtenido de <http://www.nafarroa.gob.es/NR/rdonlyres/4A47FD8B-892C-4416-8E60-4852DFEF384D/162693/1EefectoactitudVictorKuppers.pdf>

Lengua, W. J., Junchaya, S. S., & Quispe, C. S. (2014). *Medidas de bioseguridad que aplica el profesional de enfermería y su relación con la exposición al riesgo laboral en el Hospital Santa María del Socorro, año 2013 – 2014*. *Revista Enfermería a la Vanguardia*, vol.2.

López, A. R., & López, P. M. (2012). *Nivel de conocimientos y practicas de medidas de bioseguridad en internos de enfermería del Hospital MINSA II-2 Tarapoto Junio - Agosto 2012*. Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto. Obtenido de http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyextox/archivo_86_Binder1.pdf

Maldonado, J. A. (2015). *La metodología de la investigación*. UNAH. Obtenido de https://issuu.com/joseangelmaldonado8/docs/la_metodologia_de_la_investigacion

Martínez, H. R., & Guerrero, G. D. (2009). *Introducción a las Ciencias Sociales*. Santa Fe, México: Cengage Learning. Obtenido de https://books.google.com.pe/books?id=M9MyC1ENYFEC&pg=PA10&dq=tipos+de+conocimiento&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Mayorca, A. Y. (2010). *Conocimientos, actitudes y prácticas de medidas de bioseguridad, en la canalización de vía venosa periférica que realizan las internas de enfermería*. Lima: UNMSM. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/530/1/Mayorca_ya.pdf

MINSA. (1997). *Manual de Conductas Básicas en bioseguridad : manejo integral*. Santafè de Bogotá: MINSA Colombia. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documento

s/prevencion/promocion_prevencion/riesgo_biol%C3%B3gico-bioseguridad/b_bioseguridad/BIOSEGURIDAD.pdf

MINSA, (2004). *guia de medidas universales de bioseguridad*. Republica de el Salvador: Ministerio de salud publica y asistencia social. Obtenido de http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/EI_Salvador/SV_Guia_Medidas_Bioseguridad.pdf

MINSA. (2004). *Manual de bioseguridad*. Norma Técnica N°015, Lima - Peru. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/infecciones/MANUAL%20DE%20BIOSEGURIDAD.pdf>

MINSA. (2004). *Norma Técnica de Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios*. Arequipa. Proyecto Vigía. Obtenido de http://www.saludarequipa.gob.pe/desa/archivos/Normas_Legales/ocupacional/NormaResiduosSolidosHosp.pdf

MINSA. (2005). *Protocolo. ¿Qué son conocimientos, actitudes y prácticas?* Lima - Perú: Edición Lima OGE-RENACE/VIGIA-Hosp DT.005.200.

MINSA. (2006). *Guia para lavado de manos*. Cuzco: Direccion de epidemiologia. Obtenido de <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/11/guia-de-lavado-de-manos.pdf>

MINSA. (2008). *Bioseguridad para Puestos y Centros de Salud*. Uruguay: Programa Básico de salud para todos.

MINSA. (2008). *Nivel de conocimiento y aplicación de medidas de bioseguridad en estudiantes del VIII - IX ciclo de obstetricia UNSM - T en el hospital II-2 Tarapoto. Junio - Setiembre 2012*. Caracas Venezuela: Acción científica en bioseguridad e infecciones.

MINSA. (2009). *Guía Preventiva de Recomendaciones para Trabajadores(as) Sanitarios en Manejo de Material Cortopunzante*. Chile: Instituto de Salud Pública de Chile. Obtenido de http://www.ispch.gov.cl/sites/default/files/u5/Guia_Preventiva_Cortopunzantes.pdf

- MINSA. (2009). *Plan nacional de prevención de accidentes punzocortantes y exposición ocupacional a agentes patógenos de la sangre*. Lima- Perú: MINSA. Obtenido de <http://www.limaeste.gob.pe/limaeste/direcciones/desa/InformacionTecnica/DataInformacionTecnica/2.SALUD%20OCUPACIONAL%20Y%20%20BIOSEGURIDAD/A%C3%B1o%202009/2.SALUD%20OCUPACIONAL/Acc.%20PunzoCortantes/25.05.09.%20INFORME%20PUNZOCORTANTES%20RESUMIDO.pdf>
- MINSA. (2016). *Guía técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud*. RM 255-2016, 10-14. Obtenido de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/act2016/HIGIENE_MANOS_2016.pdf
- MINSA/DIGESA. (3 de Julio de 2012). *Gestión y manejo de residuos sólidos en establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo a nivel nacional. Normas técnicas de salud 096, 1-60*. Obtenido de <http://www.teprisma.com/wp-content/uploads/2016/04/NTS-N-096-MINSA-DIGESA-V.01.pdf>
- Miskulin, D. T. (2008). *La Actitud en una Sociedad Preestablecida*. Universidad Perú. Obtenido de <https://www.universidadperu.com/articulo-la-actitud-en-una-sociedad-preestablecida-universidad-peru.php>
- Molina, J (5 de Setiembre de 2016). Obtenido de <https://es.scribd.com/document/323078122/Actitudes-Desde-El-Punto-de-Vista-de-Diversos-Autores>
- Nodarse, D. G. (Junio de 2007). Bioseguridad en Hospitales. *Revista Cubana de salud y trabajo*, 62-66. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol8_1_07/rst10107.html
- Ojeda, L. H. (2012). *“Evaluación del cumplimiento de las normas de bioseguridad en el Hospital UTPL*. Loja-Ecuador: Universidad católica de Loja.
- Mendez,P; Sanchez, C;Cabrera, R & Guillen O (2014). *Conocimiento*. Obtenido de <http://creandoconocimientoepoem.blogspot.pe/>

- Panimboza, C. C., & Pardo, L. M. (2013). *Medidas de bioseguridad que aplica el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria del paciente. "Hospital Dr. José Garcés Rodríguez". salinas 2012-2013*. La Libertad - Ecuador: Universidad Estatal de la Península de Santa Elena - Escuela de Ciencias de la Salud. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/320097317/Tesis-Medidas-de-Bioseguridad-pdf>
- Pari, R. M., Rojas, C. S., & Garcia, G. S. (2012). *Relación entre el conocimiento y la aplicación de la guía de curación del catéter venoso central en profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- 2012*. Callao - Perú: Universidad Nacional del Callao - Escuela de Post Grado.
- Pari Vargas, P. (2008). *Conocimientos para la detección temprana de la enfermedad de Alzheimer y las actitudes frente a la enfermedad que tiene el personal de enfermería del Albergue Central Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro*. Lima: UMSM. Obtenido de <http://studylib.es/doc/5977532/conocimientos-para-la-detecci%C3%B3n-temprana-de-la-enfermedad-de>
- Peña, M. S. (2010). *Gestión del Conocimiento*. La Coruña: Netbiblo.
- Pérez Porto, J. (2008). *Definición de conocimiento*. Obtenido de <http://definicion.de/conocimiento/>
- Peréz, L., Zurita, I., Peréz, N., Patiño, N., & Calvimonte, O. (Diciembre de 2010). *Infecciones Intrahospitalarias: Agentes, Manejo Actual y Prevención*. Revista Científica Ciencia Médica, Vol 13(2), 94-98. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332010000200009
- Pinilla, A. (2011). *Conocimiento de la Interacción Humana*. Lima Perú: ed. Iberoamericana.
- Ramos, Y., & Tibaduiza, N. (2006). *Práctica de la bioseguridad por parte del Profesional de Enfermería en la Atención del Usuario Hospitalizado en la*

Unidad de Medicina Interna del Hospital "Dr. Domingo Luciani" Durante el Segundo Trimestre del año 2006. La Libertad - Ecuador: Universidad Estatal de la Península de Santa Elena - Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud.

Rodriguez, A. (2006). *Psicología Social*. México D.F.: TReltes.

Rodriguez, F. (2008). *Lo Cognoscitivo y Psicosocial como Factores de Riesgo en Salud. 1° Edición. Huancavelica – Perú*. Lima - Perú: Servicios Graficos Matices.

Rodríguez, L. M., & Saldaña, T. H. (2013). *Conocimiento sobre Bioseguridad y Aplicación de Medidas de Protección de las Enfermeras del Departamento de Neonatología Hospital Belén de Trujillo – 2013*. Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo. Trujillo - Perú: Escuela Profesional de Enfermería. Obtenido de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/123456789/305/1/CONOCIMIENTO_SOBRE_BIOSEGURIDAD_RODRIGUEZ_LUCY.pdf

Rojas,L; Flores,M; Berrios,M & Briceño I. (6 de Marzo de 2013). *Conocimiento sobre medidas de bioseguridad en personal personal médico y de enfermería. Medula, Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes., 22(1), 33-40.* Obtenido de <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/medula/article/view/5887>

Salazar, J. (2010). *Psicología Social*. México D.F.: Trelles.

