



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE MEDIDAS DE
BIOSEGURIDAD
HOSPITAL SAN JOSÉ 2016

PRESENTADA POR
FRANK DENNYS TAMARIZ CHAVARRÍA

ASESOR
PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

TESIS
PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

LIMA – PERÚ
2016



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE MEDIDAS
DE BIOSEGURIDAD
HOSPITAL SAN JOSÉ 2016**

TESIS

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN EN SISTEMAS DE SALUD**

PRESENTADO POR

FRANK DENNYS TAMARIZ CHAVARRIA

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

LIMA, PERÚ

2016

JURADO

Presidente: José Rodolfo Garay Uribe, Magíster en Salud Pública.

Miembro: Paul Rubén Alfaro Fernández, Magíster en Administración en Salud.

Miembro: José Francisco Parodi García, Magíster en Salud Pública.

A Dios, por permitirme la vida y por estar siempre en cada pisada que alcanzo

A mis madres, Lucy Irma Chavarria Ramirez y a mi abuela Juana Ramírez Valverde,
por apoyarme de manera incondicional, para poder llegar a ser un profesional de la
Patria

A mi Familia, por el soporte que constantemente me brindan durante el transcurso de
mi carrera profesional

AGRADECIMIENTOS

A José Rodolfo Garay Uribe y Pedro Javier Navarrete Mejía, mis asesores, por su ayuda y entrega en el progreso de esta tesis.

A los profesionales que trabajan en las diversas áreas del Hospital San José del Callao, por brindarme una fracción de su tiempo para permitirme recoger la información necesaria para la presente tesis.

ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen/Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	
1.1 Antecedentes	6
1.2 Bases teóricas	11
1.3 Definición de términos básicos	26
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
2.1 Formulación de la hipótesis	30
2.2 Variables y su operacionalización	31
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y diseño	32
3.2 Diseño muestral	32
3.3 Procedimientos de recolección de datos	33
3.4 Procesamiento y análisis de los datos	35
3.5 Aspectos éticos	35
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	36
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	40
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
FUENTES DE INFORMACIÓN	46
ANEXOS	
Anexo 1. Cuestionario de medidas de bioseguridad	
Anexo 2. Guía de observación de aplicación de medidas de bioseguridad	

RESUMEN

La bioseguridad intrahospitalaria es una agrupación de conocimientos y técnicas para prevención de contaminación intrahospitalaria asociados a la atención de salud, afectando a miles de pacientes por año, así como al personal de salud que también están expuestos en el desarrollo de sus actividades.

La investigación de modelo descriptivo con variables correlacionales, de corte transversal, la cual se efectuó en los meses de enero a junio de 2016 y consideraba su objetivo principal precisar la correlación entre el nivel de conocimiento y la práctica de bioseguridad del personal de salud en las áreas de hospitalización de medicina, cirugía, ginecología y pediatría dentro Hospital San José del Callao.

La metodología consistió en el análisis del estudio de Chi cuadrado y estudio de Fisher mediante las variables obtenidas, teniendo una población total 100 trabajadores de salud (médicos, enfermeras y técnicos), los datos fueron recolectados mediante un instrumento que midió grado de conocimiento acerca de las normas de bioseguridad, además un registro de verificación para apreciar la práctica de medidas de bioseguridad.

El producto indico que el 26% consiguieron un nivel de conocimiento alto, 55% nivel de conocimiento medio y 19% nivel de conocimiento bajo. Acerca del nivel práctica de bioseguridad el 65% obtuvieron un nivel bueno, entretanto el 35% obtuvo mal nivel de práctica.

Se concluye que se encontró un vínculo significativo entre uno y otra variable (*prueba exacta Fisher $p = .000$*).

Palabra clave: Escala de conocimiento y práctica de medidas de bioseguridad

SUMMARY

Hospital biosafety is a grouping of knowledge and techniques for prevention of in-hospital contamination associated with health care, affecting thousands of patients per year, as well as health personnel who are also exposed in the development of their activities.

The investigation of descriptive model with correlational variables, of transversal cut, which took place in the months of January to June of 2016 and considered its main objective to specify the correlation between the level of knowledge and the practice of biosecurity of the health personnel in the hospitalization areas of medicine, surgery, gynecology and pediatrics in Hospital San José del Callao.

The methodology consisted in the analysis of the study of Chi square and Fisher's study by means of the obtained variables, having a total population of 100 health workers (doctors, nurses and technicians), the data was collected by means of an instrument that measured degree of knowledge about biosafety norms, plus a verification record to assess the practice of biosecurity measures.

The product indicated that 26% achieved a high level of knowledge, 55% average knowledge level and 19% low level of knowledge. About the practical level of biosafety 65% obtained a good level, meanwhile 35% obtained bad level of practice.

It is concluded that a significant link was found between one variable and another (Fisher exact test $p = .000$).

Keyword: Scale of knowledge and practice of biosecurity measures

INTRODUCCIÓN

Bioseguridad se comprende como un sistema de conducta orientada a conseguir actitudes y conductas que reduzcan el riesgo del personal de salud de contaminarse en el trabajo. Involucra al personal que se localiza en el área asistencial, ámbito el cual debe estar planteado en el marco de una táctica de reducción de riesgos. ¹

El ámbito clínico no está exento de riesgos de diversa índole, siendo el riesgo biológico, uno de los más trascendentes para la salud del trabajador y el paciente cuyas defensas se encuentran comprometidas por las entidades nosológicas.

La presente investigación es acerca de las acciones de bioseguridad que realiza el trabajador del Hospital San José del Callao, y la importancia de una relación del nivel de conocimiento y práctica frente a esta, para el autocuidado del personal y la prevención de enfermedades e infecciones intrahospitalarias, las cuales son prevenibles mediante el ejercicio de medidas de bioseguridad y es de suma importancia cuando pensamos en la gestión de la calidad.

Permitirá llevar a cabo una investigación que sea capaz de generar ideas precisas para investigar desde una perspectiva científica que inspire el desarrollo de la profesión.

En relación a la bioseguridad existen diferentes afirmaciones, dentro de ellas la de Franco A (2005), quien refiere que la creación de una cultura institucional en seguridad del paciente, la implementación de prácticas seguras y el trabajo continuo para el mejoramiento de los factores humanos, llevarán a actos clínicos más seguros que se alejen de los errores que suceden a diario en las organizaciones de salud. ²

Así mismo, Bautista R, (2013), afirma que los reglamentos de bioseguridad son actividades de prevención que se realizan en las instituciones para preservar la salud y reducir el riesgo de contagio de bacterias, los cuales están presentes, principalmente en el ambiente hospitalaria. ³ Actualmente, el cumplimiento de reglamento de bioseguridad es un requerimiento para el certificado de calidad.

La importancia del problema ha merecido un abordaje múltiple, bioseguridad se comprende como un conjunto de comportamiento dirigido a lograr una postura y conducta que reduzca el riesgo del personal de salud de conseguir contagiarse en el área laboral. ⁴

Asimismo, Fink S, (2010) refiere que, en todas las áreas de salud, animal y de investigación deben obedecer los reglamentos de bioseguridad y desarrollar actividades seguras para reducir la probabilidad de riesgo de tipo biológico. ⁵

Castells S, (2003) refiere que cuando existe inconsciencia sobre el cuidado con las muestras de flujos sanguíneos, la vestimenta contaminada y elementos punzo cortantes, revela una dificultad del aprendizaje en los enfermeros de nueva integración y falta de educación permanente y continuada de las áreas donde laboran, ya que el entendimiento sobre estas medidas son condiciones casi obligatorias para el trabajador, por estar presentes en sus procedimientos diarios.⁶ Del Valle S, (2002) afirma que el empleo de reglamentos efectivos de comprobación y previsión, al igual que las precauciones de protección posibilitaran evitar la infección entre pacientes, el trabajador auxiliar del consultorio y hasta de el cliente al personal de salud. ^{7,8}

La normatividad es uno de los elementos esenciales en la conducción del potencial humano dentro de una organización, porque permite unificar criterios y direccionar consistentemente los esfuerzos en los diversos procesos de trabajo, sobretodo en el ámbito hospitalario, donde la omisión o ejecución de procesos inseguros o errores, puede dar lugar a complicaciones cuyo costo es elevado.

El presente estudio se inicia debido al aumento de exhibición ocupacional a patologías contagiosas en los últimos años, es necesario que las entidades perfeccionen asignaturas, programas e itinerarios con la finalidad de preparar al personal de salud, promoviendo una formación de bioseguridad como una manera de ordenamiento del cuidado de los pacientes y del área, debiendo alentar prácticas beneficiosas generando un área de trabajo protegida.

La vitalidad del personal y su bienestar, constituyen el capital humano más valioso de la empresa y el personal con función directiva debe lograr llegar a cada empleado y motivarlo respecto a las prácticas de bioseguridad, que llegue a formar parte del sistema de costumbres, y actitudes del centro asistencial. Para lograr intervenciones acertadas en la gestión es necesario evaluar sistemáticamente el modo como se desarrollan los procesos y más aún interesa conocer y comprender desde la subjetividad e intersubjetividad de las vivencias de los empleados, que significa el riesgo laboral, las normas y evaluar si para ellos son todavía procedimientos obligados o si existe convicción arraigada entre ellos sobre la necesidad de trabajar con pautas seguras.

Los resultados de la investigación en su doble vertiente, desde la cuantificación de las percepciones y la profundización en el mundo de los significados, permitirá contar con información teórica que servirá como punto de referencia para diseñar algunas propuestas revitalizadoras en el comportamiento laboral que conduzcan en el mediano plazo a la construcción progresiva de una cultura de bioseguridad para el personal de salud.

