



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DEL EQUIPO
QUIRÚRGICO EN EL MANEJO DE MEDIDAS ASÉPTICAS EN CENTRO
QUIRÚRGICO DE UN HOSPITAL NACIONAL**

**Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Enfermería en Centro Quirúrgico Especializado**

Investigadoras

Lic. Camarena Nuñez, Rocio Del Pilar

Lic. Prado Camacho, Carolina Janet

Lic. Vega Astuhuamán, María Janeth

Asesora

Lic. Esp. Rossana Gonzales de la Cruz

LIMA, PERÚ

2017

Asesora

Lic. Esp. Rossana Gonzales de la Cruz

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO I	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	9
1.3 JUSTIFICACION.....	9
CAPITULO II	
2.1 PROPOSITO.....	10
2.2 OBJETIVO.....	10
CAPITULO III	
3.1 ANTECEDENTES.....	11
3.2 BASES TEORICAS	
Conocimiento.....	11
Actitud.....	12
Técnicas asépticas.....	14
CAPITULO IV: HIPOTESIS	
4.1 HIPOTESIS.....	17
CAPITULO V: MATERIAL Y METODOS	
5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	18
5.2 POBLACION Y MUESTRA.....	18
5.3 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	18
5.4 PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS.....	18
5.5 PLAN DE RECOLECCION DE DATOS.....	19
5.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	20
CAPITULO VI: CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVAS	
6.1 PRINCIPIOS ETICOS.....	22
6.2 FORMATOS CONSENTIMIENTO.....	23
6.3 PRESUPUESTO.....	25
6.4 CRONOGRAMA.....	26
BIBLIOGRAFÍA	27
ANEXO	30

Resumen

Mario Bunge define el conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexactos. El conocimiento se va adquiriendo a lo largo de la vida, la experiencia y se complementa con el trascurso de nuestras enseñanzas adquiridas en la universidad.

Eiser, Floyd y Kimball definen la actitud como predisposición ya aprendida de responder a un estímulo a diversas situaciones que puede ser, negativa o positiva. Ellos describen tres componentes en la actitud: a) Componente cognitivo el cual se refiere a la percepción y creencias que tiene sobre un objeto, b) Componente conductual nos permite actuar de forma determinada y c) Componente afectivo nos hace mención si lo que haces puede ser positivo o negativo, podemos decir que podemos tener conocimiento, pero no una buena actitud si las acciones que realizamos no son correctas o están directamente relacionadas y que tanto puede afectar al paciente.

Este proyecto de investigación tiene como objetivo general determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud del equipo quirúrgico frente al manejo de las medidas asépticas en Centro quirúrgico de un hospital nacional, es de tipo correlacional, de corte Transversal, prospectivo y nos permitirá conocer la actitud del equipo quirúrgico frente al manejo de las medidas asépticas; muchos del equipo quirúrgico no cumplen las normas adecuadas en quirófano, no usan la mascarilla correctamente, no se quitan las alhajas y también se observa que no se realizan el lavado de manos quirúrgicas dentro del tiempo establecido. El instrumento que se va a utilizar es 1 cuestionario de preguntas modificado y de observación el cual se evaluará a través de la escala de Likert. El cual se realizará en forma anónima y con la autorización del personal previa firma del consentimiento informado. Los resultados nos permitirán brindar información a la institución y así se tomen estrategias como capacitaciones o incentivar al personal de alguna manera para que se pueda realizar un mejor manejo de las medidas asépticas.

Introducción

El término aséptico significa “sin microorganismos”, se refiere a las prácticas que reducen el riesgo que los microorganismos ingresen en el cuerpo durante procedimientos quirúrgico. Estas prácticas son la base de la técnica estéril, que se utiliza para evitar la contaminación microbiana de la herida quirúrgica (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el buen uso de las técnicas asépticas ayuda a una cirugía segura, la cual salva vidas, se dice que el segundo reto mundial es por la seguridad del paciente, la verificación de la seguridad de la cirugía no pretende prescribir un método único, sino garantizar la incorporación de elementos claves para la seguridad en el trabajo que se realiza habitualmente en los quirófanos.

En un estudio realizado en Guatemala cuyo autor Dr. Roberto Carlos Gómez Ruiz, realiza la tesis titulada “Bioseguridad en sala de operaciones del Hospital Regional de Occidente” obtuvo como resultado que del total de la población encuestada, el 60% demostraron tener buen conocimiento sobre medidas de bioseguridad en sala de operaciones, lo que demuestra que el personal que labora en sala de operaciones necesita una constante renovación de conocimientos para disminuir la incidencia de accidentes laborales. Un 37,6% con conocimiento regular, y un 2,4% con conocimiento malo. Por lo cual recomienda capacitar al personal antes de su ingreso al servicio de sala de operaciones y poner en práctica el protocolo sobre normas de bioseguridad.

En el Perú un estudio publicado por el Ministerio de Salud en el 2012 informa que entre enero del 2009 y diciembre del 2012, los establecimientos de salud informaron 15 679 infecciones intrahospitalaria de éstas 4845 (30,9%) fueron infecciones de herida operatoria; el promedio de la tasa de incidencia acumulada de infecciones de herida operatoria por partos por cesárea fue 1.36×100 partos, entre los servicios de cirugía, se observó una tasa promedio de incidencia acumulada de 0,51 infecciones de herida operatoria $\times 100$ colecistectomías y 0,51 infecciones de herida operatoria $\times 100$ herniorrafías inguinales. La oficina de epidemiología del Hospital Cayetano Heredia muestra que la incidencia acumulada de infección de herida operatoria 1.7 por 100 cesáreas realizadas.

Vallerand define la actitud como una relación como aspecto cognitivo, afectivo que influye en la percepción y en el pensamiento el cual es aprendida y perdurable. (2). La actitud es parte del ser humano quien opta por lo que está bien o lo que está mal, parte de nuestra vida cotidiana nuestras actitudes irán cambiando mediante van aumentando nuestros conocimientos, adquiridos a través de lo aprendido en la universidad. Nuestras actitudes pueden ser favorables, desfavorable o medidamente favorable. (3)

Fuller nos refiere que el equipo quirúrgico es responsable individualmente de cumplir con las medidas asépticas, de realizar el correcto uso de la mascarilla por encima de las fosas nasales, quitarse las alhajas y así poder realizar el lavado quirúrgico correcto en el tiempo establecido, si algún personal del equipo quirúrgico contamina la parte estéril esto tendrá que ser reportado inmediatamente ya que puede ser una puerta de entrada para los microorganismos y por ende puede causar una infección al paciente.

Viendo la problemática del incumplimiento de las medidas asépticas y considerando que éstos hechos pueden ser causantes de infecciones de herida operatoria, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación si ¿existe una relación entre el conocimiento y la actitud frente a las medidas asépticas en el centro quirúrgico de un hospital nacional?

Este proyecto de investigación tiene el propósito de proporcionar información a la institución sobre el nivel de conocimientos y la actitud que toman el equipo quirúrgico frente al manejo de las medidas asépticas en el centro quirúrgico, para así proponer la participación activa de todo el personal en programas de capacitación, motivación y fortalecimiento continuo de los conocimientos para poder generar cambios en la actitud y se realice un mejoramiento continuo de los procesos, contribuyendo a la cirugía segura y la prevención de infecciones del sitio quirúrgico. El trabajo de investigación es de tipo correlacional, de corte Transversal, prospectivo y nos permitirá conocer la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la actitud del equipo quirúrgico frente al manejo de las medidas asépticas.

El cual será aplicado a todo el personal del equipo quirúrgico.

Los resultados obtenidos se proporcionarán al hospital y se reforzará en temas para mejorar la actitud, buscando estrategias de motivación para el personal.

El primer capítulo contiene los fundamentos que respaldan este trabajo, así como el problema, planteamiento del problema de investigación, justificación, viabilidad y factibilidad del estudio. En segundo capítulo redacta el propósito y objetivo del estudio. El tercer capítulo, se presenta las investigaciones que sirvieron como antecedente del estudio y las bases teóricas que van a ayudar a fundamentar la investigación. En el cuarto capítulo se expone la variable del estudio junto a su Operacionalización. En el quinto capítulo se describe el tipo y lugar de estudio donde se llevará a cabo el estudio, la población y muestra, los criterios de inclusión y exclusión las técnicas e instrumento de recolección de datos, el plan de recolección y tabulación de los datos finalmente el sexto capítulo, contiene los aspectos éticos y administrativos de la investigación.

CAPITULO I: El problema

1.1. Planteamiento del problema

En la actualidad se ha evidenciado que aún existen infecciones intrahospitalarias asociadas a cirugías realizadas en el área de centro quirúrgico; el subsistema de vigilancia epidemiológica del Hospital de Bogotá reporta que las infecciones intrahospitalarias se presentaron 3.695 casos de infección de sitio operatorio que corresponden 24.5% del total de las 282.750 cirugías limpias notificadas, el 0.35% corresponden a Infección de Sitio Operatorio superficial, 0.12 % Infección de Sitio Operatorio órgano espacio y 0.12 % Infección de Sitio Operatorio profunda. De las 186.645 cirugías limpias contaminadas informadas, corresponden a Infección de Sitio Operatorio superficial 0.5%, seguidas de las Infección de Sitio Operatorio órgano espacio 0.3 % y por último las Infección de Sitio Operatorio profundas 0.2%.

En el Perú según un estudio publicado por el Ministerio de Salud en el 2012 informa que entre enero del 2009 y diciembre del 2012, los establecimientos de salud informaron 15 679 infecciones intrahospitalaria de éstas 4845 (30,9%) fueron infecciones de herida operatoria (infecciones del sitio quirúrgico); entre los servicios de cirugía, se observó una tasa promedio de incidencia acumulada de 0,51 infecciones de herida operatoria x 100 colecistectomías y 0,51 infecciones de herida operatoria x 100 herniorrafías inguinales. La oficina de epidemiología del Hospital Cayetano Heredia muestra que la incidencia acumulada de infección de herida operatoria 1.7 por 100 cesáreas realizadas.

Las infecciones pueden ser causadas por múltiples factores y uno de ellos puede ser el manejo inadecuado de las técnicas asépticas como el incorrecto uso de las barreras protectoras o no cumplir con el protocolo de asepsia dentro del centro quirúrgico. La responsabilidad del cumplimiento de las medidas asépticas es de todo el equipo quirúrgico que participan en el acto quirúrgico, la meta común del equipo quirúrgico es la eficiencia y eficacia en la atención al enfermo individual para aliviar, restablecer y lograr un resultado postoperatorio favorable. Es decir, proporcionar al enfermo unos cuidados eficaces de manera oportuna, eficiente y segura. Siendo la actitud el comportamiento de actuar frente a una situación determinada, debemos de tener en cuenta el manejo que se realiza frente a las técnicas asépticas que se implementan en las instituciones para proteger la salud y disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos. Se debe de tener cuidado con el

manejo de la situación en quirófano como, por ejemplo, que el personal no estériles no deben inclinarse sobre la superficie estéril para entregar materiales y/u observar la cirugía, los movimientos deben mantenerse al mínimo durante la cirugía (4). Durante la práctica clínica hemos observado que el cumplimiento de las medidas asépticas no se realiza en su totalidad. Se ha observado que algunos integrantes usan la mascarilla por debajo de las fosas nasales, el tiempo y la técnica de lavado de manos quirúrgica no se realiza dentro del tiempo establecido, utilizan alhajas dentro del área quirúrgica, no cubren el cabello y aretes por completo con el gorro, no respetan el espacio del área estéril, hay tránsito del personal de forma inadecuada dentro de quirófano en una cirugía.

1.2. Formulación del problema

Viendo esta problemática es que nos hemos realizado la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y actitudes del equipo quirúrgico en el manejo de las medidas asépticas en Centro quirúrgico de un Hospital Nacional?

1.3. Justificación:

El estudio nos permitirá determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud del equipo quirúrgico en el manejo de las medidas asépticas, para poder controlar y/o disminuir los factores que incrementan el riesgo de posibles infecciones dentro de centro quirúrgico contribuyendo a la cirugía segura y a la salud del paciente.

1.4. Viabilidad y factibilidad del estudio:

El presente estudio es viable puesto que se cuenta con el recurso humano formado por las investigadoras con la gran motivación. Así como el compromiso del equipo quirúrgico del Hospital para brindar la información necesaria que permita cumplir con los objetivos trazados en el estudio. El recurso económico, lo financiaremos las autoras así mismo se cuenta con el recurso material e información en libros, internet, tesis previas que nos servirá de guías para el proceso de la investigación.

CAPITULO II: Propósito y Objetivos del estudio

2.1. Propósito:

Se realiza el presente estudio con el propósito de proporcionar información a la institución sobre el nivel de conocimientos y la actitud que toman el equipo quirúrgico frente al manejo de las medidas asépticas en el centro quirúrgico, para así proponer la participación activa de todo el personal en programas de capacitación, motivación y fortalecimiento continuo de los conocimientos para poder generar cambios en la actitud y se realice un mejoramiento continuo de los procesos, contribuyendo a la cirugía segura y la prevención de infecciones del sitio quirúrgico

2.2. Objetivo general:

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitudes del equipo quirúrgico en el manejo de las medidas asépticas en un Hospital Nacional.

2.3. Objetivos específicos:

- a. Identificar el nivel de conocimiento de las medidas asépticas.
- b. Reconocer la actitud del personal en relación a las medidas asépticas
- c. Relacionar el nivel de conocimiento con la actitud del equipo quirúrgico en relación a las medidas asépticas.

CAPITULO III: Marco teórico

3. Antecedentes de la investigación

A. Ramos Moscoso S. y Gorriti Siappo C. (2014) en su trabajo de investigación titulado “Algunas medidas de asepsia del equipo de salud y presencia de infecciones post operatorias”. Estable la relación que existe entre nivel de aplicación de algunas medidas de asepsia del equipo de centro quirúrgico e identificar la presencia de infecciones post operatorias del hospital “Eleazar Guzmán Barrón” Nuevo Chimbote. Estudio se realizó con 50 personas y 134 cirugías programadas. Las técnicas utilizadas fueron la observación y la encuesta. Las autoras concluyeron: “La presencia de infecciones post operatorias en el presente estudio es nula. El nivel de aplicación de algunas de las medidas de asepsia por el equipo de salud es bueno en un 64.2% demostrando un nivel de conocimiento óptimo. No se pudo establecer la relación entre las dos variables por no encontrar infecciones post operatorias” (5)

B. Rocío Zavala Narváez en su tesis titulada “Relación entre conocimiento y prácticas en las enfermeras de centro quirúrgico sobre la prevención del riesgo biológico en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2104”; llega a la conclusión que le mayor porcentaje de enfermeras no conoce sobre los riesgos biológico, residuos especiales y los principios de bioseguridad. En cuanto a las prácticas el mayor porcentaje realiza prácticas inadecuadas que están referidas al no uso de lentes protectores e inadecuada eliminación de material punzocortante. Por lo cual aceptan su hipótesis que no existe relación entre conocimiento y práctica sobre la prevención de riesgos biológicos. (6)

C. Buñay Cuto A., Lema Morocho S. y Quezada González M. (2014) en su tesis titulada “Evaluación del cumplimiento de las normas de bioseguridad en sala de operaciones del Hospital de especialidades fuerzas armadas N°1, durante el periodo junio a diciembre del 2013”. Cuyo objetivo es verificar el cumplimiento de las normas de bioseguridad por el personal que labora en la Sala de Operaciones. Su muestra fue de 64 personas. El tipo de estudio fue descriptivo. Tiene como conclusión principal: “El 100% del personal señala que conoce las normas de bioseguridad, sin embargo, sólo el 61% del personal considera que si existe una buena información de las normas de bioseguridad por parte del comité de infecciones; mientras que el 39% opina que no hay una adecuada información. Señala

también que sólo el 67% se ha capacitado individualmente sobre normas de bioseguridad mientras que el 33% no se ha capacitado por cuenta propia”. (7)

D. Dr. Roberto Carlos Gómez Ruiz en su tesis “Bioseguridad en sala de operaciones del Hospital Regional de Occidente” – Guatemala. Tiene como objetivo Identificar el conocimiento básico del personal médico y paramédico de bioseguridad en sala de operaciones. El estudio fue realizado entre enero 2008 – diciembre 2010, siendo publicado en setiembre del 2012. E obtuvo como resultado que, del total de la población encuestada, el 60% demostraron tener buen conocimiento sobre medidas de bioseguridad en sala de operaciones, lo que demuestra que el personal que labora en sala de operaciones necesita una constante renovación de conocimientos para disminuir la incidencia de accidentes laborales. Un 37,6% con conocimiento regular, y un 2,4% con conocimiento malo. Por lo cual recomienda capacitar al personal antes de su ingreso al servicio de sala de operaciones y poner en práctica el protocolo sobre normas de bioseguridad. (8)

E. Tircio Vera M. (2012) en su tesis que lleva por título “Aplicación de las normas de bioseguridad por el equipo de salud del centro quirúrgico Hospital general Liborio panchana santa elena” (Ecuador). Evalúa la aplicación de normas de bioseguridad por el equipo de salud del centro quirúrgico Hospital General Liborio Panchana Santa Elena 2011 – 2012. La muestra fue de 24 personas que conforman el equipo quirúrgico. El método utilizado descriptivo, cuantitativo y transversal. La conclusión a la que se llega es: “El personal que labora en el centro quirúrgico del hospital, parcialmente cumple con las normas de bioseguridad. La mayor parte del personal, tiene conocimiento de las normas universales, materiales de protección y uso adecuado. Con respecto a los accidentes laborales, se tiene una incidencia de 3 casos; siendo éstos 2 por pinchazos con agujas y 1 por cortadura descartando el bisturí”. (9)

3.1. Marco conceptual

3.2 Conocimiento

Concepto que tiene toda persona sobre una definición de un tema, como el correcto uso de las barreras protectoras. Rossental lo define como un “proceso de virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica”. En este proceso el

sujeto se empodera en cierta forma del objeto conocido, como lo hizo desde los inicios de la existencia para garantizar los medios de su vida, tuvo que conocer las características, los nexos y las relaciones entre los objetos, definiendo entonces el conocimiento como: “acción de conocer y ello implica tener la idea o la noción de una persona o cosa”. (10 - 11). Es un proceso mental que refleja la realidad objetiva en la conciencia del hombre, tiene carácter histórico y social porque está ligado a la experiencia. Mario Bunge los define como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexacto (12). Se llega a la conclusión que es la suma hechos, principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto, el que se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y acciones o actividades de quien aprende.

Clases de conocimiento:

- **Conocimiento cotidiano o vulgar:** Satisface las necesidades prácticas de la vida cotidiana de forma individual o de pequeños grupos. Se caracteriza por ser a metódico, asistemático, el conocimiento se adquiere en la vida diaria; en el simple contacto con las cosas y con los demás hombres.
- **Conocimiento científico:** Es metódico, crítico, problemático, racional, claro y objetivo. Expresan la verdadera relación y las conexiones internas de los fenómenos, es decir dan soluciones para resolver los problemas que afronta la sociedad.
- **Conocimiento filosófico:** Es el conocimiento reflexivo trata sobre los problemas y las leyes más generales, explica la realidad en su dimensión universal.
- **Conocimiento teológico:** Conocimiento relativo a Dios. (13)

3.3 Actitud.

Aroldo Rodríguez (2006) define como “una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto” (14). Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente, pero sujetas a inferencias observables. Es la forma de ser; actuar y comportarse de cada persona, según Eiser, Floyd y Kimball definen la actitud como predisposición ya aprendida de responder a un estímulo a diversas situaciones; que puede ser negativa o positiva. Se pueden identificar tres tipos de componentes:

- **COMPONENTE COGNITIVO:** Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre el mismo. El proceso perceptivo y creencias como mecanismo de categorización de los objetos y conceptos que entran en el campo cognitivo. Puede ser vaga o errónea.
- **COMPONENTE AFECTIVO:** Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo la persona puede experimentar distintas experiencias los cuales pueden ser positivos como de agrado, simpatía y hasta de amor por el objeto; o negativos es decir el tono será de desagrado, antipatía, y hasta odio.
- **COMPONENTE CONDUCTUAL:** Es la tendencia a reaccionar hacia los objetivos de una determinada manera. Nos indica la disposición de actuar de forma anticipada esa disposición por el conocimiento que se tenga de los otros dos componentes. Se caracterizan por tener dirección, ya que puede estar a favor o en contra. Actitud pueden cumplir las funciones de conocimiento, para poder actuar con esquemas o filtros cognitivos; de adaptación, para poder integrarnos a grupos sociales, ego – defensiva, ya que nos permitirá desarrollar actitudes expresivas y mostrar a los otros su identidad personal y extrínseca.

Clasificación de las actitudes:

- a) **Favorable:** Consiste en “estar de acuerdo con lo que se realiza”, es decir el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia el objeto.
- b) **Desfavorable:** El sujeto evita el objeto, como motivo de la actitud, se presenta el recelo, la desconfianza y en algunos casos la agresión y frustración que generalmente lleva a la persona a un estado de tensión constante.
- c) **Medianamente Favorable:** Es un sentimiento de apatía, el sujeto no muestra aceptación ni rechazo (15).

Así mismo, se han identificado tres tipos de teorías en cuanto es la formación de actitudes dentro de las cuales tenemos: Teoría de aprendizaje (recibir nuevos conocimientos, para así generar actitudes de acuerdo a lo aprendido), teoría de consistencia cognitiva (consiste en aprender nuevas actitudes relacionando la información ya obtenida con la información nueva) y Teoría de la disonancia cognitiva (nosotros mismo ya sabemos que algo está mal

y nos perjudica, pero lo hacemos). Para poder medir la actitud se utilizará la escala de Likert.

3.3.3 CONCIENCIA Y ÉTICA QUIRÚRGICA

Según Fuller llegamos a la conclusión que el equipo quirúrgico es responsable individualmente de cumplir las medidas asépticas para aplicar los cuidados de bioseguridad tanto para el paciente como para el personal, por ende, el incumplimiento de las normas debe de ser reportado de manera inmediata, aunque este represente una demora y resulte incomodo aceptar un error. La conducta ética y la conciencia quirúrgica van vinculadas, para ello se requiere un alto nivel de conciencia moral junto a un sano criterio y honestidad profesional. Dando como resultado la reducción de riesgos para un paciente quirúrgico.

3.4 TECNICAS ASEPTICAS

El término aséptico significa “sin microorganismos”, se refiere a las prácticas que reducen el riesgo que los microorganismos ingresen en el cuerpo durante procedimientos quirúrgico. Estas prácticas son la base de la técnica estéril, que se utiliza para evitar la contaminación microbiana de la herida quirúrgica (1). Se emplean en aquellas ocasiones en que el contacto con el paciente requiera que se le proteja de posibles contaminaciones que traslada el personal de salud o bien que el propio personal haya de establecer una barrera de protección ante potenciales infecciones transmitidas por el paciente. Se deben utilizar mascararas de protección personal, guantes y vestimenta apropiada, y un sistema para mover el aire de modo que se aleje del conservador cuando está llevando a cabo los tratamientos de recuperación. Las técnicas asépticas la constituyen un conjunto de procedimientos y actividades que se realizan con el fin de disminuir al mínimo las posibilidades de contaminación microbiana durante la atención del paciente.

- **Principales técnicas asépticas en quirófano.**
- **Ropa y protectores quirúrgicos.** La ropa quirúrgica los campos colocado entre las áreas estériles y no estériles, actúan como barreras y protegen de esta forma contra la transmisión de bacterias de un área a otra. La característica más importante de la ropa quirúrgica es su impermeabilizas a la humedad, para evitar el traslado de bacterias de un lugar a otro.
- **Guantes.** Se usarán guantes de látex en todo procedimiento. Los guantes deberán ser descartados una vez que hayan sido contaminados en los sitios dispuestos para los

residuos contaminados. No se debe tocar los ojos, nariz o piel con manos enguantadas. La colocación de guates estériles se deberá realizar según la técnica cerrada y es recomendable calzarse dos guantes.

- **Mascarilla.** La mascarilla es una cubierta que se lleva sobre la nariz y la boca, deben ser impermeables, desechables, repelente a fluidos que permita intercambio de oxígeno, tener sujeción para su colocación. Se debe utilizar porque un porcentaje importante del personal de quirófano es portador de gérmenes altamente patógenos en los orificios nasales y boca; se debe proteger para poder mantener la asepsia en la apertura de material estéril y proteger al personal de cualquier tipo de salpicadura de fluido contaminado y cuando hay pacientes con alguna infección respiratoria.
- **Batas.** El uso de la bata será obligatorio en todo momento dentro del quirófano, la cual deberá ser retirada antes de salir del mismo. Ésta deberá ser de manga larga para protegerse de cualquier reactivo o agente químico. Se debe recordar que a la colocación de bata es considerada parte contaminada la espalda y de la cintura hacia abajo; parte estéril el pecho y de la cintura hasta los hombros.
- **Lentes protectores.** Se emplean durante la realización de procedimientos que puedan generar expulsión de gotas de sangre u otros fluidos corporales.
- **Zapatos.** Deberán usarse zapatos cerrados dentro del centro quirúrgico para evitar el contacto de la piel con material contaminado o cualquier sustancia química peligrosa. Se debe cubrir con botas que también serán desechable.
- **Gorro.** Se recomienda en uso del gorro para evitar que el cabello libere posibles microorganismos contaminados y cuando se agita provoque su dispersión. Por ende, se recomienda que para su utilización debe colocar todo el cabello dentro del gorro, incluyendo las orejas para su protección.
- **Lavado de manos.** El objetivo es reducir la flora residente y la flora contaminante de manos y antebrazo. El lavado de manos debe ser una práctica rutinaria durante todo el turno de trabajo este procedimiento incluye un cepillado de manos, dedos y uñas para lo cual debemos utilizar un antiséptico, en este caso Clorhexidina al 4%; respetando las reglas del lavado de manos quirúrgico.

CAPITULO IV: Hipótesis

4. Hipótesis

A. H1: La actitud del equipo quirúrgico tiene relación con el conocimiento

B. H0: La actitud del equipo quirúrgico no tiene relación con el conocimiento

CAPITULO V: Diseño Metodológico y Operacionalización de las variables

Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo Correlacional, de corte Transversal, prospectivo y nos permitirá conocer la actitud del equipo quirúrgico frente al manejo de las medidas asépticas; lo cual es importante para realizar cualquier procedimiento quirúrgico teniendo en cuenta que nuestro objetivo principal es conocer cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de este equipo frente a las medidas asépticas.

5.1. Método

El tipo de estudio es de tipo correlacional de corte trasversal, prospectivo donde se analizará, describirá y relacionará las variables antes mencionadas en el desarrollo del trabajo de investigación.

5.2. Población y muestra

La población estará conformada por el personal de salud que labora dentro del centro quirúrgico el cual cuenta con 56 Lic. Enfermeras, 37 Anestesiólogos, 40 Técnicos Enfermería y 93 Cirujanos de distintas especialidades.

5.3. Criterios de inclusión

Todos los integrantes del equipo quirúrgico que acepten participar voluntariamente en el estudio con más de 6 meses de experiencia en el servicio en centro quirúrgico.

5.4. Criterios de exclusión

Todos los integrantes del equipo quirúrgico que se encuentren con descanso médico y/o vacaciones, Licencia y que laboren menos de 6 meses en el servicio de centro quirúrgico.

5.5. Procedimientos y técnicas de recolección de datos:

La técnica que a utilizar es la encuesta cuyo instrumento es un cuestionario, que nos permitirá medir el nivel de conocimiento del personal y una escala de Likert para poder medir la actitud del personal del equipo quirúrgico.

5.6.La técnica de recolección de datos tendrá tres momentos:

Primer momento: Coordinación con la dirección médica del Hospital y jefatura del servicio para la aprobación de la ejecución del proyecto de investigación. Explicación del tema, objetivos y propósitos del tema de investigación, para luego realizar la toma del consentimiento informado al grupo de estudio.

Segundo momento: Reunión en días alternos de acuerdo a rotación y disponibilidad de participantes para la aplicación del cuestionario, la cual consistirá en la aplicación de los instrumentos durante todo el proceso perioperatorio.

El proceso perioperatorio consta de tres etapas; en el pre operatorio aplicaremos el cuestionario para lo cual también observaremos toda la preparación previa a la cirugía. En el intra operatorio observaremos si respetan o no las medidas asépticas dentro de sala de operaciones y finalmente en post operatorio inmediato se aplicarán la escala de Likert, al personal que participó en la cirugía muy independientemente del papel que desempeño.

Tercer momento: Capacitación para mejorar las actitudes y reunión de confraternidad con los participantes del proyecto. Entrega de resultados y recomendaciones de las autoras para mejorar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud frente a las medidas asépticas y así brindar un cuidado oportuno al paciente.

5.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD DEL EQUIPO QUIRURGICO FRENTE AL MANEJO DE LAS MEDIDAS ASÉPTICAS EN CENTRO QUIRÚRGICO EN UN HOSPITAL NACIONAL”

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	INDICADORES
Nivel de Conocimiento del equipo quirúrgico en el manejo de las medidas asépticas en Centro quirúrgico.	Es la definición que tiene toda persona sobre lo aprendido.	-Medidas asépticas. -Uso de barreras protectoras.	Nos indicará si el equipo quirúrgico conoce todo sobre las medidas asépticas. Identificaremos si el personal conoce sobre cómo usar las barreras protectoras dentro de sala de operaciones.	- Definición. (6 preguntas) - Lavado de manos quirúrgicos (2 preguntas) - Uso correcto de mascarilla. (1 pregunta) - Uso correcto del calzado de guantes quirúrgicos. (2 preguntas) - Uso correcto de la indumentaria quirúrgica. (4 preguntas) Haciendo un total de 15 preguntas.
Actitud del equipo	Es la predisposición ya aprendida de responder	-Actitud: componente	Es la parte de identificación al saber que tan	- Utiliza principios de asepsia incluso cuando nadie lo observa. (2 preguntas)

<p>quirúrgico en el manejo de las medidas asépticas en Centro quirúrgico.</p>	<p>a un estímulo a diversas situaciones; que puede ser negativa o positiva.</p>	<p>afectivo y conductual.</p>	<p>comprometidos y como desarrollan las normas en el manejo de las medidas asépticas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza correcto uso de las barreras protectoras. (1 pregunta) - Cumple con el lavado de manos quirúrgica dentro del tiempo establecido. (2 preguntas) - Cumple con el manejo del instrumental. (4 preguntas) - Se elimina el material punzo cortante en las cajas de bioseguridad. (1 pregunta) - Cubre la mascarilla por encima de las fosas nasales. (1 pregunta) - Verifica que nadie contamine la zona estéril. (2 preguntas) - Si observa que se contamina el sitio quirúrgico, realiza el cambio de campos por otro estéril. (1 pregunta) - Mantiene la distancia de 30 centímetros que debe de haber entre lo estéril y no estéril. (1 pregunta) <p>Haciendo un total de 15 preguntas</p>
---	---	-------------------------------	---	--

CAPITULO VI: Consideraciones éticas y administrativas

6.1. Principios éticos: Se consideran los siguientes principios éticos:

Autonomía: La participación del equipo quirúrgico será voluntaria, así como el hecho de responder o no a la encuesta previo consentimiento informado y la explicación de los objetivos de la investigación.

Beneficencia: Se brindará curso de capacitación, recomendaciones y una reunión de confraternidad con las participantes del estudio.

Justicia: El equipo quirúrgico que participe dentro del estudio de investigación será equitativamente, teniendo toda la oportunidad de participar.

No maleficencia: Los datos obtenidos serán para fortalecer los programas de capacitación y el fortalecimiento continuo de los conocimientos para poder generar cambios en la actitud y se realice el mejoramiento continuo de los procesos contribuyendo a la cirugía segura y la prevención de infecciones del sitio quirúrgico.

6.2. Consentimiento informado:

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Institución : UNIVERSIDAD CAYETANO HEREDIA - UPCH

Investigadores: Lic. Camarena Nuñez, Rocio del Pilar

Lic. Prado Camacho, Carolina Janet

Lic. Vega Astuhuamán, Maria Janeth

Título : “RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD DEL EQUIPO QUIRURGICO FRENTE AL MANEJO DE LAS MEDIDAS ASÉPTICAS EN CENTRO QUIRÚRGICO EN UN HOSPITAL NACIONAL”

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD DEL EQUIPO QUIRURGICO FRENTE AL MANEJO DE LAS MEDIDAS ASÉPTICAS EN CENTRO QUIRÚRGICO EN UN HOSPITAL NACIONAL”. El cual es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, estamos realizando este estudio para Identificar si existe o no una relación entre el nivel de conocimiento y la actitud del equipo quirúrgico frente a las medidas asépticas del hospital Cayetano Heredia – Lima, con ello buscaremos mejorar el reforzamiento de capacitaciones ya el equipo quirúrgico puede conocer sobre dicho tema pero no tiene la actitud adecuada por ello es importante conocer que tanto conoce sobre las medidas asépticas y cuál es la actitud que toma frente a ello.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio responderá a las preguntas de dos instrumentos:

1. Instrumento de conocimiento, que consta de 15 ítems. Puntaje 30
2. Instrumento de escala de Likert consta de 15 ítems. Puntaje 75

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Beneficios:

Usted participará en un curso que se brindará al equipo quirúrgico como mejorar las actitudes.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente de colaborar a la obtención de resultados para el estudio.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio de investigación y no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Si tiene alguna duda adicional, puede preguntar a los investigadores.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, teléfono 01- 319000 anexo 227.

Consentimiento:

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

<i>Participante</i>	<i>Fecha</i>
Nombre:	
DNI:	

Testigo	Fecha
Nombre:	
DNI:	

Testigo	Fecha
Nombre:	
DNI	

6.3.Consideraciones administrativas: Presupuesto

N°	MATERIALES	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL S/.
01	Hoja Bond A4	Millar	2	40.00	80.00
02	Impresiones	Ciento	6	0.50	300.00
03	Copias	Ciento	10	0.10	100.00
04	Anillados	Unidad	5	20.00	100.00
05	Compra de Cd regrabable	Unidad	03	6.00	18.00
06	Sobre manila	Unidad	10	1.00	10.00
07	Compra de un USB 8gb	Unidad	01	40.00	40.00
08	Consumo de electricidad	Meses	07	10.00	70
09	Consumo de Internet	Meses	07	10.00	70
10	Uso de computadora	Global	01	500	1500
11	Útiles	Global	01	20	20
12	Estadístico	Global	01		250
13	Movilidad local				600
14	Refrigerio				200
Total					S/ 3358.00

6.4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2016			2017						
	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
1. Elección del tema	X									
2. Definición del problema.		X								
3. Elaboración del proyecto			X							
4. Corrección del proyecto				X		X	X			
5. Aprobación del proyecto							X			
6. Elaboración de instrumento					X					
7. Validación del instrumento					X					
8. Construcción de tesis				X	X	X	X	X		
9. Corrección de tesis.						X	X	X		
10. Sustentación de tesis										X
11. Aprobación final de tesis										X

BIBLIOGRAFÍA

1. Fuller JR. Capítulo 9. Técnica aséptica. Instrumentación Quirúrgica Principios Y Prácticas. 5ta edición. Buenos Aires – Argentina. Editorial médica panamericana; 2013. p. 171 – 148.
2. Ubillos S, Mayordomo S, Páez D. Capítulo X. Actitudes: Definición Y Medición Componentes De La Actitud. Modelo De La Acción Razonada Y Acción Planificada [revista en internet]. Mayo 2012. [citado 2 diciembre 2016]. [p. 6- 1]. Disponible en:
<http://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>
3. Echeverri PM, Salcedo CM. Conocimientos y Actitudes en la Aplicación de Normas de Bioseguridad del Personal del Servicio de Enfermería [revista en internet]. Rev. Colombiana de Salud Ocupacional. Junio 2015 [citado 11 de mayo del 2016], vol 4, n. 1: [p. 21 – 15]. Disponible en:
<<http://revistasoj.s.unilibrecali.edu.co/index.php/rcso/article/view/105/113>>.
4. Basozabal ZB, Durán MA. Manual de enfermería quirúrgica [página web de internet]. Galdakao, España: Bulkograf; noviembre 2003 [citado 10 de mayo 2016]. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.net/r85gkhgal04/es/contenidos/informacion/hgal_guias_manuales/es_hgal/adjuntos/manual_de_enfermeria_quirurgica.pdf.
5. Ramos MS; Gorriti SC. Algunas medidas de asepsia del equipo de salud y presencia de infecciones post operatorias [revista en internet]. In Crescendo Ciencias de la salud, oct. 2014 [citado 10 de mayo del 2016]; v. 1, n. 2. Disponible en:
<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/344/235>.
6. Zavala NR, Relación entre conocimientos y prácticas en las enfermeras de Centro Quirúrgico sobre la prevención del riesgo biológico en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.

7. Buñay CA, Lema MS, Quezada GM. Evaluación del cumplimiento de las normas de bioseguridad en sala de operaciones del hospital de especialidades fuerzas armadas n°1. Quito: Universidad Central de Ecuador; 2014.
8. Gómez RR. Bioseguridad en sala de operaciones del Hospital Regional de Occidente. Guatemala: Universidad de San Carlos; 2012.
9. Vera TM. Aplicación de las normas de bioseguridad por el equipo de salud del centro quirúrgico. Santa Elena: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2012.
10. Rodríguez CF. Lo Cognoscitivo Y Psicosocial Como Factores De Riesgo En Salud. 1 era edición. Huancavelica – Perú. Servicios Gráficos Matices; 32, 38, 29p.
11. Rosental M. Que Es La Teoría Marxista Del Conocimiento. Ediciones Quinto Sol S.A. Mexico D.F; 1983. 66 – 19p.
12. Bilosofía. El Conocimiento Científico, Según Mario Bunge [página web en internet]. 24 de febrero 2012 [citado 25 de febrero del 2017]. Disponible en: <https://bilosofia.wordpress.com/2012/02/24/introduccion-a-la-epistemologia-segun-mario-bunge/>
13. Soto V, Olano E. Conocimiento y cumplimiento de medidas de bioseguridad en personal de enfermería. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga. Chiclayo 2002. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004.
14. Fernandez GR. Actitudes y comportamiento social [monografía en internet]. Castellon: Universitat Jaume; 2014 [citado 3 de diciembre 2016]. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/106155/tfg_2014_fernandez%20garcia.pdf?sequence=1.
15. Quispe C, Marco A. Actitudes de los internos de enfermería hacia la investigación y la elaboración de tesis para titularse 2014. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.

16. Bautista RL, Delgado MC. Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería. Rev. Ciencia y Cuidado [revista ne internet]. 2013 [citado 10 mayo 2016]; vol 10: [p. 133 - 1]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4698254.pdf>.
17. Lic. Díaz SC; Lic. García LV; Lic. Gómez CA; Lic. López DN. Conocimientos que poseen los enfermeros sobre las normas de bioseguridad y su aplicación. Buenos Aires: Universidad Favaloro. 2012.
18. Canales F, Salazar, M. Efectividad del lavado de manos prequirúrgico con cepillo y sin cepillo. Rev. Enfermería Actual de Costa Rica [revista en internet]. Octubre 2013 [citado 11 de mayo 2016]; vol 25; [p. 10 - 1]. Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/lavadomanos.pdf> ISSN 1409---4568.
19. González GI, Herrero AA. Manual De Enfermería Técnicas Y Procedimientos. 1era edición. BarcelBaires Ediciones S.A. Buenos Aires; 2015. 761p.
20. Díaz Ariané. Lenin Y La Teoría Marxista Del Conocimiento [pagina web en internet]. 1 setiembre 2010 [citado 29 de enero del 2017]: [p. 1]. Disponible en: <https://elrepertorio.wordpress.com/2008/09/01/lenin-y-la-teoria-marxista-del-conocimiento/>.
21. Martel AP. Aplicación de normas de bioseguridad del profesional de enfermería en centro quirúrgico. Lima: Universidad San Martin de Porres, 2015.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERIA**

Autora: CAMARENA NUÑEZ, Rocio del Pilar
PRADO CAMACHO, Carolina Janet
VEGA ASTUHUAMÁN, María Janeth

Estimado Participante:

El presente cuestionario está dirigido todo el profesional del equipo quirúrgico que laboran en centro quirúrgico central del hospital Cayetano Heredia como parte de un Trabajo de Investigación sobre “**relación entre conocimiento y actitudes del equipo quirúrgico en el manejo de medidas asépticas en centro quirúrgico de un hospital nacional**”. La encuesta será anónima y tendrá carácter confidencial, por lo cual solicitamos responder a todas las preguntas en forma veraz y sincera siendo su colaboración sumamente importante.

Agradecemos su gentil colaboración.

INSTRUCCIONES Marque con un aspa (x) las respuestas que considere correcto. Llene los espacios en blanco. Conteste todas las preguntas

Datos Generales:

Edad _____ Tiempo de Servicio en Centro Quirúrgico _____

1.- La Bioseguridad tiene como principio básico:

- a. No contagiar al paciente
- b. No contagiarse
- c. No me contagio y no contagio
- d. No me contagio de infecciones
- e. a y c

2. La Medidas de Bioseguridad se define como:

- a) Conjunto de medidas preventivas que protegen la salud y la seguridad del personal frente a riesgos laborales producidas por agentes biológicos, físicos o químicos.
- b) Conjunto de normas para evitar la propagación de enfermedades e interrumpir el proceso de transmisión de infecciones.
- c) Conjunto de medidas para eliminar, inactivar o matar gérmenes patógenos.
- d) Conjunto de medidas de protección del personal y del ambiente de trabajo mediante la utilización de las medidas de bioseguridad y el uso de equipos de seguridad apropiada frente a potenciales agentes infecciosos.
- e) Todas las anteriores.

3. La bioseguridad tiene principios, ¿Cuáles son?

- a. Protección, aislamiento, universalidad.
- b. La universalidad, barreras protectoras control de residuo.

- c. Barreras protectoras, universalidad, control de infecciones.
- d. La universalidad, uso de barreras de protección y manejo de residuos sólidos.
- e. a y b

4. Qué barreras protectoras primarias permiten evitar el contacto físico de fluidos potencialmente peligrosos.

- a. Guantes y mascarilla
- b. protección ocular y tapaboca
- c. Lentes
- d. Protección de los pies
- e. Solo a y c

5. Las precauciones universales de bioseguridad son:

- a. Lavado de manos después del contacto con paciente, vacunación anual, uso de botas, uso de guantes.
- b. Lavado de manos, control de vacunación, uso de mandilón, evitar salpicaduras, uso de chaqueta.
- c. Uso de guantes, lavado de manos antes del contacto con paciente, uso de mandilón, uso de lentes protectoras, control de vacunación.
- d. Lavado de manos antes y después del contacto con paciente, uso de guantes, uso de mascarilla, uso de mandilón, uso de botas, vacunación anual.
- e. b y c

6. Para la atención del paciente quirúrgico el uso de guantes limpios es indispensable cuando:

- a. Hay contacto con fluidos corporales
- b. El personal de Salud presenta lesiones en la piel
- c. Se realiza el traslado del paciente.
- d. Se realicen procedimientos invasivos
- e. a y b

7. En qué situación cree usted que es necesario el uso de la mascarilla:

- a. Existe riesgo de salpicadura de fluidos y secreciones contaminadas.
- b. Durante todo el turno
- c. En la atención de pacientes con infecciones respiratorias.
- d. Sólo para proteger al paciente.
- e. a y c

8. Considera usted que el lavado de manos se debe realizar:

- a. Antes del contacto con el paciente.
- b. Antes de realizar una tarea aséptica.
- c. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
- d. Después del contacto con el paciente.
- e. Después del contacto con el entorno del paciente.
- f. Todas las anteriores

9. Para el lavado de manos quirúrgico el agente más apropiado es el jabón líquido con:

- a. Yodopovidona.
- b. Gluconato de Clorhexidina al 2 %.
- c. Gluconato de Clorhexidina al 4 %
- d. Alcohol Puro.

10. Las Barreras protectoras de Bioseguridad son:

- a. Mandilón, botas, gorros y guantes.
- b. Mascarilla, bata estéril, gorro y botas.
- c. Guantes, mandil, mascarillas, gorro y botas.
- d. Mascarilla, mandilón, gorro y guantes.
- e. b y d

11. El uso de mandilones está indicado en las siguientes situaciones:

- a. Durante todo el turno.
- b. En todo procedimiento que implique exposición al material no contaminado y estéril, independientemente de la exposición.
- c. Para la atención directa del paciente.
- d. Durante la cirugía
- e. a, b y c

12. A menudo ¿qué tipo de secreciones manipula en centro quirúrgico?

- a. sangre
- b. orina
- c. Muestras de patología
- d. secreciones purulentas

e. Todas las anteriores.

13. ¿Qué hace usted con el material punzocortante?

a. Lo elimino en el envase más cercano

b. Lo descarto en bolsa roja.

c. Lo desinfecto con alguna solución

d. Lo elimino en un recipiente rígido estampado con el logo de bioseguridad.

e. b, c y d

14. La técnica más apropiada para el calzado de guantes es:

a. Técnica abierta.

b. Técnica cerrada.

c. colocarse los guantes individualmente buscando su comodidad.

d. según técnica propia

e. a y b

15. Después de estar vestido para una cirugía, se considera estéril las siguientes zonas:

a. De los hombros hacia abajo.

b. De la cintura hacia abajo.

c. todo el cuerpo es estéril.

d. De la cintura hacía arriba hasta los hombros y sólo la parte de adelante.

e. Ninguna de las anteriores.

Valor del Instrumento: 30 puntos

Nivel de conocimiento alto: 16-30 – puntos.

Nivel de conocimiento medio: 11 –15 puntos.

Nivel de conocimiento insuficiente: 10 puntos.

**UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERIA**

Autoras:

CAMARENA NUÑEZ, ROCIO DEL PILAR
PRADO CAMACHO, CAROLINA JANET
VEGA ASTUHUAMÁN, MARÍA JAMETH

I.- Introducción

El presente instrumento es una guía de observación de las acciones realizadas al personal del centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia durante sus actividades laborales en el Departamento Cirugía. Cuyo objetivo es de servir de guía para la recolección de datos sobre la aplicación de las medidas de protección. La guía de Observación se aplicará 2 veces en diferentes turnos del personal del centro quirúrgico.

Marque en el recuadro con un aspa (x) si cumple o no cumple y en observaciones las acciones que observa.

Datos Generales:

Edad _____ Tiempo de Servicio en Centro Quirúrgico _____

ACTIVIDADES:

N°	PREGUNTA	NUNC A (1)	CASI NUNCA (2)	AVECES (3)	CASI SIEMPRE (4)	SIEMPRE (5)
1	Para la higiene de manos ¿se quita los objetos y alhajas?					
2	El lavado de manos quirúrgico se realiza en 5 minutos					
3	Los guantes estériles sirven como barrera de protección para los microorganismos.					
4	El correcto calzado de guantes es según técnica cerrada					
5	Los indicadores de esterilización (interno, externo e integradores) nos que el material esté estéril y libre de microorganismos					
6	Cuándo se encuentra vestido con ropa estéril. La espalda se considera no estéril.					
7	El uso correcto de la mascarilla es por encima de las fosas nasales					
8	El material punzocortante se elimina en las cajas de bioseguridad					
9	El conteo de material lo realiza antes, durante y después de la cirugía.					
10	Cuando se contamina el área estéril, realiza el cambio de					

	campos por otros campos estériles.					
11	Verifica la asepsia del sitio quirúrgico.					
12	Separa el instrumental contaminado del instrumental limpio durante la cirugía.					
13	El cabello debe encontrarse cubierto en su totalidad por un gorro quirúrgico					
14	Mantiene la distancia de 30 centímetros que debe haber entre el área estéril y no estéril.					
15	Cuando observa que alguien contaminó el área estéril lo reporta.					

Escala de Likert: 75 Puntos

Nivel de puntaje Alto: 38- 75 puntos

Nivel de puntaje bajo: 11- 37

Nivel de puntaje insuficiente: 10 puntos