Salazar, Y. (2012). *Conocimientos del personal de enfermería sobre las medidas de bioseguridad en las técnicas de administración de medicamentos.* Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; Facultad de Ciencias Médicas; Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala.

Salomón, V. (2009). *Manual de Infecciones Intrahospitalarias y Bioseguridad.* Lima Perú: Consultoría Académica Médica.

Sanchez, A. M., Ramos, E. G., & Marset, P. C. (1994). *La Actitud participativa en salud: entre la teoría y la práctica.* Murcia, España: Universidad de Murcia. Obtenido de

https://books.google.com.pe/books?id=6neSIOEbX7EC&printsec=frontcover&dq=La+Actitud+participativa+en+salud:+entre+la+teor%C3%ADa+y+la+pr%C3%A1ctica&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=La%20Actitud%20participativa%20en%20salud%3A%20entre%20la%20teor%C3%ADa+y+la+pr%C3%A1ctica

Sangama, L., & Rossemary, R. (2012). *Nivel de conocimiento y aplicación de medidas de bioseguridad en estudiantes del VIII - IX ciclo de obstetricia UNSM - T en el hospital II-2 Tarapoto. Junio - Setiembre 2012.* Tarapoto - Perú: Universidad Nacional de San Martín; Facultad de Ciencias de la Salud; Escuela Académico Profesional de Obstetricia.

Sangama, L., & Rossemary, R. (2012). *Nivel de conocimiento y aplicación de medidas de bioseguridad en estudiantes del VIII - IX ciclo de obstetricia UNSM - T en el hospital II-2 Tarapoto. Junio - Setiembre 2012.* Tarapoto - Perú: Universidad Nacional de San Martín; Facultad de Ciencias de la Salud; Escuela Académico Profesional de Obstetricia. Obtenido de http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyecto/archivo_105_Binder1.pdf

Soledispa Reyes, S. J. (2014). *Aplicación de medidas de bioseguridad en la administración de medicamentos.* Santa Elena - Ecuador: Universidad Estatal Península De Santa Elena.

Soledispa Reyes, S. J. (2014). *Aplicación de medidas de bioseguridad en la administración de medicamentos.* Universidad Estatal Península De Santa Elena. Santa Elena - Ecuador: Universidad Estatal Península De Santa Elena. Obtenido de <http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/1691/1/SOLISPA%20REYES%20SHIRLEY%20JANETH.pdf>

Soto, V., & Olano, E. (Junio de 2004). *Conocimiento y cumplimiento de medidas de bioseguridad en personal de enfermería.* Hospital Nacional Almanzor Aguinaga. Chiclayo 2002. *Anales de la facultad de medicinas*, 15(2), 103-110. Obtenido de

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832004000200004

Anexos

Anexo 1

Conocimiento, actitud y prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de Salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval

2016

Rosario del Pilar Ramirez Biaggi
Correo: rosario_ramirez_b@yahoo.es
Afiliación institucional: UCV

1. RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la relación que existe entre el conocimiento y la actitud con las prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval. El enfoque de investigación fue cuantitativo, con diseño no experimental de corte transversal de tipo correlacional y descriptivo, con una muestra de 53 personas. La información se recolectó a través de una encuesta de conocimiento con 15 ítems, otra encuesta de actitud con 13 enunciados y una guía de observación con 32 ítems, el cual fue validado por juicio de expertos obteniendo una moderada a fuerte confiabilidad. Los Resultados fueron: el personal de salud de la UCI del Centro Médico Naval tiene un nivel de conocimiento medio sobre medidas de bioseguridad; una actitud positiva hacia las medidas de bioseguridad con un nivel regular a buena en las prácticas de bioseguridad. Conclusión: no existe una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y actitud con las prácticas de las medidas de bioseguridad.

2. PALABRAS CLAVE

Palabras claves: Conocimiento, actitud, práctica, bioseguridad, unidad de cuidados intensivos.

3. ABSTRACT

The objective of this work was to analyze the relationship between knowledge and attitude with the practices of biosecurity measures of health personnel working in the Intensive Care Unit of the Naval Medical Center.

The research focus was quantitative, with a non-experimental cross-sectional design of correlational and descriptive type, with a sample of 53 people. The information was collected through a knowledge survey with 15 items, another attitude survey with 13 statements and an observation guide with 32 items, which was validated by expert judgment obtaining a moderate to strong reliability. The results were: the health staff of the UCI Naval Medical Center has a level of knowledge about biosafety measures; a positive attitude towards biosecurity measures with a regular to good level in biosecurity practices. Conclusion: there is no statistically significant relationship between knowledge and attitude with the practices of biosecurity measures.

4. KEYWORDS

Keywords: Knowledge, attitude, practice, biosafety, Intensive Care Unit.

5. INTRODUCCIÓN

Las Infecciones Intrahospitalarias (IIH) se presentan tanto en países desarrollados como en naciones en desarrollo; donde aproximadamente cada día 1,4 millones de pacientes adquieren una infección de este tipo. Los “Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades” (CDC) de los Estados Unidos estiman que casi dos millones de pacientes adquirirán una infección intrahospitalaria cada año y casi 90,000 de ellos morirán debido a una de estas infecciones. (INEN, 2016, p. 3) Las IIH son aquellas que ocurren durante el ingreso y estancia hospitalaria relacionadas con cuidados sanitarios. Estas infecciones constituyen un importante problema de salud y un motivo de preocupación para las instituciones y organizaciones de la salud a escala mundial, por las implicancias económicas, sociales y humanas que estas tienen. (Pérez, Zurita, Pérez, Patiño, & Calvimonte, 2010, pp. 94 - 98).

Las IIH asociadas a la hospitalización en unidades de cuidados intensivos (UCI) es la mayor causa de muerte en países en vías de desarrollo. Estas infecciones son frecuentemente en UCI, tanto por su severidad de la enfermedad

subyacente que conlleva a una mayor frecuencia de intervenciones invasivas como el mayor uso de antibióticos de amplio espectro. (Chincha, Cornelio, Valverde, & Acevedo, 2013, p. 616)

En el Perú más de 160 mil trabajadores de salud corren el riesgo de contagiarse de enfermedades como hepatitis B, hepatitis C, VIH-SIDA, debido a las condiciones inseguras en el uso de material punzocortante como agujas, jeringas y bisturís, según la Sociedad Peruana de Salud Ocupacional. (INEN, 2016, p. 25)

En los estudios de investigación de Bautista L.; Alarcón B. y Plinio C. y en la práctica clínica se ha observado que tanto el personal de salud profesional y no profesional no cumple a cabalidad con las medidas de bioseguridad ya sea para su propia protección y/o seguridad del paciente.

Es importante señalar que las medidas de bioseguridad deben ser una práctica rutinaria en las unidades médicas y deben ser cumplidas por todo el personal que labora en estos centros, independientemente del grado de riesgo común, su actividad y de las diferentes áreas que compone el hospital. (Minsa, 2004, p. 11)

Si no mejoramos en cumplir las normas de bioseguridad, se incrementará las infecciones intrahospitalarias, alargando la estancia hospitalaria, incrementando la morbimortalidad y mayor gasto económico humano, al ser considerada un evento adverso para el paciente que influye en la atención de calidad (OMS, 2016)

En definitiva, si el personal de salud conoce las normas de bioseguridad y las aplica, pueden determinar su propia seguridad, la de sus compañeros, de los pacientes y de la población hospitalaria.

El estudio es conveniente porque a través de esta investigación podremos identificar si es necesario generar o crear conciencia, compromiso y responsabilidad en el personal de salud en el cumplimiento de las normas de bioseguridad. Todo ello contribuirá a mejorar la calidad de atención hacia los pacientes y disminuir el porcentaje de prevalencia de las infecciones intrahospitalarias y accidentes laborales.

6. METODOLOGÍA

Es un estudio de investigación cuantitativa con alcance correlacional con diseño no experimental de corte transversal de tipo correlacional y descriptivo. La población está constituida por todo el personal de salud asistencial: médicos, enfermeras y técnicas de enfermería que laboran en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos y médicos del Centro Médico Naval conformando un total de 53 personas.

Técnica, para medir la variable conocimiento y actitud sobre medidas de bioseguridad se utilizó la técnica de la encuesta, para medir la variable práctica sobre medidas de bioseguridad, se utilizó la técnica de una guía de observación.

Instrumento, para medir la variable conocimiento y actitud se utilizó como instrumento el cuestionario de conocimiento de medidas de bioseguridad de 15 preguntas y un cuestionario de actitud sobre medidas de bioseguridad de 13 ítems, para medir la práctica se empleó como instrumento la lista de cotejo de las prácticas sobre medidas de bioseguridad de 32 ítems.

Los cuestionarios y la guía de observación fueron elaborados, siendo sometido a validez en cuanto al contenido a través de juicios de expertos. Para la confiabilidad de instrumento se realizó una prueba piloto tomando el 15 de la muestra establecida en el estudio. Se determinó la confiabilidad del cuestionario de conocimiento y de actitud mediante la aplicación de la prueba estadística Alfa de Cronbach, alcanzando un valor general de 0.71 y 0.827 respectivamente, para la guía de observación se determinó la confiabilidad mediante la aplicación de la prueba estadística K - Richardson, alcanzando un valor general de 0.68

Para la recolección de datos, se realizó las gestiones necesarias con la jefatura de la unidad de cuidados intensivos médicos y quirúrgicos del Centro Médico Naval para la obtención de permisos y el consentimiento del personal de salud que laboran en su unidad.

El cuestionario fue resuelto en un lapso de 25 minutos.

La guía observacional fue realizada al personal de salud dentro de su turno, realizando sus actividades asistencia

En este trabajo se realizó análisis descriptivo e inferencial. En el análisis

descriptivo se presenta tablas de frecuencia, gráfico de barra y sector circular. En el análisis inferencial, para las variables cuantitativas se constató la normalidad y homogeneidad, nuestras variables no cumple la normalidad se emplea la estadística no paramétrica.

Los cálculos de las estadísticas descriptivas e inferenciales se llevan a cabo con el software estadístico SPSS versión 21 prueba con un nivel de significancia del 5%

7. RESULTADOS

El nivel de conocimiento del personal sobre medidas de bioseguridad, el 75.5% del personal tiene al menos un nivel de conocimiento medio.

La actitud del personal sobre medidas de bioseguridad, el 50.9% tiene una actitud positiva.

El nivel de práctica del personal sobre medidas de bioseguridad, el 71.7% del personal tiene al menos un nivel de práctica regular.

En la matriz de correlación entre conocimiento y las prácticas sobre medida de bioseguridad. No hay una correlación directa entre conocimiento y práctica, es decir a mayor conocimiento mayor práctica de medida de bioseguridad, sin embargo, esta correlación no es estadísticamente significativo es decir no se rechaza la hipótesis nula ($r_s = 0.110$, $p > 0.05$).

En la matriz de correlación entre actitud y las prácticas sobre medida de bioseguridad. No hay una correlación directa entre actitud y práctica, es decir a mejor actitud mejor práctica de medida de bioseguridad, sin embargo, esta correlación no es estadísticamente significativo es decir no se rechaza la hipótesis nula ($r_s = 0.168$, $p > 0.05$).

8. DISCUSIÓN

según los resultados fueron analizados con la prueba de Spearman donde se concluyó:

En nuestro estudio: No existe relación significativa entre conocimiento con las prácticas sobre las medidas de bioseguridad ($r_s = 0.110$, $p > 0.05$),

estos hallazgos son similar al estudio Rodríguez Tapia, Rocío (Chimbote, 2014) y al estudio de Alarcón B. et al. (Lambayeque,2012). Pero sin embargo los resultaron difieren de otros investigadores como el estudio de Plinio Córdor et al. (Lima, 2008), el estudio Rodríguez M et al. (Trujillo, 2013) y el estudio de Parí R. et al. (Lima, 2012). Este resultado puede darse que a pesar de tener un nivel de conocimiento medio se tenga un nivel de práctica regular a buena se deba que el personal de salud al trabajar una unidad de alto riesgo como es la UCI, son instruidos a aplicar medidas de bioseguridad, dando prioridad al lavado de manos y al uso de medidas de protección personal con la finalidad de evitar infecciones nosocomiales. Esto podría darse, también a que en algunas ocasiones cuando el personal tiene un buen tiempo de servicio, este te otorga experiencia y conocimiento basado solo en la práctica y por consecuencia se obtiene un desarrollo aceptable en cuanto al cumplimiento de las Normas de Bioseguridad.

En nuestro estudio: No existe relación significativa entre actitud con las prácticas sobre las medidas de bioseguridad ($r_s = 0.168$, $p > 0.05$) estos hallazgos son similares al estudio de Plinio Córdor et. al (Lima, 2008). Este resultado puede darse por diversos motivos como, por ejemplo, un tema motivacional, problemas personales del personal de salud, carga laboral, bajo nivel de vocación; esto podría generar una actitud negativa en el trabajo, ya que genera un desequilibrio emocional o racional en sus responsabilidades asignadas y un cumplimiento regular de las normas de bioseguridad.

Los hallazgos sobre nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad según las respuestas al cuestionario del personal de salud que labora en la unidad de cuidados intensivos en el Centro Médico Naval es un conocimiento medio (43,4%), estos hallazgo son similares al estudio de Rodríguez Tapia, Rocío (Chimbote,2014), al estudio Bautista et al. (Ecuador,2013), al estudio de Alarcón Bautista et al. (Lambayeque, 2012) y al estudio Rodríguez M. et al. (Trujillo – 2013) se encontró un nivel de conocimiento medio o regular en un 54.1%, 66%, 67.4% y 60% respectivamente. Sin embargo, en el estudio de Panimboza y Pardo

(2013), Plinio Córdor et al. (Lima, 2008) y el estudio de Sangama L. Rojas (Tarapoto, 2012) se encontró un alto nivel de conocimiento en un 70%, 63.3% y 51.16%. respectivamente.

Este resultado posiblemente puede tener una tendencia hacia abajo, debido a que el personal de salud no recibe una constante capacitación y actualización en medidas de bioseguridad asimismo puede estar influyendo su recargada labor y la falta de asesoramiento continuo por parte del coordinador del servicio.

En relación de los hallazgos de actitud del personal de salud sobre medidas de bioseguridad según las respuestas al cuestionario, su actitud fue positiva en un 50.9% similar en el estudio de Plinio Córdor et al. (Lima, 2008) se encontró una actitud favorable al 95%. Este resultado significa que la actitud del personal de salud de la UCI no está altamente positiva solamente es 1% mayor en riesgo de desviarse a lo negativo, lo que podría generar una mala predisposición de aplicar las medidas de bioseguridad afectando la calidad de atención del usuario.

En cuanto los hallazgos sobre nivel de prácticas sobre medidas de bioseguridad según los resultados de la lista de cotejo del personal de salud que labora en la unidad de cuidados intensivos en el Centro Médico Naval realizan una práctica regular (37.7%); este hallazgo es similar al estudio de Rodríguez Tapia, Rocío y al estudio de Alarcón Bautista et al. se encontró que tienen una práctica regular en un 86.5% y 55.84% respectivamente, sin embargo, en el estudio de Bautista L et al. otros, se encontró una práctica deficiente (70%) y en el Plinio Córdor et al. se encontró una buena práctica en un 47.5%.

Este resultado puede deberse de alguna manera a los conocimientos medios que posee el personal de salud este influyendo a que se practiquen regularmente las medidas de bioseguridad encontrándose por lo tanto el personal de salud que labora en la UCI del CEMENA esté en riesgo de adquirir enfermedades infectocontagiosas

Es importante lograr la concientización adecuada del personal que trabaja en áreas de alto riesgo del hospital sobre la importancia del cumplimiento de las normas de bioseguridad a pesar de que se tenga de regular a buenas prácticas

sobre medidas de bioseguridad, tenemos que mejorar el nivel de conocimiento y la actitud sobre estas medidas.

9. CONCLUSIONES

En el presente estudio tenemos las siguientes conclusiones.

Primera: Al analizar la relación que existe entre el conocimiento y la actitud con las prácticas sobre medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la UCI del Centro Médico Naval, no se encontró correlación directa debido a que tiene una correlación muy baja según el valor de Rho de Spearman.

Segunda: Se determinó que no existe correlación directa entre el conocimiento y la práctica sobre medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la UCI del Centro Médico Naval, debido a que tiene una correlación muy baja según el valor de Rho de Spearman.

Tercera: Se determinó que no existe correlación directa entre actitud y la práctica sobre medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la UCI del Centro Médico Naval, debido a que tiene una correlación muy baja según el valor de Rho de Spearman.

Cuarta: Se determinó que el nivel de conocimiento del personal de salud que labora en la UCI del Centro Médico Naval sobre las medidas de bioseguridad tiene al menos un nivel de conocimiento medio (75,5%) y bajo (32.1%)

Quinta: Se determinó una actitud positiva de un 50.9% de la evaluación del análisis respecto a la actitud del personal de salud que labora en la UCI del Centro Médico Naval sobre las medidas de bioseguridad.

Sexta: Se determinó que hay deficiencia en la eliminación de residuos sólidos respecto a la evaluación del análisis sobre el nivel de practica del personal de salud que labora en la UCI del Centro Médico Naval sobre las medidas de bioseguridad, encontrándose un nivel de práctica regular (37,7%) a buena (34%) en el uso de las barreras de protección y lavados de manos.

10. REFERENCIAS

- Chincha, O., Cornelio, E., Valverde, V., y Acevedo, M. (12/10/2013). Infecciones Intrahospitalarias Asociadas a Dispositivos Invasivos. *Revista Peruana De Medicina Experimental y Salud Pública*,30(4), 616-620. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n4/a12v30n4.pdf>
- MINSA. (2004). *Manual de bioseguridad*. Norma Técnica N°015, Lima - Perú. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/infecciones/MANUAL%20DE%20BIOSEGURIDAD.pdf>
- MINSA. (2016). *Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitarias*, Lima – Perú. Recuperado de http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/.
- INEN. (2016). *Informe del sistema de vigilancia epidemiológica de la Infecciones Intrahospitalarias*. Lima-Perú. Recuperado de http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/comite_preencion_infecciones/13052016_I%20TRIMESTRE%202016%20SVEIIH.pdf
- Peréz, L., Zurita, I., Peréz, N., Patiño, N., y Calvimonte, O. (Diciembre de 2010). Infecciones Intrahospitalarias: Agentes, Manejo Actual y Prevención. *Revista Científica Ciencia Médica*, Vol 13(2), 94-98. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-7433201000020000

DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO

Yo, Ramirez Biaggi Rosario del Pilar, estudiante del Programa Magister en gestión de los servicios de salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado(a) con DNI 09916390, con el artículo titulado

“Conocimiento, actitud y prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de Salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval 2016”.

declaro bajo juramento que:

- 1) El artículo pertenece a mi autoría.
- 2) El artículo no ha sido plagiado ni total ni parcialmente.
- 3) El artículo no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para alguna revista.
- 4) De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.
- 5) Si, el artículo fuese aprobado para su publicación en la Revista u otro documento de difusión, cedo mis derechos patrimoniales y autorizo a la Escuela de Postgrado, de la Universidad César Vallejo, la publicación y divulgación del documento en las condiciones, procedimientos y medios que disponga la Universidad.

Lugar y fecha: 14 /11 /2017

Nombres y apellidos: Rosario del Pilar Ramirez Biaggi

ANEXO 2

Matriz de consistência

Título: CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRACTCA DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD DEL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN LA UCI DEL CENTRO MÉDICO NAVAL.

Autor: RAMIREZ BIAGGI ROSARIO DEL PILAR

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores					
<p>Problema General:</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento y la actitud con las prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval?</p> <p>Problemas Específicos:</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento con las prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la actitud con las prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval sobre las medidas de bioseguridad?</p> <p>¿Cuál es la actitud del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval sobre las medidas de bioseguridad?</p> <p>¿Cuál es el nivel de prácticas del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval sobre las medidas de bioseguridad?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Analizar la relación que existe entre el conocimiento y la actitud con las prácticas sobre las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Determinar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica de las medidas de bioseguridad del personal que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval.</p> <p>Determinar la relación que existe entre la actitud con las prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval.</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval sobre las medidas de bioseguridad</p> <p>Determinar la actitud del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval sobre las medidas de bioseguridad</p> <p>Determinar el nivel de prácticas del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval sobre las medidas de bioseguridad.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Existe relación directa entre el conocimiento y la actitud con las prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>Existe relación directa entre el conocimiento con las prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval.</p> <p>Existe relación directa entre la actitud con las prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval.</p>	Variable 1: Conocimiento sobre las medidas de bioseguridad					
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles o rangos	
			Conocimiento	Bioseguridad Lavado de manos Barreras de protección Residuos sólidos	Del 1 al 12.	NOMINAL Correcto = 1 Incorrecto= 0 Sub preguntas 0.2 puntos	Alto (12.43- 16) Medio (10.62-12.42) Baja (0-10.68)	
			Variable2: Actitud sobre Las medidas de bioseguridad					
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles o rangos	
			Actitud	Bioseguridad Lavado de manos Barreras de protección Residuos sólidos	Del 1 al 13	Ordinal <i>TA: Totalmente de acuerdo</i> <i>A: de acuerdo</i> <i>NAND: Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i> <i>D: En desacuerdo</i> <i>TD: Totalmente en desacuerdo</i>	Positivo (57- 65) negativo (1- 56)	
Variable 3: Práctica sobre las medidas de bioseguridad								
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles o rangos				
Práctica	Lavado de manos Barreras de protección Guantes Lentes Mascarilla Gorro Mandil Residuos sólidos	Del 1al 32.	Nominal <i>Si</i> <i>No</i>	Buena (28 - 32) Regular (24 - 27) Mala (0 - 23)				

Tipo y diseño de investigación	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Estadística a utilizar
<p>Tipo: Estudio de investigación cuantitativa.</p> <p>Alcance: Correlacional</p> <p>Diseño: No experimental de corte transversal de tipo correlacional.</p> <p>Método: Cuantitativo</p>	<p>Población: el personal de salud asistencial: médicos, enfermeras y técnicas de enfermería que laboran en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos y médicos del Centro Médico Naval conformando un total de 53 personas.</p> <p>Tamaño de muestra: No se considera muestra por ser una población pequeña</p>	<p>Variable 1: conocimiento</p> <p>Técnicas: Cuestionario</p> <p>Instrumentos: Cuestionario de 15 preg.</p> <p>Validez: juicios de expertos 5 magister Confiabilidad: Alfa de crombach: 0.71 Autor: Rosario Ramírez Biaggi Año: 2016 Ámbito de Aplicación: Unidad de cuidados intensivos quirúrgicos y médicos del Centro Médico Naval</p> <hr/> <p>Variable 2: Actitud</p> <p>Técnicas: Encuesta</p> <p>Instrumentos: Enunciados de 13 ítems.</p> <p>Validez: juicios de expertos 5 magister Confiabilidad: Alfa de Crombach: 0.827 Autor: Rosario Ramírez Biaggi Año: 2016</p> <p>Ámbito de Aplicación: Unidad de cuidados intensivos quirúrgicos y médicos del Centro Médico Naval</p> <p>Variable3: práctica</p> <p>Técnicas: Guía observacional</p> <p>Instrumentos: Guía observacional de 32 ítems.</p> <p>Validez: juicios de expertos 5 magister Confiabilidad: k-Richardson: 0.68. Autor: Rosario Ramírez Biaggi Año: 2016 Ámbito de Aplicación: Unidad de cuidados intensivos quirúrgicos y médicos del Centro Médico Naval</p>	<p>DESCRIPTIVA: Se Presentó tablas de frecuencia, gráfico de barra y sector circular.</p> <p>INFERENCIAL: Para las variables cuantitativa se constató la normalidad y homogeneidad, las variables no cumplieron con la normalidad se empleó la estadística no paramétrica.</p> <p>Los cálculos de las estadísticas descriptivas e inferenciales se llevaron a cabo con el software estadístico SPSS versión 21 prueba con un nivel de significancia del 5%</p>



PERÚ

Ministerio
de Defensa

Marina de Guerra
del Perú

Comando en Jefe
Unidad Intensiva Quirúrgica

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU"
"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"

MEMORANDUM No. 332

BELLA VISTA, 30 noviembre 2016

Al : Director de la escuela de Posgrado Universidad César Vallejo
Filial Lima Norte

- 1.- En relación a su carta P. 1197 – 2016 EPG – UCVL de fecha 26 de noviembre Se autoriza a la Licenciada en Enfermería Rosario RAMIREZ Biaggi a realizar el trabajo de investigación "Conocimiento, actitud y prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la unidad de Cuidados Intensivos quirúrgicos".


Capitán de Fragata SN. (MC)
Jefe del Servicio de la Unidad de
Cuidados Intensivos Quirúrgicos
Anibal MARQUINA Córdova
02093030

DISTRIBUCION:
Copia: Archivo.-



	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Profesión	Numérico	8	0	profesión que ej...	{1, Médico}...	Ninguna	3	Derecha	Nominal	Entrada
2	Edad	Numérico	8	0	edad	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Escala	Entrada
3	Sexo	Numérico	8	0	sexo	{1, Masculin...	Ninguna	4	Derecha	Nominal	Entrada
4	Experiencia1	Numérico	8	0	Años de experi...	Ninguna	Ninguna	5	Derecha	Escala	Entrada
5	Conocimiento	Coma	8	1	Conocimiento s...	Ninguna	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
6	Actitud	Numérico	8	0	Actitud sobre ...	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Escala	Entrada
7	Practica	Numérico	8	0	Practica sobre ...	Ninguna	Ninguna	5	Derecha	Escala	Entrada
8	Conocimien...	Numérico	5	0	Nivel de conoci...	{1, Bajo}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
9	Actitud2	Numérico	5	0	Nivel de actitud	{1, Negativo...	Ninguna	6	Derecha	Ordinal	Entrada
10	Practica2	Numérico	5	0	Nivel de practica	{1, Mala}...	Ninguna	6	Derecha	Ordinal	Entrada
11	Edad2	Numérico	5	0	Edad	{1, < 30 año...	Ninguna	5	Derecha	Ordinal	Entrada
12	Experiencia2	Numérico	5	0	Experiencia lab...	{1, < 5 años...	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
13	CON01	Numérico	8	0	Las normas de ...	{0, incorrect...	Ninguna	5	Derecha	Escala	Entrada
14	CON02	Numérico	8	0	Los principios d...	{0, incorrect...	Ninguna	4	Derecha	Escala	Entrada
15	CON03	Numérico	8	0	Las principales ...	{0, incorrect...	Ninguna	4	Derecha	Escala	Entrada
16	CON04	Numérico	8	0	Los momentos ...	{0, incorrect...	Ninguna	4	Derecha	Escala	Entrada
17	CON05	Numérico	8	0	El tiempo de la...	{0, incorrect...	Ninguna	5	Derecha	Escala	Entrada
18	CON06	Numérico	8	0	El agente más ...	{0, incorrect...	Ninguna	4	Derecha	Escala	Entrada
19	CON07	Numérico	8	0	Para el lavado ...	{0, incorrect...	Ninguna	4	Derecha	Escala	Entrada
20	CON08	Numérico	8	0	El material más...	{0, incorrect...	Ninguna	4	Derecha	Escala	Entrada
21	CON09	Numérico	8	0	Señale el orden...	{0, incorrect...	Ninguna	4	Derecha	Escala	Entrada
22	CON10	Numérico	8	0	Las barreras pr...	{0, incorrect...	Ninguna	5	Derecha	Escala	Entrada
23	CON11	Coma	8	1	Que medidas d...	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Escala	Entrada
24	CON12	Numérico	8	0	Sobre la masca...	{0, incorrect...	Ninguna	4	Derecha	Escala	Entrada



	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
25	CON13	Numérico	8	1	El uso de mand...	{0, incorrec...	Ninguna	2	Derecha	Escala	Entrada
26	CON14	Numérico	8	0	¿Dónde desech...	{0, incorrect...	Ninguna	2	Derecha	Escala	Entrada
27	CON15	Coma	8	1	Qué tipo de rec...	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Escala	Entrada
28	ACT01	Numérico	8	0	Me resulta fácil...	{1, totalmen...	Ninguna	5	Derecha	Escala	Entrada
29	ACT02	Numérico	8	0	El lavado de m...	{1, totalmen...	Ninguna	5	Derecha	Escala	Entrada
30	ACT03	Numérico	8	0	Siempre para c...	{1, totalmen...	Ninguna	5	Derecha	Escala	Entrada
31	ACT04	Numérico	8	0	No siempre me...	{1, totalmen...	Ninguna	5	Derecha	Escala	Entrada
32	ACT05	Numérico	8	0	Al salir del servi...	{1, totalmen...	Ninguna	5	Derecha	Escala	Entrada
33	ACT06	Numérico	8	0	Me resulta prác...	{1, totalmen...	Ninguna	5	Derecha	Escala	Entrada
34	ACT07	Numérico	8	0	Es importante ...	{1, totalmen...	Ninguna	5	Derecha	Escala	Entrada
35	ACT08	Numérico	8	0	Me siento segu...	{1, totalmen...	Ninguna	5	Derecha	Escala	Entrada
36	ACT09	Numérico	8	0	Considero nece...	{1, totalmen...	Ninguna	5	Derecha	Escala	Entrada
37	ACT10	Numérico	8	0	Acepto lavarme...	{1, totalmen...	Ninguna	5	Derecha	Escala	Entrada
38	ACT11	Numérico	8	0	No es mi respo...	{1, totalmen...	Ninguna	5	Derecha	Escala	Entrada
39	ACT12	Numérico	8	0	Es preferible de...	{1, totalmen...	Ninguna	5	Derecha	Escala	Entrada
40	ACT13	Numérico	8	0	Me resulta tedi...	{1, totalmen...	Ninguna	5	Derecha	Escala	Entrada
41	P01LM	Numérico	8	0	Realiza el lavad...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
42	P02LM	Numérico	8	0	Realiza el lavad...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
43	P03LM	Numérico	8	0	Realiza el lavad...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
44	P04LM	Numérico	8	0	Realiza el lavad...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
45	P05LM	Numérico	8	0	Realiza el lavad...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
46	P06LM	Numérico	8	0	Realiza el lavad...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
47	P07GU	Numérico	8	0	Cumple con los...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
48	P08GU	Numérico	8	0	Utiliza guantes ...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada

Vista de datos

Vista de variables



	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
49	P09GU	Numérico	8	0	Usa guantes dif...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
50	P10GU	Numérico	8	0	Manipula con g...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
51	P11GU	Numérico	8	0	Utiliza guantes ...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
52	P12GU	Numérico	8	0	Se retira los gu...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
53	P13GU	Numérico	8	0	Elimina los gua...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
54	P14LP	Numérico	8	0	Utiliza los lente...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
55	P15MAS	Numérico	8	0	Utiliza mascaril...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
56	P16MAS	Numérico	8	0	Utiliza la masc...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
57	P17MAS	Numérico	8	0	Se retira la ma...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
58	P18MAS	Numérico	8	0	Descarta la ma...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
59	P19GO	Numérico	8	0	Se coloca el go...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
60	P20GO	Numérico	8	0	Utiliza el gorro ...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
61	P21GO	Numérico	8	0	Descarta el gor...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
62	P22MD	Numérico	8	0	Utiliza mandil p...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
63	P23MD	Numérico	8	0	Utiliza el mandi...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
64	P24MD	Numérico	8	0	Se retira el ma...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
65	P25MD	Numérico	8	0	Pone en práctic...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
66	P26	Numérico	8	0	Usa en la atenc...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
67	P27RS	Numérico	8	0	Elimina el mate...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
68	P28RS	Numérico	8	0	Elimina los resi...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
69	P29RS	Numérico	8	0	Elimina los resi...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
70	P30RS	Numérico	8	0	Elimina los resi...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
71	P31RS	Numérico	8	0	Realiza el reen...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
72	P32RS	Numérico	8	0	Elimina las agu...	{0, no}...	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada



1 : Profesión 2 Visible: 72 de 72 variables

	Profesión	Edad	Sexo	Experiencia1	Conocimiento	Actitud	Practica	Conocimiento 2	Actitud 2	Practica2	Edad2	Experiencia2	CON01	CON02	CON03	CON04	CON05	CON06	CON07	CON08	CON09	CON10	CON11	CON12	CON13	CON14	CON15	A
1	2	40	2	15	14.4	60	27	3	2	2	2	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	.6	1	1.0	1	1.8	
2	1	43	1	10	11.8	51	21	2	1	1	2	3	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	.4	1	.0	1	1.4	
3	2	42	2	13	7.8	34	24	1	1	2	2	3	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	.0	0	.0	1	.8	
4	3	50	2	26	14.8	57	22	3	2	1	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	.6	1	1.0	1	1.2	
5	2	36	2	13	13.4	55	21	3	1	1	2	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	.6	1	.0	1	1.8	
6	1	31	2	5	11.6	57	26	2	2	2	2	2	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1.0	1	.0	1	1.6	
7	2	35	2	10	7.2	53	24	1	1	2	2	3	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1.0	0	.0	1	1.2	
8	3	26	2	3	11.8	60	28	2	2	3	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1.0	1	.0	1	1.8	
9	2	38	2	13	11.4	63	25	2	2	2	2	3	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	.8	1	.0	1	1.6	
10	1	27	2	3	12.2	51	16	2	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	.8	1	.0	1	1.4	
11	3	45	2	24	12.8	51	28	3	1	3	2	5	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1.0	1	1.0	1	1.8	
12	1	31	1	6	10.2	50	20	1	1	1	2	2	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	.6	1	.0	1	.6	
13	3	46	2	24	14.0	44	28	3	1	3	2	5	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1.0	1	.0	1	2.0	
14	2	38	2	13	8.4	50	25	1	1	2	2	3	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1.0	1	.0	0	1.4	
15	2	50	2	24	14.6	60	23	3	2	1	2	5	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0	1	1.0	1	1.6	
16	2	45	2	22	12.0	55	31	2	1	3	2	5	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1.0	1	1.0	1	1.0	
17	2	35	2	6	12.4	53	27	2	1	2	2	2	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	.6	1	.0	1	1.8	
18	3	32	2	7	10.2	60	26	1	2	2	2	2	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1.0	1	.0	1	1.2	
19	3	56	2	30	9.2	49	25	1	1	2	2	5	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	.2	1	.0	1	1.0	
20	2	30	2	4	12.2	48	28	2	1	3	2	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1.0	1	1.0	1	1.2	
21	2	40	2	18	8.8	59	29	1	2	3	2	4	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	.4	1	.0	1	1.4	

Vista de datos **Vista de variables**



1 : Profesión

2

Visible: 72 de 72 variables

	Profesión	Edad	Sexo	Experiencia1	Conocimiento	Actitud	Practica	Conocimiento 2	Actitud 2	Practica2	Edad2	Experiencia2	CON01	CON02	CON03	CON04	CON05	CON06	CON07	CON08	CON09	CON10	CON11	CON12	CON13	CON14	CON15	A
22	3	33	2	7	10.0	61	23	1	2	1	2	2	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1.0	1	.0	1	1.0	
23	3	58	2	35	10.2	57	24	1	2	2	2	5	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	.0	1	1.0	1	1.2	
24	2	36	2	13	10.6	65	27	1	2	2	2	3	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1.0	1	.0	1	1.6	
25	2	24	2	2	12.4	55	25	2	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1.0	1	.0	1	1.4	
26	3	31	2	2	11.4	61	24	2	2	2	2	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	.8	1	.0	1	1.6	
27	3	25	2	2	12.2	63	26	2	2	2	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	.8	1	.0	1	1.4	
28	2	27	2	5	13.2	58	25	3	2	2	1	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	.8	1	.0	1	1.4	
29	2	29	2	4	9.0	48	21	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	.8	1	.0	1	1.2	
30	3	32	2	7	10.0	61	20	1	2	1	2	2	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	.8	1	.0	1	1.2	
31	3	40	2	30	10.8	51	23	2	1	1	2	5	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	.8	1	.0	1	1.0	
32	1	33	1	6	11.4	60	31	2	2	3	2	2	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1.0	1	.0	1	1.4	
33	1	38	1	7	11.0	54	29	2	1	3	2	2	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1.0	1	.0	1	1.0	
34	1	44	1	15	10.8	64	29	2	2	3	2	4	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	.4	1	.0	1	1.4	
35	3	49	2	10	14.6	44	20	3	1	1	2	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1.0	1	1.0	1	1.6	
36	3	60	2	30	14.8	44	28	3	1	3	3	5	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1.0	1	1.0	1	1.8	
37	2	38	1	13	9.8	53	19	1	1	1	2	3	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	.8	1	.0	1	1.0	
38	2	29	2	3	11.8	63	23	2	2	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	.4	1	1.0	1	1.4	
39	2	40	2	17	12.4	51	26	2	1	2	2	4	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1.0	1	.0	1	1.4	
40	3	50	2	20	7.2	48	29	1	1	3	2	5	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	.4	1	.0	0	.8	
41	2	35	2	11	10.4	61	29	1	2	3	2	3	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	.4	1	.0	1	1.0	
42	3	33	2	10	11.8	63	26	2	2	2	2	3	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	.6	1	.0	1	1.2	

Vista de datos Vista de variables



1: Profesión

2

Visible: 72 de 72 variables

	Profesión	Edad	Sexo	Experiencia1	Conocimiento	Actitud	Practica	Conocimiento 2	Actitud 2	Practica2	Edad2	Experiencia2	CON01	CON02	CON03	CON04	CON05	CON06	CON07	CON08	CON09	CON10	CON11	CON12	CON13	CON14	CON15	A
43	2	31	2	3	12.4	48	30	2	1	3	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	.8	1	.0	1	1.6
44	2	40	2	17	13.4	63	21	3	2	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	.0	1	.0	1	1.4
45	3	48	2	20	15.8	61	24	3	2	2	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0	1	1.0	1	1.8
46	2	44	2	20	10.0	54	27	1	1	2	2	5	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	.6	1	.0	1	1.4
47	3	36	1	9	10.8	64	25	2	2	2	2	2	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	.8	1	.0	1	1.0
48	2	36	2	10	9.3	47	20	1	1	1	2	3	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	.6	1	.0	1	1.7
49	2	34	2	11	11.6	61	30	2	2	3	2	3	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	.8	1	.0	1	1.8
50	2	30	2	2	11.8	55	28	2	1	3	2	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	.4	1	.0	1	1.4
51	2	37	2	12	12.4	65	30	2	2	3	2	3	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1.0	1	1.0	1	1.4
52	1	50	1	10	12.8	57	29	3	2	3	2	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	.2	1	.0	1	1.6
53	1	31	2	6	13.6	62	30	3	2	3	2	2	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	.8	1	1.0	1	1.8
54																												
55																												
56																												
57																												
58																												
59																												
60																												
61																												
62																												
63																												



Cuestionario sobre conocimiento, actitud y prácticas de las medidas de bioseguridad

El presente cuestionario tiene por objetivo determinar la relación que existe entre el conocimiento y la actitud con las prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval.

Por lo que solicitamos su colaboración respondiendo a cada pregunta formulada. Lea cada uno de los ítems y responda con sinceridad y seriedad, su desarrollo es **ANÓNIMO**, los datos proporcionados serán procesados de manera global; agradezco anticipadamente su colaboración.

Fecha

Encuesta N°

I. Datos generales

1. Profesión que ejerce en la institución:

- a) Médico b) Enfermería (o) c) Técnica de enfermería

2. Edad:(años)

3. Sexo: Masculino [] Femenino []

4. Experiencia Laboral: (años)

II. Conocimientos sobre medidas de bioseguridad

Instrucción: Marque con un aspa en la alternativa que crea que es la respuesta correcta, debe marcar solo una alternativa.

1. Las normas de bioseguridad se definen como:

- 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 trasmisión de infecciones.
- c) Conjunto de medidas para prevenir, inactivar y /o matar gérmenes patógenos por medios eficaces, simples y económicas.
- d) Conjunto de medidas de protección del personal y del ambiente de trabajo mediante la utilización de las medidas específicas en el uso de equipos de seguridad apropiada frente a potenciales agentes infecciosos.

2. Los principios de bioseguridad son:
 - a) Protección, aislamiento y universalidad.
 - b) Barreras protectoras y control de residuos.
 - c) Barreras protectoras, universalidad y control de infecciones.
 - d) Universalidad, uso de barreras de protección y manejo de residuos sólidos hospitalarios.

3. Las principales vías de transmisión de los agentes patógenos son:
 - a) Vía aérea, por contacto y vía digestiva.
 - b) Contacto, por gotas y vía aérea.
 - c) Vía aérea, por gotas y vía digestiva.
 - d) Ninguna de las anteriores.

4. Los momentos del lavado de mano son:
 - a) Antes de cada procedimiento y después de ir al baño.
 - b) Antes de manipular líquidos de precaución universal.
 - c) Antes del contacto directo con el paciente, antes de realizar una tarea limpia o aséptica, después de exposición a fluidos corporales, después contacto con el entorno del paciente, después de haber tenido contacto con el paciente.
 - d) Antes de tocar al paciente, antes de iniciar una tarea después de exposición a líquidos corporales, después contacto con el entorno del paciente, después de manipular libros.

5. El tiempo de lavado de manos clínico es:
 - a) Menos de 6 segundos.
 - b) 5 a 10 segundos
 - c) 15 a 30 segundos
 - d) 45 a 60 segundos.

6. El agente más apropiado para el lavado de manos en la UCI es:
 - a) Jabón líquido y/o espuma con antiséptico
 - b) Jabón líquido y/o espuma sin antiséptico.
 - c) Jabón aromático.
 - d) Detergente.

7. Para el lavado de manos Clínico, el agente más apropiado es el jabón líquido con:
 - a) Yodopovidona.
 - b) Gluconato de Clorhexidina al 2 %.
 - c) Gluconato de Clorhexidina al 4 %
 - d) Alcohol Puro.

8. El material más apropiado para el secado después del lavado de manos es:
- Toalla de tela.
 - Toalla de papel.
 - Secador de aire caliente.
 - Todas las anteriores.

9. Señale el orden en que debe realizarse el lavado de manos

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Subir las mangas hasta el codo. | <input type="checkbox"/> Aplicarse 3- 5 ml. de jabón |
| <input type="checkbox"/> Mojarse las manos con agua corriente. | <input type="checkbox"/> líquido antiséptico. |
| <input type="checkbox"/> Friccionar palmas, dorso, entre dedos, uñas. | <input type="checkbox"/> Retirarse alhajas, reloj. |
| <input type="checkbox"/> Secarse las manos con papel toalla | <input type="checkbox"/> Enjuagar con agua corriente de arrastre. |
| | <input type="checkbox"/> Cerrar el caño con la toalla descartable. |

10. Las barreras protectoras de bioseguridad son:

- Guantes, mascarilla, mandil.
- Mascarilla, mandil, lentes, botas.
- Botas, mascarilla, lentes, guantes, gorro, mandil.
- Gorro, mascarilla, guantes, botas.

11. Qué medida de protección se debe utilizar para los procedimientos señalados

Procedimiento	Gorro	Lentes	Mascarilla	Mandil	Guantes	Botas
Colocación de sonda vesical						
Colocación de catéter						
Colocación de tubo endotraqueal						
Colocación de sonda nasogástrica						
Aspiración de secreciones						

12. Sobre la mascarilla:

- La mascarilla solo necesita cubrir la boca del operador.
- La mascarilla debe cubrir la nariz y boca del operador.
- La mascarilla solo es necesaria en caso de pacientes con enfermedades infectocontagiosas.
- La mascarilla solo lo uso para aspirar secreciones bronquiales.

13. El uso de mandilones está indicado en las siguientes situaciones:
- En toda sala de hospitalización y en todo procedimiento que implique exposición a material contaminado.
 - En todo procedimiento que implique exposición al material no contaminado y estéril.
 - Para la atención directa del paciente.
 - Para la higiene y comodidad del paciente, curación de heridas, actividades de laboratorio.

14. ¿Dónde desecha el material punzocortante?

- Lo elimino en el envase más cercano.
- Lo desinfecto con alguna solución.
- Lo descarto en bolsa roja.
- Lo elimino en un contenedor rígido de boca ancha e impermeable.

15. Qué tipo de recipiente se debe utilizar para la eliminación de residuos sólidos hospitalarios

Material	Recipiente rígido	Recipiente con bolsa roja	Recipiente con bolsa amarilla	Recipiente con bolsa negra
Gasas				
Guantes				
Ampollas de vidrio				
Jeringas				
Sueros				
Venoclisis				
Papel con sangre				
Bolsa de nutrición				
Medicinas vencidas				
Pilas				

ANEXO 6



ACTITUD SOBRE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

Instrucciones:

A continuación, tiene una tabla de 5 proporciones donde marcara con un aspa (X), la respuesta que considere en el cuadrante según corresponda a cada enunciado:

TA: Totalmente de acuerdo

A: de acuerdo

NAND: Ni de acuerdo ni en desacuerdo

D: En desacuerdo

TD: Totalmente en desacuerdo

ENUNCIADOS	TA	A	NAND	D	TD
1. Me resulta fácil orientar al trabajador después de haber sufrido exposición de piel a fluidos corporales con sangre					
2. El lavado de manos es necesario después de movilizar a mi paciente crítico.					
3. Siempre para cada procedimiento es necesario usar guantes diferentes.					
4. No siempre me lavo las manos antes de iniciar una actividad.					
5. Al salir del servicio me retiro el mandil, la bata, gorro y la mascarilla					
6. Me resulta práctico clasificar y ubicar los residuos biocontaminados, especiales y comunes según la norma técnica vigente					
7. Es importante conocer el tratamiento que se da a los residuos biocontaminados.					
8. Me siento segura al utilizar medidas de protección durante la atención a los pacientes.					
9. Considero necesario tener conocimiento sobre las barreras de protección.					
10. Acepto lavarme las manos ocasionalmente					
11. No es mi responsabilidad considerar a todos los usuarios como infectados					
12. Es preferible descartar los materiales sólidos en un sólo contenedor.					
13. Me resulta tedioso lavarme las manos siguiendo los pasos según la norma técnica vigente					

ANEXO 7



LISTA DE COTEJO SOBRE LA PRACTICA DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD
 Guía de observación sobre las prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval.

N°	Ítems a observar	Si	No	Observación
	LAVADO DE MANOS			
1	Realiza el lavado de manos antes de realizar procedimientos en contacto con fluidos corporales			
2	Realiza el lavado de manos después de realizar procedimientos en contacto con fluidos corporales			
3	Realiza el lavado de manos antes de atender a cada paciente			
4	Realiza el lavado de manos después de atender a cada paciente			
5	Realiza el lavado de manos después del contacto con el entorno del paciente			
6	Realiza el lavado de las manos según la técnica vigente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mojarse las manos con agua 2. Deposita en la palma de la mano, jabón líquido antiséptico (3- 5 ml.) 3. Frota las palmas de las manos entre sí. 4. Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entre lazando los dedos y viceversa 5. Frota las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados. 6. Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos. 7. Frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa. 			

	<p>8. Frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.</p> <p>9. Enjuagar bien las manos con abundante agua a chorro.</p> <p>10. Secar las manos con una toalla desechable.</p> <p>11. Para el cierre de la llave o caño usa la misma toalla desechable.</p> <p>12. Elimina la toalla desechable en la bolsa negra.</p>			
	BARRERAS PROTECTORAS	Si	No	Observaciones
	GUANTES			
7	Cumple con los pasos de colocación de guantes estériles según la técnica vigente			
8	Utiliza guantes estériles para realizar procedimientos asépticos: canalización de una vía, colocación de SNG o SOG, colocación de sonda Foley, toma de muestra para hemocultivo, colocación de catéter percutáneo, colocación de catéter venoso central.			
9	Usa guantes diferentes para cada procedimiento			
10	Manipula con guantes algún tipo de muestra de laboratorio			
11	Utiliza guantes al momento de preparar y administrar la medicación			
12	Se retira los guantes según la técnica vigente			
13	Elimina los guantes en recipiente con bolsa roja			
	LENTE PROTECTORES	Si	No	Observaciones
14	Utiliza los lentes protectores cuando se amerita (salpicadura de sangre, secreciones)			
	MASCARILLA	Si	No	Observaciones
15	Utiliza mascarilla para realizar procedimiento que requiere de su uso			
16	Utiliza la mascarilla cubriendo nariz y boca			
17	Se retira la mascarilla después de terminar cualquier procedimiento.			
18	Descarta la mascarilla en el recipiente de bolsa roja			

	GORRO	Si	No	Observaciones
19	Se coloca el gorro antes de realizar algún procedimiento y antes de lavarse las manos			
20	Utiliza el gorro cubriendo completamente el cabello y ambos pabellones auriculares			
21	Descarta el gorro en el recipiente de bolsa roja			
	MANDIL	Si	No	Observaciones
22	Utiliza mandil para realizar procedimientos invasivos y cuando sé que requieran de su uso			
23	Utiliza el mandilón correctamente con la abertura hacia atrás			
24	Se retira el mandilón para salir a otra área fuera de su servicio.			
25	Pone en práctica el almacenamiento del mandilón de tela de manera segura en el lugar adecuado para su descontaminación y lavado en la institución			
26	Usa en la atención directa del paciente crítico: Guantes Gorra Mandil Mascarilla Botas Lentes			
	MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS	Si	No	Observaciones
27	Elimina el material punzocortante en el recipiente rígido para punzocortante			
28	Elimina los residuos sólidos biocontaminados en el recipiente con bolsa roja			
29	Elimina los residuos sólidos especiales en el recipiente con bolsa amarilla			
30	Elimina los residuos sólidos comunes en el recipiente con bolsa negra			
31	Realiza el reencapuchado de las agujas con una sola mano.			
32	Elimina las agujas sin reencapuchado en el recipiente rígido para punzocortante.			

7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Mg. Aquilina Herceilla Felix

Especialidad del validador: Magister en Gerencia en Salud

DNI: 89113050

- 1) Pertinencia: El ítem corresponde al concepto técnico formulado.
- 2) Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- 3) Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

..... de del 2016
Agustina Marcilla Felix
 AGENCIA EN SALUD
 ZONA DE LA SALA 4-2
 CEP 20970

Firma del Experto Informante.

7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Dr/ Mg: Carmen Julia Espinoza Torres

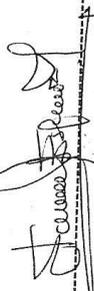
Especialidad del validador: Ginecología en Salud N° 313

DNI: 106201816

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

...19...de 09...del 2016



Firma del Experto Informante.

ANEXO 9

Método Dalineus

El método de **Dalenius – Hodges**, consiste en la formación de estratos de tal manera que la varianza obtenida sea la mínima al interior de cada estrato y máxima entre cada uno de ellos. El método de Dalenius forma los estratos más homogéneos posibles **Fuente especificada no válida.**, que a continuación se describe:

Dado un conjunto de “n” observaciones de una variable $x = (x_1, x_2, \dots, x_n)$, el procedimiento para formar “h” estratos se hace a partir de estas observaciones de manera ascendente.

1. Ordenar las observaciones de manera ascendente.
2. Agrupar $x = (x_1, x_2, \dots, x_n)$, en un número J de clase, donde $J = \min \{h * 10, n\}$.
3. Calcular los límites para cada clase de la siguiente manera:

$$\lim \inf C_k = \min\{x_i\} + (k - 1) * \frac{\max\{x_i\} - \min\{x_i\}}{J}$$

$$\lim \sup C_k = \min\{x_i\} + (k) * \frac{\max\{x_i\} - \min\{x_i\}}{J}$$

Los intervalos se tomarán abiertos por la izquierda y cerrados por la derecha, a excepción del primero que será cerrado por ambos lados.

4. A partir de estos límites, se obtienen la frecuencia de observaciones en cada clase.

$$f_i \quad i \in \{1, \dots, J\}$$

5. Calcular la raíz cuadrada de frecuencia en cada clase.

6. Acumular la raíz cuadrada de las frecuencias en cada clase

$$\sum_{i=1}^J \sqrt{f_i}$$

7. Dividir la suma de la raíz cuadrada de las frecuencias por el número de estratos:

$$Q = \frac{1}{h} \sum_{i=1}^J \sqrt{f_i}$$

8. Los puntos de corte de cada estrato se tomarán sobre el acumulado de la raíz cuadrada de las frecuencias en cada clase de acuerdo a los siguientes: $Q, 2Q, \dots, (h-1)Q$. Si el valor de Q queda entre dos clases, se tomará como punto de corte aquella clase que presente la mínima distancia a Q . Los límites de los “h” estratos conformados serán aquellos correspondientes a los límites inferior y superior de las clases comprendidas en cada estrato.

Método Dalineus: Cuestionario de conocimiento sobre bioseguridad

J= 30

R= 8.60

C= 0.29

Orden	Li	Ls	f1	raíz	Acumulación raíz
1	7.2	7.49	2	1.41421356	1.41421356
2	7.49	7.78	0	0	1.41421356
3	7.78	8.07	1	1	2.41421356
4	8.07	8.36	0	0	2.41421356
5	8.36	8.65	1	1	3.41421356
6	8.65	8.94	1	1	4.41421356
7	8.94	9.23	2	1.41421356	5.82842712
8	9.23	9.52	1	1	6.82842712
9	9.52	9.81	1	1	7.82842712
10	9.81	10.1	3	1.73205081	9.56047793
11	10.1	10.39	3	1.73205081	11.2925287
12	10.39	10.68	2	1.41421356	12.7067423
13	10.68	10.97	3	1.73205081	14.4387931
14	10.97	11.26	1	1	15.4387931
15	11.26	11.55	3	1.73205081	17.1708439
16	11.55	11.84	7	2.64575131	19.8165952
17	11.84	12.13	1	1	20.8165952
18	12.13	12.42	8	2.82842712	23.6450224
19	12.42	12.71	0	0	23.6450224
20	12.71	13	2	1.41421356	25.0592359
21	13	13.29	1	1	26.0592359
22	13.29	13.58	2	1.41421356	27.4734495
23	13.58	13.87	1	1	28.4734495
24	13.87	14.16	1	1	29.4734495
25	14.16	14.45	1	1	30.4734495
26	14.45	14.74	2	1.41421356	31.887663
27	14.74	15.03	2	1.41421356	33.3018766
28	15.03	15.32	0	0	33.3018766
29	15.32	15.61	0	0	33.3018766
30	15.61	15.9	1	1	34.3018766
TOTAL			53	34.3018766	

q = 11.4339589

2q = 22.8679177

Nivel alto: 12.43 – 16 puntos.

Nivel regular: 10.68 - 12.42 puntos.

Nivel bajo: 0 - 10.67 puntos.

Método Dalineus: Encuesta de actitud del personal sobre bioseguridad

J= 20

R= 31

C= 1.6

Orden	Li	Ls	f1	raíz	Acumulación raíz
1	34	35.6	1	1	1
2	35.6	37.2	0	0	1
3	37.2	38.8	0	0	1
4	38.8	40.4	0	0	1
5	40.4	42	0	0	1
6	42	43.6	0	0	1
7	43.6	45.2	3	1.73205081	2.73205081
8	45.2	46.8	0	0	2.73205081
9	46.8	48.4	5	2.23606798	4.96811879
10	48.4	50	3	1.73205081	6.70016959
11	50	51.6	5	2.23606798	8.93623757
12	51.6	53.2	3	1.73205081	10.6682884
13	53.2	54.8	2	1.41421356	12.0825019
14	54.8	56.4	4	2	14.0825019
15	56.4	58	5	2.23606798	16.3185699
16	58	59.6	1	1	17.3185699
17	59.6	61.2	11	3.31662479	20.6351947
18	61.2	62.8	1	1	21.6351947
19	62.8	64.4	7	2.64575131	24.280946
20	64.4	66	2	1.41421356	25.6951596
TOTAL			53	25.6951596	

q= 12.85

Actitud positiva: 57 – 65 puntos

Actitud negativa: 0 – 56 puntos.

Método Dalineus: Guía observacional sobre bioseguridad

J= 30

R= 15

C= 0.5

Orden	Li	Ls	f1	raíz	acumulación raíz
1	16	16.5	1	1.00	1.00
2	16.5	17	0	0.00	1.00
3	17	17.5	0	0.00	1.00
4	17.5	18	0	0.00	1.00
5	18	18.5	0	0.00	1.00
6	18.5	19	1	1.00	2.00
7	19	19.5	0	0.00	2.00
8	19.5	20	4	2.00	4.00
9	20	20.5	0	0.00	4.00
10	20.5	21	4	2.00	6.00
11	21	21.5	0	0.00	6.00
12	21.5	22	1	1.00	7.00
13	22	22.5	0	0.00	7.00
14	22.5	23	4	2.00	9.00
15	23	23.5	0	0.00	9.00
16	23.5	24	5	2.24	11.24
17	24	24.5	0	0.00	11.24
18	24.5	25	6	2.45	13.69
19	25	25.5	0	0.00	13.69
20	25.5	26	5	2.24	15.92
21	26	26.5	0	0.00	15.92
22	26.5	27	4	2.00	17.92
23	27	27.5	0	0.00	17.92
24	27.5	28	6	2.45	20.37
25	28	28.5	0	0.00	20.37
26	28.5	29	6	2.45	22.82
27	29	29.5	0	0.00	22.82
28	29.5	30	4	2.00	24.82
29	30	30.5	0	0.00	24.82
30	30.5	31	2	1.41	26.23
Total			53	26.23	

$$q = 8.74493958$$

$$2q = 17.4898792$$

Nivel Bueno: 28 – 32 puntos

Nivel regular: 24 – 27 puntos

Nivel malo: 0 – 23 puntos.

ANEXO 10

Análisis de fiabilidad

Escala: Conocimientos sobre medidas de bioseguridad

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,711	15

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Las normas de bioseguridad se definen como:	10,67	5,238	,000	,750
Los principios de bioseguridad son:	10,27	4,352	,562	,662
Las principales vías de transmisión de los agentes patógenos son:	10,93	5,210	,101	,721
Según la OMS Los tipos de lavado de manos son:	10,20	5,600	-,137	,745
Los momentos del lavado de mano son:	10,07	5,495	,000	,715
El tiempo de lavado de manos clínico es:	10,27	5,210	,060	,730
El agente más apropiado para el lavado de manos en la UCI es:	10,13	4,838	,520	,680
Para el lavado de manos Clínico, el agente más apropiado es el jabón líquido con:	10,47	3,981	,621	,647
El material más apropiado para el secado después del lavado de manos es:	10,07	5,495	,000	,715
Señale el orden en que debe realizarse el lavado de manos	10,20	4,457	,615	,660
Las barreras protectoras de bioseguridad son:	10,13	4,838	,520	,680
Sobre la mascarilla:	10,20	4,457	,615	,660
El uso de mandilones está indicado en las siguientes situaciones:	10,93	5,210	,101	,721
¿Dónde desecha el material punzocortante	10,13	4,981	,388	,692
Qué tipo de recipiente se debe utilizar para la eliminación de residuos sólidos hospitalarios	10,27	3,924	,853	,617

ANEXO 11

Escala: Actitud del personal sobre medidas de bioseguridad

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,827	13

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Me resulta fácil orientar al trabajador después de haber sufrido exposición de piel a fluidos corporales con sangre	49,27	46,781	,503	,814
El lavado de manos es necesario después de movilizar a mi paciente crítico.	48,20	48,457	,690	,813
Siempre para cada procedimiento es necesario usar guantes diferentes.	48,20	45,171	,676	,804
No siempre me lavo las manos antes de iniciar una actividad.	48,67	46,095	,584	,809
Al salir del servicio me retiro el mandil, la bata, gorro y la mascarilla	48,60	43,400	,575	,807
Me resulta práctico clasificar y ubicar los residuos biocontaminados, especiales y comunes según la norma técnica vigente	49,27	46,638	,457	,817
Es importante conocer el tratamiento que se da a los residuos biocontaminados.	48,80	45,029	,586	,808
Me siento segura al utilizar medidas de protección durante la atención a los pacientes.	48,87	44,695	,642	,804
Considero necesario tener conocimiento sobre las barreras de protección.	48,47	44,267	,730	,799
Acepto lavarme las manos ocasionalmente	49,40	51,114	,069	,844
No es mi responsabilidad considerar a todos los usuarios como infectados	48,93	43,781	,465	,818
Es preferible descartar los materiales sólidos en un sólo contenedor.	49,20	43,743	,382	,830
Me resulta tedioso lavarme las manos siguiendo los pasos según la norma técnica vigente	49,33	47,095	,281	,833

ANEXO 12

Consentimiento Informado:

Estimado señor (a), le saludo con afecto.

Como estudiante de la maestría en Gestión de los Servicios de la Salud; quién se encuentra realizando el estudio de Conocimiento, actitud y práctica de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval; con la autorización de la Dirección del Centro Médico Naval; y con conocimiento del Jefe del Servicio de Emergencias y Unidades Críticas , tiene por objetivo analizar la relación que existe entre conocimiento y actitud con las prácticas de las medidas de bioseguridad y a la vez conocer el nivel de conocimiento , la actitud del personal y el nivel de prácticas sobre medidas de bioseguridad ayudando así a prevenir infecciones nosocomiales y accidentes laborales.

Por lo tanto, Yodeclaro haber recibido y entendido la información respecto a la aplicación de un cuestionario de evaluación sobre Conocimiento, actitud y práctica de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Médicos y Quirúrgicos del Centro Médico Naval

.....

Firma

DNI: