



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADÉMICO

**“PERCEPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE
BIOSEGURIDAD DEL SERVICIO DE
GINECOLOGIA EN EL HOSPITAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN MARZO A SETIEMBRE
2018”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE:

CUIDADOS QUIRURGICOS

PRESENTADO POR:

OLIVIA BEATRIZ MUÑOZ ELGUERA

ASESOR

MG. JULIA MORAYMA SOBRINO MESIAS

CHINCHA-ICA-PERU, 2018

ÍNDICE

ÍNDICE

INTRODUCCION

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

| | |
|---|----|
| 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA..... | 05 |
| 1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN..... | 06 |
| 1.2.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL..... | 06 |
| 1.2.2 DELIMITACIÓN SOCIAL..... | 06 |
| 1.2.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL..... | 06 |
| 1.2.4 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL..... | 06 |
| 1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN..... | 06 |
| 1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL..... | 06 |
| 1.3.2 PROBLEMA SECUNDARIO..... | 07 |
| 1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 07 |
| 1.4.1 OBJETIVO GENERAL..... | 07 |
| 1.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO..... | 07 |
| 1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN..... | 08 |
| 1.5.1 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA..... | 08 |
| 1.5.2 LIMITACIONES..... | 09 |

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

| | |
|------------------------------------|----|
| 2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA..... | 10 |
| 2.2 BASES TEÓRICAS..... | 20 |

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

| | |
|--|----|
| 3.1 HIPÓTESIS GENERAL..... | 31 |
| 3.2 HIPÓTESIS SECUNDARIA..... | 31 |
| 3.3 VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL)..... | 32 |

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

| | |
|---|----|
| 4.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN..... | 34 |
| 4.2 MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN..... | 34 |
| 4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN..... | 34 |
| 4.3.1 POBLACIÓN..... | 34 |
| 4.3.2 MUESTRA..... | 35 |
| 4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 36 |
| 4.4.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTO..... | 36 |
| 4.4.2 FUENTES..... | 36 |

CAPÍTULO V: ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

| | |
|---|----|
| 5.1 RECURSOS (HUMANOS, MATERIALES)..... | 36 |
| 5.2 PRESUPUESTO..... | 36 |
| 5.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES..... | 37 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 38 |

ANEXOS:

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA
2. CONSENTIMIENTO INFORMADO
3. ENCUESTAS
4. VALIDACION DE INSTRUMENTO POR EXPERTOS

INTRODUCCION

La higiene de manos es un término general que se refiere a cualquier acción de limpieza de manos. La higiene de las manos se relaciona con la eliminación de la suciedad visible y eliminación de microorganismos transitorios de las manos y a su vez mantener la buena integridad de la piel.

La higiene de manos es la medida de prevención y control de infecciones más importante y efectiva para prevenir la propagación de microorganismos causantes de Infecciones intrahospitalarias. A pesar de esto, el cumplimiento de los protocolos de higiene de manos por los proveedores de servicios de salud siguen siendo defectuosos. Se ha demostrado que en toda institución, un programa de higiene de manos multifacético, incluye liderazgo administrativo, apoyo e incentivos, y puede ser efectivo para reducir la incidencia de infecciones intrahospitalarias.

El motivo del presente es evaluar además del lavado de manos otras medidas de bioseguridad que se aplican en el servicio de Ginecología del hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La higiene de manos es una herramienta fundamental para prevenir enfermedades entre los pacientes por parte del personal de salud.

Según la OMS, hay pocos datos definitivos sobre las actividades de atención al paciente que con mayor probabilidad transmiten bacterias a las manos del trabajador de la salud (HCW), pero ha habido varios estudios que identificaron muchas posibilidades. Aunque se han encontrado bacterias en las manos de HCW después de actividades tales como cuidado de heridas, cuidado del catéter intravascular, cuidado del tracto respiratorio y manejo de las secreciones del paciente como se esperaba, también se han encontrado bacterias en las manos de HCW después del llamado contacto "limpio", como tomar una pulso, temperatura o presión arterial del paciente.¹

Hasta el 80% de todas las enfermedades infecciosas se propagan a través del contacto mano a mano por ello la importancia del lavado de manos. Mientras que las enfermedades comunes como la gripe, la fiebre viral, la tos y los resfriados se pueden prevenir fácilmente tomando esta simple precaución, la mayoría de las personas desconoce que lavarse las manos de manera adecuada y efectiva puede ayudar a prevenir enfermedades y gérmenes mucho más graves e incluso potencialmente mortales. Lavarse las manos reduce infecciones respiratorias como la gripe, la faringitis estreptocócica, los rinovirus y la tos ferina en un 16%. Además,

los estudios consideran que el agua y jabón podría ayudar a disminuir las muertes relacionadas con enfermedades diarreicas a la mitad del total actual.²

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 DELIMITACION ESPACIAL

Nuestro estudio se llegará a realizar del Servicio de Ginecología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

1.2.2 DELIMITACION SOCIAL

A su vez nuestro estudio tendrá como servicios estudiados el de cirugía plástica y quemados.

1.2.3 DELIMITACION TEMPORAL

Nuestro trabajo académico se llegará a realizar durante el periodo de Marzo a Setiembre del 2018.

1.2.4 DELIMITACION CONCEPTUAL

Nuestro trabajo tendrá como principal objetivo estudiar las medidas de bioseguridad que se aplica en la atención de los pacientes los mismos que se atenderán en el servicio de ginecología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles serán las medidas de bioseguridad del servicio de ginecología en el hospital Guillermo Almenara Irigoyen marzo a setiembre 2018”?

1.3.2 PROBLEMA SECUNDARIO

- ¿Será el lavado de manos realizado correctamente en la atención de pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo Marzo a Setiembre 2018?
- ¿Cuáles son las medidas de barrera al realizar la atención de pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo Marzo a Setiembre 2018?
- ¿Cómo se procede a la eliminación de material contaminado en servicio de Ginecología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo Marzo a Setiembre 2018?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las medidas de bioseguridad del servicio de ginecología en el hospital Guillermo Almenara Irigoyen marzo a setiembre 2018.

1.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Conocer si el lavado de manos es realizado correctamente en la atención de pacientes del servicio

de Ginecología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo Marzo a Setiembre 2018.

- Identificar las medidas de barrera al realizar la atención de pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo Marzo a Setiembre 2018.
- Verificar el proceso de eliminación de material contaminado en servicio de Ginecología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo Marzo a Setiembre 2018

1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La bioseguridad será aquel conjunto de diversas medidas de forma mínima las cuales son adaptadas para protección del usuario, con la finalidad de reducir la tasa de patologías provocadas por los diversos patógenos, por tal motivo se aplicaran las normas de bioseguridad.

Bioseguridad es un concepto de forma amplia, el cual tiene una serie de implicancias dirigidas para la protección de todo el personal que trabaja en las diversas instituciones de salud como también el contacto con los pacientes, los visitantes hasta el medio ambiente los cuales pueden ser afectados por los diversos resultados de las actividades asistenciales.³

La bioseguridad se llegara a realizar de forma conjunta, tanto el personal que labora en la institución como en diversas instituciones, deberán de complicar las normas establecidas con la finalidad de reducir y hacer cumplir dichas normas.

1.5.2 LIMITACIONES

- Dentro de las limitaciones para nuestro trabajo académico, tendremos la poca participación del personal que labora en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.
- De igual forma, el mal llenado de las encuestas lo que nos impide una correcta tabulación de los resultados.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Pittet et al con su estudio titulado “Eficacia de un programa de todo el hospital para mejorar el cumplimiento de la higiene de manos” (España, 2016)⁴

La higiene de las manos previene la infección cruzada en los hospitales, pero el cumplimiento de las instrucciones recomendadas es comúnmente deficiente. Intentamos promover la higiene de las manos implementándola en toda la institución con especial énfasis en la desinfección de manos a base de alcohol y de cabecera. Medimos infecciones nosocomiales en paralelo.