En este contexto se propuso como objetivo general precisar la asociación entre el nivel de conocimiento y práctica de las medidas bioseguridad, y como objetivos específicos precisar la asociación entre el riesgo biológico y el lavado de manos, la asociación de las medidas de bioseguridad y la utilización de barreras protectoras; y la asociación que existe entre los conocimientos y

prácticas sobre el empleo de residuos sólidos hospitalarios, que realiza el trabajador asistencial de los servicios de hospitalización de medicina, cirugía, ginecología y pediatría del Hospital San José, de enero a junio 2016.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

El 2015 en Ecuador se desarrolló un estudio que tuvo como objetivo primordial proyectar tácticas que refuercen el empleo de los residuos del hospital, mediante la prevención. Es de naturaleza descriptiva, transversal, se utilizó el método inductivo-deductivo, para la realización de los objetivos. La población de estudio fueron todos los trabajadores del área de salud. Los resultados fueron que se determinó que solo se categoriza una fracción de los residuos del hospital para un empleo diferenciado. Dichos residuos son los cortos punzantes, el cual incluyen agujas, bisturí, vidrios; los anátomo-patológicos, provenientes de áreas cirugía y residuos químicos, para ser apartados por una institución externa, los residuos restantes son manejados como residuos comunes sin la atención en su utilización y exposición.⁹

El 2015 en Argentina se desarrolló una investigación de tipo retrospectiva, descriptiva, transversal sobre los elementos biológicos, que son agentes de análisis de la toxicología profesional, siendo relacionados con el personal de enfermería contra las eventualidades a la exhibición de elementos biológicos durante sus funciones. La población fue de 59 personales de enfermería del Hospital en el periodo de agosto del 2015. Como resultado se evidencia que el 27,12% del personal de enfermería no usa las medidas de protección al manejar fluidos corporales permaneciendo en contacto un 86,4% a los mismos.¹⁰

El 2007 se buscó precisar los conocimientos del trabajador auxiliar de enfermería, análisis de tipo descriptivo de corte transversal, con abordaje cuantitativo. Se usó el instrumento que fue diseñado para la recopilación de datos con 15 ítems, lo que evalúa la variable a analizar midiendo los conocimientos que el trabajador auxiliar de enfermería posee acerca de las disposiciones de bioseguridad en la técnica de asepsia. Los resultados indicaron que la persona tiene una fracción de conocimiento acerca de las disposiciones de bioseguridad, en los métodos de asepsia, en la administración de medicamentos parenterales y más del 33,3% no conocen el método de asepsia. ¹¹

El 2010 con el objetivo de precisar el uso de los reglamentos de bioseguridad de los profesionales de salud en el Área de diálisis del Hospital Julio Criollo Rivas en ciudad Bolívar, se desarrolló un estudio descriptivo, de corte transversal; la muestra consistió en 32 personales de enfermería, como instrumento se utilizó un manual de observación que permitió verificar la aplicación de los reglamentos de bioseguridad por el profesional de enfermería. Los resultados demostraron que el 95,31% de los profesionales desarrolla el lavado de manos previo a cada procedimiento, luego un 97,66% lo desarrolla posterior a cada procedimiento y finalmente un 89,06% desarrolla el método adecuado en el momento de asearse las manos, un 99,22% utiliza correctamente los guantes en el momento de desarrollar la terapia, un 0% usa protección en los ojos, 68,75% usa de manera correcta la mascarilla, un 20,31% usa botas descartables, en conclusión se aplican los reglamentos de bioseguridad. ¹²

En el 2014 en Perú se precisó la correlación que se encuentra entre el grado de conocimiento y el uso de reglamentos de bioseguridad en el personal de enfermería en las áreas de medicina. La investigación fue descriptiva, correlacional, de corte transversal, la cual se dio en los meses de octubre 2013 hasta febrero 2014. Estuvo constituido por una muestra de 25 personales de enfermería, la información fue recogida a través de los siguientes instrumentos, una encuesta para evaluar el grado de conocimiento sobre el reglamento de bioseguridad, y una relación observacional para evaluar la práctica de los reglamentos de bioseguridad. Para el estudio se dio uso del examen estadístico de Chi cuadrado, obteniéndose los siguientes resultados, 56% del personal de enfermería alcanzaron un grado de conocimiento medio, 44% grado alto, finalmente no se evidencio un grado bajo de conocimiento. Un 72% del personal de enfermería desarrollaron buenas prácticas de medidas de bioseguridad y 28% incorrectas prácticas de medidas de bioseguridad. Concluyendo una asociación significativa de ambas variables de ($p= 0.006$).¹³

En el 2003 en Perú se desarrolló un estudio cuyo objetivo general fue precisar la correlación que se encuentra entre el grado de conocimientos y las actitudes hacia el uso de los reglamentos de bioseguridad, La investigación fue descriptiva, correlacional y cuantitativo conteniendo una población de 40 personales de salud de ambos géneros, se utilizó la escala Lickert y cuestionarios para la recopilación de la información. El producto en base a la relación no tuvo significancia conforme al estudio y verificación de la prueba Chi cuadrada, concluyendo que para conseguir una postura favorable además

de tener los conocimientos necesarios es urgente desarrollar una intensa reflexión y revisión de la práctica para modificar o mejorar las situaciones en las que se desarrollan los procedimientos. ¹⁴

El 2013 se investigó teniendo como objetivo comprobar la aplicación de los reglamentos de bioseguridad, identificando si el conocimiento del profesional de salud contribuye de forma directa en los mismos. La investigación fue de campo, ya que la información fue obtenida de forma directa, estudio de tipo descriptivo, el instrumento que se uso fue la contemplación directa con 27 ítems, además una evaluación de 10 preguntas con varias opciones. Su muestra consistió en 28 profesionales entre 5 personal de enfermería y 23 técnicas auxiliares, realizándose un análisis de la información permitiendo evidenciar la siguiente problemática: Entendimiento de bioseguridad 100%, en el Entendimiento de las bases de reglamentos de bioseguridad conocen en un 71% y un 75% conocen el uso adecuado de los métodos de protección personal. ¹⁵

En el 2009 en Perú se desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, con una población de 36 profesionales de enfermería, y se usaron instrumentos como cuestionarios, escala Lickert modificada y lista de chequeo. Como resultados conseguidos fueron que el conocimiento de los profesionales de salud acerca los reglamentos de bioseguridad en el procedimiento de vía venosa periférica, fue de grado medio, además un grado de conocimiento alto y un pequeño grupo de profesionales con grado de conocimiento bajo. La actitud

de los profesionales frente al seguimiento de reglamentos de bioseguridad es predominantemente desinteresada y contraproducente. ¹⁶

En el 2002, en el Perú se desarrolló un estudio teniendo como objetivo precisar el grado de conocimiento y cumplimiento de los reglamentos de bioseguridad del profesional médico y técnico de enfermería que trabaja en los servicios de alto riesgo, de tipo descriptivo, transversal, se cogió una muestra de 117 profesionales de salud, para valorar el grado de conocimientos usando un cuestionario y realización de funciones mediante un manual de observación. Se evidencio en los resultados del cumplimiento de reglamentos, un grado conocimiento alto en centro quirúrgico y el menos en cirugía, existieron fallas comunes, inadecuado uso de guantes no efectuando el intercambio oportuno, baja frecuencia de higiene de manos, consumo de alimentos en servicios no autorizados. En conclusión existe un alto nivel de conocimiento de los reglamentos, sin embargo el cumplimiento de las normas es de 30 a 60%. ¹⁷

En el 2010 en Colombia se autorizó el uso de la escala para la utilización del HAI (Handwashing Assessment Inventory) el cual es una herramienta que posibilita valorar la motivación y cumplimiento del profesional de enfermería frente al procedimiento de higiene de manos. El estudio presenta ocho variables: auto reporte, actitud, apreciación sobre la opinión de terceros, estado de las manos, creencias sobre resultados, variables relacionadas con temas institucionales, conocimiento del procedimiento y sus consecuencias e propósito. La escala evidencio una coherencia optima (alfa de Cron Bach de 0.82); al igual que cuatro de los ocho ítems. La relación de la escala ARGPC y

HAI fue pobre. Los coeficientes de la prueba en general fueron pobres. Un ANOVA de medidas repetidas no presentó diferencias en el puntaje de siete variables de la escala. La versión en español del HAI detalla una satisfactoria equivalencia transcultural. La consistencia interna es aceptable; pero evidencia baja confiabilidad prueba re prueba. ¹⁸

1.2 Bases teóricas

Bioseguridad

Espinosa-Aquino B (2010), define que la bioseguridad se comprende por sus elementos: “bio” de bios (griego) que representa la vida, y seguridad que describe a la calidad de permanecer seguro, sin daño o riesgo. En ese sentido, bioseguridad se entiende como calidad de vida libre de perjuicio, riesgo o peligro. ¹⁹

La bioseguridad hospitalaria en el personal de salud, se define como el estado en que los agentes patógenos deben ser manejados para disminuir la exposición del profesional en los servicios del hospital crítico o no crítico, a los pacientes, y residuos hospitalarios que infectan al medio ambiente. Malagón L, y Hernández E, (2009), señala que los reglamentos de bioseguridad que se aplican son más estrictos cuanto más peligrosos sean los patógenos infecciosos que se manipulan en el servicio en el cual se labora. ²⁰

La bioseguridad debe ser un ejercicio diario en las áreas médicas y deben de cumplirse por todo los profesionales que trabajen en los centros,

independientemente del nivel de riesgo según sus funciones y de los diferentes servicios que conforman el hospital.

Vasconez Z, y Molina G, (2011), define que bioseguridad es un vocablo que ha sido usado para describir y detallar los reglamentos de conducta y maniobras preventivas, del profesional de salud frente a patógenos potencialmente infecto contagiosos, con el fin de reducir el riesgo de conseguir enfermedades en el área laboral.²¹

Por lo tanto, la bioseguridad debe generar y promover una cultura organizacional en el personal de salud, como una agrupación de ideales, actitudes, validez, creencias y prácticas de un conjunto de profesionales que constituyen una institución; dando pautas de conductas y reglamentos de las cuales el personal laboral, para conseguir metas generalmente compartidas.

Principios de bioseguridad

Papone V, (2000), señala que la bioseguridad debe entenderse como un sistema de comportamiento orientada a conseguir actitudes y conductas que reducen el riesgo del profesional de la salud de conseguir contagios en el área laboral. Además, compromete a todas las personas y pacientes que se ubican en el área asistencial, área que debe estar proyectado en el marco de una táctica de reducción de riesgos, incluyendo tres fundamentos que se mencionan a continuación:²²

Universalidad

Son normas que deben ser aplicadas para todas las personas, independientemente de presentar o no patologías.²³ Las medidas de

bioseguridad involucran a los usuarios de todos los departamentos y servicios, de todas las áreas independientemente de conocer o no su patología.

Uso de barrera

El uso de las diversas barreras de bioseguridad es la principal y más importante herramienta de protección personal contra diversas enfermedades, la misma que debe existir en cantidad suficiente y adecuada, la cual debe ser distribuida y proporcionada por los empleadores. Tapias V & Orozco V (2010), consideran que los elementos de protección son particularmente necesarios cuando la transmisión de la enfermedad puede ocurrir a través del tacto, aerosoles o salpicaduras de sangre, fluidos corporales, membranas mucosas, piel no intacta, tejidos del cuerpo, materiales contaminados y las superficies.²⁴

Manejo de desechos

Estos comprenden a los procedimientos adecuados a través de los cuales, los materiales que son utilizados en la atención de pacientes, son colocados en recipientes adecuados y eliminados de manera que no causen daño alguno.

Tipo de barreras

Barreras físicas

Reeder S, Martín L, y Koniak D, (2009), refiere que la aplicación de barreras de protección disminuye el riesgo de exposición de la piel o membranas mucosas del personal de la salud a residuos contaminados. Las barreras de protección disminuyen el riesgo de exposición de sangre y otros líquidos corporales que tengan sangre visible de las cuales se utilicen las precauciones universales. ²⁵

Las barreras físicas tienen un rol fundamental en el protección y cuidado de la salud del profesional de salud, ya que reduce el riesgo de exposición de la piel y membranas mucosas a fluidos infecciosos y residuos contaminantes.

Elementos de protección personal

Los instrumentos de protección del profesional de salud deberían de incluir guantes, mascarillas, batas, gafas, fundas para zapatos. Son de trascendental importancia evitando el contagio del patógeno, el cual puede suceder mediante el contacto, salpique de sangre, aerosoles, fluidos del cuerpo, mucosas, los tejidos corporales, o de los instrumentos infectados y las superficies.

Estos instrumentos son lo que ayudan a generar la barrera en el personal de salud en riesgo y el origen de patógenos infecciosos. Un uso racional y consecuente de los equipos de protección personal disponible y un adecuado aseo de las manos también ayudan a reducir la diseminación de la infección. ²⁶ Esta clase de protección debe ser usado por el personal de salud en el

momento que se encuentre en riesgo por contagio a agentes infecciosos, para prevenir el contacto de piel o mucosidades.

a. Uso de gorro

La utilidad del gorro sirve para la prevenir que el cabello almacene patógenos infecciosos. Debe de cubrir todo el cabello correctamente, incluyendo patillas y orejas; en pelo largo debe amarrarse y no debe usarse doble gorro para protección de cabello. ²⁷ Por ese motivo el profesional de salud debe utilizar el gorro desechable ya que el mismo sirve como barrera de protección evitan que el cabello aloje los gérmenes patógenos.

b. Guantes

Los guantes previenen el contagio de patógenos, infecciones o la contaminación con sangre o sus elementos, y componentes dañinos que puedan dañar la salud. Los guantes son hechos de látex o caucho sintético, vinilo o nitrilo. Los profesionales de salud deben utilizar guantes cada vez que sus manos vayan a tocar sangre o tejidos, o cuando hay contacto con líquidos corporales, fluidos, excreciones, mucosas, piel lesionada, y más aún si va a estar en contacto con residuos infecciosos. Se debe intercambiar entre procedimientos y funciones en el mismo paciente o luego de la exposición con el material patogeno, elementos y superficies no contaminadas, se debe cambiar antes de cada paciente, asimismo se debe realizar el lavado de manos luego de sacárselos. No son sustitutos de la higiene de manos.

c. Mascarillas

Las mascarillas sirven para la prevención de transmisión de patógenos infecciosos que se transmiten a través del aire en suspensión y cuyo acceso de salida del paciente es la vía respiratoria. Dichas mascarillas son de utilidad personal y de material que siga con los requisitos de permeabilidad y filtración como para que sea como una protección efectiva según la meta que se desea conseguir. Además, puede usarse cuando existe riesgo de salpicón de sangre o líquidos del cuerpo, en la cara, como protección facial; en ese sentido, pueden prevenir que los dedos y las manos que han tocado material contaminado toquen la mucosidad que se encuentra en el rostro.

d. Batas y ropa protectora

Las batas protegen al personal de salud, para protección de la piel y prevenir contaminar el atuendo mientras se efectúan los procedimientos que puedan producir salpicones o líquidos pulverizables de sangre, fluidos del cuerpo, o de los derrames y los salpicones de sustancias peligrosas o instrumentos desechables, además, previenen que los patógenos de los brazos, dorso o vestimenta alcancen al paciente. La bata es importante para la protección de la vestimenta de los profesionales, la vestimenta quirúrgica está conformada por pantalones y una camisa. El escote de la camiseta de cuello en V no puede ser en escote, que se noten los hombros del profesional o se exhiba el pelo del pecho de los hombres.²⁸

e. Protección del calzado

La utilidad correcta del calzado consiste en el fomento del control de infecciones:

- Cuando se requiere el uso de protección para los zapatos, deben ser utilizados para prevenir la infección con sangre u otros fluidos del cuerpo y prevenir así la inoculación de estos hacia el medio ambiente.
- Debe permanecer aseado.
- Cuando se pone o quita se debe de tener cuidado, durante el procedimiento del parto para prevenir la exposición a bacterias a las manos.
- El lavado de manos debe de efectuarse luego de la utilización del calzado.
- No utilizar calzado para funciones no propias de los servicios de atención de salud, por ejemplo, entre las áreas, en áreas de cocina o comedor.

f. Protección ocular

En ojos, por su restringida perfusión sanguínea y su poca respuesta del sistema inmune, son vulnerables a presentar daños microscópicos y macroscópicos, por este motivo es necesario la protección para prevenir el contacto con el tejido ocular con vaporización o gotas suspendidas en el medio ambiente.

Barreras químicas

La higiene de manos es fundamental dentro de los reglamentos universales de asepsia y antisepsia, esta trascendental medida recomendada en los reglamentos de asepsia y antisepsia constituye una de las principales estrategias de prevención y se debe apreciar como uno de las formas más importantes para reducir el contagio de patógenos infecciosos, ya sea por manejo de los residuos sólidos o por procedimientos con los usuarios y convirtiéndose en una norma obligatoria en las funciones de la profesional de salud.

Bioseguridad en relación con el lavado de las manos

El indicador de infección intrahospitalaria se estima como un índice de calidad de cuidado de la salud y calcula la eficacia de una institución ligado a otros índices. Por tal motivo, esta fuente de datos, la disposición de prevención más trascendental es la higiene de manos previo a ver a un paciente; un ejercicio difundido en el siglo XIX por el doctor húngaro Ignaz Semmelweis. En el año 1843, Oliver Wendell Holmes detalló que la fiebre puerperal se difundía a través las manos de los profesionales de salud.

Una cultura de bioseguridad óptima dependerá de la meta que se busque conseguir. En la OMS (2009), el reglamento de los cinco pasos para el lavado de las manos sugiere un panorama unido para el personal de salud, los docentes y los observadores con la meta de reducir la variabilidad entre sujetos

y llevar a un incremento globalizado de la realización de los procesos efectivos de lavado de las manos y bioseguridad. ²⁹

Por tal motivo una cultura de bioseguridad difundida y priorizada en el profesional de salud en relación con la higiene de manos constituye la barrera protectora trascendental, ya que reducen el riesgo del usuario; el riesgo de microorganismos oportunistas, además la apropiada higiene de las manos previene que el profesional de salud adquiera bacterias mediante las manos. ²⁹

Por tal motivo la Organización Mundial de Salud (2009), detalla 05 pasos de la higiene de manos que se debe practicar ²⁹

- Antes del contacto directo con el paciente
- Antes de ejecutar un procedimiento limpia o aséptica
- Después del contacto con fluidos del cuerpo
- Después del contacto con el paciente
- Después del exposición con el entorno del paciente

Según MINSA, Manual de bioseguridad (2004) ³⁰ señala

Es el sistema más eficaz para reducir el contagio con elementos infectantes de una persona a otra y cuyo objetivo es la disminución de la flora bacteriana y ausencia de microorganismos en la piel. Se dice que la reducción de ésta es

suficiente para impedir las infecciones nosocomiales cruzadas. La higiene de manos erradica la mayor parte de los microorganismos y el lavado con agua y jabón es necesaria en la mayor parte de los procedimientos.

Indicaciones en la higiene de manos

- Al entrar al área laboral y al cesar del mismo - (lavado corto).
- Al cesar el turno en el área de trabajo - (lavado corto)
- Al contacto con áreas anatómicas del cuerpo - (lavado corto)
- Antes y luego de la ingestión bebida y comida - (lavado corto)
- Luego de utilizar los servicios higiénicos. - (lavado corto)
- Al terminar el turno laboral - (lavado corto)
- Luego de estornudar, toser, tocarse el rostro, ajustar el cabello (lavado corto)

Se debe usar

- Jabón común neutro para la higiene de manos líquido.
- Jabón con detergente antibacteriano o con elementos antisépticos.

Antisépticos

Elementos químicos con un objetivo antibacteriano que se podría colocar en la piel, localmente, de manera tópica en el tejido sano. Al ser un componente que se utiliza en la piel necesita de cualidades específicas. Por tal motivo, su utilidad está recomendando para las siguientes prácticas:

- Reducir la propagación de microorganismos a la piel.
- Higiene de manos corriente en áreas de alto riesgo.
- Disposición de la piel para técnicas invasivas.
- Para el servicio de los pacientes inmunológicamente comprometidos además de agentes de riesgo de infección nosocomial.
- Consecutivo a la utilización de instrumental contaminado.
- Higiene quirúrgica de manos.
- Disposición pre operatoria del tejido tisular.

Alcoholes

La forma de acción en la que trabaja pertenece a la desnaturalización de las proteínas. Teniendo un buen resultado frente a las elementos vegetativos de las Microbacterias Gram (+) y (-), bacilo tuberculoso, virus y hongos. Su utilidad en el tejido tisular es fiable y no suele detallar eventos secundarios, solo resequedad del tejido aplicado en otros casos de utilidad de formulaciones no cosméticas. Tiene una respuesta rápida, desde los 15 segundos. No posee un respuesta química de perpetuación, su respuesta biológica de destrucción

microbiana se mantiene por mucho tiempo. Además existe tres clases de alcoholes con utilidad antiséptica: propílica, isopropílica, etílica. El alcohol de uso mas frecuente es el metílico, por su biodisponibilidad, ya que respecto a la eficacia no se han evidenciado variaciones resaltantes. Correspondiente a la concentración, el de más uso es el 70%, produciendo menor resequedad, irritación del tejido tisular y es de mínimo costo. Dichos alcoholes son inestables e incendiable, por tal motivo debe ser guardado en condiciones adecuadas.

Povidona yodada

Es un elemento soluble en líquido que es resultado de la unión del yodo y polivinilpirrolidona con lo cual se optimiza la solubilidad del yodo y permite liberarse de forma progresiva en la piel. Este resultado permite ausencia de irritación del tejido tisular y más disponibilidad del compuesto en el tiempo. El mencionado yodo disponible se describe a una porción de yodo disponible como reservorio y el de yodo libre al porcentaje en solución en circunstancias de actuar, por tal motivo una mezcla de povidona yodada al 10%, contiene 1% de yodo disponible y la concentración de yodo libre es de 1 a 2 partes de un millón que permanece hasta acabarse el yodo disponible. Lo sobresaliente de la solución se malgasta al diluirse en agua, de esta forma actúa como un componente acuoso de yodo. Su efecto se ve reducido por la existencia de sangre u otro elemento orgánico. La solución de empleo común como limpiador quirúrgico son al 7,5 % y 8% y el usado para curaciones al 10%. Además, a la tintura de yodo o lugol muestra poca irritación dérmica. Se manipular con mucho cuidado en los recién nacidos y pacientes con quemaduras. Su función

antibacteriana se categoriza en un nivel alto y nivel intermedio. Son mortíferos en segundos para los microorganismos, virus, microbacterias, hongos, protozoos y esporas. Aunque, en las esporas secas necesitan más horas de exposición para evidenciar efectos.

Clorhexidina

Su función está en lesionar la capa de la membrana celular y precipitación del citoplasma. Además, tiene muchas más funciones que actúan sobre los microorganismos Gram (+) y Gram (-) pero no posee daño en el bacilo tuberculoso y es debilitado en hongos. Su función antiviral afecta el herpes simple, influenza, VIH y citomegalovirus. La superioridad que demuestra la utilidad de Clorhexidina son la actividad germicida rápida y su durabilidad prolongada debido a que este compuesto posee una gran adhesividad al tejido tisular, tiene un óptimo índice terapéutico. Su utilidad es segura en el tejido tisular de los recién nacidos y la permeabilidad a través de la piel es pequeña. Únicamente se ha provocado toxicidad en contacto de oído medio y ojos.

La eficacia de su actividad es media y tiene un alto grado de perseverancia en su efecto a causa de un fuerte vínculo con el tejido tisular, por tal motivo su actividad antimicrobiana se mantiene hasta 6 horas luego de uso, el más grande resultado que tiene sobre todos los agentes utilizados para en la higiene de manos. Tiene un significativo resultado acumulativo de modo que su actividad antibacteriana crece con su utilidad continua. Su uso no se afecta por la presencia de sangre u otros líquidos orgánicos, por eso su efecto se puede ver alterado por surfactantes no iónicos o aniones inorgánicos en el agua dura

y elementos usados en su desarrollo, en ese sentido su actividad es fórmula dependiente y esto dispone distintas concentraciones para su utilidad.

a. Desinfectantes

Son componentes químicos calificados para eliminar un microorganismo ya que debido a su gran toxicidad celular se usan solo sobre capa inanimada o material inerte. Con el objetivo de distribuir las sustancias más adecuadas para cada tipo de material, Spaulding tipifico las sustancias según su uso en el paciente en cuanto a su invasión en:

Artículos críticos: Se adhieren a aberturas o cavidades regularmente estériles en el organismo, por tal motivo que deben permanecer estériles.

Artículos semicríticos: Permanecen en contacto con el tejido tisular no intacto o mucosas, además deben permanecer libres de cualquier forma vegetativa de las y de predilección deben ser estériles. Si la esterilización no es posible pueden ser sujetarse a desinfección de mayor grado.

Artículos no críticos: Pueden tener contacto con el tejido intacta, o no tienen contacto con el tejido. Estos elementos necesitan higiene y secado y por momentos desinfección de menor grado.

Una desinfección de mayor grado se basa en la función letal en todos los microbacterias, en la cual microorganismo, hongos y esporas. No sustituye los procesos de esterilización. En este conjunto hallamos al glutaraldehido activado

al 2% en solución acuosa. En una desinfección de grado medio hay eliminación de los elementos vegetativos de los microorganismos a excepción de esporas. En este conjunto corresponde el hipoclorito de sodio y alcohol etílico al 70%. La desinfección de grado menor no afecta a hongos, ni esporas, solo microorganismos vegetativos y pocos virus. En dicha asociación se evidencia las sustancias acuosas de amonio cuaternario 0,1 a 0,2%.

Glutaraldehido

Desinfectante usado en el área hospitalaria requerido ya que posee un gran espectro de actividad, es activo en existencia de elementos orgánicos y no posee efecto corrosivo. Su efecto depende del tiempo de exposición se logran varios tipos de asepsia. Al aguardar 12 horas se consigue una asepsia, con 30 minutos, desinfección de mayor grado y con 10 minutos, de menor grado. Si el instrumental que se va a esterilizar está contaminado con sangre, pus o líquido orgánico, se puede modificar el grado de desinfección.

La barrera orgánica ejerce una barrera física y se cruza entre el desinfectante y la superficie de contacto del instrumental a esterilizar, por tal motivo es importante asear todo el instrumental previo a ser expuesto a la esterilización. No corrosivo. Se usa para la desinfección de mayor grado nivel en instrumental que no puede sujetarse a temperaturas elevadas como endoscopios, los cuales poseen frágiles fibras ópticas y componentes de goma. Es un componente tóxico, para el profesional que lo usa, y para las personas que usan el material. Por ese motivo debe enjuagarse el material luego de la desinfección para erradicar todo desinfectante residual. Se desactiva luego de dos semanas de

compuesto y por dilución, como al sumergir material con previo lavado con agua sin secarlos.

Hipoclorito de sodio 1%

Es un desinfectante de mayor grado el cual tiene utilidad clínica más restringida ya que el pH alcalino reduce su acción, al igual que con la existencia de elementos orgánicos y corroe el instrumental metálico.

1.3 Definición de términos básicos

Es un grupo de impresiones o construcciones sociales elaboradas por los profesionales de salud acerca del contenido del reglamento de bioseguridad, las creencias, costumbres y actitudes que poseen sobre la necesidad, utilidad y posibilidad de aplicarlas en el cuidado para proteger al paciente, a sí mismos y ofertar calidad institucional.

Bioseguridad: Asociación de reglamentos y medidas de prevención que son de responsabilidad del profesional que labora en áreas y servicios de salud, para prevenir la transmisión de microorganismos de los pacientes en el servicio del hospital o en el medio ambiente, por la presencia de microorganismos infectocontagiosos.

Lavado de manos: Es una definición que se usa a cualquier higiene de manos, higiene antiséptica quirúrgica de manos, higiene antiséptica de manos por frotamiento, higiene antiséptica de manos, o, que se efectuó en las áreas de salud para reducir la transmisión de agentes en relación a la atención profesional de salud.

Personal de salud: El personal de salud son todos los profesionales que ejecutan funciones que tienen como objetivo final la promoción de la salud.

Actitud: Es la manera de proceder de un sujeto, la conducta que maneja un sujeto para ejecutar funciones. Por tal motivo, es su manera de ser o la manera de actuar, además considerándose como una forma de motivo social de carácter, frente a un motivo biológico, de clase primaria que fomenta y conduce a una acción hacia ciertas metas.

Riesgo biológico: Es la exposición sin ningún control a agentes microbiológicos o a sus elementos relacionados (micotoxinas, endotoxinas, conformados orgánicos vulnerables de origen bacteriano, etc.), Los elementos microbiológicos podrían estar presentes en todas las áreas de trabajo y varios son culpables de infecciones, efectos alérgicos, tóxicos y cancerígenos, por tal motivo debe ser analizado y monitorizado para prevenir el riesgo y salud del empleado.³¹

Barreras protectoras: Son las técnicas empleadas para prevenir la adherencia mediante salpicones de elementos biológicos, ya que puede ser un riesgo de contagio cuando se entra en contacto con la piel o mucosa conjuntival que evidencia heridas o procesos inflamatorios que permiten la exposición de gran variedad de elementos microbiológicos a la piel.³²

Residuos hospitalarios: Son los desechos del proceso de atención, que puede resultar de laboratorios, elementos desechables de consultorios médicos u otra área de la cual se realicen prácticas de atención de salud. ³³

Asepsia: Agrupación de procedimientos y comportamiento frente al manejo clínico libre de elementos infecciosos. Por tal motivo, hay muchas herramientas que han logrado una asepsia sea un gran logro del pensamiento. ³⁴

Antisepsia: Proceso de menor toxicidad, utilizado para eliminación de microorganismos que existen sobre el plano mucocutáneo, esta definición tampoco implica la eliminación de todas las clases de vida. Existen sustancias como alcoholes que son antisépticos y desinfectantes en un solo. ³⁵

Descontaminación: Técnicas utilizadas para reducir la permeabilidad del agente toxico, puede ser gástrico, por la piel u ocular. No se evidencia descontaminación de la vía respiratoria, y en casos de los tóxicos que ingresan de manera respiratoria se recomienda aislar al paciente del área contaminada, suministrar oxígeno, en caso que los gases sean irriten y provocan hiperreactividad de las vías bronquiales es indispensable suministrar broncodilatadores. ³⁶

Limpieza: Proceso químico-físico dirigido a eliminar cualquier tipo de elemento ajeno del material que se pretende asear. ³⁷

Desinfección: Procedimiento que se basa en erradicar los microorganismos contagiosos usando agentes físicos o químicos. Dichos agentes denominados como desinfectantes son usados como sustancias esterilizadoras, compuestos de saneamiento o antisépticos, en la gran cantidad de casos los desinfectantes que se utilizan en la salud veterinaria son sustancias químicas antimicrobianas regularmente potentes, pero tóxicos que se usan sobre los materiales o superficie contaminada, asimismo las sustancias que se usan en la industria agroalimentaria son tóxicos de menor grado. ³⁸

Esterilización: Conjunto de procedimientos dedicados a erradicar o suprimir toda forma de ser viviente, incluido en un material o sustancia. Por tal motivo todo elemento de valor crítico debe ser pasar por el proceso de esterilización según su compatibilidad. ³⁹

Riesgo: Es un concepto asociado con la percepción de porvenir sin certeza, compromete un devenir de los sucesos, establece un varianza que complica su predicción, por tal motivo un suceso que ocasiona una resultado no deseado sobre la persona, está relacionado al área física donde este ejecutan sus funciones de la repartición espacial de este daño sobre el territorio geográfico además se representa por su gran variabilidad. ⁴⁰

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Formulación de la hipótesis

Hi: El nivel de conocimiento guarda una relación significativa con la práctica de medidas de bioseguridad en los servicios de hospitalización de medicina, cirugía, ginecología y pediatría del Hospital San José.

Ho: El nivel de conocimiento no guarda una relación significativa con la práctica de medidas de bioseguridad en los servicios de hospitalización de medicina, cirugía, ginecología y pediatría del Hospital San José.

2.2 Variables y su operacionalización

- **Variable dependiente:** Conocimientos sobre las medidas de bioseguridad
- **Variable independiente:** Prácticas sobre las medidas de bioseguridad

Variable	Definición	Tipo	Indicador	Escala de Medición	Categoría	Valores	Medio de Verificación
Nivel de Conocimiento	El conocimiento científico, constituye el saber humano obtenido de forma racional y consiente mediante una metodología lógica y rigurosa; para obtener nuevos conocimientos se parte de otros previo, por lo tanto es una verdad temporal sujeta a validación permanente. Pérez L. Ciencia y conocimiento: El conocimiento científico. Perú; 2009.	Cualitativa	Riesgo Biológico	Ordinal	Alto	14-20 puntos	Cuestionario sobre conocimientos de bioseguridad, de 20 preguntas
			Medidas de Bioseguridad		Medio	7-13 puntos	
			Manejo de Residuos Sólidos		Bajo	0-6 puntos	

Variable	Definición	Tipo por su	Indicador	Escala de Medición	Categoría	Valores	Medio de Verificación
Nivel de Práctica de medidas de Bioseguridad	Practica de medidas de bioseguridad, se refiere a los principios, acciones y habilidades de prácticas destinadas a evitar la exposición no intencionada de patógenos y toxinas para proteger la salud y la seguridad del personal que trabaja en cualquier institución hospitalaria. (OMS. Manual de Bioseguridad de Laboratorio. 3ra ed. Estados Unidos: Atlanta; 2005).	Cualitativa	Lavado de Manos	Ordinal	Buena	23 – 45 puntos	Escala Tipo Lickert de 15 ítems con tres posibles respuestas con un puntaje máximo de 45 puntos
			Uso de barreras				
			Manejo de residuos sólidos		Mala	0 – 22 puntos	

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño

El siguiente estudio:

Según el enfoque es cuantitativo.

Según la intervención del investigador es observacional.

Según los grupos de estudio es analítico.

Según el número de mediciones de la variable es transversal.

Según la planificación de la recolección de información es prospectivo.

3.2 Diseño muestral

La Población estuvo conformada por los profesionales asistenciales de las áreas de hospitalización de medicina, cirugía, ginecología y pediatría del Hospital San José. La muestra de estudio estuvo conformada por el personal de salud, 31 médicos, 33 enfermeras y 36 técnicos de enfermería de ambos sexos, con un total de 100, comprendidos durante el periodo de estudio.

El Hospital San José del Callao, categorizado como nivel II – 2, ubicado en el jirón Las Magnolias 475, C Barriga, Carmen de la Legua Reynoso; considerado como entidad de salud donde la atención y exposición a riesgos biológicos es considerable, en el periodo de enero a junio de 2016.

3.3 Procedimientos de recolección de datos

Se requirió una solicitud para la autorización del Director del Hospital San José del Callao, con el objetivo de conseguir la información y el permiso para la

recolección de información. Se solicitó la autorización para el desarrollo del proyecto de tesis al jefe de cada área de hospitalización, asimismo se solicitó el cronograma para facilitar el monitoreo de todo los profesionales a intervenir, mediante criterios de inclusión, se describió a cada profesional el objetivo del estudio, de esta manera solicitar su libre participación. Se desarrolló la recolección de información haciendo uso de los instrumentos, usando como técnica la encuesta y la observación.

Para la encuesta se usó un cuestionario, el cual se distribuirá al personal de salud en su ciclo de trabajo, midiendo el grado de conocimiento de medidas de bioseguridad de riesgos biológicos, esta herramienta se concluyó durante el desarrollo o al término de cada ciclo de trabajo, dentro de las áreas del servicio con tiempo no mayor a 20 minutos y se desarrolló en los ciclos de tarde o noche por mínima congestión de trabajo.

Los presentes instrumentos se tomaron de distintos proyectos de investigación. Dicho cuestionario que valorara nivel de conocimiento de medidas de Bioseguridad, fue realizado, validado y desarrollado por Rubiños Dávila Shirley y Alarcón Bautista María, en la investigación con título “Conocimientos y Prácticas en la Prevención de Riesgos Biológicos de las Enfermeras del Hospital Belén – Lambayeque 2012”. La guía de observación, que valorara la adaptabilidad de medidas de bioseguridad, cogida de la escuela de posgrado UNT, desarrollada por Chávez Araujo Rocío en su investigación con título “Nivel de Conocimiento y Aplicabilidad de Normas de Bioseguridad HBT 2012”.

Para la confianza del cuestionario y guía de observación, se usó la prueba de coeficiente “Alfa de Cronbach” teniendo como producto 0.82, indicando que las presentes herramientas son confiables.

La información fue registrada en la herramienta:

Cuestionario grado de conocimiento de medidas de bioseguridad (Anexo 01).

Dicho cuestionario permitirá identificar:

I. Datos personales (edad, sexo, tiempo de labor en el servicio)

II. Conocimientos evaluados:

Riesgos biológicos	6 ítems
Medidas de bioseguridad	11 ítems
Manejo de residuos sólidos	3 ítems

En la observación se usara una relación de enunciados, de la cual la información recopilada se realizó mediante una observación directa de cada profesional de los servicios comprometidos, a fin de evidenciar, si se desarrollan o no, las prácticas de prevención de riesgos biológicos, el monitoreo se desarrolló en los siete días contiguos en los turnos correspondientes, por ser el ciclo de alta congestión de trabajo. La información fue registrada en la herramienta.

Guía de observación de desarrollo en los reglamentos de bioseguridad (Anexo 2). La relación permitió evidenciar información sobre la utilidad del reglamento de bioseguridad, evaluando lo siguiente:

I. Higiene de manos	3 ítems
II. Utilidad de barreras	
Empleo de guantes	4 ítems
Empleo de mascarilla	1 ítem
Empleo de bata	1 ítem
III. Manejo de instrumentos punzocortantes	5 ítems
IV. Manejo de residuos sólidos	1 ítem

3.4 Procesamiento y análisis de datos

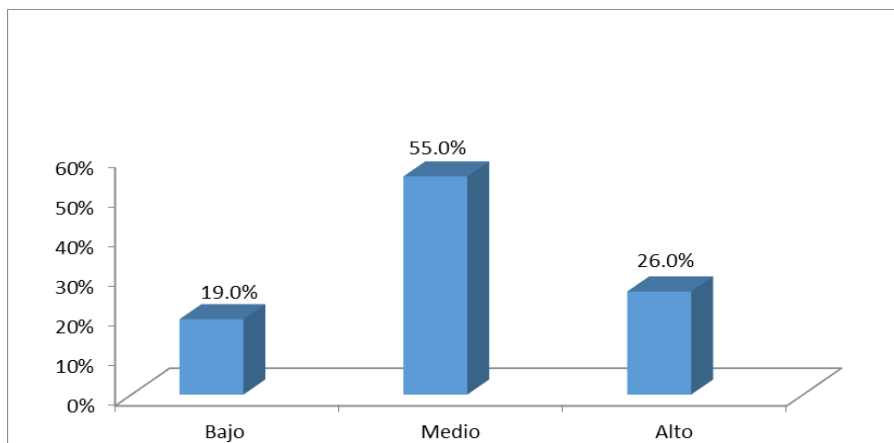
La información se organizó en una matriz de Excel para luego analizar e interpretación en el paquete estadístico para ciencias sociales, SPSS, versión 20; cuantitativamente se usó estadística descriptiva: media para las variables cuantitativas y mediana para los datos cualitativos. El nivel de significancia del producto se establece mediante la prueba del chi cuadrado. Los productos se ilustraron con una tabulación simple cruzada y gráfica correspondientes de acuerdo a las metas propuestas de la investigación.

3.5 Aspectos éticos

El comité de ética del Hospital San José aprobó la investigación realizada.

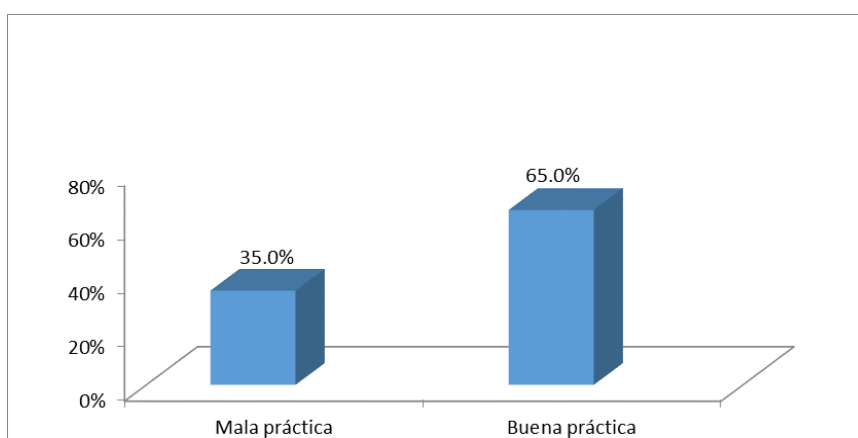
CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Gráfico 1. Nivel de conocimiento sobre bioseguridad del personal asistencial en los servicios de hospitalización Hospital San José - Callao 2016



El nivel de conocimiento del personal de salud es de medio a bajo siendo esto un valor preocupante, ya que la población a estudiar labora en las áreas de hospitalización.

Gráfico 2. Nivel de práctica sobre las medidas de bioseguridad del personal asistencial en los servicios de hospitalización Hospital San José - Callao 2016



El nivel de práctica del personal de salud es de nivel bueno, pero con riesgo a desviarse a un nivel inferior desfavorable en las áreas de hospitalización.

Gráfico 3. Relación entre el nivel de conocimiento y de práctica sobre bioseguridad del personal asistencial en los servicios de hospitalización Hospital San José - Callao 2016

Conocimiento sobre bioseguridad	Prácticas sobre bioseguridad				Total	
	Mala prácticas		Buena prácticas		n	%
	n	%	n	%		
Bajo	18	18,0%	1	1,0%	19	19,0%
Medio - Alto	17	17,0%	64	64,0%	81	81,0%
Total	35	35,0%	65	65,0%	100	100%

*Prueba Exacta de Fisher: ***p = 0,000*

Como se observa ambas variables tienen una asociación altamente significativa (prueba exacta de Fisher: ***p = .000). También observamos que cuando los conocimientos sobre bioseguridad son de nivel medio/alto, las prácticas sobre bioseguridad son de nivel bueno, fue de 64%; por otro lado tenemos que cuando los conocimientos sobre bioseguridad son de nivel bajo, las prácticas sobre bioseguridad de nivel malo fue de 18%.

Gráfico 4. Relación entre el nivel de conocimiento sobre riesgo biológico y el nivel de práctica sobre lavado de manos del personal asistencial en los servicios de hospitalización del Hospital San José - Callao 2016

Conocimiento sobre riesgo biológico	Prácticas sobre lavado de manos				Total	
	Mala Prácticas		Buena Prácticas		n	%
	n	%	n	%		
Bajo	23	23,0%	5	5,0%	28	28,0%
Medio - Alto	15	15,0%	57	57,0%	72	72,0%
Total	38	38,0%	62	62,0%	100	100%

*Prueba Exacta de Fisher: ***p = 0,000*

Como se observa ambas variables tienen una asociación altamente significativa (prueba exacta de Fisher: ***p = .000). También observamos que

cuando los conocimiento sobre riesgo biológico son de nivel medio/alto, las prácticas sobre lavado de manos son de nivel bueno, fue de 57%; por otro lado, tenemos que cuando los conocimiento sobre riesgo biológico son de nivel bajo, las prácticas sobre lavado de manos son de nivel malo fue de 23%.

Gráfico 5. Relación entre el nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad y el nivel de práctica sobre el uso de barreras protectoras del personal asistencial en los servicios de hospitalización Hospital San José - Callao 2016

Conocimiento sobre medidas de bioseguridad	Prácticas sobre uso de barreras protectoras				Total	
	Mala Prácticas		Buena Prácticas			
	n	%	n	%	n	%
Bajo - Medio	40	40,0%	38	38,0%	78	78,0%
Alto	2	2,0%	20	20,0%	22	22,0%
Total	42	42,0%	58	58,0%	100	100%

*Prueba Exacta de Fisher: ***p =0,000*

Como se observa ambas variables tienen una asociación altamente significativa (prueba exacta de Fisher: ***p = .000). También se evidencia que cuando los conocimientos sobre medidas de bioseguridad son de nivel alto, las prácticas sobre uso de barreras protectoras son de nivel bueno, fue de 20%; por otro lado tenemos que cuando los conocimiento sobre medidas de bioseguridad son de nivel bajo – medio, las prácticas sobre uso de barreras protectoras son de nivel malo fue de 40%.

Gráfico 6. Relación entre el nivel de conocimiento sobre manejo de residuos hospitalarios y el nivel de práctica sobre manejo de residuos sólidos del personal asistencial en los servicios de hospitalización Hospital San José Callao 2016

Conocimiento sobre manejo de residuos hospitalarios	Prácticas de manejo de residuos sólidos				Total	
	Mala Prácticas		Buena Prácticas		n	%
	n	%	n	%		
Bajo	4	4,0%	12	12,0%	16	16,0%
Medio	35	35,0%	49	49,0%	84	84,0%
Total	39	39,0%	61	61,0%	100	100%

Chi-cuadrado de Pearson = 0,210

Como se observa los conocimientos sobre manejo de residuos hospitalarios no está asociado con las prácticas de manejo de residuos sólidos, siendo no significativo (Chi-cuadrado: $p = .210$). También observamos que cuando los conocimientos sobre manejo de residuos hospitalarios son de nivel medio, las prácticas de manejo de residuos sólidos son de nivel bueno, fue de 49%; así también tenemos que cuando los conocimiento sobre manejo de residuos hospitalarios son de nivel medio, las prácticas de manejo de residuos sólidos son de nivel malo fue de 35%.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En la reciente investigación acerca del nivel de conocimiento y práctica de medidas de bioseguridad en el personal de salud del Hospital San José se encontró lo siguiente:

Podemos afirmar que los conocimientos sobre bioseguridad en el profesional asistencial de los servicios de hospitalización fue de nivel medio con 55%, nivel alto con 26% y nivel bajo con 19%. Los resultados que se obtuvieron se asemejan a los resultados encontrados por Huamán Huamán, Doris (2013) en su investigación sobre “Nivel de conocimiento y práctica de medidas de bioseguridad en las enfermeras de los servicios de medicina del Hospital Belén de Trujillo 2014, quien evidencio un 56% de enfermeras alcanzo un grado de conocimiento medio, el 44% consiguió un grado de conocimiento alto y un 0% evidencio un nivel bajo (Gráfico 1)

Lo cual significa que el grado de conocimientos del profesional de salud de medio a bajo presenta un valor preocupante, ya que ellos son los que se encuentran más propensos a adquirir infecciones intrahospitalarias así como transmitirlos, conllevando a una posible incidencia de infecciones nosocomiales, reflejándose en los indicadores hospitalarios como días de hospitalización/paciente, aumentando la estancia hospitalaria del paciente, y sobrecargando la economía intrahospitalaria.

Por lo tanto, el personal de salud exige una mayor capacitación reforzando los conocimientos de bioseguridad para todo procedimiento que sea realizado.

Podemos afirmar que las prácticas sobre bioseguridad en el profesional asistencial de los areas de hospitalización del hospital San José del Callao en 2016 fue buena práctica con 65% y mala práctica con 35%. Los resultados que se obtuvieron se parecen a los resultados evidenciados por Huamán Huamán, Doris (2013) en su investigación sobre “Nivel de conocimiento y práctica de medidas de bioseguridad en las enfermeras de los servicios de medicina del Hospital Belén de Trujillo 2014, quien encontró un 72% de enfermeras realizan buenas prácticas de bioseguridad, y un 28% desarrollan malas prácticas de

bioseguridad. (Gráfico 2)

Lo cual significa que el grado de prácticas de medidas de bioseguridad se encuentra en un nivel bueno pero es imprescindible reducir la incidencia de malas prácticas, ya que su aumento conllevaría a la ausencia de medidas de bioseguridad en las áreas hospitalarias o durante la atención a los pacientes dañando la atención y poniendo en riesgo el aumento de enfermedades nosocomiales.

Los conocimientos sobre bioseguridad está asociado con las prácticas sobre bioseguridad, simbolizando una relación significativa de las variables y ser altamente significativo (*prueba exacta de Fisher: $***p = .000$*). También observamos que cuando los conocimientos sobre bioseguridad son de nivel medio/alto, las prácticas sobre bioseguridad son de nivel bueno, fue 64%; por otro lado tenemos que cuando los conocimientos sobre bioseguridad son de nivel bajo, las prácticas sobre bioseguridad de nivel malo fue 18%.

Los resultados que se obtuvieron se asemejan a los evidenciados por Huamán Huamán, Doris (2013) en su investigación sobre “Nivel de conocimiento y práctica de medidas de bioseguridad en las enfermeras de los servicios de medicina del Hospital Belén de Trujillo 2014, quien demostró una relación entre el grado de conocimiento alto 44%, desarrollan buenas prácticas de medidas de bioseguridad; y un grado de conocimiento medio 56%, desarrollando buenas prácticas en un 28%, y malas prácticas también 28%, con una relación significativa de 0.006. (Gráfico 3)

Se concluye una asociación entre los conocimientos sobre bioseguridad y las prácticas sobre bioseguridad en el personal asistencial, conforme los resultados alcanzados, que a mayor grado de conocimiento del personal de salud, mejor será su práctica de medidas de bioseguridad en los procedimientos hospitalarios. Por lo tanto es indispensable la variable conocimiento sobre la práctica sobre el papel que ejecuta al prevenir infecciones nosocomiales y es preciso tomar acciones como la capacitación constante y monitoreo de actividades, el empleo de manuales y protocolos de procedimientos, equipos de protección y mejorando las estrategias sanitarias institucionales.

Los conocimientos sobre riesgo biológico está asociado con las prácticas sobre lavado de manos, evidenciando una relación significativa de las variables, siendo altamente significativo (*prueba exacta de Fisher: ***p = .000*). También observamos que cuando los conocimiento sobre riesgo biológico son de nivel medio/alto, las prácticas sobre lavado de manos son de nivel bueno, fue de 57%; por otro lado, tenemos que cuando los conocimiento sobre riesgo biológico son de nivel bajo, las prácticas sobre lavado de manos son de nivel malo fue de 23%. (Gráfico 4)

Por lo tanto, podemos señalar que a mayor grado de conocimiento sobre riesgo biológico del personal de salud, mejor será su práctica en el lavado de manos para la disminución de accidentes biológicos, como medida preventiva primaria, así también disminuyendo la incidencia de patologías ocupacionales en los profesionales de salud.

Los conocimientos sobre medidas de bioseguridad está asociado con las prácticas sobre uso de barreras protectoras, evidenciando esta una relación significativa de las variables y siendo altamente significativo (*prueba exacta de Fisher: ***p=0.000*). También se observa que cuando los conocimientos sobre medidas de bioseguridad son de nivel alto, las prácticas sobre uso de barreras protectoras son de nivel bueno, fue 20%; por otro lado, tenemos que cuando los conocimiento sobre medidas de bioseguridad son de nivel bajo / medio, las prácticas sobre uso de barreras protectoras son de nivel malo fue 40%. (Gráfico 5)

Por lo tanto, podemos señalar que en un nivel de conocimiento alto sobre medidas de bioseguridad, habrá una disminución notable de casos de mala práctica en el uso de barreras protectoras, mientras que un nivel de conocimiento medio/bajo, existe riesgo de incidencia de casos de mala práctica.

Los conocimientos sobre manejo de residuos hospitalarios no está asociado con las prácticas de manejo de residuos sólidos, siendo no significativo (*Chi-cuadrado: p = .210*). También observamos que cuando los conocimientos sobre manejo de residuos hospitalarios son de nivel medio, las prácticas de manejo

de residuos sólidos son de nivel bueno, fue de 49%; así también tenemos que cuando los conocimientos sobre manejo de residuos hospitalarios son de nivel medio, las prácticas de manejo de residuos sólidos son de nivel malo fue 35%. Se concluye que no se evidencia relación entre los conocimientos sobre manejo de residuos hospitalarios y las prácticas de manejo de residuos sólidos en el personal asistencial de los servicios de hospitalización del Hospital San José del Callao en 2016. (Gráfico 6)

CONCLUSIONES

De una población total de profesionales de Salud, se logró evidenciar una relación significativa entre ambas variables (*prueba exacta de Fisher* $p = .000$), lo cual significa que es necesario el conocimiento sobre bioseguridad para una práctica favorable, y así disminuir el riesgo de infecciones intrahospitalarias.

Se encontró una asociación existente entre el grado de conocimientos sobre riesgo biológico y prácticas sobre lavado de manos, significativa según el análisis y validación de la prueba exacta de Fisher $p = .000$, la cual nos indica que es necesario el conocimiento sobre riesgo biológico para una práctica favorable sobre higiene de manos, y así evitar el riesgo de transmitir infecciones nosocomiales.

Se evidencia una asociación existente entre el nivel de conocimientos sobre medidas de bioseguridad y prácticas sobre el uso de barreras protectoras, significativa según el análisis y validación de la prueba exacta de Fisher $p = .000$, la cual nos indica que es necesario el conocimiento sobre medidas de bioseguridad para una práctica favorable sobre el uso de barreras protectoras.

Finalmente, no se encontró una relación presente entre el nivel de conocimientos sobre manejo de residuos hospitalarios y prácticas sobre manejo de residuos sólidos, ya que la relación no es significativa según el análisis y validación de la prueba Chi cuadrado de Pearson = 1,569 / g.l. = 1 / $p = 0,210$, la cual significa que no es necesario el conocimiento sobre manejo de residuos hospitalarios para una práctica favorable sobre el manejo de residuos intrahospitalarios.

RECOMENDACIONES

Ofrecer formación y charlas al profesional de salud con asociado a las medidas de bioseguridad y riesgos que podrían generarse para el paciente como para el trabajador, brindándole las herramientas o métodos para el manejo de medidas de bioseguridad, así como los medios para notificar eventos y/o accidentes biológicos para su registro hacia el área de inteligencia sanitaria, y así adoptar una cultura de bioseguridad en el Hospital San José.

Implementar como parte del plan de seguridad del paciente, las rondas de seguridad, valorando los riesgos, proponiendo estrategias sanitarias, trabajando conjuntamente con el área de inteligencia sanitaria, así estableciendo un mecanismo de control y sanciones ante la mala utilidad de herramientas de seguridad personal.

Exponer los resultados de esta investigación como artículo, en revistas para así ampliar los conocimientos de los profesionales de salud para crear conciencia en el ámbito hospitalario, para posteriormente realizar el estudio con una muestra mayor que incluya áreas de mayor riesgo biológico tales como emergencia y unidades de cuidado intensivo, con la finalidad de comparar los resultados y evidenciar los cambios que se dieron tras tomar las medidas planteadas correspondientes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Vidal J, Basso J, Bagnulo H, Marcolini P. Normas de Bioseguridad del Ministerio de Salud Pública, Uruguay. 1º Edición. 1997; Pp. 6, 10.
2. Franco A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. Colomb Med. 2005; 36: 130-133.
3. Bautista L. Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería. Rev. Ciencia y Cuidado. 2013; 10: 127-135.
4. Delgado BM, Bedoya VC, Robles GL, Rojas RI, Dávila IV. Manual de Bioseguridad, sistema de gestión de la calidad del PRONAHEBAS. Vol.1. NT No. 015; Minsa; Perú; 2004.
5. Fink S. Bioseguridad: una responsabilidad del investigador, Rev. Medicina Buenos Aires. 2010; 70: 299-302.
6. Castells S, Cruz E, Marrero A. SIDA, evaluación de la información sobre las normas de bioseguridad en Estomatología. Rev. Archivo Médico de Camagüey. 2003; 7.
7. Del Valle Sol C. Normas de Bioseguridad en el consultorio odontológico. Rev. Acta Odontol. Venez. 2002; 40: 213-216.
8. Soto V, Olano E. Conocimiento y cumplimiento de las medidas de bioseguridad en personal de Enfermería Hospital Nacional Alanzor Aguinaga. Rev. Anales de la Facultad de Medicina UNMSM. 2004; 65: 103-110.
9. Morales R. Manejo y tratamiento de los desechos hospitalarios en el Hospital San Vicente de Paul en la Ciudad de Ibarra, Ecuador. 2015

Universidad Regional Autónoma de los Andes. Disponible en:<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/822/1/TUAMSP009-2015.pdf>

10. Garcés B. Estrategias para prevenir accidentes por exposición a riesgos biológicos en los profesionales de enfermería del hospital provincial general Latacunga marzo-abril 2015. Universidad Regional Autónoma de los Andes. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/1039/1/TUALENF021-2015.pdf>
11. Salazar Y. Conocimientos del personal de enfermería sobre las medidas de bioseguridad en las técnicas de administración de medicamentos. 2007. Universidad de San Carlos de Guatemala. Disponible en: <http://docplayer.es/15269987-Conocimientos-del-personal-de-enfermeria-sobre-las-medidas-de-bioseguridad-en-las-tecnicas-de-administracion-de-medicamentos.html>
12. Becerra C. Aplicación de las normas de Bioseguridad de los Profesionales de Enfermería. 2010. Universidad de Oriente Núcleo Bolívar. Disponible en: <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2198/1/15%20Tesis.%20QY9%20B389.pdf>
13. Huamán D, Romero L. Nivel de conocimiento y práctica de medidas de bioseguridad en las enfermeras de los servicios de medicina del Hospital Belén de Trujillo 2014. Repositorio de Tesis Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo – Perú 2014. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/561/1/huaman_doris_m edidas_bioseguridad_enfermeras.pdf

14. Cuyubamba N. Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma 2004. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Programa Cybertesis Perú. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/cuyubamba_dn/cuyubamba_dn.pdf
15. Panimboza P. Medidas de bioseguridad que aplica el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria del paciente “Hospital Dr. José Garcés Rodríguez”. Salinas 2012-2013. Universidad estatal Península de Santa Elena. Disponible en: <http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/1094/1/Tesis,%20Medidas%20de%20Bioseguridad.pdf>
16. Mayorca A. Conocimientos, actitudes y prácticas de medidas de bioseguridad, en la canalización de vía venosa periférica que realizan las internas de enfermería: UNMSM, 2009. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Programa Cybertesis Perú. 2010. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/530/1/Mayorca_ya.pdf
17. Soto V, Olano E. Conocimiento y cumplimiento de medidas de bioseguridad en personal de enfermería del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga, Chiclayo 2002. Anales de la Facultad de Medicina UNMSM. 2004; 2: 103-110.
18. Villamizar F. Validación de la escala para utilización en Colombia del HAI (Handwashing Assessment Inventory) para evaluar la motivación y cumplimiento del personal de enfermería ante el protocolo de lavado de manos. 2009. Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Investigaciones Clínicas Bogotá. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8587/1/597645.2009.pdf>

19. Espinosa-Aquino, B. Bioseguridad, riesgos laborales y protección personal. Rev. Lat. Ambiente y las Ciencias. 2010; 1: 38-49.
20. Malagón G., Galán R., Pontón G. Administración Hospitalaria. Capítulo 12. 2009; 3: 171.
21. Vasconez Z., Molina G. Manual de normas de bioseguridad para la red de servicios de salud en el Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2011; Pág.10.
22. Papone V. Normas de Bioseguridad en la práctica odontológica. Univ. República oriental del Uruguay. 2000; pág. 01. Disponible en: <http://files.sld.cu/protesis/files/2011/09/normas-de-bioseguridad-en-la-practica-odontologica.pdf>
23. Hernández A, García J. Principios de bioseguridad en los servicios estomatológicos. Mediacentro Electrónica. 2013; 17; 49.
24. Tapias V, Torres S, Orozco V. Accidentes biológicos en médicos residentes de Bucaramanga, Colombia. Rev. Colomb Cir. 2010; 25: 290-299.
25. Reeder S, Martín L, Koriak D. Enfermería Materno-Infantil México Ediciones McGraw-Hill. 2009; pág. 134.
26. WHO. Directrices sobre la higiene de las manos en la atención sanitaria. 04 de diciembre, 2009. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf
27. Loreto M. Normativas del uso de vestimenta en pabellones quirúrgicos. Rev. Medwave. 2005; 5: 11.

28. Tietjen L, Bossemeyer D, McIntosh N. Prevención de Infecciones, guía para los establecimientos de salud con recursos limitados. 2003; 3: 05-07. Disponible en: http://reprolineplus.org/system/files/resources/IP_manual_SP_final.pdf
29. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud. 2009; 07: 13-14. Disponible en: http://www.med.unlp.edu.ar/archivos/noticias/guia_lavado_de_manos.pdf
30. Delgado B, Bedoya V, Robles L, Rojas C, Dávila I. Manual de Bioseguridad Minsa. Perú 2004; 1: 23-25.
31. Mirón A. Directrices para evaluar el riesgo biológico, Centro Nacional de nuevas tecnologías. 2006. Pp. 02-03. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/Higiene/Directrices%20para%20evaluar%20el%20riesgo%20biologico/directrices%20para%20evaluar%20el%20riesgo%20biologico.pdf>
32. Albornoz E, Mata de Henning M, Tovar V. Barreras protectoras utilizadas por los estudiantes de post grado de la facultad de odontología de la universidad central de Venezuela, Julio Agosto 2004. Rev. Acta Odontol. 2008; 46: 02-03. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/2/pdf/barreras_protectoras_utilizadas_estudiantes_postgrado.pdf
33. Guía para reducir su impacto sobre la salud y el Ambiente. Segunda edición. Buenos Aires, Argentina. 2007; 2: 04-05. Disponible en: https://noharm.org/sites/default/files/lib/downloads/espanol/Residuos_Hospitalarios_Guia.pdf

34. Arreguín V, Macías J. Asepsia, uno de los grandes logros del pensamiento. 2012. 13; 05-06. Disponible en: http://bienvenida.unam.mx/revistas/RDU/ciencias_salud/asepsia_uno_de_los_grandes_logros_del_pensamiento.pdf
35. Vignoli R. Esterilización, desinfección y antisepsia. Enfermedades Infecciosas. Principios y prácticas, Ed. Panamericana. 2008; 4: 609-610.
36. Valdivia-Infantas M. Guía de manejo general del paciente intoxicado agudo. Artículo de Scielo. 2007; 29-33.
37. Llano C. Guía técnica de limpieza, desinfección y esterilización, Atención Primaria servicio de salud del principado de Asturias. 2011; Pag.9
38. Kahrs R. Principios generales de la desinfección. Rev. Sci Tech. 1995. 14: 143-163.
39. Acosta-Gnass S, Andrade V. Manual de Esterilización para centros de salud. Organización Panamericana de la Salud. 2008. Pág. 57. Disponible en: http://www1.paho.org/PAHO-USAID/dmdocuments/AMR-Manual_Esterilizacion_Centros_Salud_2008.pdf
40. Solano A. Conceptos sobre Riesgo. Comisión Nacional de Actividades Espaciales. 2008. Pág. 2 Disponible en: <http://rimd.org/advf/documentos/4921a2bfbe57f2.37678682.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Evaluación grado de conocimiento de medidas de bioseguridad

Tomado de Rubiños Shirley y col

El presente cuestionario se desarrolla para evidenciar el grado de conocimiento para prevenir los riesgos biológicos de los profesionales de salud

INSTRUCCIONES: Se debe señalar un aspa (x) la alternativa que crea adecuada. La identidad permanecerá en anonimato y se agradece su cooperación por anticipado.

I. DATOS GENERALES

Edad

Sexo (F) (M)

Área de trabajo:

Años de labora en la Institución

Cantidad de pacientes que atiende en la atención por turno.

II. RIESGO BIOLÓGICO

¿Qué concepto tiene de riesgos biológicos?

- a) Microorganismos vivos aptos para generar enfermedades profesionales.
- b) Sustancias riesgosas asociadas al estado laboral en relación con el hombre.
- c) Todas son afirmativas.

Microorganismos procariotas, unicelulares sencillos, que se hallan en el área o servicios; algunas de ellas son virulentas, otras son capaces de desarrollar patologías potencialmente fatales, dicha definición es de:

- a) Hongos
- b) Virus
- c) Bacterias
- d) Parásitos

Microorganismos infecciosos de menor tamaño, los cuales lo constituyen ácidos desoxirribonucleico ADN o ácido ribonucleico ARN, además de las proteínas requeridas para su replicación e infección.

- a) Hongos
- b) Virus
- c) Bacterias
- d) Parásitos

¿Cuáles son las formas de transmisión de los riesgos biológicos?

- a) Vía respiratoria, vía digestiva, vía dérmica, Vía intradérmica, vía mucosa.
- b) Vía respiratoria, vía sexual, vía dérmica
- c) Vía respiratoria, vía digestiva, vía dérmica, vía intradérmica.
- d) Vía dérmica, vía intradérmica, vía sexual, vía mucosa.

¿Cuáles son las patologías más habituales al estar en expuesto con riesgos biológicos?

- a) TBC, VIH/SIDA, Hepatitis B, C
- b) TBC, VIH/SIDA, Fiebre Tifoidea.
- c) Neumonía, TBC, Hepatitis A
- d) Meningitis, Neumonía, TBC, VIH/SIDA.

En la tipificación de los agentes biológicos lo siguiente es incorrecto:

- a) Agente biológico del grupo 1: Es poco probable que genere una patología en el paciente.
- b) Agente Biológico del grupo 2: Puede generar una patología en el paciente y puede generar un riesgo para los profesionales de salud.
- c) Agente Biológico del grupo 3: Puede generar una patología grave en el paciente y generar un riesgo para los profesionales de salud, con poca probabilidad de que se propague al medio ambiente.
- d) Agente Biológico del grupo 4: Causa una patología grave en el paciente suponiendo un riesgo peligroso para los profesionales de salud

III. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

¿Qué es bioseguridad?

- a) Asociación de normas o conductas que tienen como meta la prevención de las eventualidades en el servicio área laboral.
- b) Es una disciplina designada de monitorizar la calidad de vida del empleado de salud.
- c) Doctrina de comportamiento dirigida a conseguir actitudes y conductas que reducen el riesgo del profesional de la salud de conseguir patologías en el área laboral.
- d) Sólo a y c.

Los principios de Bioseguridad son:

- a) Protección, aislamiento y universalidad
- b) Universalidad, barreras protectoras y manejo de material punzocortante.
- c) Barreras protectoras, universalidad y control de infecciones.
- d) Universalidad, control de infecciones, barreras protectoras.

Cuándo usted está en contacto directo con el paciente utiliza las medidas de precaución estándar, la cual se define de la siguiente manera:

- a) Son acciones que se toman en cuenta cuando se sabe que el paciente está con riesgo de infección y así prevenir el contagio cruzadas de microorganismos.
- b) Concepto que señala que durante los procedimientos de atención a pacientes o mientras se este trabajando con sus fluidos o tejidos corporales, deben usarse técnicas y procedimientos con el objetivo de proteger al profesional de salud frente a ciertos microorganismos.

- c) No es indispensable usar las técnicas de prevención estándar en los pacientes.
- d) Es la disciplina designada de monitorizar la calidad de vida del profesional de salud.

La Higiene de manos es la manera más efectiva de prevención de la infección cruzada entre pacientes, profesional hospitalario, y se debe efectuar:

- a) Posterior a manipulación de objetos estériles.
- b) Antes y después de efectuar un técnica, posterior de estar en contacto con fluidos orgánicos o componentes contaminados.
- c) Siempre que el paciente o muestra bajo manipulación este contaminado.
- d) Se efectúa luego de brindar atención al paciente, en el momento de estar en contacto con fluidos orgánicos.

Indicar el orden en que se debe proceder a la higiene de manos:

- a) Humedecer las manos- friccionar palmas, dorso, entre dedos, uñas durante 10-15 segundos, friccionar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano puesta, permaneciendo los dedos unidos, envolver el pulgar izquierdo con la mano derecha y viceversa, - lavar con agua corriente de arrastre- secarse con toalla de papel.
- b) Mojarse las manos-aplicar de 3-5 ml de jabón líquido - friccionar palmas, dorso, entre dedos, frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos, rodear el pulgar izquierdo con la mano derecha y viceversa, frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, con movimientos de rotación, enjuagar con agua corriente de arrastre- secarse con toalla de papel.
- c) Mojarse las manos - enjuagar con agua corriente de arrastre - aplicar de 3-5 ml de jabón líquido, frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos, rodear el pulgar izquierdo con la mano derecha y viceversa, - enjuagar con agua corriente de arrastre, secarse con toalla de papel.
- d) Aplicar jabón líquido, mojarse las manos, friccionar las palmas, dorso, entre dedos, uñas durante 10-15 segundos, frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos, rodear el pulgar izquierdo con la mano derecha y viceversa, enjuagar con agua corriente de arrastre, secarse con papel toalla.

¿En qué momento debe usarse las barreras de protección profesional?

- a) Cuando presenta contacto con pacientes de TBC, VIH, Hepatitis B.
- b) En todos los pacientes.
- c) Pacientes post operados.
- d) Pacientes inmunodeprimidos- inmunocomprometidos.

¿Cuál es el objetivo de la utilidad de la mascarilla?

- a) Prevención de la transferencia de microorganismos que se transmiten a través de aire.

- b) Eludir la transferencia cruzada de infecciones.
- c) Utilidad en procedimientos que causan salpicones.
- d) En el contacto con pacientes con TBC.

Referente a la utilidad de guantes es correcto

- a) Reemplaza la higiene de manos
- b) Reduce la transferencia de microorganismos de paciente a las manos del profesional y viceversa.
- c) Protección total contra bacterias.
- d) El uso guantes sólo al tocar fluidos y secreciones corporales.

¿En qué momento se debe usar los instrumentos de protección ocular?

- a) Solo se usa en centro quirúrgico.
- b) Se utiliza siempre que esté en riesgo en procedimientos invasivos que aya riesgo de salpicaduras de sangre a la mucosa ocular o cara.
- c) En todos los pacientes.
- d) Al ejecutar cualquier procedimiento.

¿Cuál es el objetivo de usar mandil?

- a) Prevenir la exposición a secreciones, fluidos, tejidos u objetos contaminados.
- b) Prevenir que se contamine la vestimenta de trabajo.
- c) Un mandil protege de infecciones nosocomiales.
- d) T. A.

Ud. Después que realiza un procedimiento invasivo como elimina el material punzocortante, para evitar infectarse por riesgos biológicos.

- a) Se debe encapsular las agujas previas a arrojarlas al contenedor.
- b) Descartar sin encapsular las agujas en un contenedor de pared rígida, y rotuladas para su posterior eliminación.
- c) Prevenir que otra persona se pinche, primero se debe encapsular las agujas y luego eliminar en un contenedor.
- d) Eliminar las agujas en un plástico rojo.

IV. MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALAROS

Las vacunas vencidas o inutilizadas, apósitos con sangre humana, hemoderivados, elementos punzocortantes que estuvieron en contacto con pacientes, que tipo de residuos son:

- a) Residuos especiales
- b) Residuo común
- c) Residuos Biocontaminados.
- d) Residuos peligrosos.

Son Residuos peligrosos producidos en los hospitales, con propiedades físicas y químicas de potencial peligro por lo corrosivo, inflamable, tóxico, explosivo y reactivo para el individuo expuesto, corresponde a:

- a) Residuos radioactivos
- b) Residuos especiales
- c) Residuos químicos peligrosos
- d) Residuos Biocontaminados.

Son Residuos producidos en administración, provenientes de la limpieza de jardines, patios, áreas públicas, restos de la elaboración de alimentos; corresponde a:

- a) Residuo común.
- b) Residuo contaminado.
- c) Residuo peligroso
- d) Residuo doméstico.

Anexo 2. Guía de observación de aplicabilidad en las normas de bioseguridad

Tomado de Chávez Rocío

I. DATOS INFORMATIVOS

Área: ----- Fecha y Hora: -----

		DEL TIEMPO DE OBSERVACIÓN		
		SIEMPRE	A VECES	NUNCA
A. HIGIENE DE MANOS				
1	Previo a cada procedimiento			
2	Posterior de cada procedimiento			
3	En seguida luego de tener contacto con sangre, saliva, LCR y otros elementos.			
B. USO DE BARRERAS				
Uso guantes				
1	Luego de poner una venoclisis y/o administrar una terapia endovenosa			
2	En el momento de aspirar elementos orales, tráquea y bronquios.			
3	En el momento de transferencias sanguíneas o paquetes plasmáticos.			
4	Se descartan inmediatamente después de su uso.			
Uso mascarilla				
1	Antes de entrar al alojamiento de pacientes con aislamiento respiratorio.			
Usan bata				
1	Para prevenir el riesgo de contaminarse con sangre o líquidos corporales y para procedimientos especiales.			
C. MANEJO DE INSTRUMENTAL PUNZOCORTANTE				
1	Descarta las agujas sin colocar el protector			
2	Descarta las agujas en recipientes rígidos			
3	No se evidencia agujas o elementos punzocortante en tacho de basura, piso y/o mesa.			
4	El material punzocortante no sobrepasan los $\frac{3}{4}$ partes del contenedor o recipiente.			
5	El contenedor para descartar los residuos punzocortante, se ubican cerca del área de atención.			
D. MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS				
1	Descarta los residuos hospitalarios en bolsas o contenedores indicados.			

LIBRO DE CÓDIGOS

Variable	Código	Escala de medición	Código de respuesta	Indicador standard
Prácticas sobre Bioseguridad	PSB	Ordinal	Nunca: 1 punto	Buena Práctica: 23 – 45 puntos
			A Veces: 2 puntos	
			Siempre: 3 puntos	Mala Práctica: 0 – 22 puntos
Conocimientos sobre Bioseguridad	CSB	Ordinal	Alternativa incorrecta: 0 puntos	Alto: 14-20 puntos
				Medio: 7-13 puntos
			Alternativa Correcta: 1 punto	Bajo: 0-6 puntos