



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Conocimientos y prácticas del cuidado que brindan
las enfermeras en sala de operaciones del Instituto
Nacional Materno Perinatal, noviembre, 2015.**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAGISTER EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTOR:

CARMEN ROSA FUERTES GAMARRA

ASESOR:

MG. FELIX ALBERTO CAYCHO VALENCIA

SECCIÓN:

CIENCIAS MÉDICAS

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

CALIDAD DE LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES

PERÚ – 2017

Dr. Joaquín Vértiz Osores
Presidente

Dr. John Morillo Flores
Secretario

Mgtr. Félix Caycho Valencia
Vocal

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación está dedicado a los míos, mi familia. A quienes están, y a quienes han formado parte de mi vida.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por regalarme la vida, por iluminar mi camino, darme fortaleza en todo momento y permitirme ayudar a través del Don que me otorgó.

A la amistad, el regalo maravilloso de Dios, y a las personas siempre dispuestas a brindarme su apoyo y comprensión en la culminación del presente estudio.

DECLARACIÓN JURADA

Yo, Carmen Rosa Fuertes Gamarra, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los servicios de salud, de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado(a) con DNI: 09742036, con la tesis titulada: “Conocimientos y prácticas del cuidado que brindan las enfermeras en sala de operaciones del Instituto Nacional Materno Perinatal. Noviembre, 2015”.

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 autoplagiada; es decir, 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 copiados y por 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), 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.

Lima, noviembre del 2015

Carmen Rosa fuertes Gamarra

DNI: 09742036

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada: “Conocimientos y prácticas del cuidado que brindan las enfermeras en de sala de operaciones del Instituto Nacional Materno Perinatal. Noviembre, 2015”, con la finalidad de: Determinar la relación entre los conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la calidad del cuidado que brindan en sala de operaciones del Instituto Nacional Materno Perinatal en noviembre del año 2015, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Magister en Gestión en los Servicios de Salud

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

La Autora.

RESUMEN

Las pacientes que acuden a sala de operaciones, se sienten temerosas por el proceso de la cirugía, malestar que se ve acentuado por el cuidado rutinario que muchas veces recibe por parte de la enfermera; por lo que surge la necesidad de investigar la relación existente entre los conocimientos y las prácticas de las enfermeras, sobre la calidad del cuidado que brindan; cuyo objetivo general es determinar la relación entre los conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la calidad del cuidado que brindan en el servicio de sala de operaciones del Instituto Nacional Materno Perinatal en noviembre del año 2015.

Es un estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, con un diseño correlacional, transversal y prospectivo. La población estuvo constituida por 39 enfermeras que laboran en el servicio de sala de operaciones, de los cuales por muestreo no probabilístico por conveniencia, se obtuvo una muestra de 25 enfermeras. Para medir la variable conocimientos, los datos se recolectaron mediante una encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario, para medir la variable prácticas del cuidado de la enfermera, los datos se recolectaron mediante la observación, a través de la lista de cotejo; los cuales fueron sometidos a la prueba de juicio de expertos y para determinar la confiabilidad se realizó la prueba del coeficiente Alfa de Cronbach, con un resultado confiable de 0.81. Como hallazgos encontrados en la presente investigación, la estadística descriptiva, indica que el mayor porcentaje de enfermeras encuestadas, tienen un nivel de conocimientos medio (56%), y una regular práctica (68%) del cuidado que brindan en el servicio de sala de operaciones; en el análisis inferencial se encontró que existe correlación de las variables, según la prueba de correlación de Pearson de 0.839; concluyéndose que existe una relación directa, positiva y

significativa entre los conocimientos y las prácticas del cuidado que brinda la enfermera en sala de operaciones; por lo que se recomienda planificar un programa de capacitación teórico práctico, respecto al cuidado de la enfermera, el que permitirá incrementar el nivel de conocimientos así como mejorar la calidad de las prácticas del cuidado que se brindan en el servicio de sala de operaciones.

Palabras clave: Conocimiento de la enfermera, práctica de la enfermera, cuidado.

ABSTRACT

Patients who come to the operating room feel fearful about the surgery process, discomfort that is accentuated by the routine care they often receive from the nurse; The need arises to investigate the relationship between the knowledge and practices of nurses and the quality of care they provide; Whose general objective is to determine the relationship between the knowledge and practices of nurses on the quality of care they provide in the operating room service of the National Maternal Perinatal Institute in November 2015.

It is a quantitative, non-experimental study with a correlational, transversal and prospective design. The population consisted of 39 nurses working in the operating room service, of whom 25 non - probabilistic sampling was performed for convenience. To measure the knowledge variable, the data were collected through a survey whose instrument was the questionnaire, to measure the practical variable of care of the nurse, the data were collected through observation, through the checklist; Which were submitted to the expert judgment test and to determine the reliability, the Cronbach Alpha coefficient test was performed, with a reliable result of 0.81. As findings found in the present research, descriptive statistics indicate that the highest percentage of nurses surveyed have an average level of knowledge (56%), and a regular practice (68%) of the care they provide in the operations; In the inferential analysis we found that there is a correlation of the variables, according to the Pearson correlation test of 0.839; Concluding that there is a direct, positive and significant relationship between the knowledge and practices of the care provided by the nurse in the operating room; So it is recommended to plan a theoretical training program in nursing care, which will increase the level of knowledge as well as improve the quality of care practices that are provided in the operating room service.

Key words: Nursing knowledge, nurse practice, care.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pag.
Resumen	vi
Abstract	viii
I. Introducción	1
1.1 Antecedentes y fundamentación científica, técnica o humanística	2
1.2 Justificación	34
1.3 Problema	36
1.4 Hipótesis	37
1.5 Objetivos	38
II. Marco metodológico	40
2.1 Variables	40
2.2 Operacionalización de variables	41
2.3 Metodología	42
2.4 Tipos de estudio	42
2.5 Diseño	42
2.6 Población, muestra y muestreo	42
2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	43
2.8 Métodos de análisis de datos	47
2.9 Aspectos éticos	48
III. Resultados	49
IV. Discusión	64
V. Conclusiones	68
VI. Recomendaciones	70
VII. Referencias	72
VIII. Apéndices	76

LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1 Nivel de conocimiento de las enfermeras sobre el cuidado que brindan en el servicio de sala de operaciones del INMP, Lima – Perú. 2015.....	49
Tabla 2 Prácticas del cuidado que brindan las enfermeras en el servicio de sala de operaciones del INMP, Lima – Perú. 2015.....	50
Tabla 3 Prácticas del cuidado en la dimensión técnico-científico, de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP, Lima – Perú. 2015.....	51
Tabla 4 Prácticas del cuidado en la dimensión humana, de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP, Lima – Perú. 2015.....	52
Tabla 5 Prácticas del cuidado en la dimensión de entorno, que brindan las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP, Lima – Perú. 2015.....	53
Tabla 6 Conocimientos y prácticas sobre el cuidado que brindan las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP, Lima - Perú. 2015.....	55
Tabla 7 Conocimientos y prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión técnico - científico, de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP, Lima - Perú. 2015.....	58
Tabla 8 Conocimientos y prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión humana, de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP. Lima - Perú. 2015.....	60
Tabla 9 Conocimientos y prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión de entorno, de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP. Lima - Perú. 2015.....	62
Tabla 10 Edad de las enfermeras que laboran en el servicio de sala de operaciones del INMP, Lima – Perú. 2015.....	103
Tabla 11 Experiencia laboral de las enfermeras en el servicio de sala de operaciones del INMP, Lima – Perú. 2015.....	104
Tabla 12 Formación académica de las enfermeras que laboran en el servicio de sala de operaciones del INMP, Lima – Perú. 2015.....	105
Tabla 13 Condición laboral de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP, Lima – Perú. 2015.....	106

LISTA DE FIGURAS

	Pag.
Figura 1 Nivel de conocimientos de las enfermeras sobre el cuidado que brindan en el servicio de sala de operaciones del INMP, Lima – Perú. 2015.....	49
Figura 2 Prácticas del cuidado que brindan las enfermeras en el servicio de sala de operaciones del INMP, Lima – Perú. 2015.....	50
Figura 3 Prácticas del cuidado en la dimensión técnico - científico de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP, Lima – Perú. 2015.....	51
Figura 4 Prácticas del cuidado en la dimensión humana, de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP, Lima – Perú. 2015.....	52
Figura 5 Prácticas del cuidado en la dimensión de entorno que brindan las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP, Lima – Perú. 2015.....	53
Figura 6 Conocimientos y prácticas sobre el cuidado que brindan las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP. Lima – Perú. 2015.....	56
Figura 7 Conocimientos y práctica de la calidad del cuidado en la dimensión técnico - científico, de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP. Lima – Perú. 2015.....	58
Figura 8 Conocimientos y prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión humana, de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP. Lima – Perú. 2015.....	60
Figura 9 Conocimientos y prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión de entorno, de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP. Lima – Perú. 2015.....	62
Figura 10 Edad de las enfermeras que laboran en el servicio de sala de operaciones del INMP, Lima – Perú. 2015.....	103
Figura 11 Experiencia laboral de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP, Lima – Perú. 2015.....	104
Figura 12 Formación académica de las enfermeras que laboran en el servicio de sala de operaciones del INMP, Lima – Perú. 2015.....	105
Figura 13 Condición laboral de las enfermeras de sala de operaciones del INMP, Lima – Perú. 2015.....	106

I INTRODUCCIÓN

El conocimiento teórico y la práctica profesional constituyen temas de investigación que aún continúan siendo objeto de diversas discrepancias, relacionado a la causa-efecto de estas, que pueden conllevar a una inadecuada práctica del servicio que se brinda. En este sentido es importante recordar que la baja calidad de la atención, constituye actualmente uno de los mayores obstáculos para enfrentar con éxito los problemas sanitarios reconocidos como prioridades nacionales, principalmente la mortalidad materna, la mortalidad neonatal entre otras, las que a diferencia de otros problemas de salud, requieren una adecuada capacidad resolutive y fundamentalmente intervenciones de calidad. En este contexto “...la calidad de la atención marca la diferencia entre la vida y la muerte de las madres y recién nacidos en nuestro país”. (MINSA, 2009, p. 13)

Por lo que la enfermera tiene la misión de proporcionar cuidados a los pacientes a través de una atención de calidad basado en conocimientos teórico - prácticos, habilidad profesional, calidez, razonamientos acertados y aplicación de juicios, demostrando responsabilidad en su labor con el fin de dar satisfacción y bienestar al usuario. Las personas que acuden a sala de operaciones, en calidad de pacientes se sienten amenazados o temerosos por el proceso de enfermedad y el desarrollo de la cirugía, y buscan tener una atención óptima, por ello los miembros de salud deben brindar calidad técnica y calidez durante su atención; lamentablemente es muy común observar, en muchos casos, que los profesionales de salud olvidan la parte humanística de su profesión, dando como resultado un desbalance en la relación del profesional de salud y el paciente, lo que conlleva a generar mayor temor y recelo a ser atendido.

La enfermera no se excluye de esta realidad, y debido a múltiples factores como pueden ser la desproporción entre el número de usuarios externos e internos, falta de estímulo, cansancio del personal, etc., se observa una merma en la calidad del cuidado que se brinda en el servicio de sala de operaciones, habiendo convertido muchas veces, su accionar en un acto rutinario, mecánico, con falta de sensibilidad, amabilidad y calidez; frecuentemente la enfermera se acerca al paciente sólo para verificar datos de la historia clínica, exámenes de laboratorio, la cirugía que se le realizará, etc.; que siendo importante no es el único objetivo de su actuar, dejando de lado la calidad humana, el apoyo emocional y espiritual que debe brindar durante su atención al usuario, el cual constituye el pilar del cuidado de enfermería; por otro lado es importante resaltar la pericia que debe tener el profesional en la ejecución de los procedimientos, así como los conocimientos científicos que se requieren para sustentarla ejecución de los mismos, y para llevar a cabo los diferentes procesos de atención al paciente quirúrgico.

1.1 Antecedentes

Nacionales

Un estudio realizado por Teran Y. y Yovera M. (2015), titulado Relación entre el conocimiento y medidas de prevención del cáncer de piel en estudiantes de enfermería, de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo en el año 2013, Chiclayo; tuvo como objetivo principal relacionar el nivel de conocimiento del cáncer de piel y la utilización de medidas de prevención en la práctica comunitaria de los estudiantes de la escuela de enfermería USAT. La muestra estuvo compuesta por 115 alumnas entre

el segundo hasta el noveno ciclo de estudio. Para recolectar los datos se utilizaron como instrumentos: un cuestionario que consta de 23 ítems y una lista de chequeo de 11 ítems, validados por la fórmula de Kuder Richardson y juicio de expertos. Los resultados fueron procesados mediante el programa de SPSS utilizando la prueba de hipótesis de Correlación de Pearson para contrarrestar la hipótesis planteada rechazándola con un valor del -0.015% . Así mismo, los resultados del cuestionario revelaron que el $0,87\%$ de las estudiantes de enfermería cuentan con un conocimiento excelente, el 6% un conocimiento bueno, el 33% un conocimiento regular y el 60% tienen un conocimiento deficiente en relación al cáncer de piel. Con respecto a la lista de cotejo $8,70\%$ tiene buena práctica, el $42,61\%$ cuenta con una práctica regular y el $48,70\%$ presenta una deficiente utilización en medidas de prevención de cáncer de piel. Se concluyó que el nivel de conocimiento de cáncer de piel no tiene relación en la utilización de medidas de prevención en la práctica comunitaria, se concluyó que el nivel de conocimiento de cáncer de piel no tiene relación en la utilización de medidas de prevención en la práctica comunitaria, demostrándose estadísticamente que no existe relación significativa entre el conocimiento de cáncer de piel y la utilización de medidas de prevención en las estudiantes de enfermería durante sus prácticas comunitarias, observándose que el conocimiento científico sobre cáncer de piel no implica la prevención de ésta en las prácticas comunitarias.

Así mismo Falcón M., (2014), en su estudio Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero (a) de la segunda especialidad en enfermería de la UNMSM en Lima, de tipo descriptivo – transversal, con una muestra constituida por 73 enfermeros, siendo la técnica de muestreo el aleatorio simple. Los datos fueron recolectados mediante una encuesta, utilizando como instrumento un

cuestionario. Se concluyó que el enfermero tienen un nivel conocimiento medio y bajo, con tendencia al desconocimiento del cambio de secuencia de las maniobras de Reanimación cardiopulmonar como son manejo de vías aéreas, respiración y compresiones torácicas (ABC). Por ello se recomienda promover capacitaciones periódicas sobre las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica, y que certifique su aplicación, además que se realice un estudio comparativo entre conocimientos y prácticas sobre las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar en los profesionales de enfermería.

Otro estudio realizado por Huamán D., y Romero L., (2014), sobre Nivel de conocimiento y práctica de medidas de bioseguridad en las enfermeras de los servicios de medicina del hospital belén de Trujillo, la presente investigación es de tipo descriptiva-correlacional, de corte transversal, se realizó durante los meses de Octubre 2013 y Febrero 2014, teniendo como propósito determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la práctica de medidas de bioseguridad en las enfermeras de los servicios de Medicina del Hospital Belén de Trujillo. El universo muestral estuvo constituido por 25 enfermeras que cumplieron con los criterios establecidos. Los datos fueron recogidos a través de dos instrumentos, una encuesta para medir el Nivel de Conocimiento sobre normas de bioseguridad elaborado por Rubiños, Shirley; y además una lista de cotejo elaborada por Chávez, Rocío para valorar la práctica de medidas de bioseguridad. Para el análisis se utilizó la prueba estadística de chi-cuadrado, obteniéndose los siguientes resultados: El 56% de enfermeras obtuvieron nivel de conocimientos medio, el 44% nivel alto y no se encontró nivel bajo de conocimiento. El 72% de las enfermeras realizaron buenas prácticas de medidas de bioseguridad y el 28% malas prácticas de medidas de bioseguridad. Encontrándose

una relación de significancia entre ambas variables de ($p = 0.006$), es decir a mayor nivel de conocimiento mejores prácticas de bioseguridad.

Otro estudio realizado por Cahua S., (2013), relacionado a los Conocimientos y Prácticas de la Enfermera sobre la Aspiración de Secreciones en Pacientes Intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos Hospital María Auxiliadora. Cuyo objetivo fue determinar los conocimientos y prácticas de la enfermera sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la unidad de cuidados intensivos neonatales y pediátricos del Hospital María Auxiliadora. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte trasversal. La población estuvo conformada por 20 enfermeras. Las técnicas de recolección de datos fueron la encuesta y la observación, y los instrumentos el cuestionario y la lista de cotejo aplicados previo consentimiento informado. Obteniéndose los siguientes resultados del 100% (20), 50% (10) conoce, 50% (10) no conoce y en la práctica 50% (10) es adecuado y 50% (10) inadecuada. Llegándose a la siguiente conclusión, en cuanto a los conocimientos de la enfermera sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados un porcentaje equitativo conocen las barreras de protección que se utiliza en la aspiración de secreciones, mientras que no conocen los principios de la aspiración de secreciones, los signos y síntomas que indican la aspiración de secreciones por TET. En cuanto las prácticas similares resultados se obtuvieron; lo adecuado está referido a que antes de la aspiración de secreciones se lava las manos; durante se introduce la sonda dentro del tubo oro traqueal sin aplicar presión positiva y después desecha los guantes y lo inadecuado está dado por que antes de la aspiración no ausculta al paciente, durante la aspiración, la duración es menor de 10 segundos y después de la aspiración no ausculta ambos campos pulmonares.

Un estudio de Montalvo S., (2013), titulado Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis en el profesional de enfermería realizado en la Red Chiclayo, la hipótesis planteada es el alto nivel de conocimiento acerca de la tuberculosis, se relaciona con una actitud favorable en las profesionales de enfermería hacia el paciente con tuberculosis. La investigación fue de tipo cuantitativo, transversal, y con diseño correlacional, con una muestra de 40 profesionales de enfermería. Para la recolección de datos se utilizaron 2 instrumentos: un cuestionario para medir el nivel de conocimientos y para medir las actitudes se utilizó el Test de Lickert; concluyendo que no, existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos y las actitudes de los profesionales en enfermería, recomendando a La Red de Chiclayo que debe fortalecer las competencias en el profesional de enfermería, no solo en mejorar el conocimiento sino, debe incluir en sus capacitaciones continuas aspectos bioéticos entorno a valores y respeto a la persona, familia afectada por la tuberculosis.

Otro estudio realizado por Bacilio D. y Villalobos J., (2013), titulado Nivel de conocimiento y cuidado que brinda la enfermera al paciente con catéter venoso central en unidades de cuidados críticos del hospital Belén de Trujillo; estudio de tipo descriptivo correlacional de corte transversal; se desarrolló con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento y cuidado que brinda la enfermera al paciente con catéter venoso central en unidades de cuidados críticos del Hospital Belén de Trujillo durante los meses de Junio a Noviembre del 2013. La muestra estuvo conformada por 30 enfermeras, que laboran en las unidades de cuidados críticos. Para la recolección de datos del nivel de conocimiento y el cuidado del paciente con catéter venoso central se utilizaron un cuestionario y una lista de verificación respectivamente. Los

resultados obtenidos arrojaron que el 70% de las enfermeras tiene nivel de conocimiento regular y a su vez el cuidado que brinda al paciente con catéter venoso central es regular, en tanto que el 27% de las enfermeras obtuvieron nivel de conocimiento y cuidado bueno, determinándose que existe relación altamente significativa ($P= 0.000$) entre las dos variables.

Otro estudio de Alarcón M. y Rubiños S., (2013), titulado Conocimientos y Prácticas en la prevención de riesgos biológicos de las enfermeras del hospital Belén de Lambayeque en el año 2012, cuyo objetivo es 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 y la lista de cotejo, como instrumentos de recolección de datos; siendo los resultados en conocimientos el 28.58% es deficiente, el 67.44% es regular y el 6.98% es bueno, en práctica está representado por el 55.81% tiene una práctica regular y el 39.53% una práctica deficiente; se concluyó que no existe relación significativa entre conocimientos y prácticas en la prevención de riesgos biológicos de las enfermeras del hospital Belén de Lambayeque; así mismo se recomienda que Las enfermeras jefas de los diferentes servicios del hospital deben monitorear, supervisar y evaluar de forma periódica a las enfermeras en la correcta práctica de los diversos procedimientos en el proceso de atención a las personas y el uso de equipos de bioseguridad.

Un estudio realizado por López R. y López M., (2012), titulado Nivel de conocimientos y prácticas de medidas de bioseguridad en internos de enfermería del

hospital MINSA II-2 Tarapoto junio en agosto del año 2012, fue planteada como investigación descriptiva simple de corte transversal, con enfoque cuantitativo, la tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y las prácticas en medidas de bioseguridad de los internos de enfermería del hospital MINSA II-2 Tarapoto, la muestra estuvo representada por 21 internos de enfermería del hospital, los hallazgos encontrados fueron: el 86% tuvo regular nivel de conocimiento general en medidas de bioseguridad, el 10% bueno y el 5% nivel de conocimiento malo, en cuanto al nivel de prácticas en general de medidas de bioseguridad de los internos de enfermería, el 57% realizó práctica regular, los 38% buenas prácticas generales y 5% malas prácticas en medidas de bioseguridad, en base a ello creemos que es necesario la utilización de profilaxis pos-exposición en los internos de enfermería en vista que, es dramática la situación que presentan los estudiantes en cuanto a la protección frente a riesgos biológicos, puesto que no existe cobertura social para los mismos, además prolifera el desconocimiento y falta de interés; este suceso merece la sensibilización y promoción de la cultura del auto cuidado, en donde se recomienda realizar estudios de investigación que evalúen la relación de las variables estudiadas.

Un estudio de Huisacayna F., Aguilar Y., y Malpartida W., (2012), sobre Conocimiento y actitud sobre los efectos nocivos de la radiación solar y prácticas de foto protección en estudiantes de enfermería que realizan prácticas comunitarias en la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica en agosto del 2011 a setiembre 2012, cuyo objetivo es relacionar el nivel de conocimiento sobre los efectos nocivos de la radiación solar y foto protectores con las actitudes y medidas de foto protección en estudiantes de enfermería que realizan prácticas comunitarias, se obtuvieron los siguientes resultados: del 100% de los estudiantes, 70 (75,27%) tiene suficiente nivel

de conocimiento, 65 (69,9%) tienen actitudes favorables para evitar los efectos nocivos de la radiación solar y 63 (67,74%) realizan prácticas adecuadas de foto protección, llegando a la conclusión que la prueba de hipótesis afirman la relación estadística significativa ($P < 0,005$) entre el nivel de conocimiento y las actitudes y prácticas de foto protección.

Otro estudio de Díaz M., Cutipa N., Matos R., (2010), con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el cuidado de la salud espiritual que posee el profesional de enfermería que labora en las unidades críticas: Cirugía, Emergencia y UCI, en Lima. El estudio de diseño no experimental, de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo transversal. La muestra estuvo conformada por 40 enfermeras, determinada mediante un muestreo probabilístico aleatorio. Para la recolección de datos se utilizó como instrumento el cuestionario para medir el nivel de conocimiento, el cual fue elaborado por las investigadoras; se concluye de que la mayoría de los enfermeros desconoce el fundamento científico del PAE sobre el cuidado de la salud espiritual, siendo esto una limitante para brindar los cuidados de Enfermería de forma integral.

Internacionales

Crespo A. y Yugsi L., (2013), en un estudio titulado Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma craneo encefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del hospital de especialidades Eugenio Espejo en julio 2011 a julio 2012, Ecuador, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos de las

enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con Trauma Cráneo Encefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería, estudio de tipo descriptivo. Para obtener los datos se realizó encuesta y guía de observación al personal de enfermería; concluyéndose que el personal de enfermeras/os que laboran en el servicio de emergencias no poseen perfil para el manejo inicial del paciente con traumatismo cráneo encefálico grave, lo que podría ocasionar complicaciones inmediatas, mediatas, y elevarían costos y estancia hospitalaria, y donde recomienda a los líderes del servicio fomentar en el personal de enfermeras/os, la importancia de actualizar los conocimientos para garantizar el trabajo diario, así como implementar y mantener procesos de evaluación continuo, para que los cambios logrados a corto, mediano o largo plazo, tengan efectividad y por ultimo trabajar con protocolos de atención de enfermería para mejorar la calidad de atención en pacientes con trauma cráneo encefálico grave.

Así mismo Bautista L., Delgado C., Hernández Z., Sanguino F., Cuevas M., Arias Y. y Mojica Y., (2013), en el estudio titulado Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería, con el objetivo Identificar el nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad que tiene el personal de Enfermería, para lo cual se realizó investigación cuantitativa, de tipo descriptivo transversal, con una muestra de 96 personas pertenecientes a los servicios de hospitalización, Urgencias y UCI adulto y UCI Coronaria de la Clínica San José de Cúcuta, Colombia; la información se recolectó a través de una encuesta y una lista de chequeo, encontrándose que 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 corto punzante, 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.

Medina L., De la Cruz A., Sánchez M. y Gonzales A., (2012), en un estudio, transversal y analítico, cuyo objetivo es evaluar nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos, que tiene el personal de salud de los tres niveles de atención médica. La población estuvo conformada por todo el personal de salud (144 profesionales), que laboran en las clínicas de Veracruz en México; se aplicó un cuestionario validado de conocimientos, concluyéndose que existe la necesidad de capacitar al personal de salud que desconoce cómo abordar al paciente en la etapa terminal o con procesos crónico-degenerativos para que sepa cómo dar soporte al paciente y a su familia.

Una tesis realizado por Álvarez A., (2011), titulado Prácticas y saberes de enfermería en el modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria de la salud de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario, Argentina, cuyo objetivo es analizar y describir las prácticas y saberes de los profesionales de enfermería. Se utilizó una metodología cualitativa que consistió en entrevistas semi estructurada a un grupo de profesionales de diversos centros de Atención Primaria de la Salud, así como la observación directa de sus escenarios cotidianos de trabajo. Se concluye que el trabajo en grupo, aunque no podamos hablar de un perfecto trabajo interdisciplinario, da la oportunidad de diálogo y consenso, un encuentro con el otro, que se ve más

favorecido por las buenas relaciones que se han manifestado en cada centro de salud seleccionado.

Fundamentación científica, técnica o humanística

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. El conocimiento científico va más allá de lo empírico, por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. Sus características: es cierto porque sabe explicar los motivos de su certeza, es general, la ciencia partiendo de lo individual, busca en él lo que tiene en común con los demás de la misma especie, es metódico, sistemático, su objetivo es encontrar y reproducir el encadenamiento de los hechos, lo alcanza por medio del conocimiento de las leyes y principios. Por eso la ciencia constituye un sistema. 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, el proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna. (Bunge M., 2008, p. 10)

El conocimiento no es tanto algo que tienes como algo que haces. Nunca abandona al conocedor que pueda manifestar parcialmente su conocimiento, existiendo siempre una dimensión tácita. El conocimiento se manifiesta en la acción y surge de las relaciones entre personas que trabajan desde su perspectiva en un contexto determinado. La gestión por competencias, es la gestión de las capacidades necesarias

en un modelo de gestión por procesos a través de la consideración del aprendizaje individual. (Arbonies A., 2013, p. 20)

Por ello es imprescindible que los enfermeros cuenten con amplios conocimientos y habilidades técnicas especializadas; a la vez que deben desarrollar la capacidad de juicio crítico basado en teorías y habilidades intelectuales, que les permita la aplicación de un método humanista en sus responsabilidades como defensores del paciente. La enfermería quirúrgica profesional implica la atención total de enfermo, cuya continuidad comprenden las tareas perioperatorias de la enfermera de quirófano. Esta tarea posee componentes técnicos y profesionales para la ejecución del proceso del cuidado de enfermería preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio. El Proceso peri operatorio es el momento que corresponde desde que el paciente es notificado que debe ser sometido a un acto quirúrgico hasta el alta de la sala de recuperación; comprende tres etapas, la pre operatoria, la intra operatoria y la pos operatoria. La etapa pre operatoria, inicia desde que el paciente decide someterse a la intervención quirúrgica hasta que es trasladado al quirófano. La decisión puede ser planeada o urgente, a su vez esta tiene 2 etapas, el preoperatorio mediato y e pre operatorio inmediato; el preoperatorio mediato comienza desde que el paciente decide operarse hasta 12 horas antes de la cirugía, el periodo inmediato comienza desde las 12 horas antes de la cirugía hasta el ingreso del paciente al quirófano. La etapa trans operatoria, periodo comprendido desde que el paciente ingresa al quirófano hasta que es trasladado al servicio de recuperación pos anestésica; en estas etapas la enfermera es la encargada de coordinar todo el acto quirúrgico para que se realice con normalidad, anticipándose a las necesidades del material e instrumental así como en los problemas

que puedan surgir, además del cuidado integral y de calidad al paciente, a través de diferentes procesos y procedimientos que debe realizar.

En el pre operatorio, en sala de operaciones es decir antes de la cirugía, la enfermera realiza los siguientes procedimientos:

1. Preparación del quirófano, corresponde a la comprobación de: (a) aparataje y del equipo accesorio para su uso durante la administración de la anestesia como son las mascarillas faciales de varios tamaños, dos laringoscopios, uno con pala larga y otro con pala corta (comprobar que funcione la luz), cánulas orofaríngeas de tamaño adecuado a cada paciente (de 70, 80, 90 y 100 mm), pinzas de Maguill, esparadrapo de tela y papel, venda para sujetar el tubo endotraqueal, fiadores de varios tamaños, tijeras, resucitador manual, disposición de mesas y material accesorio, reloj de pared (comprobar la hora y su correcto funcionamiento), mesa de instrumental: sobre ella se colocará ropa estéril donde se depositará el material necesario para cada intervención, mesa de mayo: se utiliza para ubicar el instrumental que será usado con más frecuencia durante la operación, mesas accesorias: en ellas se ubican los materiales e instrumental complementarios para cada operación y para las distintas técnicas de enfermería y anestesia (vía central, sondaje vesical, etc.), insumos para la cirugía: suturas, hojas de bisturí, compresas, drenajes, etc, cubetas: se usan como cubo de basura, están cubiertas por una bolsa de plástico y suelen tener una base con ruedas, cesto para ropa sucia: provisto de la bolsa de color indicada según cada hospital, carro de anestesia: con toda la medicación necesaria, sueros, tubos endotraqueales, sistemas arteriales, vías centrales y todo el material fungible esencial para que el anestesista pueda

desarrollar su trabajo, reposición de medicamentos y de material fungible y no fungible (Anónimo, 2010, pp. 18-20).

2. Recepción del paciente, para ello debe primero identificar a paciente, si está consciente, preguntar al paciente de forma directa su nombre, revisar el expediente clínico, revisar el registro preoperatorio, confirmar el procedimiento que se efectuará, además tendrá en cuenta las medidas de seguridad al recibir al paciente, como asegurarse de trabar e seguro de las ruedas, mantener en todo momento cubierto al paciente, respetando su intimidad.

3. Entrevista y evaluación física y psicológica del paciente, para ello es necesario de la revisión y evaluación de la HC, para verifica los datos de filiación del paciente, saludar con amabilidad e identificar al paciente por su nombre con respeto y cortesía, presentarse al paciente mostrando una actitud empática, brindar un trato amable a los familiares y/o acompañantes, expresar confianza en el paciente y familia, motivar al paciente y familia a realizar sus preguntas, temores e inquietudes, responder a sus inquietudes o preguntas, respetando sus creencias e idiosincrasia, utilizar técnicas de relajación y distracción para aliviar la ansiedad antes de su ingreso a sala de operaciones, ofrecer apoyo para fomentar el bienestar espiritual del paciente, Informar al paciente cuando se le va a realizar algún procedimiento (monitorización, movilización, ubicarlo en la posición quirúrgica, al realizarle el lavado de la zona operatoria, al colocarle la sonda vesical), manifestarle que en todo momento estaremos junto al usuario, no lo dejaremos solo, aportarle al paciente apoyo psicológico durante el proceso estableciendo un clima de confianza, comprobar si se ha realizado las pruebas de laboratorio

solicitadas (hematología completa y bioquímica sanguínea, perfil de coagulación, exámenes de orina y pruebas cruzadas para transfusión sanguínea, si fuera necesario, etc.), placas radiográficas y ecografías, electrocardiogramas, verifica los antecedentes del paciente teniendo en cuenta patologías, respiratorias, cardíacas, diabetes, estado de los accesos venosos, alergias, obesidad, cuello corto y flexibilidad, etc., verifica que el paciente ha firmado el consentimiento informado, evalúa si el paciente se encuentra en ayunas (6 horas por lo menos) hay que confirmar con el paciente el momento en que dejó de tomar alimentos sólidos y líquidos, verificar que no trae consigo ningún objeto metálico ni prótesis dental móvil y que la única prenda de vestir que lleva puesta es el camisón del hospital. Indaga si presenta alergias, si la tuviera, se comunicará a todo el equipo quirúrgico dicha alergia para evitar errores en la administración de medicamentos y técnicas intraoperatorias, y en base a esta valoración aplica el proceso de atención de enfermería, teniendo en cuenta sus necesidades físicas, emocionales y/o espirituales. (Guilamet A., Jerez J., 1999, pp. 18-20)

4. Administración del tratamiento médico, como el tratamiento de antibiótico profilaxis que se encuentra estandarizado como medida de prevención de la infecciones de la herida operatoria, y esta debe ser administrada en no más de 2 horas ni menos de 30 minutos antes del inicio de la cirugía, sin embargo es importante verificar la indicación médica en la historia clínica antes de administrar el tratamiento, por otro lado también se debe tener en cuenta los 5 correctos, los cuales nos permiten seguir algunas precauciones estándares, para evitar o minimizar al máximo la posibilidad de un error al administrar un medicamento, al utilizarlos se asegura el cumplimiento de pautas preestablecidas para dicha

administración. Estos son: paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta, A estos 5 Correctos principales debemos agregarle 5 correctos más para un total de 10 correctos, que permitirán administrar los medicamentos de forma segura, minimizando al máximo la posibilidad de un error y que el paciente obtenga el mayor beneficio posible de dicho medicamento, estos son: verificar fecha de vencimiento del medicamento, educar e informar al paciente sobre el medicamento, registrar medicamento aplicado, indagar sobre posibles alergias a medicamentos y estar enterados de posibles alteraciones y preparar, administrar y registrar usted mismo el medicamento. No administre un medicamento que usted no haya preparado, debe también realizarse el lavado de manos, preparar y administrar el medicamento en condiciones asépticas, informar a la paciente el medicamento a administrar, si se encuentra consciente y registrar en la historia clínica. (Rodríguez F., 2015, pp. 1-6)

5. Traslado del paciente al quirófano, y a la mesa quirúrgica, para ello se informará al paciente lo que hará; liberar cualquier catéter, vía endovenosa u otra tubuladura que pudiera enredarse con la ropa de cama durante su traspaso; asegurarse que toda la tubuladura sea suficientemente larga como para permitir su traslado; liberar la ropa de cama que pudiera enredarse; alinear la cama o mesa quirúrgica con la camilla del paciente; trabar todas la ruedas de la camilla y de la cama; ubicarse al lado opuesto de la mesa quirúrgica, para evitar que el paciente se desplace demasiado y caiga; solicitar al paciente que pase lentamente a la camilla; ayudar al paciente durante ese movimiento, cubrir al paciente con la ropa de cama; traspasar los dispositivos médicos tales como bolsas colectoras de orina o tanques de oxígeno; controlar que toda la tubuladura esté libre y que ninguna este acodada

ni doblada, las bolsas o frascos con soluciones parenterales deben colocarse lejos de la cabeza del paciente, idealmente sobre sus pies; alzar las barandillas laterales; destrabar la ruedas; dirigirse hacia el destino lentamente llevando la camilla de modo que este con los pies hacia adelante; proteger a cabeza del paciente en todo momento; al llegar al lugar de destino notificar al personal que corresponda. No dejar sólo al paciente a menos que haya personal que se ocupe de su cuidado. (Fuller J., 1997, pp. 97-98)

En el intra operatorio, se realizan los siguientes procedimientos:

1. Apertura de paquetes estériles, de ropa, instrumental y demás insumos estériles; necesarios para la cirugía; al aperturar el paquete, lavarse la manos, verifica la integridad, indicador externo, fecha de procesamiento y nombre del paquete; el equipo grande de ropa se ubica en el centro de la mesa semi luna; las cubiertas siempre se tiran hacia el lado de la persona que está abriendo el paquete, de manera que la mano ni el brazo se extienda sobre el área estéril; tomar solamente el borde de la sábana o cubierta, luego seguir el mismo procedimiento para el borde final. Los paquetes grandes se ubican en el centro de la mesa accesoria; los paquetes pequeños incluidas en las bandejas de instrumental, envueltas “estilo sobre”, se sostienen con una mano mientras con la otra se quita el envoltorio. (anónimo, 2010, p 83-85; Fuller J., 1997, pp. 81-84)
2. Aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura, hay diez objetivos esenciales para la seguridad de la cirugía: el equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto, el equipo utilizará métodos que se sabe que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al

paciente del dolor, el equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocerá esas situaciones, el equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones, el equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente, el equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica, el equipo evitará dejar accidentalmente gasas o instrumentos en la herida quirúrgica, el equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas, el equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información sobre el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma segura. La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida). En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el Coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. Casi todos los pasos serán confirmados verbalmente por el personal que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave. Así pues, durante la “Entrada”, es decir, antes de la inducción de anestesia, el Coordinador de la lista confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado. Confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si

procede) y que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro que funciona correctamente. Además, revisará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia. Lo ideal es que el cirujano esté presente en la fase de Entrada, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la Lista de verificación. En la “Pausa quirúrgica”, cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. El equipo se detendrá justo antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos, y a continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista de verificación. Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales, la cantidad de gasas, compresa e instrumental con que se inicia la cirugía. En la “Salida”, todos los miembros del equipo revisarán la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. También examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse. Por último, antes de que el paciente salga del quirófano, repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación. (OMS, 2008, pp. 9-11)

3. Procedimiento de Lavado de la zona operatoria, es uno de los procedimientos para la preparación de la piel; todos los materiales usados en la zona operatoria deben ser estériles (gasa sin hilo radiopaco, clorhexidina al 4% o Yodopovidona espuma a 7.5%, hisopos y guantes); primero se debe exponer el sitio operatorio y ajustar la luz para que toda el área este bien iluminada; colocarse los guantes estériles; colocar toallas estériles en la periferia del área que se va a preparar; comenzar en el sitio exacto donde se va a efectuar la incisión y lavar en forma circular, usar una “técnica sin contacto”, (no tocar la piel del paciente con los guantes, tocar únicamente con la gasa, continuar lavando hacia la periferia del área (en forma centrifuga); cuando se prepara el abdomen es importante utilizar hisopos, para remover restos de piel muerta (detritos) del ombligo. Esto hay que hacerlo antes de comenzar con la preparación; lavar hacia afuera del sitio de la incisión, y descartar la gasa utilizada y remplazarlas por otras nuevas, no volver a lavar una zona ya lavada con la misma gasa; continuar este procedimiento. Entre los procedimientos especiales para la preparación de la piel, se encuentra la preparación vaginal, es el que se realiza para cirugías gineco obstétricas; para preparar a vagina se comienza higienizando y luego hacia afuera para incluir los muslos (el tercio superior) y el abdomen inferior; la vulva y el ano se higienizan empezando en primer lugar en el extremo superior de la vulva y pasando la gasa enjabonada hacia abajo; la gasa se descarta una vez que haya pasado por el ano; esto debe repetirse 3 veces o cuantas veces sea necesario, siempre empezando con una gasa nueva; se utilizan gasa montadas (en rollo) para la cúpula vaginal. Es importante recordar que nunca se debe permitir que las soluciones utilizadas en la preparación de la piel se acumulen debajo del paciente; estas soluciones pueden causar irritación o quemaduras, nunca permitir que las soluciones se filtren por

debajo de un torniquete; nunca utilizar gasa quirúrgicas con hilo radiopaco para efectuar la preparación, puede afectar el contado de gasa operatorio. Nunca utilizar soluciones con base alcohólica (tinturas) en las membranas mucosas o en los ojos ni alrededor de ellas, o en pacientes pediátricos, el alcohol deshidrata estos tejidos delicados y puede causar quemaduras. No apresurarse con la preparación, responsabilidad de la enfermera completar una adecuada preparación, recordar que una preparación insuficiente puede resultar en una infección posoperatoria severa. (Fuller J., 1997, pp. 109-111)

4. Colocación de sonda vesical permanente tipo Foley, (en pacientes adultas mujeres), es la inserción de un sonda o catéter vesical, a través de la uretra hasta la vejiga, de manera permanente, con el objetivo de realizar un control de diuresis estricto y mantener la vejiga evacuada debido al procedimiento quirúrgico; para ello se requiere de una sonda vesical tipo Foley de 2 vías, lubricante estéril, bolsa colectora, jeringa de 10cc, guantes estériles, material para la higiene perineal (torundas de algodón, Yodopovidona espuma, Yodopovidona solución, guantes). El procedimiento a realizar es el siguiente: explicar a la paciente el procedimiento a realizar, colocar a la paciente en posición ginecológica, realizar el aseo perineal (usar torundas de algodón y Yodopovidona espuma al 7.5%, en la vulva, labios mayores, labios menores, de arriba abajo), colocarse los guantes estériles, separar los labios menores con una mano y con la otra realizar la antisepsia del meato uretral (sin contaminar el guante), lubricar el extremo de la sonda con gel anestésico, insertar la sonda vesical por el meato urinario, sin contaminarla, continuar la inserción hasta que fluya orina o hasta introducir 6-7 cm, insuflar el

agua destilada (7 a 10 cc), retirar la sonda unos centímetros, conectar la bolsa colectora, registrar el procedimiento realizado. (Pusajo J., 1995, p. 367)

5. Recuento de gasas y compresas, es una medida de seguridad a fin de evitar la pérdida de una gasa o compresa dentro de la herida; es una responsabilidad compartida por la enfermera circulante y la enfermera instrumentista. Las gasas y compresas se cuentan antes de que se efectúe la primera incisión (recuento inicial o primer recuento), y toda vez en que se incorpore una nueva al campo estéril, sirve como referencia para los recuentos posteriores; durante todos los recuentos, cada gasa se separa de las otras y se cuenta individualmente, los recuentos se realizan de manera ordenada y no apresuradamente, si se ha utilizado compresas para separar las vísceras abdominales, la instrumentadora debe mantener un recuento mental, de cuantas gasa ha sido introducidas en el abdomen; a medida que se va utilizando las gasas durante un procedimiento, se las arroja en un balde; durante el recuento la enfermera circulante retira las gasas utilizando guantes, separando y estirando cada gasa y cada compresa a fin de evitar que se adhiera una con otra, luego las coloca en el coche contador de gasas, una vez efectuado el recuento inicial, el próximo recuento se realiza antes de que una cavidad corporal tal como el abdomen, sea cerrada; si se ha incidido algún órgano hueco como la vejiga, se lleva a cabo el recuento antes de su cierre, luego el recuento peritoneal y posteriormente cada uno de los recuentos; el recuento final se lleva a cabo antes del cierre de la incisión cutánea. La enfermera circulante informa al cirujano el estado del recuento, (si es correcto o incorrecto). Si durante cualquier momento en el transcurso de la operación, se reemplaza una instrumentadora por otra, como ocurre durante el cambio de turno, se debe contar todas las gasas antes de que la

primera persona abandone el campo quirúrgico y antes de que la segunda lo tome, la enfermera remplazante debe estar presente para verificar que el recuento es correcto. El registro operatorio del paciente debe reflejar el cambio del personal. Si en cualquier momento durante el procedimiento quirúrgico, el recuento de gasas no coincide con el número contado previamente se debe seguir ciertos procedimientos; se repite el procedimiento a fin de verificar la pérdida, la enfermera circulante busca la gasa en los tachos de basura, el balde del anestesiólogo, debajo de la mesa quirúrgica y en los baldes de gasas; la enfermera instrumentista busca la gasa en las mesas quirúrgicas, campo operatorio. Las gasas chicas, a veces pueden quedarse entre los pliegues de los campos; si para el momento del cierre la gasa no puede ser localizada, se notifica al cirujano de la pérdida, él debe entonces iniciar la búsqueda más completa dentro y alrededor de la herida quirúrgica, si no puede obtenerse la gasa debe realizarse una radiografía a fin de localizarla, la pérdida de cualquier gasa independientemente si en última instancia se la encuentra o no es motivo de comunicación del incidente. (Fuller J., 1997, pp. 147-148)

La práctica, es el ejercicio de cualquier arte, facultad o destreza; es ejercitar, poner en práctica las cosas aprendidas; es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos; según el Diccionario de la Real Lengua Española, es ejercitar, poner en práctica algo que se ha aprendido y especulado, ejecutar, hacer, llevar a cabo una acción. Los medios del conocimiento práctico son la experiencia interna: consiste en darnos cuenta de lo que existe en nuestra interioridad, esta experiencia constituye una certeza primaria en nuestro interior ocurre realmente lo que experimentamos; la experiencia externa, es decir todo conocimiento o experiencia que obtenemos por

nuestros sentidos; la razón, esta se sirve de los sentidos, elabora los datos recibidos por ellos, los generaliza y los abstrae, transformando la experiencia sensible y singular en conocimientos que valen en cualquier lugar y tiempo; la autoridad, muchísimos conocimientos que poseemos nos llegan a través de la comunicación de personas que saben mucho sobre el tema, estas personas tienen autoridad científica y lo que divulgan o enseñan merece toda nuestra adhesión; la imagen, que constituye el instrumento mediante el cual la conciencia cognoscente aprehende su objeto. También es la interpretación que le damos al conocimiento consecuente de la realidad. (Vicente F., 2008)

Según Edgar Schein (1973) existe un modelo de preparación tripartita del conocimiento profesional, un componente científico, la ciencia básica, como disciplina subyacente, es el marco sobre el que descansa la práctica y desde la cual ésta se desarrolla, un componente técnico, ciencia aplicada o “ingeniería” de la que se derivan muchos de los procedimientos de diagnóstico así como también las soluciones de sus problemas y un componente actitudinal y de habilidad. Que se refiere a la actuación real de los servicios al cliente, utilizando el conocimiento básico y aplicado subyacente. La investigación orientada a la teoría y no a la práctica, siguiendo los supuestos de la racionalidad tecnocrática, se ha ido distanciando de la práctica profesional. Y el conocimiento científico, sistemático y diseñado mediante este tipo de investigación no resuelve o elimina, toda vez que se aplica a través de tareas bien definidas, la incertidumbre y la complejidad. Los profesionales se mueven en retos y dilemas que no consiguen superar del todo. La racionalidad técnica o tecnocrática, predominante aún en el pensamiento científico actual, es una concepción epistemológica de la práctica heredada del positivismo, separa fines y medios: de tal

modo que las soluciones de los problemas tienen una dimensión solo técnica que se mide por su eficiencia para lograrlos, separa teoría y práctica: siendo la primera soporte y guía de la segunda, separa investigación y práctica: produciendo conocimiento y jerarquizándolo al tiempo que tal producción es independiente de su aplicación. (Campillo M., Sáez J., Del Cerro F., 2012, p. 6)

En la práctica del mundo real el profesional no se encuentra con los problemas ya establecidos y dados, los problemas deben ser contruidos a partir de situaciones que son imprecisas, preocupantes, e inestables (Freidson, 1986). Tales problemas crean dilemas y obligan a hacer elecciones porque no conforman un contexto estable y permanente para el uso de una técnica particular, de este modo se pueden salvar vacíos, como los que han puesto de manifiesto algunos estudiosos de las profesiones (Schein, 1973; Glazer, 1974), que ponen en cuestión la pericia profesional, el conocimiento que utilizan los profesionales que actúan como expertos en situaciones que presentan no solo connotaciones técnicas, y la concepción que mantienen de la práctica profesional. Según Schön “La noción de reflexión implica la reconstrucción de la experiencia; hay acciones, reconocimientos y juicios que la gente sabe cómo desarrollar espontáneamente, sin tener que pensar sobre ellos antes ni durante su desarrollo; a menudo la gente no es consciente de haber aprendido a hacer estas cosas y, sin embargo, se encuentran a sí mismos haciéndolas, en algunos casos, las personas fueron alguna vez conscientes de la internalización de sus actos, en otros casos, pueden no haber sido nunca conscientes, en ambos casos, sin embargo, por regla general las personas no son capaces de describir el conocimiento que su acción revela”. (Campillo M., Sáez J., Del Cerro F., 2012, pp. 11-12)

Banner, señala que, a medida que el profesional adquiere esta experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico. En sus estudios observó, que la adquisición de habilidades basada en la experiencia es más segura y rápida cuando se produce a partir de una base educativa sólida y que dependiendo en qué etapa se encuentre el profesional se crearán diversas estrategias de aprendizaje. Los hermanos Dreyfus clasifican las etapas de este aprendizaje práctico en orden creciente, esta estructura es mantenida por Benner. Las cuales son: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto. (Molina P., Jara P., 2010, p. 39)

La Teoría Contemporánea del Conocimiento ubica la práctica en su verdadero sitio; la coloca como la base del conocimiento, como lo que lo verifica, pero, al mismo tiempo, presupone que el conocimiento no constituye en sí un objetivo sino un medio para la transformación de la realidad, es decir, para el desarrollo de la misma práctica, en nuevas fases, en nuevas condiciones. (Guilamet A. Jerez J., 1999, pp. 71-74) De esta nueva visión del conocimiento y la práctica, deja atrás el hecho de que el conocimiento predomina sobre la práctica, sin embargo esta última tiene que estar cimentada sobre una buena base de conocimientos adquiridos; en esto radica la importancia de identificar cual es el conocimiento de las enfermeras, respecto al cuidado que brindan, y es para transformar esta realidad si fuese necesario.

Cabe destacar que el profesional de enfermería posee competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales, las cuales se sustentan en la formación profesional de pre grado y post grado, que contempla las diversas situaciones a las que está expuesto un enfermero en sala de operaciones, sin embargo es importante conocer la situación

en que se encuentra actualmente respecto al nivel de conocimientos y prácticas, ya que deben de mantener su conocimiento y competencia, buscando capacitarse y actualizarse, para así brindar un cuidado integral y con calidad de atención, resultado que permitirá la posibilidad de emprender medidas correctivas y diseñar estrategias que conduzcan a mejorar los indicadores de la calidad de atención, así mismo desencadenar programas o proyectos de mejora continua de los procesos que incorporen acciones de monitoreo y seguimiento, así como proyectos de investigación como aportes al conocimiento y mejora de la calidad.

Es frecuente que la identificación de un buen nivel de conocimientos de un profesional supone indicar que se encuentra preparada para un desempeño adecuado, eficaz y con calidad, sin embargo diversos estudios han revelado que no siempre existe una relación directa entre ellas, es por eso que en este trabajo de investigación se pretende obtener un instrumento validado para determinar de manera objetiva, a través de la observación, el grado de la calidad realizando para ello la verificación de la práctica, en sus diferentes dimensiones técnico científica, humana y del entorno, del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de sala de operaciones, que relacionado con el nivel de conocimientos contribuirá a evaluar el servicio que se brinda. La adquisición de ambos conocimientos recién comienza con los estudios formales, una vez que ya se es profesional, la sensación de no tener la habilidad técnica o el conocimiento teórico para resolver determinados problemas permanece. La especialización en un área específica o el trabajar en un determinado lugar por un tiempo determinado, le permiten al profesional de enfermería desarrollar una especie de seguridad en la toma de decisiones asistenciales. El tiempo de adaptación a este

entorno dependerá de su habilidad para adquirir conocimientos prácticos y su capacidad para integrarlo con el saber teórico que posee.

La contextualización y descripción de las situaciones de enfermería hacen parte invaluable del conocimiento y avance de la disciplina. Resultan útiles para desarrollar el cuidado en la población en todos sus contextos y como insumo para mejorar la práctica. Es así como enfermería a través de la experiencia de cuidado conoce al “otro” como ser humano y fomenta en éste el reconocimiento principal como un cuidador que se expresa de una manera única en su vivir y crecer en el cuidado, y es en esta situación donde la enfermera atiende llamadas de cuidado, crea respuestas que nutren a la persona y aportan dentro de un proceso de atención salud-enfermedad en todas las situaciones de la vida, llegando a identificar la totalidad del conocimiento estético de enfermería. Es importante resaltar que el ejercicio diario del profesional de enfermería en el ámbito clínico y comunitario merece especial conocimiento en relación con la teoría y la práctica. Eso se evidencia en la necesidad de brindar apoyo y acompañamiento a la mujer, su pareja y su familia como estrategia del cuidado en pro del ejercicio de la maternidad o de las situaciones que se presenten en salud sexual y reproductiva. (Noguera N., Villamizar A., 2014, pp. 124-126)

El establecer niveles (principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto) de adquisición de habilidades, le permitió a Benner poder ubicar a los profesionales de enfermería dentro de su propio contexto de aprendizaje, conocer en cada etapa sus fortalezas y debilidades; Además de apreciar la madurez profesional que se experimenta en la práctica. Fortalece la idea de que la experiencia enriquece la formación de enfermería, ya que en etapas iniciales se presentan inseguridades en el

manejo de los pacientes. Es importante que las bases dadas por la formación teórica sean sólidas, de esta manera la observación de modelos permiten el discernimiento en el aprendiz. Por lo tanto, involucrar a la educación es un pilar fundamental; sin embargo, esta formación debe ser dirigida a las bases del cuidado de enfermería con énfasis en lo práctico. El cuidado es integral, debe favorecer las capacidades y potencialidades de la persona, debe ser responsable, por lo tanto, las relaciones de cuidado emergen de los sentimientos y la conciencia del cuidar al otro y sus familias. El profesional de enfermería se forma con bases teóricas sólidas que aplica en la práctica, guiado por docentes o pares que orientan de manera positiva o negativa este proceso; la experiencia provee al profesional de las condiciones para sensibilizarse hacia aspectos más humanos y comprender el significado que para el paciente conlleva su interacción con él. (Molina P., Jara P. 2010, p. 41)

La Enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuya esencia es el respeto a la vida y el cuidado del ser humano; correspondiéndole para ello, realizar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud presentes o potenciales. La noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de nuestra profesión y constituye un modo de ser. Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la Enfermería y se esboza como criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. Se consideran como elementos del cuidado aquellos aspectos afectivos que se relacionan con la actitud y el compromiso de la Enfermera y, de otro lado, elementos técnicos y tecnológicos que no pueden ser separados para otorgar cuidados. Finalmente, un aspecto importante es considerar a la enfermera en su interacción con el paciente, el significado del cuidado para el que brinda y el que recibe el cuidado

(Loncharich-Vera N, 2007, p 1). “El enfermero, enfermera, es la persona asignada por su preparación adecuada para la defensa de la salud, evitación de las enfermedades y asistencia a los enfermos. Ser enfermero es asumir al paciente entero, con su circunstancia, su familia, su estado de ánimo, sus dificultades para vivir su propio problema”. (Antón V., 1998, pp. 11-124)

Según Colliere, “cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades, indispensable para la vida, pero que son diversas en su manifestación”. El concepto del cuidado es la esencia de la profesión de enfermería y se expresa de manera explícita o implícita en el ejercicio profesional. Es así como Norman y Rohweder y Ujhely, quienes afirman que es una relación de apoyo y ayuda brindado por la enfermera a la persona que lo requiere. Wiedenbach, Peterson, Zderad entre otras, han considerado la interacción enfermera-paciente el eje fundamental para establecer una relación de cuidado. Así mismo la interacción ha sido asumida como el contacto entre la enfermera y el paciente o la enfermera y la familia, expresada a través de la comunicación verbal o no verbal. Aseguran que la intervención que realiza el profesional de enfermería a través de la valoración, le permite identificar necesidades y prevenir o ayudar a los miembros de una comunidad o familia a afrontar el significado de una experiencia dolorosa, causada por una enfermedad aguda o crónica; y/o acompañar en momento de desesperación, sufrimiento y muerte. Quienes centran su definición en la intervención terapéutica consideran que esta debe estar orientada a la mejoría y recuperación de los pacientes, a través del establecimiento de metas claras de tratamiento, con objetivos definidos. Para esto es necesario que el profesional de enfermería sea competente en el área específica de desempeño, con conocimientos y

habilidades que debe demostrar al realizar las intervenciones con sus pacientes. (Ariza C. y Daza R., 2008, pp. 12-13)

Russell Hochschild definió, de manera pionera en los noventa, el cuidado como “el vínculo emocional, generalmente mutuo, entre el que brinda cuidados y el que los recibe; un vínculo por el cual el que brinda cuidados se siente responsable del bienestar del otro y hace un esfuerzo mental, emocional y físico para poder cumplir con esa responsabilidad. Por lo tanto cuidar a una persona es hacerse cargo de ella”. (...) El cuidado es el resultado de muchos actos pequeños y sutiles, conscientes o inconscientes que no se puede considerar que sean completamente naturales o sin esfuerzo (...) Así nosotras ponemos mucho más que naturaleza en el cuidado, ponemos sentimientos, acciones, conocimiento y tiempo” (Hochschild, 1990). Por su parte, las investigadoras de la Universidad de Utrecht, Trudie Knijn y Monique Kremer (1996), definen el cuidado como la provisión diaria de atención social, física, psíquica y emocional a las personas (Carrasco A., Delfini M., Gonzales P. Geysen M., y Pi M., 2011, p. 55). Para enfermería “La teoría propone una práctica evaluable porque los conceptos y proposiciones fundamentales de la teoría y sus indicadores empíricos (que permiten visualizar la práctica) generan las herramientas para cualificar las intervenciones”. (Durand, 2012, p.10)

El cuidado de enfermería en el servicio de sala de operaciones está basado en la calidad de la atención asistencial de salud. Según Avedis Donabedian, calidad asistencial es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que

pueden acompañar el proceso en todas sus partes. La comprensión y manejo de tales dimensiones puede expresarse en tres dimensiones:

Dimensión técnico-científica, referida a los aspectos técnicos de la atención, como la efectividad, referida al logro de cambios positivos (efectos) en el estado de salud de la población; la eficacia, referida al logro de los objetivos en la prestación del servicio de salud a través de la aplicación correcta de las normas técnicas y administrativas; la eficiencia, es decir hacer uso adecuado de recursos para obtener los resultados esperados; la continuidad realizando la prestación ininterrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias; la seguridad, referida a la forma en que se prestan los servicios de salud determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario y la integralidad es decir que el usuario reciba las atenciones que su caso requiere y que se exprese un interés por la condición de salud del acompañante.

Dimensión humana, está referida al aspecto humanístico de la atención, y tiene las siguientes características: respeto a los derechos humanos, a la cultura y a las características individuales de la persona, información completa, veraz oportuna y entendida por el usuario o paciente, o por quién es responsable de él o ella. interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas, amabilidad y empatía, trato cordial, cálido y empático en la atención, ética, de acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y los principios éticos deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de salud.

Dimensión de entorno, referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles, implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que siente el usuario por el servicio. (MINSAs, 2006, pp. 20-21)

El Centro Quirúrgico es el conjunto de ambientes, cuya función gira alrededor de las salas de operaciones y que proporciona al equipo quirúrgico las facilidades necesarias para efectuar procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficiente y en condiciones de máxima seguridad con respecto a contaminaciones. La Sala de Operaciones es el ambiente donde se llevan a cabo los procedimientos quirúrgicos en condiciones de máxima seguridad en relación a las contaminaciones. (MINSAs, 2000, p. 5)

1.2. Justificación

Teórica: Las enfermeras que laboran en sala de operaciones, tienen una formación basada en fundamentos científicos, con una sólida preparación en las áreas biológicas y sociales, y un fuerte compromiso con los principios éticos, que se sustentan en la formación profesional, y que están orientadas por la definición de áreas de competencia conformadas por conocimientos científicos-teóricos, habilidades y actitudes que contribuyen con la actuación y desempeño profesional; sin embargo las grandes interrogantes comienzan a surgir cuando aparece otro tipo de conocimiento, el cual se denomina saber práctico; en este sentido es posible vislumbrar en muchos aspectos de la educación una quiebra entre la teoría y la práctica, los conocimientos

generados son distintos, los profesionales también y la formación inicial y de acceso al puesto también es diferente; así lo afirman los agentes implicados (investigadores y profesorado) y así se recoge en las publicaciones más relevantes sobre el tema. Ni los autores con más recorrido en este asunto, ni todos aquellos que publican sobre el tema puntualmente afirman que se dan relaciones armónicas entre teoría y práctica, por lo que es importante determinaren esta investigación la relación que guarda los conocimientos teóricos con la práctica cotidiana del quehacer de enfermería en el servicio de sala de operaciones.

Metodológica: A través de la presente investigación se obtendrá un instrumento validado, como es la lista de cotejo para la evaluación de las prácticas del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de sala de operaciones, el cual está basado en la calidad técnica-científica, humana y de estructura de la atención en salud; así mismo permitirá identificar otros proyectos de investigación que incluyan otras variables de estudio y que contribuyan con la mejora de la atención en el servicio.

Práctica: Al identificar cuáles son las prácticas del cuidado que se brinda en el servicio de sala de operaciones, permitirá conocer las debilidades y fortalezas del personal de salud, específicamente de la enfermera, y por ende diseñar estrategias que conduzcan a mejorar los indicadores de la calidad de atención y la posibilidad de emprender medidas correctivas; en este sentido los resultados obtenidos deben desencadenar tanto en programas de educación continua teórico-práctico y/o en proyectos de mejora continua de los procesos, que incorporen acciones de monitoreo y seguimiento de las prácticas.

Social: Un nivel alto de conocimientos contribuye con la aplicación de prácticas buenas, basadas en la calidad del cuidado asistencial, científico y humano; las cuales tienen una repercusión directa sobre los índices de morbimortalidad de la población que se va a someter a una intervención quirúrgica, población que atraviesa por niveles altos de ansiedad, por el proceso anestésico y quirúrgico y por la patología propia motivo de la cirugía; de ahí la importancia de desarrollar, medir y evaluar las prácticas del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de sala de operaciones.

1.1. Problema

Problema principal:

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la calidad del cuidado que brindan en el servicio de sala de operaciones del Instituto Nacional Materno Perinatal en noviembre del año 2015?

Problemas secundarios:

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la calidad del cuidado en su dimensión técnico-científica, que brindan en el servicio de sala de operaciones?

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la calidad del cuidado en su dimensión humana, que brindan en el servicio de sala de operaciones?

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la calidad del cuidado en su dimensión de entorno, que brindan en el servicio de sala de operaciones?

1.4. Hipótesis Principal

Para la presente investigación se planteará las siguientes hipótesis generales:

H₀: No Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la calidad del cuidado que brindan en el servicio de sala de operaciones del INMP.

H₁ Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la calidad del cuidado que brindan en el servicio de sala de operaciones del INMP.

Hipótesis secundarias:

H₀: No Existe relación significativa entre e nivel de conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la calidad del cuidado en la dimensión técnico-científica, que brindan en el servicio de sala de operaciones del INMP.

H₁: Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la calidad del cuidado en la dimensión técnico-científica, que brindan en el servicio de sala de operaciones del INMP.

H₀: No Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la calidad del cuidado en la dimensión humana, que brindan en el servicio de sala de operaciones del INMP.

H₁: Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la calidad del cuidado en la dimensión humana, que brindan en el servicio de sala de operaciones del INMP.

H₀: No Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la calidad del cuidado en la dimensión de entorno, que brindan en el servicio de sala de operaciones del INMP.

H₁: Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas de las enfermeras sobre la calidad del cuidado en la dimensión de entorno, que brindan en el servicio de sala de operaciones del INMP.

1.5. Objetivos

Objetivo general:

Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de las enfermeras, sobre el cuidado que brindan en el servicio de sala de operaciones del Instituto Nacional Materno Perinatal en noviembre del año 2015.

Objetivos específicos:

Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de las enfermeras, sobre la calidad del cuidado que brindan la dimensión técnica científica, que brindan en el servicio de sala de operaciones del INMP.

Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de las enfermeras, sobre la calidad del cuidado en la dimensión humana, que brindan en el servicio de sala de operaciones del INMP.

Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de las enfermeras, sobre la calidad del cuidado en la dimensión de entorno, que brindan en el servicio de sala de operaciones del INMP.

II MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se presenta la metodología que permitió desarrollar el presente estudio de investigación

2.1. Variables

Variable 1

Nivel de Conocimientos de las enfermeras sobre el cuidado que brindan en el servicio de sala de operaciones del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Variable 2

Prácticas de las enfermeras sobre la calidad del cuidado que brindan en el servicio de sala de operaciones del Instituto Nacional Materno Perinatal.

2.2. Operacionalización de variables

Tabla 1

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores del nivel de conocimientos	Escala de medición
Variable 1 Nivel de Conocimiento de las enfermeras sobre el cuidado que brindan en el servicio de sala de operaciones.	Es un conjunto de información almacenada por la enfermera, durante su formación de pre y pos gado, mediante la experiencia o el aprendizaje, sobre el cuidado que brinda en el servicio de sala de operaciones.	Es el conjunto de información que tiene la enfermera sobre el cuidado que brinda en el servicio de sala de operaciones, en su dimensión pre e intra operatorio	En el pre operatorio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recepción del paciente. ▪ Evaluación del paciente. ▪ Administración de tratamiento antibiótico profiláctico. ▪ Traslado del paciente al quirófano. 	Ordinal Nivel de conocimiento <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alto ▪ Medio ▪ Bajo Cuantitativa Policotómica
			En el intra operatorio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apertura de paquetes estériles. ▪ Aplicación del a lista de chequeo de cirugía segura. ▪ Lavado de la zona operatoria. ▪ Colocación de sonda vesical. ▪ Recuento de gasas y compresas 	Ordinal Nivel de conocimiento <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alto ▪ Medio ▪ Bajo Cuantitativa Policotómica
Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Variable 2 Prácticas de las enfermeras sobre el cuidado que brindan en el servicio de sala de operaciones.	La práctica es el ejercicio del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de sala de operaciones.	Es el ejercicio o aplicación de del cuidado, basadas en la calidad, en sus dimensiones técnico-científico, humana y de estructura que brinda la enfermera al paciente en sala de operaciones.	Técnico-científico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efectividad ▪ Eficacia ▪ Eficiencia ▪ Integralidad ▪ Seguridad ▪ Continuidad 	Ordinal: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuada práctica ▪ Regular práctica ▪ Inadecuada práctica Cuantitativa Policotómica
			Humana	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respeto ▪ Información ▪ Interés ▪ Amabilidad ▪ Empatía ▪ Ética 	Ordinal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuada práctica ▪ Regular práctica ▪ Inadecuada práctica
			De Entorno	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comodidad ▪ Limpieza 	Ordinal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuada práctica ▪ Regular práctica ▪ Inadecuada práctica Cuantitativa Policotómica
Variable interviniente	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores		Escala de medición
▪ Enfermera (o)	Profesional que posee título de Licenciada en enfermería	Profesional que posee título de Licenciada en enfermería y que labora en el servicio de sala de operaciones.	Edad cronológica expresada en años		Intervalo Policotómica
			Experiencia laboral		Intervalo Policotómica
			Tiempo de servicio en sala de operaciones, expresada en años.		Intervalo Policotómica
			Formación en centro quirúrgico: Especialización en Centro Quirúrgico.		Nominal Dicotómica
Condición Laboral: Tipo de contrato laboral.		Nominal Dicotómica			

2.3. Metodología

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, porque sus datos se analizan en la medición numérica y el análisis estadístico, para así establecer patrones de comportamiento. (Hernández R., Fernández C., y Baptista p., 2006, p. 4)

2.4. Tipos de estudio

Según Hernández (2006, p 63), el tipo de estudio según el análisis y alcance de los resultados es correlacional porque trata de explicar la relación existente en las variables, según el periodo y la secuencia del estudio transversal porque el levantamiento de la información se va a obtener en una sola oportunidad, y según el tiempo es prospectivo porque los datos se tomaran desde la ejecución del proyecto en adelante (de noviembre a diciembre del 2015).

2.5. Diseño

El estudio propuesto es de diseño no experimental, por lo que no hubo manipulación de las variables de estudio, observándose el fenómeno en su contexto natural para posteriormente analizarlos. (Hernández R., Fernández C. y Bautista P., 2006, p. 5)

2.6. Población, muestra y muestreo

El presente estudio se desarrollará en el Instituto Nacional Materno Perinatal, establecimiento de salud nivel III-2, de referencia nacional, del MINSA, se encuentra ubicado en Lima Cercado, brindando atención especializada a la mujer y al recién nacido las 24 horas del día, en el servicio de sala de operaciones, el mismo cuenta con 9 quirófanos para la atención de pacientes quirúrgicas.

La población está constituida por 39 enfermeras asistenciales, con los siguientes criterios de inclusión: que se encuentren laborando durante la obtención de los datos, en los turnos de mañanas, de guardias diurnas y/o nocturnas, con nivel profesional de Enfermeras Especialistas en centro quirúrgico o Enfermeras no especialistas en centro quirúrgico, con condición laboral nombrado o contratado por modalidad CAS, con experiencia laboral no menor de 1 año; el criterio de exclusión considerado fueron las enfermeras que no deseen participar en el estudio.

Para establecer el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión del estudio; el que estuvo constituida por 25 enfermeras asistenciales que laboran en el servicio de sala de operaciones. (Hernández R., Fernández C., y Bautista P., 2006, p. 231)

2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas e instrumentos

variables	Técnica	Instrumento
conocimientos	encuesta	cuestionario
prácticas	observación	lista de cotejo

Para obtener la información del conocimiento de las enfermeras sobre el cuidado que brinda en el servicio de sala de operaciones se hizo uso de la técnica de la encuesta, para el que se aplicó un instrumento elaborado por la autora, “Cuestionario de conocimientos sobre el cuidado de la enfermera en sala de operaciones” (Apéndice A), basado en sustentos teóricos y en las guías de atención del servicio de sala de operaciones del INMP, en donde se consignan las 15 preguntas con 5 alternativas de respuesta cada una, la pregunta correctamente respondida le corresponde 1 punto y las

preguntas respondidas erróneamente o no respondidas le corresponde 0 puntos, datos establecidos en el libro de códigos. La técnica de observación, se usó para la recolección de datos del instrumento “Lista de Cotejo de las prácticas de la enfermera sobre el cuidado que brinda en sala de operaciones” (Apéndice B), cuyo objetivo es identificar las prácticas sobre el cuidado que brinda la enfermera en sala de operaciones, el instrumento fue diseñado por la autora en base a la calidad de atención en salud del MINSA, en sus dimensiones técnico-científico, humana y de estructura y relacionado a los procedimientos que realiza la enfermera para brindar el cuidado al paciente en sala de operaciones; la estructura del instrumento consta de las siguientes partes: Instrucciones y contenido propiamente dicho que consta de 22 ítems con dos alternativas de chequeo 0 o 1, de acuerdo a lo establecido en los ítems o reactivos y según lo observado en la práctica, cada ítem se chequeó acuerdo a lo observado, colocándose la puntuación 1 si realiza la práctica, y la puntuación 0 si no realiza la práctica indicada. Los datos recolectados del cuestionario fueron vaciados a la Tabla matriz de codificación de datos específicos del cuestionario que evalúa conocimientos (Apéndice C) y a la Tabla matriz de codificación de datos específicos de la lista de cotejo que evalúa las prácticas los datos recolectados del mencionado instrumento (Apéndice D); así mismo los instrumentos fueron validados a través del juicio de expertos, plasmados en el certificado del contenido de validez del instrumento Cuestionario (Apéndice E) y en el certificado del contenido de validez del instrumento Lista de Cotejo (Apéndice F), representado en el siguiente esquema:

Concordancia de validez para el instrumento cuestionario

Jueces expertos	Pertinencia	Relevancia	Claridad
Experto 1	si	Si	si
Experto 2	si	Si	si
Experto 3	si	Si	si

Concordancia de validez para el instrumento lista de cotejo

Jueces expertos	Pertinencia	Relevancia	Claridad
Experto 1	si	si	si
Experto 2	si	si	si
Experto 3	si	si	si

Posteriormente se realizó la prueba piloto del cuestionario, ejecutado con 10 enfermeras que cumplieron con los criterios de inclusión, el que fue sometido al proceso de confiabilidad estadística a través del método de Alfa de Cronbach, obteniéndose un coeficiente de 0,81, resultado estimado como bueno según el índice de confiabilidad. La fórmula del Coeficiente de Alfa de Cronbach, que se usó para la confiabilidad del instrumento, se obtuvo a partir de las varianzas:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

K: El número de ítems

S_i^2 : Sumatoria de Varianzas de los Items

S_T^2 : Varianza de la suma de los Items

α : Coeficiente de Alfa de Cronbach

Remplazando los datos:

K: 10

S_i^2 : 3.633

S_T^2 : 2.1

α : Coeficiente de Alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{10}{10-1} \left[1 - \frac{3.633}{2.1} \right]$$

$$\alpha = 0.81$$

El coeficiente Alfa de Cronbach cuanto más se aproxima a 1, más alto es el grado de confiabilidad, por lo que según la tabla de confiabilidad del Coeficiente alfa el resultado > 0.8 es bueno.

El procedimiento de recolección de datos fue realizado mediante la aplicación del “Cuestionario de conocimientos sobre el cuidado de la enfermera en sala de operaciones”, los participantes desarrollaron el cuestionario durante el horario laboral, previa autorización del jefe inmediato, en sala de operaciones, el que tuvo un tiempo de duración promedio de 25 minutos, una vez desarrollados los cuestionarios se verificó que la totalidad de sus ítems estuvieran respondidos con una sola opción de respuesta, con el fin de controlar los posibles sesgos de información. Para recolectar la información de las prácticas se utilizó la “Lista de cotejo de verificación de las prácticas del cuidado de la enfermera en sala de operaciones”, para ello se capacitaron a 2 estudiantes de enfermería, que colaboraron en la aplicación de dicha lista; el mismo que se realizó de manera inopinada en el área de desarrollo de los procedimientos. Se registraron los datos de los participantes, para realizar la evaluación de la información de conocimientos en relación a las prácticas de cada uno, el mismo que es de carácter confidencial y de uso exclusivo para el estudio de investigación. Posteriormente la información recolectada fue vaciada a la base de datos.

2.8. Métodos de análisis de datos

Luego de obtenido los datos, estos fueron codificados y llenados en la Tabla de matriz de codificación de datos específicos del cuestionario que mide conocimientos y en la Tabla matriz de codificación de datos específicos de la lista de cotejo que evalúa las prácticas, con los valores implicados en las respuestas al instrumento de medición. Posteriormente fueron procesados mediante paquetes estadísticos, asignando para cada instrumento, utilizándose la estadística descriptiva para ser presentados en gráficos y/o en tablas estadísticas. Para la correlación se utilizó la Prueba de normalidad de las variables y dimensiones de investigación con la prueba de bondad de ajuste de Shapiro –Wilk; donde se observa que todas las variables en estudio tienen puntaje que se aproximan a una distribución normal, ya que el coeficiente obtenido no es significativo ($p > 0.05$). Por lo tanto, las correlaciones con estas dimensiones y variables se realizaron con la prueba estadística paramétrica: Prueba de Correlación de Pearson para realizar el análisis y la interpretación se consideró los antecedentes y el marco teórico.

Para la medición de las variables se utilizó la escala de Staninos. (Apéndice G) Es así que para la variable conocimientos se le asignó un puntaje de 1 en la respuesta correcta y un puntaje de 0 en la respuesta incorrecta, obteniéndose los siguientes niveles: de 5 – 7 = Nivel Bajo, de 8 - 11 = Nivel Medio y de 12 - 13 = Nivel Alto. A la lista de chequeo se le otorgó un puntaje de 1, si se observa que realiza la práctica según lo establecido en cada ítem de la lista de chequeo; y de 0 si se observa que no realiza la práctica según el establecido en cada ítem de la lista de chequeo. Los resultados fueron valorados de acuerdo a la escala de estaninos, de la siguiente manera: de 7 – 11 = inadecuada práctica, de 12 - 15 = Regular práctica y de 16 - 18 = adecuada

práctica. Los datos generales de la muestra, fueron procesados y presentados en tabla y gráficos respectivamente. (Apéndice H)

2.9. Aspectos éticos

Para ejecutar el estudio se contó con la autorización respectiva del Instituto Nacional Materno Perinatal y participación voluntaria de los enfermeros del servicio de sala de operaciones, previa firma del consentimiento informado.

III RESULTADOS

Estadística descriptiva de los datos específicos:

Tabla 1

Nivel de conocimientos de las enfermeras sobre el cuidado que brindan en sala de operaciones del INMP

Niveles	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Bajo	8	32.0
Medio	14	56.0
Alto	3	12.0
Total	25	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las enfermeras de sala de operaciones del INMP

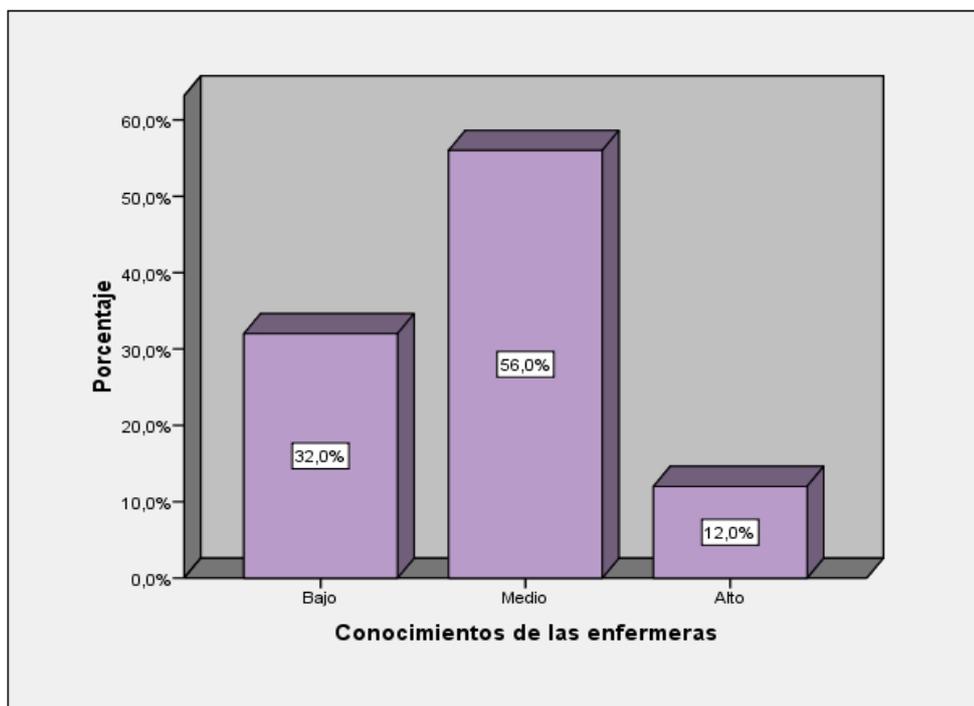


Figura 1

Nivel de conocimientos de las enfermeras sobre el cuidado que brindan en sala de operaciones del INMP

En la tabla y figura 1, en relación al nivel de conocimientos, se observa que el 12.0% tiene un nivel alto, el 56.0% nivel medio y el 32.0% nivel bajo.

Tabla N° 2

Prácticas del cuidado que brindan las enfermeras en sala de operaciones del INMP

Niveles	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Mala práctica	6	24.0
Regular práctica	17	68.0
Buena práctica	2	8.0
Total	25	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las enfermeras de sala de operaciones del INMP

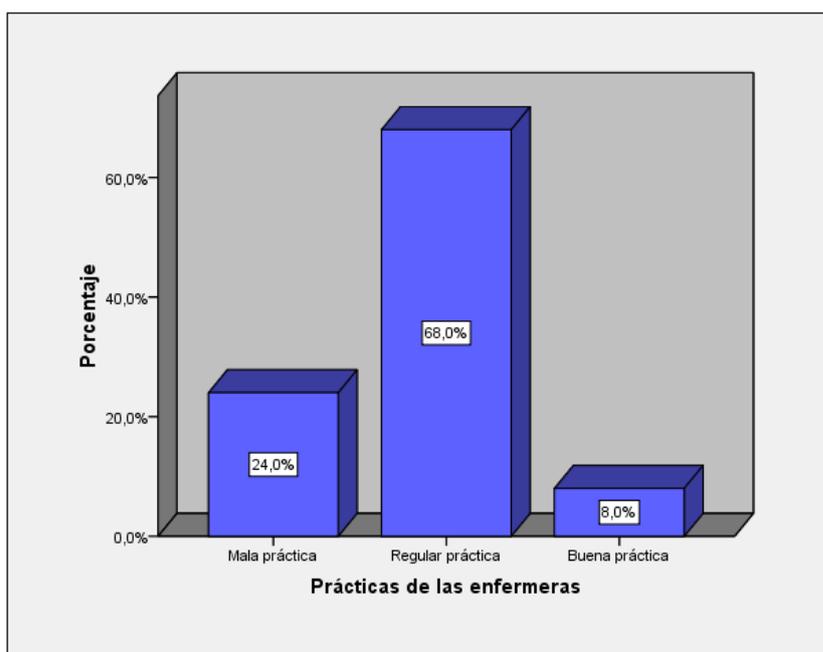


Figura N° 2

Prácticas del cuidado que brindan las enfermeras en sala de operaciones del INMP

En la Tabla y figura 2, del 100%, con respecto a las prácticas del cuidado que brindan las enfermeras, el 8.0% es buena, el 68.0% es regular y el 24.0% es mala.

Tabla N° 3

Prácticas del cuidado en la dimensión Técnico-científico de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP

Niveles	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Mala práctica	7	28.0
Regular práctica	16	64.0
Buena práctica	2	8.0
Total	25	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las enfermeras de sala de operaciones del INMP

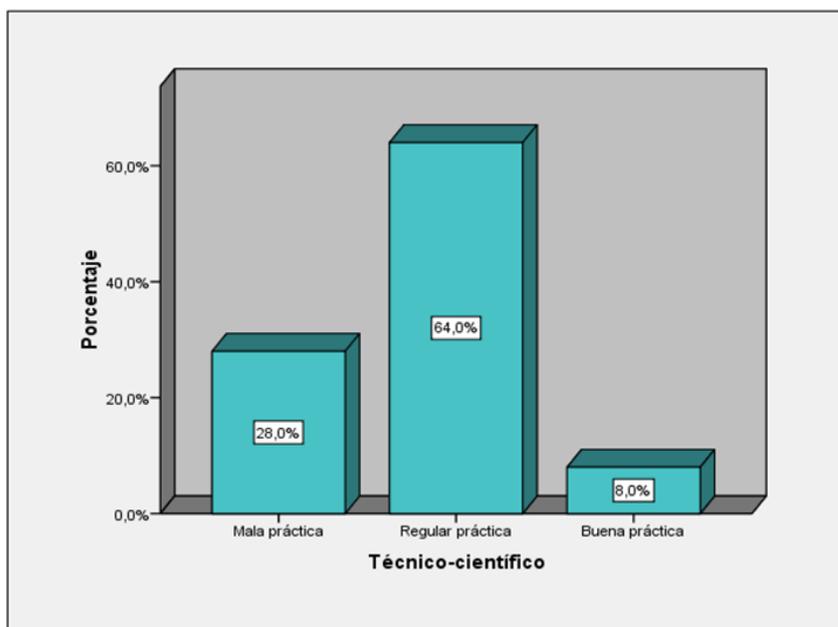


Figura N° 3

Prácticas del cuidado en la dimensión Técnico-científico de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP

En la tabla y gráfico N° 3 en relación a la práctica de la enfermera en la dimensión técnico-científico, se observa que el 8.0% es buena, el 64.0% es regular y el 28.0% es mala.

Tabla N° 4

Prácticas del cuidado en la dimensión humana de las Enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP

Niveles	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Mala práctica	3	12.0
Regular práctica	15	60.0
Buena práctica	7	28.0
Total	25	100.0

Fuente: Lista de cotejo aplicado a las enfermeras de sala de operaciones del INMP

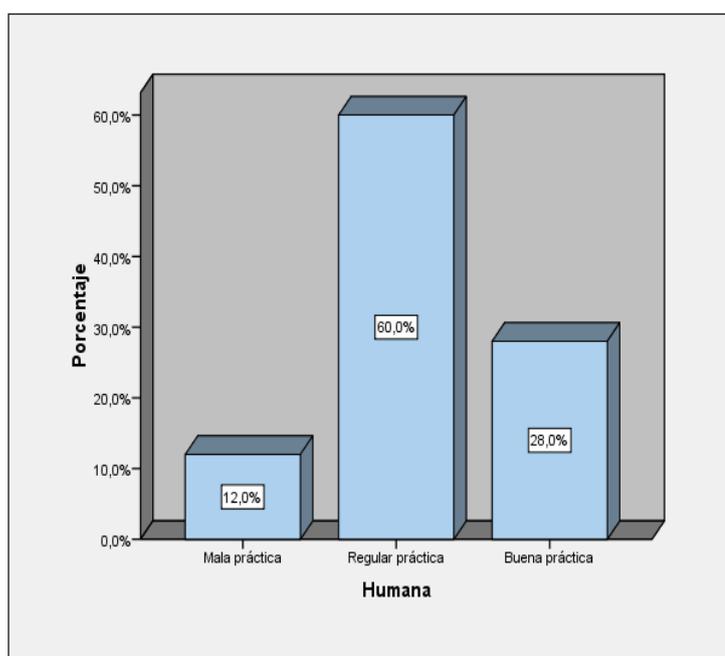


Figura N° 4

Prácticas del cuidado en la dimensión humana de las Enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP

En tabla y figura 4, en relación al cuidado en la dimensión humana, se observa que el 28.0% es buena, el 60.0% es regular y el 12.0% es mala.

Tabla N° 5

Prácticas del cuidado en la dimensión de entorno que brindan las Enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP

Niveles	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Mala práctica	6	24.0
Regular práctica	12	48.0
Buena práctica	7	28.0
Total	25	100,0

Fuente: Lista de Cotejo aplicado a las enfermeras de sala de operaciones del INMP

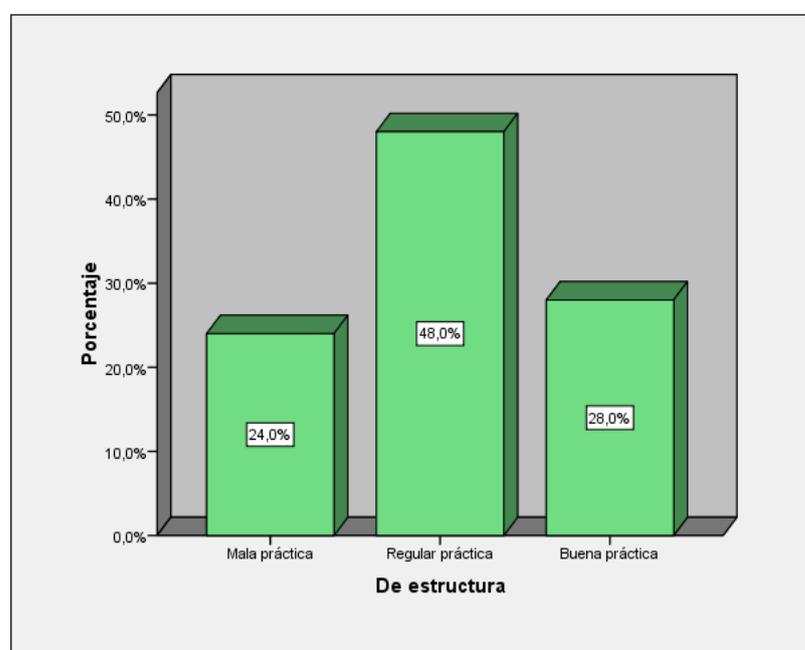


Figura N° 5

Prácticas del cuidado en la dimensión de entorno que brindan las Enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP

En la Tabla y figura 5, en relación al cuidado en la dimensión de entorno o de estructura, se observa que el 28.0% es buena, el 48.0% es regular y el 24.0% es mala.

Se presentan los resultados de la investigación de acuerdo a los objetivos planteados en el presente trabajo de investigación. Resultados de la prueba de bondad de ajuste para las variables de estudio:

Prueba de normalidad de las variables de conocimientos y prácticas

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Prácticas de las enfermeras	,199	25	,012	,964	25	,491
Conocimientos de las enfermeras	,201	25	,010	,945	25	,192

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Fuente: Cuestionario aplicado a las enfermeras de sala de operaciones del INMP

Se presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Shapiro –Wilk, se observa que todas las variables en estudio tienen puntaje que se aproximan a una distribución normal, ya que el coeficiente obtenido no es significativo ($p > 0.05$). Por lo tanto, las correlaciones con estas dimensiones y variables se realizaron con la prueba estadística paramétrica: Prueba de Correlación de Pearson.

Contrastación con la Hipótesis General:

- H₀: No Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas del cuidado de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP.
- H₁: Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas del cuidado de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP.

Correlación entre conocimientos y prácticas del cuidado de las enfermeras en sala de operaciones del INMP

		Prácticas de las enfermeras	Conocimientos de las enfermeras
Prácticas de las enfermeras	Correlación de Pearson	1	,839**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	25	25
Conocimientos de las enfermeras	Correlación de Pearson	,839**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	25	25

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

En relación a la hipótesis general se observa que los conocimientos están relacionados positivamente con las prácticas de las enfermeras, según la correlación de Pearson de 0.839** , representando esta una fuerte correlación de las variables y siendo la correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

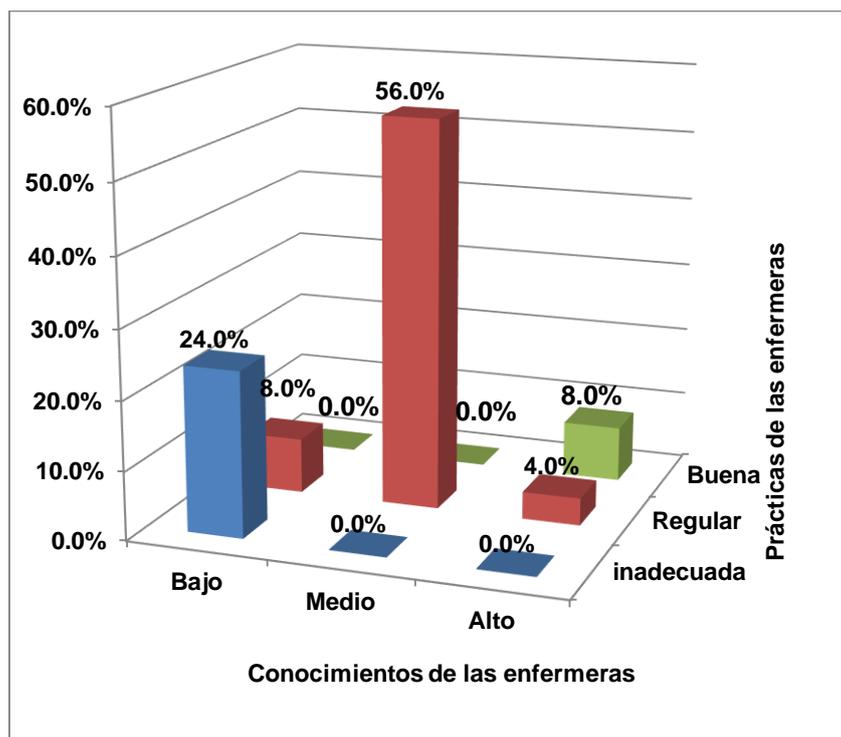
Tabla 6

Conocimientos y prácticas sobre el cuidado que brindan las enfermeras del servicio de sala de operaciones

Prácticas de las enfermeras	Conocimientos						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%		%
Adecuada	6	24.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	24.0%
Regular	2	8.0%	14	56.0%	1	4.0%	17	68.0%
Inadecuada	0	0.0%	0	0.0%	2	8.0%	2	8.0%
Total	8	32.0%	14	56.0%	3	12.0%	25	100%

Chi-cuadrado de Pearson = 32.230 g.l. = 4 ***p = .000
 Correlación de Pearson = 0.839***

Fuente: Instrumentos aplicado a las enfermeras de sala de operaciones del INMP



Fuente: Cuestionario aplicado a las enfermeras de sala de operaciones del INMP

Figura 6

Conocimientos y prácticas sobre el cuidado que brindan las enfermeras del servicio de sala de operaciones

En la tabla y figura 6, sobre la relación existente entre los conocimientos y las prácticas del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de sala de operaciones, se observa que cuando se encuentra el nivel de conocimiento alto la práctica es buena para el 0.8%, regular para el 0.4% y mala para el 0%; cuando se encuentra el nivel de conocimiento medio la práctica es adecuada para el 0%, regular para el 56% e inadecuada para el 0% y cuando se encuentra el nivel desconocimiento bajo la práctica es buena para el 0%, regular para el 0.8% y mala para el 24%.

Hipótesis Secundarias 1

H₀: No Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión técnico-científica de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP.

H₁: Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión técnico-científica de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP.

Correlaciones entre conocimientos y prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión técnico-científico

		Conocimientos de las enfermeras	Prácticas Técnico-científico
Conocimientos de las enfermeras	Correlación de Pearson	1	,772**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	25	25
Prácticas Técnico-científico	Correlación de Pearson	,772**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	25	25

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

En relación con la hipótesis secundaria 1, los conocimientos están relacionados positivamente con la dimensión técnico científico de las enfermeras, según la correlación de Pearson de 0.772** , representando esta una fuerte asociación de las variables y siendo la correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 7

Conocimientos y prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión técnico - científico de las enfermeras de sala de operaciones del INMP

Prácticas Técnico científico	Conocimientos						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	N	%	n	%	N	%	n	%
Inadecuada	6	24.0%	1	4.0%	0	0.0%	7	28.0%
Regular	2	8.0%	13	52.0%	1	4.0%	16	64.0%
Adecuada	0	0.0%	0	0.0%	2	8.0%	2	8.0%
Total	8	32.0%	14	56.0%	3	12.0%	25	100%
Chi-cuadrado de Pearson = 28.157 g.l. = 4 ***p = .000								
Correlación de Pearson = 0.772***								

Fuente: Instrumentos aplicados a las enfermeras de sala de operaciones del INMP

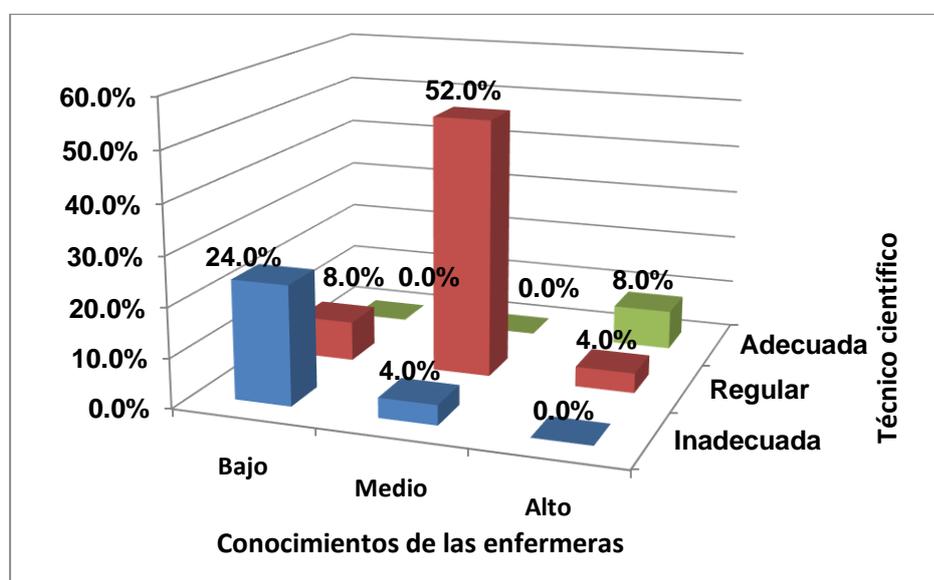


Figura 7

Conocimientos y prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión técnico-científico de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP

En la Tabla y figura 7, se observa de la relación entre el conocimiento y la práctica en la dimensión técnico científico, que cuando el conocimiento es alto la práctica en la dimensión técnico-científica es adecuada en un 0,8%, regular en 0.4% inadecuada en un 0%; cuando el conocimiento es medio la práctica es adecuada en 0%, regular en 52% e inadecuada en 0,4%; y cuando el conocimiento es bajo, la práctica es adecuada en 0%, regular en 0.8% e inadecuada en 24%.

Hipótesis Secundaria 2

H₀: No Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión humana de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP.

H₁: Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión humana de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP.

Correlaciones entre conocimientos y prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión de humana

		Conocimientos de las enfermeras	Prácticas Dimensión Humana
Correlación de Pearson		1	,703**
Sig. (bilateral)			,000
N		25	25
Prácticas Dimensión Humana	Correlación de Pearson	,703**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	25	25

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

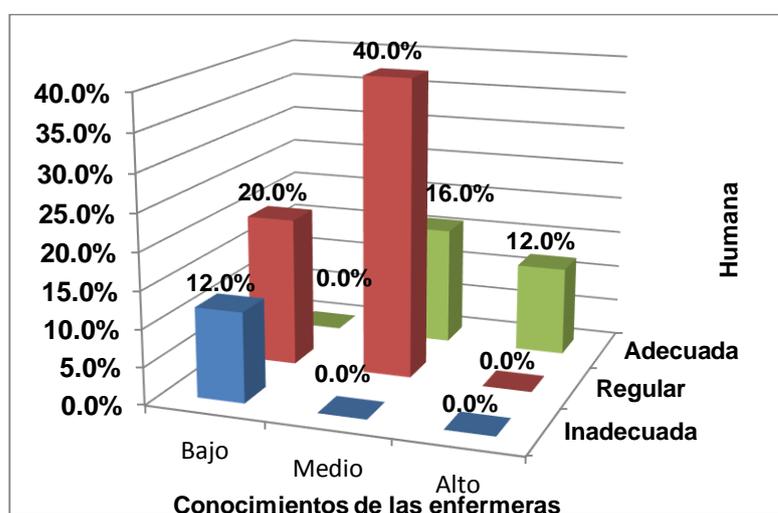
En relación con la hipótesis secundaria 2, los conocimientos están relacionados positivamente con la práctica de la calidad del cuidado en la dimensión humana, según la correlación de Pearson de 0.703, representando esta una fuerte asociación de las variables y siendo la correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 8

Conocimientos y prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión Humana de las enfermeras del servicio de Sala de operaciones del INMP

Prácticas Dimensión Humana	Conocimientos						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	n	%	n	%	N	%	n	%
Inadecuada	3	12.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	12.0%
Regular	5	20.0%	10	40.0%	0	0.0%	15	60.0%
Adecuada	0	0.0%	4	16.0%	3	12.0%	7	28.0%
Total	8	32.0%	14	56.0%	3	12.0%	25	100%
Chi-cuadrado de Pearson = 16.284					g.l. = 4		***p = .003	
Correlación de Pearson = 0.703***								

Fuente: Instrumentos aplicados a las enfermeras de sala de operaciones del INMP



Fuente: Cuestionario y Lista de Cotejo aplicado a las enfermeras de sala de operaciones del INMP

Figura 8

Conocimientos y prácticas del cuidado en la dimensión humana de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP

En la Tabla y figura 8, respecto a la relación entre el conocimiento y la práctica en la dimensión humana, se observa que cuando el conocimiento es alto, la práctica es adecuada en un 0,8%, regular en 0.4% e inadecuada en un 0%; cuando el conocimiento es medio la práctica es adecuada en 0%, regular en 52% e inadecuada en 0,4%; y cuando el conocimiento es bajo, la práctica es adecuada en 0%, regular en 0.8% e inadecuada en 24%.

Hipótesis Secundaria 3

H₀: No relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión de entorno de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP.

H₁: Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión de entorno de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP.

Correlaciones entre conocimientos y prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión de entorno

		Conocimientos de las enfermeras	Prácticas dimensión De entorno
Conocimientos de las enfermeras	Correlación de Pearson	1	,643**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	25	25
Prácticas Dimensión De entorno	Correlación de Pearson	,643**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	25	25

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

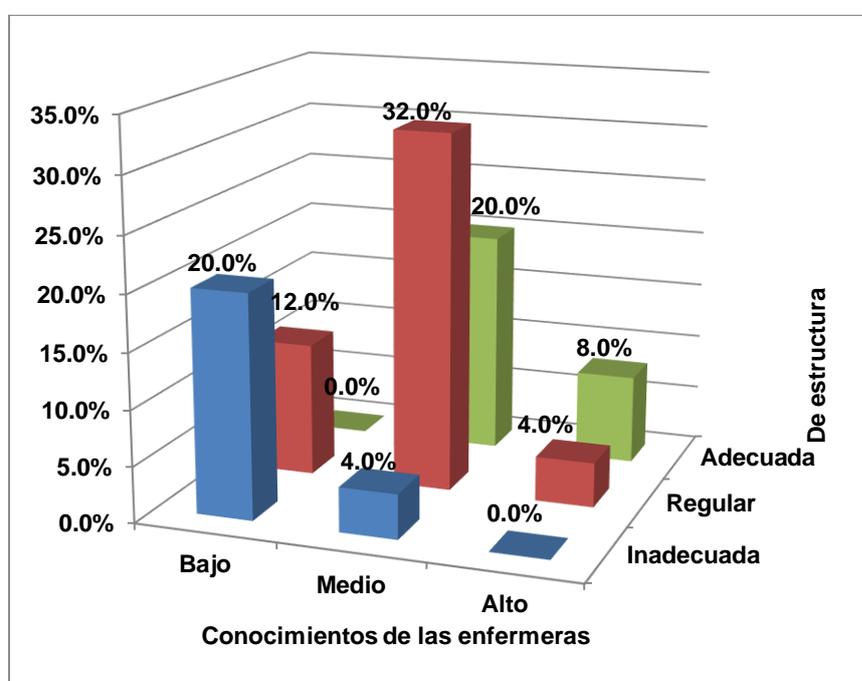
En relación con la hipótesis 3, los conocimientos están relacionados positivamente con la práctica de la calidad del cuidado en la dimensión de entorno, según la correlación de Pearson de 0.643, representando esta una moderada asociación de las variables y siendo la correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 9

Conocimientos y prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión de entorno de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP

Prácticas Dimensión De entorno	Conocimientos						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	n	%	N	%	N	%	N	%
Inadecuada	5	20.0%	1	4.0%	0	0.0%	6	24.0%
Regular	3	12.0%	8	32.0%	1	4.0%	12	48.0%
Adecuada	0	0.0%	5	20.0%	2	8.0%	7	28.0%
Total	8	32.0%	14	56.0%	3	12.0%	25	100%
Chi-cuadrado de Pearson = 12.020					g.l. = 4		***p = .017	
Correlación de Pearson = 0.643***								

Fuente: Instrumentos aplicados a las enfermeras de sala de operaciones del INMP



Fuente: Cuestionario y Lista de Cotejo aplicado a las enfermeras de sala de operaciones del INMP

Figura 9

Conocimientos y prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión de entorno, de las enfermeras del servicio de sala de operaciones INMP

En la Tabla y figura 9, se observa de la relación entre el conocimiento y la práctica en la dimensión de entorno, que cuando el conocimiento es alto la práctica adecuada en

un 0,8%, regular en 0.4% e inadecuad en un 0%; cuando el conocimiento es medio la práctica es adecuada en 20%, regular en 32% e inadecuada en 0,4%; y cuando el conocimiento es bajo, la práctica es adecuada en 0%, regular en 12% e inadecuada en 20%.

IV DISCUSIÓN

En relación a la Hipótesis principal, los conocimientos están relacionados positivamente con las prácticas de las enfermeras, según la correlación de Pearson de 0.839, representando esta una correlación significativa de las variables conocimientos y prácticas del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de sala de operaciones. Este resultado fue reforzando con los encontrados por Huamán D. refiriendo que el mayor porcentaje de enfermeras de los servicios de medicina del Hospital Belén de Trujillo obtuvo nivel de conocimientos medio y el mayor porcentaje del personal realizaron buenas prácticas de medidas de bioseguridad, encontrando relación significativa entre nivel de conocimiento y práctica de medidas de bioseguridad, es decir a mayor nivel de conocimiento mejores prácticas de bioseguridad. Así mismo Bacilio D., encuentra que el nivel de conocimientos de a enfermeras de las unidades de cuidados críticos sobre el cuidado del paciente con catéter venoso central fue regular en el mayor porcentaje de encuestados y el cuidado brindado por el mayor porcentaje de enfermeras fue también regular; concluyendo que el Nivel de Conocimiento es un factor que se relaciona significativamente con el cuidado que brinda la enfermera al paciente con catéter venoso central. También Cahua S., en el estudio relacionado a los conocimientos de la enfermera sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados se concluye que es equitativo el porcentaje que conoce y aplica prácticas adecuadas y aquellas que no. Por otro lado López R. en su estudio sobre nivel de conocimientos y prácticas de las medidas de bioseguridad en internos de enfermería encuentra que el mayor porcentaje tuvo regular nivel de conocimiento y en cuanto al nivel de prácticas en general, el mayor porcentaje realizó una práctica regular. Así también Alarcón M y Rubiños S. encontraron que el mayor

porcentaje tiene conocimiento regular y práctica regular, sin embargo no existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos y la práctica en la prevención de riesgos biológicos de las enfermeras del Hospital Belén de Lambayeque. Sin embargo Teran Y. concluye que el nivel de conocimiento de cáncer de piel no tiene relación en la utilización de medidas de prevención en la práctica comunitaria, encontrándose además el mayor porcentaje de encuestados en un nivel deficiente de conocimientos y prácticas. También Crespo A. y Yugsi L. encuentran el total de las enfermeras/os que laboran en el área de shock trauma del servicio de emergencia no conocen el orden de prioridad de las medidas para el manejo de la vía aérea, concluyéndose que el total de las enfermeras/os no están capacitadas para el manejo de este tipo de pacientes, en especial en lo que se refiere al manejo y orden de prioridad de la vía aérea del paciente.

En relación a las hipótesis secundaria 1, se obtuvo como resultado un mayor porcentaje en el nivel de conocimiento medio, relacionándose con una práctica regular en mayor porcentaje, encontrándose que los conocimientos están relacionados positivamente con la dimensión técnico científico de las enfermeras, según la correlación de Pearson de 0.772, representando esta una correlación significativa de las variables, por lo que se concluye que existe relación directa positiva entre las variables. Resultado que se sustenta en la preparación técnico científica que tiene la enfermera durante su desarrollo profesional. Así mismo se debe considerar que la sala de operaciones es un ambiente muy tecnificado. La sociedad e incluso muchos profesionales consideran que la enfermería que trabaja en las áreas quirúrgicas realiza una labor muy técnica en la que hay poco tiempo para prestar cuidados. Por lo que se precisan de conocimientos, actitudes y habilidades técnicas pero además estar

capacitado para desarrollar un juicio crítico y habilidades intelectuales, sentados sobre las bases científicas de biología, anatomía, fisiología, técnica quirúrgica, principios de bioseguridad y esterilización.

En relación a las hipótesis secundaria 2, se obtuvo como resultado un mayor porcentaje en el nivel de conocimiento medio, relacionándose con una práctica regular en mayor porcentaje, encontrándose que los conocimientos está relacionado positivamente con la dimensión humana de las enfermeras, según la correlación de Pearson de 0.703, representando esta una correlación significativa de las variables; concluyéndose que existe relación directa entre las variables. Resultado que demuestra que el cuidado de enfermería no ha perdido su esencia que corresponde al apoyo emocional, espiritual y humano que se debe ofrecer como parte de la atención de la salud, manteniendo la relación enfermera-paciente sustentada en el cuidado humano, proporcionando cuidados integrales independientemente de la patología del paciente. Siguiendo a Barnard y Sandelowski, quienes refieren “La enfermera es el puente que une la tecnología con la atención de la salud humana y tiene la responsabilidad de mantener la humanidad en medios ambientales tecnológicos. Lo que se sustenta que el cuidado espiritual no es una opción, sino un elemento constitutivo del cuidado, sin embargo en ocasiones, en la práctica, las enfermeras tienden a pasar por alto este importante aspecto, tal es así que (Calabria y Macrae; citado por (Potter, 2004) mencionan: “Es demasiado frecuente en enfermería comprobar que los profesionales no ponen demasiado énfasis en la dimensión espiritual de la naturaleza humana...”. Por lo tanto, el cuidado espiritual debe ser ofrecido al paciente en todo momento, con un alto sentido de responsabilidad, dedicación y respeto a todo ser humano que así lo necesite. Además, este cuidado debe ser planificado de acuerdo con las necesidades

previamente identificadas durante la fase de estimado y valoración (Collado, 2010). El cuidado espiritual, como las demás áreas, deben ser afrontadas de manera racional y metodológica a través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. (Potter, 2004).

En relación a las hipótesis secundaria 3, respecto a la relación entre los conocimientos y las prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión de entorno, se obtuvo como resultado un mayor porcentaje en el nivel de conocimiento medio, relacionándose con una práctica regular, encontrándose que los conocimientos están relacionados positivamente con calidad de las prácticas en la dimensión de entorno, del cuidado que brindan las enfermeras, según la correlación de Pearson de 0.643, representando esta una moderada asociación de las variables, lo que evidencia que se requiere de mejoras en la calidad de las prácticas en la dimensión entorno, del cuidado que brinda las enfermeras, y que sustenten un buen desempeño profesional.

Los resultados obtenidos en relación al nivel de conocimientos sobre el cuidado que brinda la enfermera en sala de operaciones se encontró que el mayor porcentaje tiene un nivel alto 56%. Los resultados obtenidos sobre la práctica del cuidado que brindan las enfermeras en sala de operaciones, se encontró que el mayor porcentaje tiene una regular práctica en 68%.

V CONCLUSIONES

1. Los conocimientos están relacionados positivamente con las prácticas de las enfermeras, según la correlación de Pearson de 0.839^{**}, representando esta una fuerte correlación de las variables y siendo la correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral). Se concluye que existe una relación directa positiva entre los conocimientos y las prácticas de las enfermeras en sala de operaciones del INMP 2015; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.
2. Los conocimientos están relacionados positivamente con las prácticas en la dimensión técnico científico de las enfermeras, según la correlación de Pearson de 0.772^{**}, representando esta una fuerte asociación de las variables y siendo ^{**} la correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral). Concluyéndose que existe una relación directa positiva entre los conocimientos y las prácticas en la dimensión técnico científico de las enfermeras de las enfermeras en sala de operaciones del INMP 2015; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.
3. Los conocimientos están relacionados positivamente con la práctica en la dimensión humana, según la correlación de Pearson de 0.703, representando esta una fuerte relación de las variables y siendo la correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral). Concluyéndose que existe una relación directa positiva entre los conocimientos y las prácticas de la calidad del cuidado en la dimensión humana de las enfermeras de sala de operaciones del INMP 2015; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

4. Los conocimientos están relacionados positivamente con las prácticas de la calidad de cuidado en la dimensión de entorno, según la correlación de Pearson de 0.643, representando esta una moderada relación de las variables y siendo la correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral). Concluyéndose que existe una relación directa positiva entre los conocimientos y las prácticas de la calidad del cuidado en la entorno de las enfermeras de sala de operaciones del INMP 2015; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

5. En relación a los conocimientos sobre el cuidado que brindan las enfermeras en sala de operaciones, el mayor porcentaje se encuentra en un nivel medio.

6. En relación a las prácticas de las enfermeras sobre el cuidado que brindan a la paciente en sala de operaciones, el mayor porcentaje tiene una regular práctica.

VI RECOMENDACIONES

1. Promover capacitaciones teóricas, periódicas de actualización y de refuerzo, basados en el desarrollo de los siguientes temas: como recepción, entrevista y evaluación física y psicológica del paciente quirúrgico, traslado del paciente, preparación del quirófano para las diferentes intervenciones quirúrgicas, apertura y manejo de equipos estériles, aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura, lavado de la zona operatoria, colocación de sonda vesical permanente, recuento de gasas y compresas y administración de medicamentos utilizando los 10 correctos. Estos procedimientos forman parte de cuidado que debe brindar la enfermera durante el proceso de atención al paciente quirúrgico en la etapa pre e intra operatoria, en sala de operaciones.
2. Promover capacitaciones prácticas, periódicas, basados en el desarrollo de talleres y/o pasantías que incluyan los temas relacionados con la calidad técnico científico de los siguientes procedimientos como recepción, entrevista y evaluación física y psicológica del paciente quirúrgico, traslado del paciente, preparación del quirófano para las diferentes intervenciones quirúrgicas, apertura y manejo de equipos estériles, aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura, lavado de la zona operatoria, colocación de sonda vesical permanente, recuento de gasas y compresas y administración de medicamentos utilizando los 10 correctos.
3. Promover en el personal de enfermería la participación activa en la elaboración y/o actualización de protocolos de atención o guías de procedimientos de

intervenciones y actividades más frecuentes que se realizan en el servicio, así como su difusión, aplicación, monitorización periódica y evaluación.

4. Que se realice otros estudios comparativos entre conocimientos en el pre operatorio y prácticas sobre la calidad del cuidado de la enfermera en la dimensión técnico científica, así como de los procedimientos que se realizan en el servicio sala de operaciones del Instituto Nacional Materno Perinatal y de los factores asociados a ellos.
5. Realizar estudios acerca de la satisfacción o percepción del usuario externo acerca de la calidad del cuidado que recibe por parte de la enfermera en el servicio de sala de operaciones.
6. En las Escuelas y Facultades de Enfermería a través de los programas de especialidad en centro quirúrgico, deben incluir en su programa de formación los aspectos del cuidado de la enfermera basados en la calidad asistencial, en sus dimensiones técnica, humana y de estructura.

VII REFERENCIAS

Alarcón M. y Rubiños S. (2013). *Conocimientos y Prácticas en la prevención de riesgos biológicos de las enfermeras del hospital Belén – Lambayeque, 2012*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Perú.

Álvarez, Adriana Inés. (2011). *Prácticas y saberes de enfermería en el modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria de la salud. Tesis De Magister. Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario 2010*. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria, en sitio web, recuperado el 25 de agosto 2015, de http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/029824_Alvarez.pdf

Antón V. (1998). *Las enfermeras, entre el desafío y la rutina*. Ed. Díaz De santos S.A. Madrid. España. pp. 111,124. Recuperado el 15 de setiembre de 2015, de <https://books.google.com.pe/books?isbn=8479783664>

Arbonies A. (2013). *Conocimiento para innovar: Cómo evitar la miopía en la gestión del conocimiento*. Díaz De Santos. Madrid. Recuperado el 20 de setiembre de 2015, de <https://books.google.com.pe/books?isbn=8499695078>

Ariza C. y Daza R. (2008). *Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado*. Bogotá. Ed. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado el 02 de setiembre del 2015. De: <https://books.google.com.pe/books?isbn=958716119X>

Bacilio D. y Villalobos J. (2013). *Nivel de conocimiento y cuidado que brinda la enfermera al paciente con catéter venoso central en unidades de cuidados críticos del hospital belén de Trujillo – 2013*. Perú. [Tesis de Licenciatura]. En sitio web, recuperado el 18 de setiembre de 2015, de: repositorio.upao.edu.pe

Bautista L., Delgado C., Hernández Z., Sanguino F., Cuevas M., Arias Y. y Mojica (2013). *Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería*. Revista ciencia y cuidado. Vol. 10 N° 2, en sitio web, recuperado el 18 de setiembre de 2015, de: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4698254.pdf>

Bunge Mario. (2008). *La ciencia, su método y su filosofía*. Editorial panamericana, en sitio web, recuperado el 18 de setiembre de 2015, de: http://users.dcc.uchile.cl/~cguatierr/cursos/INV/bunge_ciencia.pdf

Cahua S. (2015). *Conocimientos y prácticas de la enfermera sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la unidad de cuidados intensivos neonatales y pediátricos hospital María Auxiliadora, 2013*. [Tesis de Especialista]. Universidad Nacional Mayor de san Marcos. Perú.

Campillo, M., Sáez, J. y Del Cerro, F. (2012). *El estudio de la práctica y la formación de los profesionales: un reto a las universidades*. RED-DUSC,

Docencia Universitaria en la Sociedad del Conocimiento. Número 6. 15 de abril de 2012. Consultado el día 15 de setiembre 2015. Disponible en:
<http://www.um.es/ead/reddusc/6>

Carrasco A., Delfini M., Gonzales P., Geysler M., y Pi M. (2011) *El Cuidado Humano. Reflexiones interdisciplinarias*. Montevideo. AA impresos Corindón. Consultado el 28 de agosto de 2015. Disponible en:
<http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/sites/3/2013/archivos/EI%20Cuidado%20Humano.pdf>

Crespo A., Yugsi L. (2013). *Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del hospital de especialidades Eugenio Espejo, julio 2011 a julio 2012*. [Tesis de Especialista]. Universidad Central del Ecuador. Instituto Nacional de Pos Grado. Ecuador.

Del Carmen Z. (2010). *Enfermería Quirúrgica. Módulo 4: Atención de enfermería en os centros quirúrgicos*. [Revista en línea] [Consultado 17 de noviembre 2015]. Disponible en: http://www.fm.unt.edu.ar/carreras/webenfermeria/documentos/Enfermeria_Quirurgica_Modulo_04.pdf.

Díaz Esther, Heler Mario. (2005). *El conocimiento científico*. Ed. Universitaria vol. 1 y 2.

Díaz M., Cutipa N., Matos R. *Nivel de conocimiento sobre el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el cuidado de la salud espiritual de los profesionales de Enfermería que laboran en las unidades críticas del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima. 2010*. Revista Científica de Ciencias de la Salud, en sitio web, recuperado el 20 de agosto 2015, de:
http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/download/225/232.

Falcón M. *Nivel de conocimiento sobre Reanimación Cardiopulmonar del Enfermero (a) de la segunda especialidad en enfermería, UNMSM. 2014*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de san Marcos. Facultad de Medicina. Perú. Rev. Enferm. Vanguard. 2013; 1(1): 21-24.

Hernández R. (2006). *Metodología de la Investigación*. 4ta ed: Mc Graw Hill Interamericana. México.

Fuller J. (1997). *Instrumentación Quirúrgica*. Ed. Panamericana; 3º edición; Argentina.

Guilamet A. Jerez J. (1999). *Enfermería quirúrgica: planes de cuidados*. Edit. Spriger-Verlac Iberica, Barcelona.

Huisacayna F. y col. *Conocimiento y actitud sobre los efectos nocivos de la radiación solar y prácticas de foto protección en estudiantes de enfermería que*

realizan prácticas comunitarias en la Universidad Nacional san Luis Gonzaga de Ica, agosto 2011 – setiembre 2012. Universidad Nacional san Luis Gonzaga de Ica. Perú.

Hernández R., Fernández C., y Baptista P. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5ta ed: Mc Graw Hill Interamericana. México.

Huamán D., y Romero L. (2014). *Nivel de conocimiento y práctica de medidas de bioseguridad en las enfermeras de los servicios de medicina del hospital belén de Trujillo. 2014.* Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Ciencias de la Salud. [Tesis de Licenciatura]. En sitio web, recuperado el 18 de setiembre de 2015, de: repositorio.upao.edu.pe

Loncharich-Vera N. (2007). *El Cuidado Enfermero. Revista Enfermería Herediana. 2010; 3 (1):1*, en sitios web, Recuperado 17 de noviembre 2015, de: http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/.../Editorial%203_1.pdf

López R. y López M., (2012). *Nivel de conocimientos y prácticas de medidas de bioseguridad en internos de enfermería del hospital MINSA II-2 Tarapoto junio - agosto 2012.* Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud.

Medina L. De la Cruz A. Sánchez M. Gonzales A. (2012). *Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos, México.* Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, vol. 17, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 109-114, en sitio web, recuperado el 18 de setiembre de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47323278008>

Mellado D., (2013). *Organización y coordinación del trabajo de enfermería de quirófano.* Almería, España.

MINSA. (2000). *Normas técnicas para proyectos de arquitectura y equipamiento de las unidades de centro quirúrgico.* En sitios web, recuperado en octubre 2015, de: www.indabook.org/d/Ministerio-de-Salud-Peru.pdf

MINSA. (2006). *Sistema de Gestión de la Calidad. Documento Técnico.* En sitios web, recuperado el 17 de octubre 2015, de <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/SistemaGestiondeLaCalidad.pdf>

MINSA. (2009) *Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud RM N° 727-2009/ p14* [Consultado 17 de setiembre 2015] 1 (2). Disponible en www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/politica_nacional_calidad.pdf

MINSA. (2009). *Satisfacción del Usuario Externo. Perú.*, EN sitio web, recuperado el 10 de setiembre 2015, de: www.minsa.gob.pe/.../Satisfacción%20del%20Usuario%20Externo.pdf

Molina P., Jara P. (2010). *El Saber práctico en Enfermería. Revista Cubana de Enfermería. 26(2)37-43.* Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n2/enf05210.pdf>

Montalvo S. (2013). *Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis en el profesional de enfermería. Red Chiclayo 2013* [Tesis de Licenciatura]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Facultad de Medicina. Perú.

Noguera N., Villamizar A. (2014). *Un milagro de vida: de la teoría a la práctica de la enfermería. Revista Colombiana de Enfermería*. Volumen 9. Tecnología, en sitios web. recuperado 02 de octubre 2015, de: <http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/.../015-articulo13.pdf>

OMS. (2008). *Lista de verificación de la seguridad de la cirugía*. Manual de Aplicación. 1ª edición, en sitios web, recuperado el 07 de octubre 2015, de: www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_manual_spanish.pdf

OPS (2013). *Sistemas de notificación de incidentes en América Latina*. [Consultado 17 de setiembre 2014] 1 (2). Disponible en <http://www.paho.org/.../index.php?...sistemas-notificacion-incidentes-america-l...Washington>.

Pusajo J. (1995). *Terapia Intensiva Elementos Fisiopatológicos Algoritmos de Diagnósticos, tratamientos y procedimientos*.

Resendiz MG., Muñoz T. *Nivel de conocimientos y práctica adquiridos durante un curso-taller de terapia intravenosa. Universidad de Murcia. España*. Recuperado de *Enfermería Global*, [Rev. Electrónica trimestral] 2012 [Consultado 27 de octubre 2015]. Disponible en <http://www.um.es/eglobal/>

Rodríguez F. (2015). *Los 5 correctos VS los 10 correctos*, recuperado en 25 de setiembre 2015, en sitio web, recuperado de: <http://hablemosdeenfermeria.blogspot.pe/2015/08/los-5-correctos-vs-los-10-correctos.htm>

Sin autor. (2010). *Cuidados enfermeros en quirófano*. Editorial Vértice S.L. España, recuperado el 10 de octubre 2015, de: <https://books.google.com.pe/books?isbn=8499315305>

Terán Y. y Yovera M. (2015). *Relación entre Conocimiento y medidas de Prevención del cáncer de piel en estudiantes de enfermería, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – 2013*. [Tesis de licenciatura publicada]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. Perú.

Vicente F. (2008). *Lógica y teoría del conocimiento*. ed. Kapelusz.

VIII APÉNDICES

Lista de apéndices

	Pag.
Apéndice A	Cuestionario de conocimientos sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de sala de operaciones..... 77
Apéndice B	Lista de Cotejo de las prácticas de la enfermera sobre el cuidado que brinda en el servicio de sala de operaciones..... 81
Apéndice C	Tabla matriz de codificación de datos específicos del cuestionario que evalúa conocimientos..... 83
Apéndice D	Tabla matriz de codificación de datos específicos de la lista de cotejo que evalúa las prácticas..... 84
Apéndice E	Certificado del contenido de validez del instrumento Cuestionario..... 85
Apéndice F	Certificado del contenido de validez del instrumento Lista de Cotejo..... 91
Apéndice G	Medición de las variables a través de la escala de estaninos..... 98
Apéndice H	Tablas y Figuras de los datos generales y específicos..... 103

Apéndice A

Cuestionario de conocimientos sobre el cuidado de la enfermera en sala de operaciones

I. Presentación

Buenos días Licenciada (o) soy alumna de post grado de la Universidad Cesar Vallejo me dirijo a usted, para saludarlo y a su vez hacerle saber que estoy realizando un estudio sobre: Conocimientos de las enfermeras sobre el cuidado que se brinda en sala de operaciones. El mismo que es de carácter anónimo y sus respuestas serán de uso para la investigación, por lo que solicito tenga a bien responder a todas las preguntas que a continuación se presentan. Agradeciendo anticipadamente su colaboración.

II. Datos generales

- A. Edad (años):
- a. 25 a 35 ()
 - b. 36 a 45 ()
 - c. 46 a 55 ()
 - d. 56 a 65 ()
- B. Experiencia laboral (años):
- a. 1 a 7 ()
 - b. 8 a 15 ()
 - c. 16 a 23 ()
 - d. 24 a 31 ()
- C. Nivel de formación en centro quirúrgico:
- a. Enfermera especialista ()
 - b. Enfermera NO especialista ()
- D. Condición laboral:
- a. Nombrada ()
 - b. Contratada ()

III. Datos específicos

1. ¿Qué accesorios, equipos, mobiliarios o instrumento son necesarios considerar en la preparación del quirófano?
 - a. Accesorios de la mesa quirúrgica, equipo de electrocauterio, de aspiración y medicinas e insumos médicos.
 - b. Accesorios de la máquina de anestesia, Equipo de intubación, electrocauterio y de aspiración.
 - c. Accesorios de la máquina de anestesia, equipo de electrocauterio, de aspiración y set de instrumental quirúrgico.
 - d. Accesorios de la máquina de anestesia, Equipo de intubación, electrocauterio y de aspiración.
 - e. Accesorios de la mesa quirúrgica, equipo de electrocauterio, de intubación, de aspiración y medicinas, insumos médicos, e instrumental quirúrgico

2. ¿Qué acciones no debe realizar la enfermera cuando recepciona al paciente en sala de operaciones?
 - a. Recibir a historia clínica y verificar los datos de la paciente.
 - b. Saludar a la paciente.
 - c. Activar el seguro de las ruedas de la camilla a donde va a ser recibida.
 - d. Retirar la ropa que cubre al paciente para que pueda trasladarse con mayor facilidad.
 - e. Explicar al paciente la forma de trasladarse a otra camilla.

3. ¿Qué datos se deben revisar en la historia clínica durante la entrevista y de la paciente?
 - a. Comprobar si tiene dentadura postiza.
 - b. El recibo de pago de la cirugía.
 - c. Si tiene las medicinas completas.
 - d. Si ha realizado el pago del estudio patológico.
 - e. Comprobar el tipo de sangre del paciente, consentimiento informado, antecedentes patológicos, pruebas de laboratorio.

4. ¿Cuál es la propuesta incorrecta con respecto a la entrevista y evaluación al paciente?
 - a. Presentarse, mostrando una actitud empática.
 - b. Responder a sus inquietudes o preguntas, respetando sus creencias e idiosincrasia.
 - c. Informarle sobre los resultados negativos probables de esta.
 - d. Ofrecer apoyo para fomentar el bienestar espiritual del paciente.
 - e. Aplica el proceso de atención de enfermería, teniendo en cuenta las necesidades.

5. ¿Cuál es la propuesta incorrecta respecto a la administración de medicamentos?
 - a. Verifica la indicación médica en la historia clínica.
 - b. Verifica los 5 correctos: paciente, día, hora, medicamento y dosis correcta.
 - c. Informa a la paciente el medicamento a administrado.
 - d. Registra en la historia clínica el medicamento administrado y los efectos secundarios presentados.
 - e. Deja limpio y ordenado el ambiente después de su preparación.

6. ¿Cuál es la propuesta incorrecta con respecto al traslado del paciente?
 - a. Cerciorarse que la camilla y/o cama se encuentren con seguro en las ruedas.
 - b. Verificar y alinear la mesa quirúrgica a la camilla de donde va a ser trasladada la paciente.
 - c. No trasladar al paciente en presencia de otro personal de salud.
 - d. Informar a la paciente como debe trasladarse a la mesa quirúrgica.
 - e. Cubrir a la paciente y resguardar su intimidad.

7. ¿Cuál es el orden que debe seguir para aperturar los paquetes estériles?
 - a. Verifica el indicador externo, integridad, fecha, se lava las manos y apertura el paquete.
 - b. Apertura el paquete, verifica la integridad del paquete, indicador externo, fecha y se lava las manos.
 - c. Se lava las manos, verifica el indicador externo, fecha, integridad y apertura el paquete.
 - d. Apertura el paquete, verifica el indicador externo, integridad del paquete, fecha, y se lava las manos.
 - e. Se lava las manos, verifica el indicador interno, fecha, integridad y apertura el paquete.

8. ¿Cuál es la propuesta incorrecta respecto a la apertura de paquetes estériles?
 - a. Puede coger el campo estéril de la cara externa y/o borde.
 - b. Al aperturar el paquete, puede extender el brazo sobre el área estéril.
 - c. Cuando apertura paquetes grandes, lo coloca en el centro de la mesa accesoria.
 - d. Los paquetes pequeños se sostienen con una mano mientras que con la otra se sostiene el envoltorio.
 - e. Los paquetes grandes se colocan sobre una mesa accesoria.

9. ¿Cuál es la propuesta correcta respecto a la primera etapa de la lista de chequeo de cirugía segura?
 - a. Verificar que el pulsioxímetro y brazaletes de presión arterial se encuentren conectados al equipo.
 - b. Verificar que el pulsioxímetro y sensor BIS se encuentren conectados al equipo.
 - c. Realizar la primera parte de la lista de chequeo después de la inducción de la anestesia.
 - d. Realizar la primera parte de la lista de chequeo durante la inducción de la anestesia.
 - e. Realizar la primera parte de la lista de chequeo antes de la inducción de la anestesia.

10. ¿Qué acciones v debe v realizar en la segunda etapa de la lista de chequeo de cirugía segura?
 - a. Cotejar con el anestesiólogo el equipo de aspiración y de intubación.
 - b. Preguntar a la enfermera instrumentista con cuantas gasas y compresas está iniciando la cirugía.
 - c. Preguntar a la enfermera instrumentista si el instrumental, gasas y compresas están completas.
 - d. Realizar la segunda parte de la lista de chequeo durante la cirugía.
 - e. Realizar la segunda parte de la lista de chequeo después del inicio de la cirugía.

11. ¿Qué enunciado considera incorrecto respecto al lavado de la zona operatoria?
 - a. Se realiza con clorhexidina al 2% o Yodopovidona solución al 7.5%.

- b. Se realiza en forma centrífuga.
 - c. Se realiza desde la zona menos contaminada a la más contaminada.
 - d. Se usan gasas sin hilo radiopaco.
 - e. El guante no debe tocar la piel del paciente.
12. ¿Qué enunciado es incorrecto respecto al procedimiento para la preparación de la piel en vagina?
- a. Se incluye el lavado los muslos y el abdomen inferior.
 - b. Se usan gasa montadas y dobladas en 4, para la cúpula vaginal.
 - c. La vulva y el ano se higienizan empezando en el extremo superior de la vulva y pasando la gasa hacia abajo.
 - c. La gasa se descarta una vez que haya pasado por el ano.
 - e. El procedimiento se repite 2 o cuantas veces sea necesario, empezando con una gasa nueva.
13. ¿Cuál es la acción incorrecta con respecto a la inserción de la sonda vesical tipo Foley?
- a. Realizar la antisepsia de la vulva antes de la inserción de la sonda vesical.
 - b. Introducir la sonda vesical al meato urinario, sin contaminarla.
 - c. Informar a la paciente el procedimiento a realizar.
 - d. Fijar con esparadrapo en el tubo de la bolsa colectora a la cara interna y superior del muslo.
 - e. Registrar la fecha de inserción de la sonda vesical, en la HC y en el rótulo de fijación.
14. ¿Cuál de las siguientes propuestas respecto al recuento de gasas no es correcto?
- a. El recuento se realiza de manera ordenada.
 - b. Se debe separar las gasas una por una.
 - c. El recuento se debe realizar sin apresurarse.
 - d. Es necesario estirar las gasas y/o compresas.
 - e. El recuento se debe realizar en silencio.
15. Si el recuento de gasa no es correcto ¿Dónde debe buscar la enfermera circulante?
- a. En los tachos de basura, bolsas de los baldes de gasas, o suelo debajo de la mesa quirúrgica.
 - b. En los tachos de basura, mesa del instrumental, dentro del campo quirúrgico y balde que usa el anesthesiólogo.
 - c. En el balde que usa el anesthesiólogo, tachos de basura, la mesa del instrumental y dentro del campo quirúrgico.
 - d. En los tachos de basura, balde que usa el anesthesiólogo y dentro del campo quirúrgico.
 - e. Dentro del campo quirúrgico, balde del anesthesiólogo o suelo debajo de la mesa quirúrgica.

¡Muchas gracias por su participación!

Apéndice B

Lista de cotejo de las prácticas de la enfermera sobre el cuidado que brinda en sala de operaciones

Técnica: Observación directa.

Objetivo: Evaluar el nivel de la calidad del cuidado de enfermería.

I. Instrucciones:

Observar y colocar la puntuación según corresponda, la enfermera:

NO	realiza la práctica:	0
SI	realiza el práctica:	1

II. Contenido

Items		puntuación	
		NO	SI
1	Saluda a la paciente con amabilidad	0	1
2	Revisa la Historia Clínica de la paciente.	0	1
3	Informa a la paciente sobre el medicamento a administrar	0	1
4	Administra el tratamiento indicado.	0	1
5	Informa a la paciente como debe trasladarse a la mesa quirúrgica.	0	1
6	Verifica y alinea la mesa quirúrgica a la camilla de donde va a ser trasladada la paciente.	0	1
7	Participa en el traslado de la paciente a la mesa y cama quirúrgica.	0	1
8	Cubre a la paciente y resguarda su intimidad.	0	1
9	Aplica la lista de chequeo de cirugía segura: 1ra, 2da, y 3ra. Etapa antes de la inducción de la anestesia, antes del inicio de la cirugía y antes del término de la cirugía.	0	1
10	Se realiza el lavado de manos antes de iniciar un procedimiento.	0	1
11	Al aperturar el paquete, evita que el brazo se extienda sobre el área estéril.	0	1
12	Durante los recuento cada gasas y compresas lo separa y cuenta individualmente.	0	1

13	Informa a la paciente el procedimiento de lavado de zona operatoria a realizar.	0	1
14	Antes de lavar la zona operatoria, ubica la luz de la lámpara de techo a la zona.	0	1
15	Realiza el lavado de la zona operatoria de forma centrifuga.	0	1
16	Informa a la paciente el procedimiento de colocación de sonda vesical a realizar.	0	1
17	Realiza la antisepsia de la vulva antes de la inserción de la sonda vesical.	0	1
18	Introduce la sonda vesical al meato urinario, sin contaminarla	0	1
19	Elimina el material de desecho usado para realizar el lavado de la zona operatoria y colocar la sonda vesical.	0	1
20	Mantiene el quirófano limpio.	0	1
21	Mantiene el quirófano ordenado.	0	1
22	Traslada a la paciente con las barandas de la cama levantadas.	0	1

Observaciones:

Apéndice C

Tabla matriz de codificación de datos específicos del cuestionario de conocimientos sobre el cuidado de la enfermera en sala de operaciones

N° usuario	Dimensiones																Total	
	Pre operatorio							Intra operatorio										
	1	2	3	4	5	6	sub total 1	7	8	9	10	11	12	13	14	15		sub total 2
1	1	1	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0	3	5
2	1	1	1	1	1	1	6	1	1	1	1	0	1	0	1	1	7	13
3	1	1	0	0	0	1	3	1	1	1	0	0	0	0	1	0	4	7
4	0	1	0	1	0	1	3	1	1	1	1	0	1	0	0	0	5	8
5	1	1	1	0	0	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	0	7	11
6	1	1	1	0	0	1	4	1	1	1	0	0	1	0	1	0	5	9
7	1	1	1	1	0	0	4	1	1	1	0	0	0	1	0	0	4	8
8	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	6	7
9	0	1	1	1	0	1	4	1	0	1	1	0	0	1	0	0	4	8
10	0	1	1	1	0	1	4	1	1	1	0	1	0	0	1	1	6	10
11	1	1	1	1	0	1	5	1	1	1	1	0	0	0	1	1	6	11
12	1	1	1	1	0	1	5	1	1	1	1	1	1	0	1	1	8	13
13	1	1	1	1	0	1	5	1	1	1	0	1	1	0	0	0	5	10
14	1	1	1	1	0	1	5	0	1	1	1	0	0	1	0	1	5	10
15	1	1	1	1	0	1	5	1	1	0	0	0	1	1	0	0	4	9
16	0	1	1	1	0	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	12
17	0	1	1	1	0	0	3	1	1	1	0	0	0	1	0	0	4	7
18	0	1	1	1	0	0	3	1	1	1	0	0	0	0	1	0	4	7
19	0	1	1	0	0	0	2	1	0	1	1	0	0	0	1	0	4	6
20	0	1	1	1	0	1	4	1	1	1	0	0	0	0	1	0	4	8
21	1	1	1	1	1	0	5	1	1	0	0	1	1	1	0	0	5	10
22	1	1	1	1	1	0	5	1	1	0	0	1	1	1	0	0	5	10
23	1	1	1	1	1	0	5	1	1	0	0	1	1	1	0	0	5	10
24	1	1	1	1	1	0	5	1	1	0	0	1	1	1	0	0	5	10
25	1	1	1	1	1	0	5	1	1	0	0	1	1	1	0	0	5	10

Apéndice D

Tabla matriz de codificación de datos específicos de la lista de cotejo que evalúa las prácticas de la calidad del cuidado que brinda la enfermera en sala de operaciones

N° usuario	Dimensiones de la Calidad del cuidado																									Total
	Técnico-científica											Humana						De entorno								
	2	4	7	9	10	11	12	15	17	18	sub total1	1	3	5	8	13	16	sub total 2	6	14	19	20	21	22	sub total 3	
1	1	1	0	0	1	0	2	2	2	2	11	1	0	0	0	1	1	3	1	0	0	1	0	1	3	17
2	1	1	2	0	1	0	2	2	2	2	13	1	0	0	0	1	1	3	0	0	0	0	0	1	1	17
3	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	6	1	0	0	0	1	1	3	1	1	0	0	0	1	3	12
4	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	7	1	0	0	0	1	1	3	0	0	0	0	0	1	1	9
5	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	6	1	0	0	0	1	1	3	1	1	0	1	0	1	4	13
6	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	8	1	0	1	0	1	1	4	0	0	0	1	0	1	2	14
7	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	7	1	0	0	0	1	1	3	1	1	0	1	0	1	4	14
8	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	8	1	0	0	0	1	1	3	1	0	0	1	1	1	4	15
9	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	7	1	0	0	0	1	1	3	0	1	0	0	0	1	2	12
10	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	7	1	0	1	0	1	1	4	1	1	0	1	0	1	4	15
11	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	7	1	0	0	0	1	1	3	0	1	0	0	0	1	2	12
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	0	0	0	1	1	3	0	1	0	1	0	1	3	16
13	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	7	1	0	1	0	1	1	4	1	0	0	1	0	1	3	13
14	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	8	1	0	0	0	1	1	3	0	0	0	1	0	1	2	15
15	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	6	1	0	0	0	1	1	3	1	1	0	1	0	1	4	15
16	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	7	1	0	0	0	1	1	3	0	0	0	1	0	1	2	12
17	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	7	1	0	0	0	1	1	3	1	0	0	1	0	1	3	13
18	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	1	0	0	0	1	1	3	1	1	0	1	1	1	5	17
19	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	7	1	0	0	0	1	1	3	1	0	0	1	0	1	3	13
20	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8	1	0	0	0	1	1	3	1	0	0	1	0	1	3	14
21	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	7	1	0	0	0	1	2	4	1	0	0	1	0	1	3	14
22	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	8	1	0	0	0	1	1	3	1	1	0	1	0	1	4	17
23	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	7	1	0	2	0	1	1	5	1	0	0	1	0	1	3	15
24	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	8	1	0	0	0	1	1	3	1	0	0	1	0	1	3	14
25	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	5	1	1	2	2	1	1	8	0	1	1	1	0	1	4	17

Apéndice E

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide los conocimientos de las enfermeras sobre el del cuidado que brindan en sala de operaciones

Nº	Dimensiones / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Dimensión 1: conocimientos en la etapa pre operatoria	Si	No	Si	No	Si	No	
1	1. ¿Qué accesorios, equipos, mobiliarios o instrumentos son necesarios considerar en la preparación de quirófano?	X		X		X		
2	2. ¿Qué acciones no debe realizar la enfermera cuando recepciona al paciente en sala de operaciones?	X		X		X		
3	3. ¿Qué datos se deben revisar en la historia clínica durante la entrevista y evaluación de la paciente?	X		X		X		
4	4. ¿Cuál es la propuesta incorrecta con respecto a la entrevista y evaluación al paciente?	X		X		X		
5	5. ¿Cuál es la propuesta incorrecta respecto a la administración de medicamentos?	X		X		X		
6	6. ¿Cuál es la propuesta incorrecta con respecto al traslado del paciente?	X		X		X		
	Dimensión 1: Conocimientos en la etapa intra operatoria	Si	No	Si	No	Si	No	
7	7. ¿Cuál es el orden que debe seguir para aperturar los paquetes estériles?	X		X		X		
8	8. ¿Cuál es la propuesta incorrecta respecto a la apertura de paquetes estériles?	X		X		X		
9	9. ¿Cuál es la propuesta correcta respecto a la primera etapa de la lista de chequeo de cirugía segura?	X		X		X		
10	10. ¿Cuál es la propuesta correcta respecto a la segunda etapa de la lista de chequeo de cirugía segura?	X		X		X		

11	11. ¿Qué enunciado es incorrecto respecto al lavado de la zona operatoria?	X		X		X		
12	12. ¿Qué enunciado es incorrecto respecto al procedimiento para la preparación de la piel en vagina?	X		X		X		
13	13. ¿Cuál es la acción incorrecta con respecto a la inserción de la sonda vesical tipo Foley?	X		X		X		
14	14. ¿Cuál de las siguientes propuestas respecto al recuento de gasas no es correcto?	X		X		X		
15	15. Si el recuento de gasa no es correcto ¿Dónde debe buscar la enfermera circulante?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ Mg: Salazar Fuertes Edda Nilda DNI: 06192511

Especialidad del validador: Maestría en Administración y Gestión en Enfermería

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico 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

20 de octubre del 2015

EDDA NILDA SALAZAR FUERTES
Firma del Experto Informante

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide los conocimientos de las enfermeras sobre el del cuidado que brindan en sala de operaciones

Nº	Dimensiones / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Dimensión 1:Conocimientos en la etapa pre operatoria							
1	1. ¿Qué accesorios, equipos, mobiliarios o instrumentos son necesarios considerar en la preparación de quirófano?	X		X		X		
2	2. ¿Qué acciones no debe realizar la enfermera cuando recepciona al paciente en sala de operaciones?	X		X		X		
3	3. ¿Qué datos se deben revisar en la historia clínica durante la entrevista y evaluación de la paciente?	X		X		X		
4	4. ¿Cuál es la propuesta incorrecta con respecto a la entrevista y evaluación al paciente?	X		X		X		
5	5. ¿Cuál es la propuesta incorrecta respecto a la administración de medicamentos?	X		X		X		
6	6. ¿Cuál es la propuesta incorrecta con respecto al traslado del paciente?	X		X		X		
	Dimensión 1:Conocimientos en la etapa intra operatoria	Si	No	Si	No	Si	No	
7	7. ¿Cuál es el orden que debe seguir para aperturar los paquetes estériles?	X		X		X		
8	8. ¿Cuál es la propuesta incorrecta respecto a la apertura de paquetes estériles?	X		X		X		
9	9. ¿Cuál es la propuesta correcta respecto a la primera etapa de la lista de chequeo de cirugía segura?	X		X		X		
10	10. ¿Cuál es la propuesta correcta respecto a la segunda etapa de la lista de chequeo de cirugía segura?	X		X		X		

11	11. ¿Qué enunciado es incorrecto respecto al lavado de la zona operatoria?	X		X		X	
12	12. ¿Qué enunciado es incorrecto respecto al procedimiento para la preparación de la piel en vagina?	X		X		X	
13	13. ¿Cuál es la acción incorrecta con respecto a la inserción de la sonda vesical tipo Foley?	X		X		X	
14	14. ¿Cuál de las siguientes propuestas respecto al recuento de gasas no es correcto?	X		X		X	
15	15. Si el recuento de gasa no es correcto ¿Dónde debe buscar la enfermera circulante?	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ Mg: Sánchez Landeo Elizabeth Azucena DNI: 06580374

Especialidad del validador: Maestría en Salud Pública

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico 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.

20 de octubre del 2015

ELIZABETH AZUCENA SÁNCHEZ LANDEO
Firma del Experto Informante

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide los conocimientos de las enfermeras sobre el del cuidado que brindan en sala de operaciones

Nº	Dimensiones / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Dimensión 1:Conocimientos en la etapa pre operatoria							
1	1. ¿Qué accesorios, equipos, mobiliarios o instrumentos son necesarios considerar en la preparación de quirófano?	X		X		X		
2	2. ¿Qué acciones no debe realizar la enfermera cuando recepciona al paciente en sala de operaciones?	X		X		X		
3	3. ¿Qué datos se deben revisar en la historia clínica durante la entrevista y evaluación de la paciente?	X		X		X		
4	4. ¿Cuál es la propuesta incorrecta con respecto a la entrevista y evaluación al paciente?	X		X		X		
5	5. ¿Cuál es la propuesta incorrecta respecto a la administración de medicamentos?	X		X		X		
6	6. ¿Cuál es la propuesta incorrecta con respecto al traslado del paciente?	X		X		X		
	Dimensión 1:Conocimientos en la etapa intra operatoria							
7	7. ¿Cuál es el orden que debe seguir para aperturar los paquetes estériles?	X		X		X		
8	8. ¿Cuál es la propuesta incorrecta respecto a la apertura de paquetes estériles?	X		X		X		
9	9. ¿Cuál es la propuesta correcta respecto a la primera etapa de la lista de chequeo de cirugía segura?	X		X		X		
10	10. ¿Cuál es la propuesta correcta respecto a la segunda etapa de la lista de chequeo de cirugía segura?	X		X		X		

11	11. ¿Qué enunciado es incorrecto respecto al lavado de la zona operatoria?	X		X		X	
12	12. ¿Qué enunciado es incorrecto respecto al procedimiento para la preparación de la piel en vagina?	X		X		X	
13	13. ¿Cuál es la acción incorrecta con respecto a la inserción de la sonda vesical tipo Foley?	X		X		X	
14	14. ¿Cuál de las siguientes propuestas respecto al recuento de gasas no es correcto?	X		X		X	
15	15. Si el recuento de gasa no es correcto ¿Dónde debe buscar la enfermera circulante?	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ Mg: Cachay del Águila Susana DNI: 07795666

Especialidad del validador: Centro Quirúrgico Especializado

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico 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.

20 de octubre del 2015

SUSANA CACHAY DEL ÁGUILA
Firma del Experto Informante

Apéndice F

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide prácticas de las enfermeras sobre la calidad del cuidado que brindan

Nº	Dimensiones / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Dimensión 1: Técnico-científica							
1	2. Revisa la Historia Clínica de la paciente y constata sus datos	X		X		X		
2	4. Administra tratamiento antibiótico profiláctico	X		X		X		
3	7. Participa en el traslado a la paciente a la mesa quirúrgica	X		X		X		
4	9. Aplica la lista de chequeo 1ra, 2da, y 3ra. Etapa antes de la inducción de la anestesia, antes del inicio de la cirugía y antes del término de la cirugía.	X		X		X		
5	10. Realiza la primera etapa de la lista de chequeo antes de la inducción de la anestesia	X		X		X		
6	11. Al aperturar el paquete, evita que el brazo se extienda sobre el área estéril.	X		X		X		
7	12. Durante los recuento cada gasas y/o compresas lo separa y cuenta individualmente.	X		X		X		
8	15. Realiza el lavado de la zona operatoria de forma centrífuga.	X		X		X		
9	17. Realiza la antisepsia de la vulva antes de la inserción de la sonda vesical.	X		X		X		
10	18. Introduce la sonda vesical al meato urinario, sin contaminarla.	X		X		X		
	Dimensión 2 : Humana							
11	1. Saluda a la paciente con amabilidad	X		X		X		
12	3. Informa a la paciente sobre el medicamento a administrar	X		X		X		
13	5. Informa a la paciente como debe trasladarse a la mesa quirúrgica.	X		X		X		
14	8. Cubre a la paciente y resguarda su intimidad.	X		X		X		
15	13. Informa a la paciente el procedimiento de lavado de zona operatoria a realizar.	X		X		X		

16	16. Informa a la paciente el procedimiento de colocación de sonda vesical a realizar.	X		X		X	
	Dimensión 3: De entorno	Si	No	Si	No	Si	No
17	6. Verifica y alinea la mesa quirúrgica a la camilla de donde va a ser trasladada la paciente.	X		X		X	
18	14. Antes de lavar la zona operatoria, ubica la luz de la cialítica a la zona.	X		X		X	
19	19. Elimina el material de desecho usado para realizar el lavado de la zona operatoria y colocar la sonda vesical.	X		X		X	
20	20. Mantiene el quirófano limpio.	X		X		X	
21	21. Mantiene el quirófano ordenado.	X		X		X	
22	22. Traslada a la paciente con las barandas de la cama levantadas.	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ Mg: Salazar Fuertes Edda Nilda DNI: 06192511

Especialidad del validador: Maestría en Administración y Gestión en Enfermería

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico 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.

20 de octubre del 2015

EDDA NILDA SALAZAR FUERTES

Firma del Experto Informante

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide prácticas de las enfermeras sobre la calidad del cuidado que brindan

Nº	Dimensiones / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Dimensión 1: Técnico-científica	Si	No	Si	No	Si	No	
1	2. Revisa la Historia Clínica de la paciente y constata sus datos	X		X		X		
2	4. Administra tratamiento antibiótico profiláctico	X		X		X		
3	7. Participa en el traslado a la paciente a la mesa quirúrgica	X		X		X		
4	9. Aplica la lista de chequeo 1ra, 2da, y 3ra. Etapa antes de la inducción de la anestesia, antes del inicio de la cirugía y antes del término de la cirugía.	X		X		X		
5	10. Realiza la primera etapa de la lista de chequeo antes de la inducción de la anestesia	X		X		X		
6	11. Al aperturar el paquete, evita que el brazo se extienda sobre el área estéril.	X		X		X		
7	12. Durante los recuento cada gasas y/o compresas lo separa y cuenta individualmente.	X		X		X		
8	15. Realiza el lavado de la zona operatoria de forma centrífuga.	X		X		X		
9	17. Realiza la antisepsia de la vulva antes de la inserción de la sonda vesical.	X		X		X		
10	18. Introduce la sonda vesical al meato urinario, sin contaminarla.	X		X		X		
	Dimensión 2 : Humana	Si	No	Si	No	Si	No	
11	1. Saluda a la paciente con amabilidad	X		X		X		
12	3. Informa a la paciente sobre el medicamento a administrar	X		X		X		
13	5. Informa a la paciente como debe trasladarse a la mesa quirúrgica.	X		X		X		
14	8. Cubre a la paciente y resguarda su intimidad.	X		X		X		
15	13. Informa a la paciente el procedimiento de lavado de zona operatoria a realizar.	X		X		X		

16	16. Informa a la paciente el procedimiento de colocación de sonda vesical a realizar.	X		X		X		
	Dimensión 3: De entorno	Si	No	Si	No	Si	No	
17	6. Verifica y alinea la mesa quirúrgica a la camilla de donde va a ser trasladada la paciente.	X		X		X		
18	14. Antes de lavar la zona operatoria, ubica la luz de la cialítica a la zona.	X		X		X		
19	19. Elimina el material de desecho usado para realizar el lavado de la zona operatoria y colocar la sonda vesical.	X		X		X		
20	20. Mantiene el quirófano limpio.	X		X		X		
21	21.Mantiene el quirófano ordenado.	X		X		X		
22	22.Traslada a la paciente con las barandas de la cama levantadas.	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ Mg: Sánchez Landeo Elizabeth Azucena DNI: 06580374

Especialidad del validador: Maestría en Salud Pública

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico 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.

20 de octubre del 2015

ELIZABETH AZUCENA SÁNCHEZ LANDEO
Firma del Experto Informante

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide prácticas de las enfermeras sobre la calidad del cuidado que brindan

Nº	Dimensiones / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Dimensión 1: Técnico-científica	Si	No	Si	No	Si	No	
1	2. Revisa la Historia Clínica de la paciente y constata sus datos	X		X		X		
2	4. Administra tratamiento antibiótico profiláctico	X		X		X		
3	7. Participa en el traslado a la paciente a la mesa quirúrgica	X		X		X		
4	9. Aplica la lista de chequeo 1ra, 2da, y 3ra. Etapa antes de la inducción de la anestesia, antes del inicio de la cirugía y antes del término de la cirugía.	X		X		X		
5	10. Realiza la primera etapa de la lista de chequeo antes de la inducción de la anestesia	X		X		X		
6	11. Al aperturar el paquete, evita que el brazo se extienda sobre el área estéril.	X		X		X		
7	12. Durante los recuento cada gases y/o compresas lo separa y cuenta individualmente.	X		X		X		
8	15. Realiza el lavado de la zona operatoria de forma centrífuga.	X		X		X		
9	17. Realiza la antisepsia de la vulva antes de la inserción de la sonda vesical.	X		X		X		
10	18. Introduce la sonda vesical al meato urinario, sin contaminarla.	X		X		X		
	Dimensión 2 : Humana	Si	No	Si	No	Si	Si	
11	1. Saluda a la paciente con amabilidad	X		X		X		
12	3. Informa a la paciente sobre el medicamento a administrar	X		X		X		
13	5. Informa a la paciente como debe trasladarse a la mesa quirúrgica.	X		X		X		
14	8. Cubre a la paciente y resguarda su intimidad.	X		X		X		
15	13. Informa a la paciente el procedimiento de lavado de zona operatoria a realizar.	X		X		X		

Apéndice G

Medición de las variables a través de la escala de Estaninos

Categorización del conocimiento de la enfermera

Escala de Estaninos:

Donde:

$$x = \text{Media} \quad 9.2$$

$$s = \text{Desviación Estándar} \quad 2$$

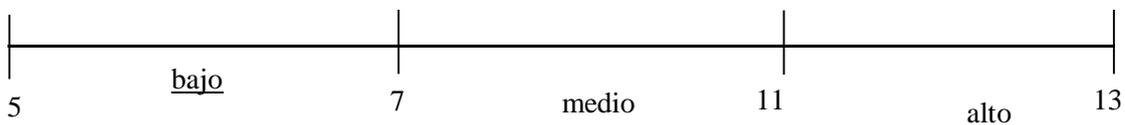
$$\text{min} = \text{Mínimo} \quad 5$$

$$\text{máx} = \text{Máximo} \quad 13$$

Calculando:

$$a = x - 0.75 (s) = 9.2 - 0.75(2) = 7$$

$$b = x + 0.75 (s) = 9.2 + 0.75(2) = 11$$



$$\text{min} - a = \text{Nivel bajo}$$

$$a+1 - b = \text{Nivel medio}$$

$$b+1 - \text{Max} = \text{Nivel alto}$$

Reemplazando:

$$5 - 7 = \text{conocimiento bajo}$$

$$8 - 11 = \text{conocimiento medio}$$

$$12 - 13 = \text{conocimiento alto}$$

Categorización de la práctica de la enfermera

Escala de Estaninos:

Donde:

$$x = \text{Media} \quad 13.5$$

$$s = \text{Desviación Estándar} \quad 1.5$$

$$\text{min} = \text{Mínimo} \quad 11$$

$$\text{máx} = \text{Máximo} \quad 17$$

Calculando:

$$a = x - 0.75 (s) = 13.5 - 0.75 (1.5) = 12$$

$$b = x + 0.75 (s) = 13.5 + 0.75 (1.5) = 15$$



$$\text{min} - a = \text{Nivel bajo}$$

$$a+1 - b = \text{Nivel medio}$$

$$b+1 - \text{Max} = \text{Nivel alto}$$

Reemplazando:

$$11 - 12 = \text{inadecuada práctica}$$

$$13 - 15 = \text{regular práctica}$$

$$16 - 17 = \text{adecuada práctica}$$

Dimensión técnico- científico

Escala de Estaninos:

Donde:

$$x = \text{Media} \quad 7.3$$

$$s = \text{Desviación Estándar} \quad 1$$

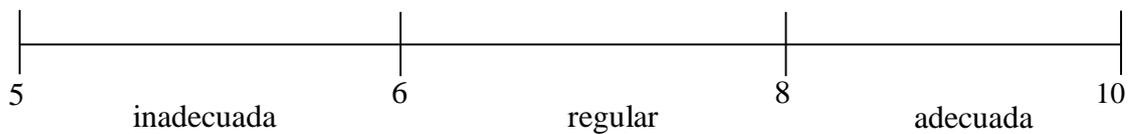
$$\text{min} = \text{Mínimo} \quad 5$$

$$\text{máx} = \text{Máximo} \quad 10$$

Calculando:

$$a = x - 0.75 (s) = 7.3 - 0.75 (1) = 6$$

$$b = x + 0.75 (s) = 7.3 + 0.75 (1) = 8$$



$$\text{min} - a = \text{Nivel bajo}$$

$$a+1 - b = \text{Nivel medio}$$

$$b+1 - \text{Max} = \text{Nivel alto}$$

Reemplazando:

$$5 - 6 = \text{inadecuada práctica}$$

$$7 - 8 = \text{regular práctica}$$

$$9 - 10 = \text{adecuada práctica}$$

Dimensión humana

Escala de Estaninos:

Donde:

$$x = \text{Media} \quad 3.3$$

$$s = \text{Desviación Estándar} \quad 0.7$$

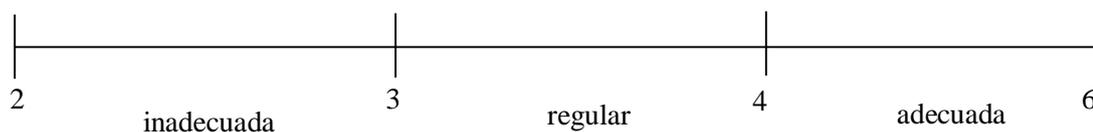
$$\text{min} = \text{Mínimo} \quad 2$$

$$\text{máx} = \text{Máximo} \quad 6$$

Calculando:

$$a = x - 0.75 (s) = 3.3 - 0.75(.7) = 3$$

$$b = x + 0.75 (s) = 3.3 + 0.75(.7) = 4$$



min - a = Nivel bajo

a+1 - b = Nivel medio

b+1 - Max = Nivel alto

Reemplazando:

2 - 3 = inadecuada práctica

4 - 4 = regular práctica

5 - 6 = adecuada práctica

Dimensión de estructura

Escala de Estaninos:

Donde:

x = Media 2.9

s = Desviación Estándar 1.1

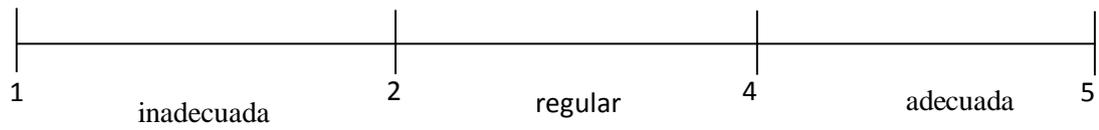
min = Mínimo 1

máx = Máximo 5

Calculando:

$$a = x - 0.75 (s) = 2.9 - 0.75(1.1) = 2$$

$$b = x + 0.75 (s) = 2.9 + 0.75(1.1) = 4$$



$\min - a = \text{Nivel bajo}$

$a+1 - b = \text{Nivel medio}$

$b+1 - \text{Max} = \text{Nivel alto}$

Reemplazando:

$1 - 2 = \text{inadecuada práctica}$

$3 - 4 = \text{regular}$

$5 - 5 = \text{adecuada práctica práctica}$

Apéndice H

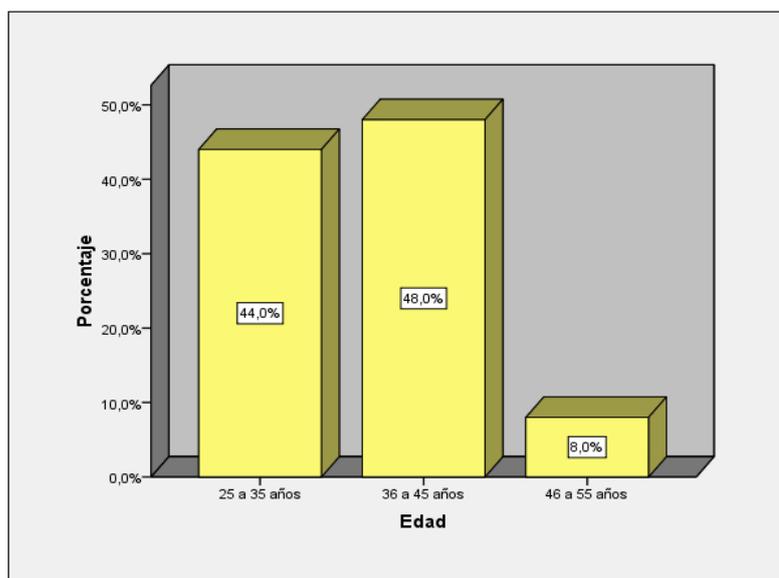
Datos generales del personal Enfermeras

Tabla 10

*Edad de las enfermeras que laboran en el servicio de sala de operaciones del INMP.
Lima – Perú. 2015*

Niveles	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
25 a 35 años	11	44.0
36 a 45 años	12	48.0
46 a 55 años	2	8.0
Total	25	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las enfermeras de sala de operaciones del INMP



Fuente: Cuestionario aplicado a las enfermeras de sala de operaciones del INMP

Figura 10

*Edad de las enfermeras que laboran en el servicio de sala de operaciones del INMP.
Lima – Perú. 2015*

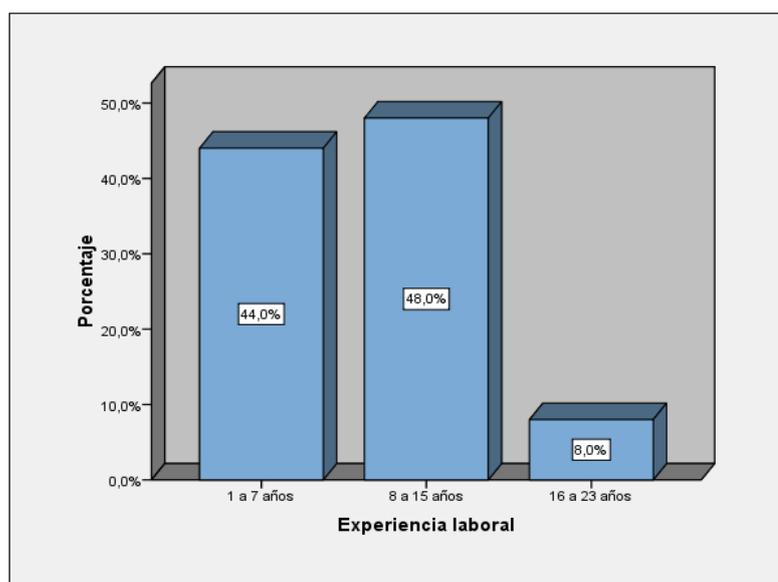
En la Tabla y figura 10, se observa que la distribución de edad de las enfermeras encuestadas, el 48.0% se encuentra entre 36 a 45 años de edad, el 44.0% entre de 25 a 35 años y el 8.0% entre 46 a 55 años respectivamente.

Tabla 11

*Experiencia laboral de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP.
Lima – Perú 2015*

Niveles	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
8 a 15 años	12	48.0
16 a 23 años	2	8.0
Total	25	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las enfermeras de sala de operaciones del INMP



Fuente: Cuestionario aplicado a las enfermeras de sala de operaciones del INMP

Figura 11

*Experiencia laboral de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP.
Lima – Perú. 2015*

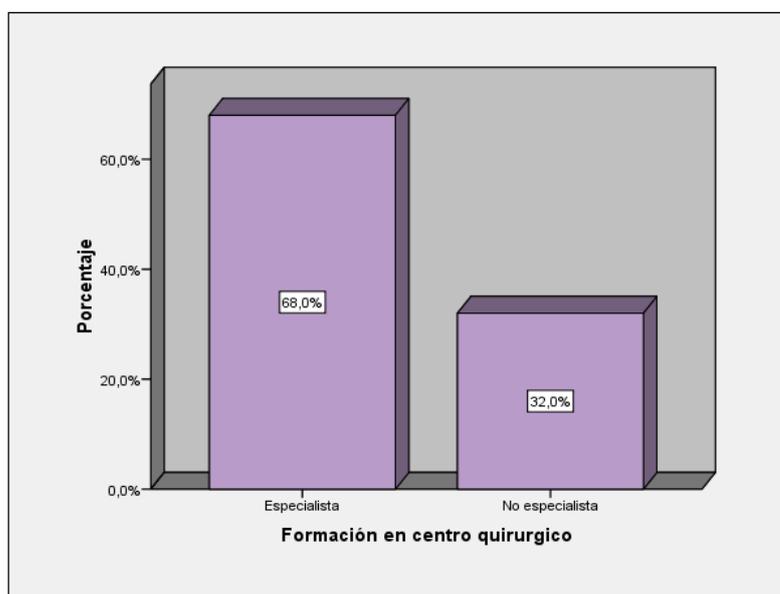
En la tabla y figura 11, en relación a su experiencia laboral en el área de sala de operaciones, el 48.0% tiene de 8 a 15 años, el 44.0% tiene de 1 a 7 años y el 8.0% tiene de 16 a 23 años de experiencia laboral.

Tabla 12

Formación académica de las enfermeras que laboran en el servicio de sala de operaciones del INMP. Lima – Perú. 2015

Niveles	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Especialista	17	68.0
No especialista	8	32.0
Total	25	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las enfermeras de sala de operaciones del INMP. Lima – Perú. 2015.



Fuente: Cuestionario aplicado a las enfermeras de sala de operaciones del INMP.

Figura 12

Formación académica de las enfermeras que laboran en sala de operaciones del INMP. Lima – Perú. 2015.

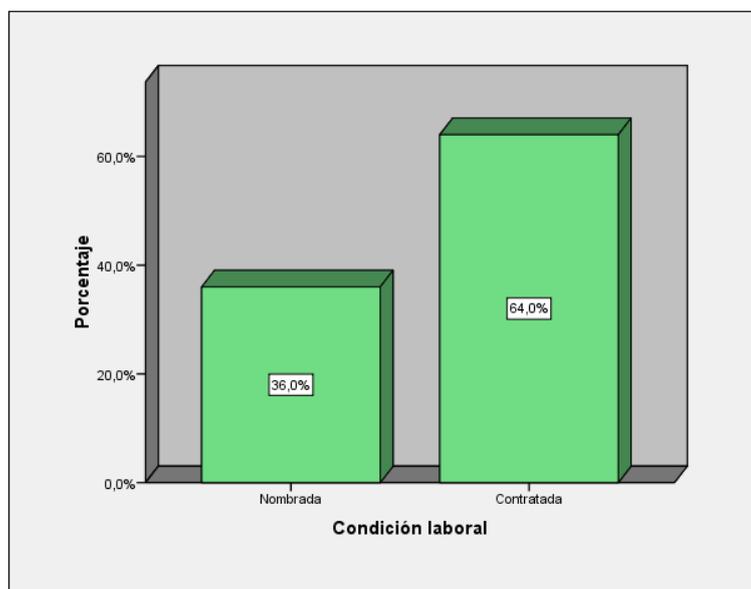
En la Tabla y figura 12, en relación al nivel de formación académica el 68% tiene especialidad en el área de centro quirúrgico, y el 32% no tiene especialidad.

Tabla 13

*Condición laboral de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP
Lima – Perú. 2015.*

Niveles	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Nombrada	9	36.0
Contratada	16	64.0
Total	25	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las enfermeras de sala de operaciones del INMP



Fuente: Cuestionario aplicado a las enfermeras de sala de operaciones del INMP

Figura 13

*Condición laboral de las enfermeras del servicio de sala de operaciones del INMP.
Lima – Perú. 2015*

En la tabla y figura 13, en relación a la condición laboral de las enfermeras, el 64% son contratadas y el 36% son nombradas.