Métodos

Controlamos la realización general de la higiene de las manos durante la atención de rutina del paciente en un hospital universitario en Ginebra, Suiza, durante el proceso de la implementación de una campaña de higiene de manos. Siete encuestas observacionales en todo el hospital se realizaron dos veces al año desde diciembre de 1994 hasta diciembre de 1997. La evaluación se dio por la reducción de tasas de infección nosocomial, las tasas de ataque de meticilina resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), y el consumo de desinfectante de manubrio.

Recomendaciones

Este resultado no se modificó después del ajuste por los factores de riesgo conocidos de mala adherencia. La higiene de las manos mejoró significativamente entre las enfermeras y los asistentes de enfermería, pero se mantuvo pobre entre los médicos. Durante el mismo período, la infección nosocomial general disminuyó (prevalencia de 16.9% en 1994 a 9.9% en 1998, $p = 0.04$), las tasas de transmisión de MRSA disminuyeron (2.16 a 0.93 episodios por 10 000 días-paciente; <0.001), y el consumo de solución a base de alcohol aumentó de 3.5 a 15.4 L por 1000 días-paciente entre 1993 y 1998 ($p < 0.001$).

Interpretación

La campaña produjo una mejora sostenida en la ejecución del lavado de manos, coincidiendo con una reducción de las infecciones nosocomiales y la transmisión de MRSA. La promoción de medicamentos para el cuidado de la cama y antisépticos contribuyó en gran medida al aumento del cumplimiento.

Tendremos al autor Didier Pittet con el trabajo titulado “Mejorando el cumplimiento de la higiene de manos en los hospitales” (España, 2015)⁵

El lavado de las manos previene la infección cruzada en los hospitales, pero el cumplimiento de las instrucciones recomendadas a menudo es deficiente entre los trabajadores de la salud. Aunque algunas intervenciones previas para mejorar el cumplimiento han tenido éxito, ninguna ha logrado una mejora duradera. Este artículo revisa las barreras informadas para la

higiene adecuada de las manos y los factores asociados con el cumplimiento deficiente.

El fácil acceso a la higiene de las manos de manera oportuna y la disponibilidad de la loción para el cuidado de la piel parecen ser requisitos previos necesarios para un comportamiento apropiado de higiene de manos. En particular, en situaciones de mucha demanda, la limpieza de manos con soluciones alcohólicas, parece ser la única alternativa que permite un cumplimiento decente. El nivel de ejecución de lavado de manos no depende solamente de factores individuales, y lo mismo puede decirse de su promoción. No es sorprendente que las intervenciones individuales a menudo fallen, y se necesitan estrategias multimodales y multidisciplinarias. Se propone un marco que incluye parámetros a considerar para la promoción del lavado de manos, basado en pruebas epidemiológicas y la revisión del conocimiento actual. Las estrategias de promoción en los hospitales deben incluir razones para el incumplimiento de las recomendaciones a nivel individual, grupal e institucional. Las herramientas potenciales para el cambio deben abordar cada uno de estos elementos y considerar su interactividad.

Citaremos a la autora Sadia Nasim et al con el trabajo titulado “Prácticas y conciencia sobre las medidas de bioseguridad entre los técnicos de laboratorio que trabajan en laboratorios clínicos en Karachi” (Pakistán, 2016)⁶

Conocer el nivel de conciencia y las medidas de bioseguridad adoptadas por los técnicos de laboratorio del hospital durante su trabajo de rutina en los laboratorios clínicos en Karachi, Pakistán, fueron los objetivos del estudio. Se contrataron

técnicos de laboratorio de hospitales públicos y del sector privado (253) de las 18 ciudades de Karachi. Después de obtener los documentos de consentimiento informado, se entrevistó a los técnicos del laboratorio y el entrevistador completó un cuestionario. Un total de 200 hombres y 53 mujeres participaron en este estudio, con aproximadamente el 61,7% con más de 5 años de experiencia laboral. Los resultados mostraron que el 46.2% de los técnicos de laboratorio no usaron ningún tipo de equipo de protección personal, y casi el 39.5% de los encuestados recapitulaban jeringas usadas regularmente, mientras que 10.7% resumido de vez en cuando. Para evitar la reutilización de las jeringas, las autoridades paquistaníes recomiendan que se corten antes de desecharlas; sin embargo, solo alrededor del 36% de los encuestados hace esto antes de descartar las jeringas usadas directamente en los cubos de basura municipales. Además, alrededor del 65.2% de los encuestados declara que no hay desechadores separados para objetos filosos, por lo que los arroja también a los contenedores de basura municipales.

Aunque el pipeteo bucal se considera obsoleto, el 38% de los técnicos continúa haciéndolo para diversos fines. Además, los procedimientos operativos estándar no estaban disponibles en el 73.9% de los laboratorios, y los registros de accidentes no se mantuvieron en el 83.4%. No se brindó capacitación formal en bioseguridad al 85% de los encuestados.

Los resultados de esta encuesta confirman la falta de conciencia sobre buenas prácticas de laboratorio y medidas de bioseguridad entre los técnicos de laboratorio en Karachi, Pakistán, así como la necesidad de organizar programas básicos

de capacitación para aumentar el conocimiento de las buenas técnicas de laboratorio y los principios de auto higienización.

Citaremos al autor Philippe Mourouga et al con el trabajo titulado “Conformidad con el lavado de manos en un hospital docente” (Suiza, 2016)⁷

Fondo:

Los trabajadores de salud son la fuente primordial de transmisión de microorganismo y la causa de infecciones en los centros sanitarios y puede ser prevenida con una higiene adecuada.

Objetivo:

Identificar predictores de incumplimiento del lavado de manos durante la atención de rutina del paciente.

Diseño:

Estudio observacional.

Ajuste:

Hospital de enseñanza en Ginebra, Suiza.

Participantes:

Enfermeras (66%), médicos (10%), auxiliares de enfermería (13%) y otros trabajadores de la salud (11%).

Mediciones:

Cumplimiento con el aseo de las manos.

Resultados:

En 2834 se observaron oportunidades para el lavado de manos, el cumplimiento promedio fue del 48%. En el análisis multivariado, el incumplimiento fue mayor entre los médicos (odds ratio [OR], 2,8 [IC 95%, 1,9 a 4,1]), auxiliares de enfermería (OR, 1,3 [IC, 1,0 a 1,6]) y otros trabajadores de la salud (OR, 2,1 [IC, 1,4 a 3,2]) que entre las enfermeras y fue menor los fines de semana (OR, 0,6 [IC, 0,4 a 0,8]). El incumplimiento fue mayor en cuidados intensivos que en unidades de medicina interna (OR, 2,0 [IC, 1,3 a 3,1]), durante procedimientos que conllevan un alto riesgo de contaminación (OR, 1,8 [IC, 1,4 a 2,4]), y cuando la intensidad de la atención del paciente fue alta (en comparación con ≤ 20 oportunidades para lavarse las manos por hora de atención, 21 a 40 oportunidades: OR, 1,3 [CI, 1,0 a 1,7]; 41 a 60 oportunidades: OR, 2,1 [IC, 1,5 a 2,9]; > 60 oportunidades: OR, 2,1 [CI, 1,3 a 3,5]).

Conclusiones

La ejecución del lavado de manos fue moderado. La variación entre la sala hospitalaria y el tipo de trabajador de la salud sugiere que los programas educativos específicos pueden ser útiles. Aunque los datos de observación no pueden demostrar la causalidad, la asociación entre el incumplimiento y la intensidad de la atención sugiere que la falta de personal puede disminuir la calidad de la atención del paciente.

Tendremos a la autora Mary G. Lankford con el trabajo titulado "Influencia de los modelos de rol y el diseño de hospitales en la higiene de manos de los trabajadores de salud" (España, 2015)⁸

Evaluamos el efecto de los modelos de personal del personal médico y el número de sumideros de trabajadores de la salud que realizaron el lavado de las manos antes y después de la construcción de un nuevo hospital diseñado para un mayor acceso a los lavabos para lavarse las manos. Observamos el lavado de manos en cuatro unidades de enfermería que proporcionaron atención similar al paciente en los hospitales antiguos y nuevos: unidades de cuidados intensivos médicos y quirúrgicos, hematología / oncología y trasplante de órganos sólidos. De 721 oportunidades de higiene de manos, 304 (42%) se observaron en el antiguo hospital y 417 (58%) en el nuevo hospital. Era mucho menos probable que los operadores sanitarios realizaran la higiene de manos si un compañero o una persona de mayor rango en la sala no realizaba la higiene de manos. En comparación con los trabajadores de salud que ingresaron a una habitación solos, el comportamiento grupal no mejoró si la persona o compañero de mayor rango se lavaba las manos. Los comportamientos aprendidos o las limitaciones de tiempo pueden influir negativamente en el cumplimiento del grupo con los procedimientos de higiene de las manos.

Según lo sugerido por algunos estudios, la ejecución médica del lavado de manos tiene un impacto en el comportamiento de los compañeros y del grupo. Una evaluación reciente de los comportamientos médicos aprendidos encontró que solo el 8.5% de los estudiantes de medicina candidatos se lavaron después del contacto con el paciente. Dado que los estudiantes de medicina pueden estar influenciando algún día las futuras conductas de ejecución del lavado de manos de otros trabajadores sanitarios, la importancia de la higiene de las manos debe incorporarse en el plan de estudios de la escuela de medicina. El cumplimiento de la higiene de manos fue significativamente mejor en el antiguo hospital (161/304; 53%)

en comparación con el nuevo hospital (97/417, 23,3%) ($p < 0,001$).

Trabajadores de la salud en una habitación con un adulto mayor (por ejemplo, clasificación más alta) el personal médico o el compañero que no se lavaron las manos tenían una probabilidad significativamente menor de lavarse las manos (odds ratio 0,2, intervalo de confianza de 0,1 a 0,5); $p < 0,001$). Nuestros resultados sugieren que el cumplimiento de la higiene de manos de los trabajadores de la salud se ve significativamente influenciado por el comportamiento de otros trabajadores de la salud. Un aumento en el número de lavamanos, como única medida, no aumentó el cumplimiento de la higiene de manos.

Citaremos a la autora Carmen Lucia Pessoa – Silva et al con el trabajo titulado “Higiene de las manos entre los médicos: rendimiento, creencias y percepciones” (Brasil, 2014)¹⁰

Objetivos:

Identificar los factores de riesgo de no adherencia y evaluar las creencias y percepciones asociadas con la higiene de las manos entre los médicos.

Diseño:

Estudio transversal de las prácticas, creencias y actitudes de los médicos con respecto a la higiene de las manos.

Ajuste:

Gran hospital universitario.

Participantes:

163 médicos.

Mediciones:

Observación individual de las prácticas de lavado de manos del médico durante el cuidado de rutina del paciente con documentación de factores de riesgo relevante; cuestionario de autoinforme para medir creencias y percepciones. La regresión logística identificó variables asociadas de forma independiente con la adherencia.

Resultados:

La adherencia promedió 57% y varió marcadamente en todas las especialidades médicas. En el análisis multivariado, la adherencia se asoció con la conciencia de ser observado, la creencia de ser un modelo a seguir para otros colegas, una actitud positiva hacia la higiene de las manos después del contacto del paciente y un fácil acceso a la solución para frotar las manos. Por el contrario, la alta carga de trabajo, las actividades asociadas con un alto riesgo de transmisión cruzada y ciertas especialidades médicas técnicas (cirugía, anestesiología, medicina de emergencia y medicina de cuidados intensivos) fueron factores de riesgo para la falta de adherencia.

Limitaciones

La observación directa de los médicos puede haber influido tanto en la adherencia a la higiene de las manos como en las respuestas al cuestionario de autoinforme. La generalización de los resultados del estudio requiere pruebas adicionales en otros entornos de atención médica y poblaciones de médicos.

Conclusión:

La adherencia de los médicos a la higiene de las manos está asociada con las limitaciones del trabajo y del sistema, así como con los factores de conocimiento y cognitivos. A nivel individual, el fortalecimiento de una actitud positiva hacia la higiene de las manos y el refuerzo de la convicción de que cada persona puede influir en el comportamiento del grupo puede mejorar la adherencia entre los médicos. Los médicos que trabajan en especialidades técnicas también deben ser objeto de mejora.

Citaremos a la autora Silvia Pérez Taboada et al con el trabajo titulado “Conocimiento y cumplimiento de las medidas de bioseguridad del personal de Enfermería en los servicios especiales” (España, 2015)¹¹

Objetivo: evaluar el conocimiento y cumplimiento de las medidas de bioseguridad del personal de Enfermería de los servicios especiales del Hospital San Agustín (HSA) de Avilés (Asturias) y su influencia sobre los accidentes con riesgo biológico.

Método: estudio descriptivo transversal realizado en abril de 2015 a todas las enfermeras de servicios especiales del HSA. Se registraron variables sociodemográficas, experiencia profesional, formación, actuación en riesgo biológico, bioseguridad y antecedentes de accidentes laborales a través de un cuestionario de elaboración propia autoadministrado. Las variables cuantitativas se describieron con media y desviación estándar y mediana y rango intercuartílico, si la distribución era asimétrica. Las variables cualitativas se describieron con frecuencias y porcentajes. También se analizaron asociaciones entre variables mediante el test de Chi-cuadrado, el coeficiente de correlación de Pearson y la prueba de Kruskal-Wallis.

Resultados: se cumplimentaron 70 cuestionarios de 78 repartidos. El 90% fue mujer, con edad media de 41 (DE:9,7) años y experiencia laboral media de 18,4 años (DE:9,8). El 61% recibió información sobre bioseguridad; la puntuación media de conocimiento fue de 86,2 puntos sobre 100 (DE:13,9), la aplicación de medidas fue del 60,8 (DE:19,6) puntos. El 67,1% sufrió al menos un accidente con riesgo biológico, siendo por pinchazo el 61,4%. El 34,3% atribuyó la causa del accidente al exceso de trabajo. El valor de correlación de Pearson entre la experiencia profesional y la aplicación de las medidas de bioseguridad fue de 0,14 y de 0,19 en relación al conocimiento y de 0,42 entre conocimiento y aplicación.

Conclusiones: las enfermeras del hospital objeto de estudio tienen un buen conocimiento sobre bioseguridad; esto supone una mayor aplicación de las medidas, pero no por ello disminuyen los accidentes con riesgo biológico, aun con más experiencia laboral. La mayoría lo atribuye al exceso de trabajo

2.2 BASES TEÓRICAS

En el ambiente hospitalario, la transmisión de microorganismos patógenos ocurre en la mayoría de las veces por contacto, vías aéreas y por la exposición a la sangre y líquidos corporales. Como la mayor parte de las infecciones tienen origen endógeno, vale subrayar que el aislamiento reverso o protector, que tiene justamente el objetivo de proteger de la adquisición de microorganismos, es considerado inútil.

Por lo tanto, la bioseguridad hospital es el proceso más adecuado para los profesionales de la salud. Vea cuáles son los procedimientos especiales para la precaución de agentes infecciosos.¹²

La importancia de la bioseguridad hospitalaria

La bioseguridad hospital es el conjunto de medidas y normas destinadas a proteger a la población y los profesionales de la salud. Minimiza los riesgos inherentes a una determinada actividad. Estos riesgos no son aquellos que afectan sólo al profesional que desempeña la función, sino a todos aquellos que pueden causar daños al medio ambiente y también a la salud de las personas en general.¹³⁻¹⁴

Aunque muchos profesionales consideren la bioseguridad normas que dificultan su trabajo, esas reglas son cruciales para garantizar la salud del trabajador y del resto de la población. Incluso, es común que muchos profesionales creen que, por trabajar dentro del hospital, están exentos de los riesgos. Sin embargo, acaban adquiriendo vicios que perjudican todo el progreso que es sugerido por la bioseguridad hospitalaria.

Por lo tanto, el fracaso a seguir las reglas básicas de hospital de bioseguridad puede conducir a problemas tales como epidemias y transmisión de enfermedades, los más comunes son la varicela, tuberculosis y meningitis.

Precaución predeterminada

Este tipo de procedimiento es determinado por la bioseguridad hospitalaria y consiste en actitudes que necesitan ser tomadas por todo profesional de salud a cualquier paciente.

Además, es importante usar guantes, gafas, máscara y delantal. Los guantes sólo se deben utilizar cuando hay riesgo de contaminación con secreciones, sangre o membranas mucosas. Las gafas, máscara o delantal también deben usarse cuando hay riesgo de contacto con sangre o secreciones. Después del uso, todos los elementos deben ser descartados en ambientes apropiados.¹⁵

Precaución de contacto

Indicada para infección o colonización por microorganismos multirresistentes, como la varicela. En este caso, la bioseguridad hospitalaria indica, además de los mismos estándares de la precaución estándar, la habitación privada.¹⁶

Precaución para aerosoles

Los aerosoles son pequeñas partículas que pueden permanecer suspendidas en el aire durante largos períodos, causando infección en un individuo susceptible. Las medidas también incluyen cuarto privado, transporte del paciente lo mínimo posible y el uso de máscara en el profesional de la salud.

Riesgos biológicos y niveles de bioseguridad¹⁷⁻²⁰

El término de riesgo biológico es un potencial riesgo para la salud o bienestar del hombre y algún otro ser vivo, a través de

infección o alteración del ambiente donde se desarrolla. Niveles de Bioseguridad 1 a 4 fueron establecidos por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) y son combinaciones de prácticas de laboratorio y técnicas, equipos de seguridad e instalaciones. Todos estos niveles son apropiados para el riesgo biológico planteado por los agentes utilizados y para la actividad de laboratorio.

Bioseguridad Nivel 1

Prácticas, equipos de seguridad e instalaciones apropiadas para el trabajo con microorganismos definidos y que se sabe que no causan enfermedades en los seres humanos adultos sanos. Equipos de contención especial o diseño de la instalación es necesario ni se utiliza generalmente. Una cabina de seguridad biológica en general, no es necesario para los trabajos que impliquen estos agentes.

Bioseguridad Nivel 2

Prácticas, equipos de seguridad e instalaciones apropiadas para el trabajo hecho con un amplio espectro de agentes de riesgo moderado indígenas presentes en la comunidad y asociados con la enfermedad humana en gravedad variable. Se diferencia de nivel de bioseguridad 1 en que además del uso de materiales de prevención microbiológica estándar, batas de laboratorio, descontaminación de desechos infecciosos, limitados acceso, guantes de protección y exhibición del signo de riesgo biológico y parcial equipo de contención son los requisitos para este nivel.

Bioseguridad Nivel 3

Prácticas, equipos de seguridad e instalaciones adecuadas para el trabajo realizado con los agentes indígenas o exóticos con un potencial de transmisión respiratoria que puede causar una infección grave y potencialmente letal. Se procede al uso de ropa de laboratorio especial, acceso controlado a equipos de laboratorio y de métodos de contención parcial.

Bioseguridad Nivel 4

Se necesita una entrada a través de la sala de cambio donde la ropa de laboratorio se pone, ducha al salir, todos los desechos se descontaminan antes de salir de las instalaciones. Requiere un equipo de contención máximo.

Clasificación de los riesgos²¹⁻²⁵

Los riesgos se clasificaron de la siguiente manera:

Riesgos físicos: grupo 1 (color verde)²¹

- Equipos que generan calor, frío o que operan bajo presión;
- la radiación;
- Campos eléctricos;
- Humedad, etc.

Riesgos químicos: grupo 2 (color rojo)²²

Productos químicos, en general, bajo diferentes formas y presentaciones (líquida, sólida, vapor, humo, etc.) Algunos ejemplos:

- ácido;
- colas;
- pinturas;
- los gases;
- plaguicidas;
- formaldehído;
- bases;
- reactivos oxidantes;
- reactivos reductores;
- drogas;
- metales presentes en las lámparas;
- baterías;
- baterías.

Y una infinidad de otros productos químicos.

Riesgos biológicos: grupo 3 (color marrón)²³

Agentes biológicos tales como:

- Parásitos;
- Toxinas y priones.
- Microorganismos modificados genéticamente o no;
- Cultivos de células.

Riesgos ergonómicos: grupo 4 (color amarillo)²⁴

- Esfuerzos repetitivos;
- Levantamiento de peso;
- Rutina intensa de trabajo;
- Situaciones causantes del estrés físico y psíquico
- Jornadas prolongadas Postura inadecuada, etc.

Riesgos de accidentes: Grupo 5 (color azul)²⁵

- Arreglo físico inadecuado;
- Probabilidad de incendio y explosión;
- Animales venenosos;
- Circunstancias que pueden provocar accidentes
- Máquinas y equipos desprotegidos;
- Iluminación inapropiada
- Electricidad, etc.

Monitoreo objetivo

La ejecución del lavado de manos aumenta drásticamente cuando estos observadores, que generalmente son bien conocidos por el personal, circulan en la unidad, dijo Landon. Entonces las tasas de cumplimiento disminuyen cuando esas personas ya no están.²⁶

El estándar de oro para monitorear el cumplimiento de la higiene de manos es la observación directa, dijo Landon, generalmente por parte de profesionales de control de infecciones o una persona dedicada, como el gerente de enfermería de un grupo. Pero la fiabilidad de este método para medir el cumplimiento real y real con la higiene de las manos es cuestionable.²⁶

En un estudio, Landon y sus colegas contrataron a un nuevo estudiante para la observación de la higiene de manos en la misma unidad que un practicante conocido había observado recientemente.²⁶⁻²⁷

Las infecciones asociadas a la atención de la salud (HAI) se producen en todo el mundo y afectan tanto a los países desarrollados como en desarrollo. En cualquier momento, más

de 1.4 millones de personas en todo el mundo sufren infecciones adquiridas en el hospital. Se estimó que en los países desarrollados, del cinco al diez por ciento de los pacientes ingresados en hospitales de agudos adquirir una infección. En entornos de alto riesgo, como las unidades de cuidados intensivos, más de un tercio de los pacientes pueden ser afectados. En la atención a largo plazo, las infecciones endémicas y epidémicas son frecuentes.

Asegurando la responsabilidad²⁸

Monitorear la higiene de manos es solo el primer paso. También deben existir políticas para responsabilizar a las personas por la higiene de las manos.

"Un hospital necesita tener políticas que respalden la higiene de las manos y asegurarse de que los administradores respalden la iniciativa", dijo Price. "Necesitan decir que es una prioridad y que es una política y que los empleos están en riesgo si la política se rompe".²⁸

La higiene de manos es la medida de prevención y control de infecciones más importante y efectiva para prevenir la propagación de microorganismos. A pesar de esto, el cumplimiento de los protocolos de higiene de manos por los proveedores de servicios de salud siguen siendo desafiantes. Se ha demostrado que en toda la instalación, programa de higiene de manos multifacético, que incluye liderazgo administrativo, apoyo e incentivos, puede ser efectivo para reducir la incidencia de infecciones hospitalarias.

Price dijo que la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica y el CDC han producido materiales para incorporar la prevención de infecciones en la educación

médica, y muchos HCW deben retomar regularmente un módulo de prueba de control de infecciones que incorpora información detallada sobre la higiene de las manos.

La Comisión Conjunta recomienda un enfoque que incluye la observación directa por diferentes observadores sobre una base rotativa, dijo Landon. El enfoque también incluye una pieza de rendición de cuentas: si la higiene de manos no ha mejorado, el delinciente recibe advertencias y recibe otros refuerzos como clases en línea o discusiones con un miembro del comité de control de infecciones para alentarlos a lavarse las manos. El sistema también utiliza un sistema disciplinario de recursos humanos: después de suficientes advertencias, las personas pueden perder sus trabajos por no lavarse las manos.

"La higiene de manos es más importante que nunca con la creciente amenaza de organismos resistentes a múltiples fármacos", dijo Price. "Los programas de administración de antibióticos son potentes, pero no serán efectivos si no se cuenta con un buen control de infecciones, como la higiene de las manos".

"Una vez que realmente comienzan a practicar, ven que otros no realizan la higiene de manos tan a menudo como deberían y deciden que no es tan importante como pensaban", dijo Landon. "Los planes de estudio educativos no llegan lejos en la formación de un hábito. Es necesario que haya una cultura de refuerzo en la que, si no se lavan las manos, alguien se lo dirá".²⁸

Aunque la higiene de manos ha sido durante mucho tiempo una parte de los planes de estudio de medicina, no siempre se inculca en los profesionales como debería. En un estudio

reciente, Landon y sus colegas encontraron que los estudiantes de medicina de primer y segundo año creen que la higiene de las manos es extremadamente importante y siempre lo hacen, pero no los estudiantes de tercer y cuarto año.²⁸

Ciencia del comportamiento²⁹⁻³¹

La mayoría de los hospitales han instalado dispensadores de desinfectante de manos en todas las unidades para que sea más fácil para los trabajadores sanitarios limpiarse las manos. Larson dijo que esto es importante porque el desinfectante de manos funciona más rápido y es mejor para la mayoría de las cosas.²⁹

Aunque estos dispensadores no necesariamente han aumentado la frecuencia de la higiene de manos, Larson dijo que su implementación ha aumentado el número de veces que se usa el desinfectante de manos en comparación con el jabón.

Cualquier programa de higiene de manos deberá tener un beneficio a largo plazo, dijo Landon. Muchos tienen un efecto definitivo a corto plazo en los comportamientos cambiantes, como los letreros en las puertas que recuerdan a los TS sobre la higiene de las manos. Pero después de un cierto período de tiempo, el comportamiento vuelve a los patrones anteriores porque los signos ya no son nuevos.³⁰

Pero una de las mejores maneras de hacer que alguien cambie su comportamiento es sutilmente alentarlos, dijo Edmond: hacer que alguien haga algo sin obligarlo a hacerlo.³¹

USO PARA CUIDAR ALCOHOL GEL³²⁻³⁵

- Aprender el cuidado que debe tener el uso de alcohol en gel, ya que es un producto que realmente se seca la piel.
- • Utilizar muchas veces al día puede secar la piel, incluso cuando el producto es la crema hidratante.
- Hidratación de la piel: Para evitar que la piel está reseca uso de alcohol en gel, es recomendable aplicar crema de manos tres y cincuenta y siete veces al día.

No debe usarse en grandes cantidades para que no se seque la piel.

Ingestión: El gel de alcohol no puede ser tomada, ya que es altamente tóxico. Sin embargo, no es dañino si es un niño, por ejemplo, tomar la mano la boca después de aplicar el producto.

- No aplicar en heridas o piel irritada.
- Mantenga el envase cerrado después de su apertura.

Protección: El alcohol en gel elimina las bacterias que se encuentran en las manos, pero los protege de la contaminación adicional.

- Aplique una pequeña cantidad de agua en las manos limpias y se seca. Presione hasta que se seque. No secar con una toalla, este producto no reemplaza el uso de jabón y el agua de lavado de las manos.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS GENERAL

Las medidas de bioseguridad del servicio de ginecología en el hospital Guillermo Almenara Irigoyen marzo a setiembre 2018 son aplicadas adecuadamente.

3.2 HIPOTESIS SECUNDARIA

- El lavado de manos es realizado correctamente en la atención de pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo Marzo a Setiembre 2018.
- Las medidas de barrera al realizar la atención de pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo Marzo a Setiembre 2018 son aplicadas adecuadamente.
- La eliminación de material contaminado en servicio de Ginecología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo Marzo a Setiembre 2018 cumple el protocolo establecido.

3.3 VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL)

VARIABLES:

Percepción de medidas de bioseguridad:

- **Definición conceptual**

Es un conjunto de ideas, nociones y conceptos que posee el hombre como producto de la información adquirida mediante una educación y actitudes del profesional de salud sobre medidas de bioseguridad con la finalidad de proteger la salud del personal, paciente y de la comunidad frente a diferentes riesgos que existe a nivel hospitalario.

- **Definición operacional**

Son conocimientos sobre medidas de bioseguridad que tiene el profesional de enfermería que trabaja en la unidad de quemados.

Bioseguridad en la atención de los pacientes

- **Definición conceptual**

La aplicación del saber cómo hacer, esta relaciona con la práctica del conocimiento adquirido, cuya concepción está asociada a formas específicas de competencias formativas, tales como la habilidad de ejecutar una acción.

- **Definición operacional**

Constituye la aplicación de bioseguridad en su rutina diaria tomando en cuenta los principios universales de bioseguridad, a fin de reducir y prevenir las infecciones intrahospitalarias.

CUADRO DE OPERALIZACION DE VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES |
|--|---|--|--|--|
| Percepción de medidas de bioseguridad | Es un conjunto de ideas, nociones y conceptos que posee el hombre como producto de la información adquirida mediante una educación y actitudes del profesional de salud sobre medidas de bioseguridad con la finalidad de proteger la salud del personal, paciente y de la comunidad frente a diferentes riesgos que existe a nivel hospitalario. | Son conocimientos sobre medidas de bioseguridad que tiene el profesional de enfermería que trabaja en la unidad de quemados. | Conocimiento de bioseguridad Conocimientos de barreras protectoras de bioseguridad. Conocimiento sobre manejo de desechos. | <ul style="list-style-type: none"> • Define bioseguridad. • Identifica importancia sobre barreras protectoras. • Conoce el manejo de desechos contaminados |
| Bioseguridad en la atención de los pacientes | La aplicación del saber cómo hacer, esta relaciona con la práctica del conocimiento adquirido, cuya concepción está asociada a formas específicas de competencias formativas, tales como la habilidad de ejecutar una acción. | Constituye la aplicación de bioseguridad en su rutina diaria tomando en cuenta los principios universales de bioseguridad, a fin de reducir y prevenir las infecciones intrahospitalarias. | Aplicación de medidas de bioseguridad en la atención del usuario | <ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos • Uso de mascarilla • Uso de guantes • Uso de mandilón • Se cambia la ropa si fue contaminadas con fluidos. • Diferencia los ambientes limpios de los contaminados. |

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Nuestro estudio estará siendo abarcado de forma observacional, descriptivo, transversal como retrospectivo.

4.2 MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio el que realizaremos, será de carácter inductivo, el cual se llegaran a evaluar los diferentes puntos percepción sobre medidas de bioseguridad que se apliquen en la atención de los pacientes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

El trabajo académico, estará siendo conformado por el diseño transversal y no experimental, el cual nos llegará a servir para comparar las variables que se estudien, de igual forma se llegara a obtener el permiso de parte de los encargados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

4.3.1 POBLACION

Está conformada por todo el personal que labore en el hospital donde estudiaremos, se contara con un total de 32 participantes que laboren del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

4.3.2 MUESTRA

Para nuestra muestra, tendremos la fórmula que más se adecue a nuestro estudio, es la de poblaciones finitas, el mismo que tiene las características para el estudio planteado.

$$n = \frac{Z^2 \cdot pe \cdot qe}{E^2}$$

Si $\frac{n}{N} > 0.10$

$$n = \frac{n}{N} + 1$$

Terminología utilizada es:

n : El valor final de la muestra que debe estudiar.

Z² : valor fijo de 1.96 (relacionado con un CC de 0.95).

pe : 0.5 (P(ocurrencia)).

qe : 0.5 (P(no ocurrencia)).

E² : 0.05 (P(error))

N : 32 (Universo poblacional)

Utilizando las formulas:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.9609}{0.0025}$$

$$n = 384$$

$$\frac{n}{N} = 1.536 > 0.10$$

Donde el valor relevante es

$$n = 384$$

$$n = 30$$

$$\frac{1+384}{32}$$

Entonces, la muestra representativa para nuestro estudio sería la de 15 personas las cuales tengan una relación con la atención de los pacientes del servicio de ginecología.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTO

El presente trabajo académico, contará con una encuesta, de igual forma el instrumento el cual se obtendrá que realizar para la elaboración de nuestro trabajo académico será modificada para que no tenga ninguna interrecurrencia.

4.4.2 FUENTES

Para nuestro estudio, se llegará a trabajar en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen que es la institución de salud que brinda los constantes servicios para la atención de los pacientes ginecológicos.

CAPÍTULO V: ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

5.1 RECURSOS (HUMANOS, MATERIALES)

Para la elaboración de nuestro trabajo académico participará un asesor relacionado en el área de la salud.

5.2 PRESUPUESTO

Personal.

| Recurso Humanos | Numero | Tiempo | Costo/mes |
|-----------------|--------|----------|-----------|
| Asesor | 08 | 08 meses | 380 |

Servicios.

Bienes.

| Descripción | Numero | Costo | Total S/. |
|---------------------|-----------|--------------|---------------|
| Papel de 80 g. | 04 | 25.00 | 100.00 |
| Tinta | 04 | 50.00 | 200.00 |
| Lapiceros y lápices | 14 | 1.0 | 14.00 |
| Total | 20 | 76.00 | 314.00 |

5.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| ROLES | 2018 | | | | | | |
|---------------------------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL |
| Fase de elaboración del proyecto | X | | | | | | |
| Fase de aprobación del proyecto | | X | | | | | |
| Fase de validación del instrumento | | | X | | | | |
| Fase de recolección de datos | | | X | | | | |
| Fase de procesamiento de datos | | | | X | | | |
| Fase de análisis de datos | | | | X | X | | |
| Fase de elaboración del informe final | | | | | X | X | |
| Fase de aprobación del informe | | | | | | X | |
| Fase de sustentación | | | | | | | X |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Archibald, L. K., Ramos, M., Arduino, M. J., Agüero, S. M., Deseda, C., Banerjee, S., et al. (2001). Enterobacter cloacae and Pseudomonas aeruginosa polymicrobial bloodstream infections traced to extrinsic contamination of a dextrose multidose vial. *Journal of Pediatrics*, 133(5), 640-643.
2. Barker, J. H., Blank, C. H., & Steere, N. V. (1985). Designing a laboratory (pp. 59-127). California: American Public Health Association.

3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2006). Guidance for the selection and use of personal protective equipment (PPDE) in healthcare settings. Bethesda, MD: CDC.
4. Fisher-Hoch, S. P., Tomori, O., Nasidi, A., Perez-Oronoz, G. I., Fakile, Y., Hutwagner, L., et al. (1997). Review of cases of nosocomial Lassa fever in Nigeria: The high price of poor medical practice. *British Medical Journal*, 301(855), 857-860.
5. Habibullah, S., & Afsar, S. (2009). Waste disposal of government health-care facilities in urban area of Karachi—A KAP survey. *Pakistan Journal of Medical Resources*, 41, 1-2.
6. Hersh, B. S., Popovici, F., Jezek, Z., Satten, G. A., Apetrei, R.C., Beldescu, N., et al. (1998). Risk factors for HIV infection among abandoned Romanian children. *AIDS*, 4, 1618-1621.
7. Hutin, Y. J. F., Harpaz, R., Drobeniuc, J., Melnic, A., Ray, C., Favorov, M., et al. (2001). Injections given in healthcare settings as a major source of acute hepatitis B in Moldova. *International Journal of Epidemiology*, 26, 780-785.
8. Hutin, Y. J. F., Hauri, A. M., & Armstrong, G. L. (2004). Use of injections in healthcare settings worldwide, 2002: Literature review and regional estimates. *British Medical Journal*, 325 (7429), 1071.
9. Kamal, K., & Khan, A. (2002). Re-use of disposable syringes in private health care facilities of Rawalpindi. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 50, 231-234.

10. Karamat, K. A., Rahim, E., Khattak, F. H., & Mahmood, B. (2009). Strategic framework for bio-safety and bio-security in public sector hospitals Pakistan. Karachi, Pakistan: PMRC-Ministry of Health. Available at: www.pakistan.gov.pk/ministries/planninganddevelopment-ministry/usefull%20links/Papers/biosafety%20and%20biosecurity.pdf
11. Kermode, M., Jolley, D., Langkham, B., Mathew, S., & Crofts, N. (2002). Occupational exposure to blood and risk of bloodborne virus infection among health care workers in rural north Indian health care settings. *American Journal of Infection Control*, 32, 31-40.
12. Luby, S. P., Qamruddin, K., Shah, A. A., Omair, A., Pahsa, O., Khan, A. J., et al. (2006). The relationship between therapeutic injections and high prevalence of hepatitis C infection in Hafizabad, Pakistan. *Epidemiology and Infection*, 118(2), 359-358.
13. Maqbool, A. (2009). Needle stick injuries in health care workers. *Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 11, 551-560.
14. Misra, U., B., Agarwal, A. K., Parmar, N. K., & Bhalwar, R. (2002). An epidemiological study of biohazards in a microbiology laboratory at a large teaching hospital. *Journal of Academic Hospital Administration*, 12, 2.
15. Mujeeb, S. A., Adil, M. M., Altaf, A., Shah, S. A., & Luby, S. (2004). Infection control practices in clinical laboratories in

- Pakistan. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 24(3), 133-149.
16. Soeters, R., & Aus, C. (1996). Hazards of injectable therapy. *Tropical Doctor*, 20, 121-129.
17. Tietjen, L., Bossemeyer, D., & McIntosh, N. (2010). Infection prevention guidelines for healthcare facilities with limited resources. Part 05: Implementing Baltimore: JHPIEGO.
18. Larson, E. Higiene de la piel y prevención de infecciones: ¿más de los mismos o diferentes enfoques? *Clin Infect Dis* 1997 ; 22: 1289 - 1299 .
19. Simmons, B, Bryant, J, Neiman, K, Spencer, L, Explorar para América Latina, K. El papel del lavado de manos en la prevención de infecciones de unidad de cuidados intensivos endémicos. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1997 ; 09 : 580 - 590 .
20. Webster, J, Faoagali, JL, Cartwright, D. Eliminación de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina de una unidad de cuidados intensivos neonatales después de lavarse las manos con triclosán. *J Paediatr Child Health* 1996 ; **29** : 50 - 55.
21. Zafar, AB, Butler, RC, Reese, DJ, Gaydos, LA, Mennonna, PA Uso de 0.3% de triclosan (Bacti-Stat *) para erradicar un brote de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina en un vivero neonatal. *Am J Infect Control* 1997 ; **23** : 201 - 209 .

22. Casewell , M , Phillips , yo . Las manos como vía de transmisión para las especies de *Klebsiella* . *BMJ* 1975 ; **2** : 1310 - 1318 .
23. Maki , DG . El uso de antisépticos para el lavado de manos por personal médico . *J Chemother* 1990 ; **1** : 2 - 10 .
24. Massanari , RM , Hierholzer , WJJ . Una comparación cruzada de jabones antisépticos en las tasas de infección nosocomial en unidades de cuidados intensivos . *Am J Infect Control* 1986 ; **10** : 245 - 251 .
25. Doebbeling , BN , Stanley , GL , Sheetz , CT , Pfaller , MA , Houston , AK , Annis , L , et al . Eficacia comparativa de los agentes de lavado de manos alternativos para reducir las infecciones nosocomiales en unidades de cuidados intensivos . *N Engl J Med* 1992 ; **325** : 89 - 98 .
26. Butz , AM , Larson , E , Fosarelli , P , Yolken , R . Ocurrencia de síntomas infecciosos en niños en guarderías . *Am J Infect Control* 1990 ; **6** : 347 - 353 .
27. Temprano , E , Batalla , K , Cantwell , E , Inglés , J , Lavin , JE , Larson , E . Efecto de varias intervenciones sobre la frecuencia del lavado de manos entre los niños de las escuelas públicas primarias . *Am J Infect Control* 1998 ; **26** : 263 - 269 .
28. Kimel , LS . La educación sobre el lavado de manos puede disminuir el ausentismo de la enfermedad . *J Sch Nurs* 1996 ; **12** : 14 - 16 .

29. Maestro , D , Hess Longe , SH , Dickson , H . Lavado programado de manos en una población de escuela primaria . *Fam Med* 1997 ; **29** : 336 - 339 .
30. Khan , MU . Interrupción de la shigelosis por lavado de manos . *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1982 ; **76** : 164 - 168
31. Shahid , NS , Greenough , WB , Samadi , AR , Huq , MI , Rahman , N . El lavado de manos con jabón reduce la diarrea y la propagación de patógenos bacterianos en una aldea de Bangladesh . *J Diarrheal Dis Res* 1996 ; **14** : 85 - 89 infection prevention in health care facilities (pp. 17-1 to 17-6).
32. La guía Larson EL APIC para el lavado de manos y la antisepsia de manos en entornos de atención médica. *Am J Infect Control* 1995; 23 : 251-69 10.1016 / 0196-6553 (95) 90070-5
33. Garner JS, Favero MS CDC directrices para la prevención y control de infecciones nosocomiales: guía para el lavado de manos y el control ambiental del hospital, 1985. *Am J Infect Control* 1986; 14 : 110-29 10.1016 / 0196-6553 (86) 90019-2
34. Garner JS Guía para precauciones de aislamiento en hospitales: el Comité Asesor de Prácticas de Control de Infección Hospitalaria. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996; 17 : 53-80 10.1086 / 647190
35. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades Guía para la higiene de las manos en entornos de atención médica. 2002. Disponible en:
URL: <http://www.cdc.gov/handhygiene/>

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

“MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA EN EL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN MARZO A SETIEMBRE 2018”

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPOTESIS | VARIABLE | TEC. INSTRU | POBLACION Y MUESTRA |
|---|--|--|--|--|---|
| <p>Principal: ¿Cuáles serán las medidas de bioseguridad del servicio de ginecología en el hospital Guillermo Almenara Irigoyen marzo a setiembre 2018”?</p> <p>Secundario: ¿Será el lavado de manos realizado correctamente en la atención de pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en</p> | <p>General: Determinar las medidas de bioseguridad del servicio de ginecología en el hospital Guillermo Almenara Irigoyen marzo a setiembre 2018.</p> <p>Específicos: Conocer si el lavado de manos es realizado correctamente en la atención de pacientes del servicio de Ginecología del</p> | <p>General: Las medidas de bioseguridad del servicio de ginecología en el hospital Guillermo Almenara Irigoyen marzo a setiembre 2018 son aplicadas adecuadamente.</p> <p>Específicos: El lavado de manos es realizado correctamente en la atención de pacientes del servicio</p> | <p>Percepción de medidas de bioseguridad</p> <p>Bioseguridad en la atención de los pacientes</p> | <p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos:</p> <p>Encuesta</p> | <p>Población y muestra del estudio:</p> <p>Entonces, la muestra representativa para nuestro estudio sería la de 32 personas las cuales tengan una relación con la atención de los pacientes del servicio de ginecología.</p> |

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| <p>el periodo Marzo a Setiembre 2018?</p> <p>¿Cuáles son las medidas de barrera al realizar la atención de pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo Marzo a Setiembre 2018?</p> <p>¿Cómo se procede a la eliminación de material contaminado en servicio de Ginecología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo Marzo a Setiembre 2018?</p> | <p>Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo Marzo a Setiembre 2018.</p> <p>Identificar las medidas de barrera al realizar la atención de pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo Marzo a Setiembre 2018.</p> <p>Verificar el proceso de eliminación de material contaminado en servicio de Ginecología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo Marzo a Setiembre 2018</p> | <p>de Ginecología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo Marzo a Setiembre 2018.</p> <p>Las medidas de barrera al realizar la atención de pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo Marzo a Setiembre 2018 son aplicadas adecuadamente.</p> <p>La eliminación de material contaminado en servicio de Ginecología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo Marzo a Setiembre 2018 cumple el protocolo</p> | | | |
|--|---|---|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--------------|--|--|--|
| | | establecido. | | | |
|--|--|--------------|--|--|--|

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

RESOLUCIÓN N° 136-2006-CONAFU

RESOLUCIÓN N° 432-2014-CONAFU

Yo..... **Olivia Beatriz Muñoz Elguera**
.....con DNI N°..... 09609206doy el consentimiento para que
el BACH. ROSA CISNEROS GONZALES, utilice la información del presente
trabajo de investigación de tesis titulado **“PERCEPCIÓN DE LAS MEDIDAS
DE BIOSEGURIDAD DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA EN EL HOSPITAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN MARZO A SETIEMBRE 2018”**
A su vez, el tesista se compromete a mantenerme informado acerca de los
resultados obtenidos en dicho trabajo de investigación.

.....

Firma

Lima..... 21de..... Septiembredel 2018

3. ENCUESTAS



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA
RESOLUCIÓN N° 136-2006-CONAFU RESOLUCIÓN N° 432-2014-CONAFU

PERCEPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA EN EL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN MARZO A SETIEMBRE 2018”

El propósito de este estudio es que con la presente investigación podamos averiguar en qué medida es importante la Bioseguridad Aplicada por el personal de salud para prevenir y contribuir a que el profesional de salud que labora en servicio de ginecología cuente con una información real y confiable de los conocimientos y procedimientos que se realizan y la aplicación de las Medidas de Bioseguridad como son el Lavado de Manos y el uso de Barreras Protectoras, lo cual contribuirá en la prevención de infección adquirida en la atención en salud, de manera que se genere calidad de atención al paciente.

El llenado de este cuestionario indica su consentimiento para participar en el presente estudio.

FECHA:

GRADO:

TIEMPO DE SERVICIO:

Esta encuesta está dirigida al personal de Salud del servicio de ginecología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

Objetivo: Identificar las Medidas de Bioseguridad Aplicadas por el Personal de salud en la prevención de infecciones adquiridas en la atención en salud del servicio de ginecología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

INSTRUCCIONES:

- Por favor lea con atención a cada una de las preguntas y responda de acuerdo a su conocimiento
- No olvide, que la veracidad de sus respuestas depende el éxito de este estudio
- Debe ser respondida voluntariamente y anónimamente y le garantizamos su estricta confidencialidad
- Marca con una X la respuesta que usted crea conveniente; contestar con toda sinceridad posible

1. ¿Qué es la bioseguridad para usted?
 - a. Asepsia
 - b. Desinfección
 - c. Lavado de manos
 - d. limpieza
 - e. Tiempo de servicio en la institución:
 - f. tiempo de servicio en el servicio de Ginecología
2. ¿Recibió alguna capacitación previa sobre Bioseguridad?
 - a. Si
 - b. No
3. ¿Recibió alguna capacitación previa sobre Infecciones Intrahospitalarias?
 - a. Si
 - b. No
4. ¿Hace que tiempo recibió estas capacitaciones?
 - a. Hace 1 mes
 - b. Hace 3 meses
 - c. Hace 6 meses
 - d. Hace 1 año
 - e. Más de 1 año
5. ¿Existe departamento de control de Infecciones Intrahospitalarias en su institución?
 - a. Si
 - b. No
6. ¿Aplica sus conocimientos de Bioseguridad en su servicio?
 - a. Si
 - b. No

7. Marque con X las Medidas de Bioseguridad que aplica:

| PREGUNTA | SI | NO |
|--|----|----|
| Se lava las manos antes y después de usar guantes | | |
| Se lava las manos antes y después del contacto con el paciente | | |
| Se lava las manos después del contacto con secreciones | | |
| Se lava las manos después de del contacto con la unidad del paciente | | |

8. ¿Existe disponibilidad de suministros para el lavado de manos?

| pregunta | siempre | A veces | nunca |
|-------------------|---------|---------|-------|
| Agua corriente | | | |
| Jabón bactericida | | | |
| Toallas de papel | | | |
| Gel alcohol | | | |
| Otros | | | |

9. ¿Para su protección personal que es lo que frecuentemente utiliza al atender a un paciente?

| Material | Siempre | A veces | Nunca |
|---------------------|---------|---------|-------|
| Guantes simples | | | |
| Guantes quirúrgicos | | | |
| Mascarilla simple | | | |
| Mascarilla N 95 | | | |
| Bata | | | |
| Gafas | | | |
| Bota | | | |

10. ¿En qué momento utiliza los equipos de protección?

| Material | Siempre | A veces | Nunca |
|---|---------|---------|-------|
| GUANTES: | | | |
| Canalizar una vía o acceso venoso | | | |
| Al contacto con piel no intacta o mucosas | | | |
| Aspiraciones de secreciones | | | |
| MASCARILLAS | | | |
| Cuando hay exposición de sangre salpicaduras | | | |
| Exploración de paciente con tos significativa | | | |
| Pacientes con TBC - Hepatitis | | | |
| PROTECTOR OCULAR | | | |
| Cuando hay exposición de sangre-fluidos u otros | | | |
| Exposición de aerosoles | | | |
| Procedimientos quirúrgicos que produzcan | | | |

| | | | |
|------------------------------------|--|--|--|
| derrame de sangre | | | |
| MANDIL | | | |
| Exposición de secreciones | | | |
| Manipulación | | | |
| Colocación de vía o acceso arteria | | | |

11. ¿Cree Ud. Necesario recibir capacitación sobre bioseguridad?

a. Si

b. No

12. ¿Cree Ud. Necesario recibir capacitación sobre Infecciones Intrahospitalarias?

a. Si

b. No

13. ¿Por qué cree usted que es importante aplicar medidas de bioseguridad?

a. Para proteger su salud

b. Por ser norma hospitalaria

c. Para evitar infecciones cruzadas en pacientes

d. Todas

14. Indique usted cual es el periodo de contagio de las infecciones intrahospitalarias?

a. Después de las 12 horas de hospitalización

b. Después de las 24 horas de hospitalización

c. Después de las 48 horas de hospitalización

d. Después de las 72 horas de hospitalización

15. ¿Cuál es la causa para que se produzcan infecciones intrahospitalarias?

a. Espacio reducido

b. Falta de ventilación

c. Hacinamiento de pacientes

d. No aplicar las normas de bioseguridad

16. ¿Cuáles serían la causa por la que el paciente permanece más tiempo hospitalizado?

a. Por falta de un diagnóstico

- b. Por la intervención quirúrgica
- c. Por no cumplir el sistema antibiótico
- d. Por contraer alguna infección intrahospitalaria

ASPECTOS A OBSERVAR:

USO DE GUANTES

1. El individuo observado utiliza guantes al momento de preparar el tratamiento
 - a) Nunca
 - b) A veces
 - c) Siempre
2. El individuo observado utiliza los guantes al momento de administrar el tratamiento
 - a) Nunca
 - b) A veces
 - c) Siempre
3. Durante los procedimientos invasivos, el individuo observado utiliza guantes
 - a) Nunca
 - b) A veces
 - c) Siempre
4. El individuo observado pone en práctica las técnicas establecidas para la colocación de guantes estériles
 - a) Nunca
 - b) A veces
 - c) Siempre
5. El individuo observado pone en práctica las técnicas para el retiro de guantes contaminados
 - a) Nunca
 - b) A veces
 - c) Siempre

PROTECCIÓN OCULAR

1. Utiliza el individuo observado los lentes protectores al momento de realizar los procedimientos pertinentes (que puedan generar un accidente laboral por contacto de secreciones)

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

USO DE MASCARILLA

1. Utiliza el individuo observado, gomo dentro de la unidad

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

USO DE BATA DESECHABLE

1. Utiliza el individuo observado batas desechables dentro de la unidad

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

1. El individuo observado utiliza mascarilla para realizar los procedimientos que requieran de su uso

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

USO DE GORRO

1. Utiliza el individuo observado, gomo dentro de la unidad

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN**

| N° | ASPECTOS A CONSIDERAR | SI | NO |
|----|---|----|----|
| 1 | El instrumento tiene estructura lógica. | | |
| 2 | la secuencia de presentación de ítems es óptima | | |
| 3 | El grado de dificultad o complejidad de los ítems. | | |
| 4 | Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles. | | |
| 5 | Los reactivos reflejan el problema de investigación. | | |
| 6 | El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación. | | |
| 7 | Los ítems permiten medir el problema de investigación. | | |
| 8 | Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación. | | |
| 9 | El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores. | | |
| 10 | Los ítems permiten contrastar la hipótesis. | | |

FECHA:...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN**

| N° | ASPECTOS A CONSIDERAR | SI | NO |
|-----------|---|-----------|-----------|
| 1 | El instrumento tiene estructura lógica. | | |
| 2 | la secuencia de presentación de ítems es óptima | | |
| 3 | El grado de dificultad o complejidad de los ítems. | | |
| 4 | Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles. | | |
| 5 | Los reactivos reflejan el problema de investigación. | | |
| 6 | El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación. | | |
| 7 | Los ítems permiten medir el problema de investigación. | | |
| 8 | Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación. | | |
| 9 | El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores. | | |
| 10 | Los ítems permiten contrastar la hipótesis. | | |

FECHA:...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS