



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA EN EMERGENCIA Y
DESASTRES

PROMOCION XXIX B

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LAS
MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES
INTRAHOSPITALARIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE VITARTE - 2011

INTEGRANTES:

Lic. De La Cruz Salazar Margoth Jessica

Lic. Onton Vargas Hilda Juana

Lic. Rayme Llallahui Mari Luz

Lic. Taype Moreano Yuli Nancy

Lima – Perú

2011

INDICE

	Pag.
RESUMEN	
INTRODUCCION	
CAPITULO I EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del Problema	03
1.2 Formulación del Problema	06
1.3 Objetivos	06
1.4 Justificación del Estudio	07
1.5 Propósito	08
CAPITULO II MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes	09
2.2 Base Conceptual	14
2.2.1 Infecciones Intrahospitalarias	14
2.2.2 Conocimiento	34
2.3 Variables	40
2.4 Hipótesis	41
2.5 Operacionalizacion de Variables	41
2.6 Definición Operacional de Términos	51
CAPITULO III DISEÑO METODOLOGICO	
3.1 Tipo de Estudio	53
3.2 Área de Estudio	53
3.3 Población y Muestra	53
3.4 Validez y Confiabilidad del Instrumento	54
3.5 Técnica e Instrumento	55
3.6. Procedimiento de Recolección de Datos	55
3.7 Tabulación y Análisis de Datos	55
CAPITULO IV CONSIDERACIONES ADMINISTRATIVAS	
4.1 Aspectos Éticos	56
4.2 Consideraciones Administrativas	57
4.2.1 Recursos de Actividades	57
4.2.2 Cronograma de Actividades	58
Referencias Bibliográficas	59
Anexos	64

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de las medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias del profesional de enfermería en el servicio de emergencia del hospital de vitarte. **Material y Método:** Se trata de un estudio con enfoque cuantitativo, método descriptivo correlacional, y de corte transversal. La población estará conformada por 24 enfermeras profesionales, que laboran en el Servicio de Emergencia del Hospital de Vitarte. Las técnicas a usarse serán la encuesta y la observación; los instrumentos son un cuestionario y una guía de observación previamente validadas. **Validez y Confiabilidad de datos:** Determinar la validez del instrumento implica someterlo a la evaluación de un panel de expertos (07) antes de la aplicación para que hicieran los aportes necesarios a la investigación y se verificara la construcción, criterio y el contenido del instrumento. **Resultados:** Los datos obtenidos serán sometidos a estadísticos de frecuencia, proporciones, y de correlación. Se determinará la validez estadística mediante el coeficiente de correlación de Pearson y para la confiabilidad estadística se aplicará el Kuder – Richarson. **La tabulación de datos** se hará en forma computarizada a través del programa SPSS, se tendrá en cuenta los principios éticos de

Beneficencia, No Maleficencia, Justicia y Autonomía.

Palabras claves: Conocimiento, Medidas de Prevención de Infecciones Intrahospitalarias, Enfermería de Emergencia.

INTRODUCCION

Durante los últimos años el incremento de las infecciones intrahospitalarios ha dado lugar cada vez más a la aplicación de medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias, llamadas anteriormente medidas de bioseguridad; como una medida orientada a disminuir el riesgo de adquirir enfermedades infectocontagiosas, debido al contacto con algún agente nocivo que puede constituir un riesgo potencial que puede afectar negativamente la salud de los trabajadores o del equipo de salud; toda vez que con frecuencia pueden tener contacto con la sangre ó hemoderivados e instrumentos contaminados que si no están bien controlados pueden causar infecciones, tales como: hepatitis, VIH, entre otros.

El profesional que labora en el área de emergencia está expuesto constantemente a objetos punzo cortantes y fluidos corporales, lo cual le puede causar enfermedades infectocontagiosas de tipo ocupacional, que repercuten en la calidad de atención de salud que se brinda al paciente.

El presente estudio “Relación entre nivel de conocimiento y cumplimiento de la práctica de medidas de prevención de infecciones Intrahospitalarias del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia - 2011”, tiene como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de las medidas de prevención de infecciones Intrahospitalarias del profesional de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte, con el propósito de proporcionar información válida y confiable a los directivos de la institución y al jefe de Emergencia, a fin de que formulen estrategias y/o programas de educación continua e implementen programas de monitoreo y supervisión relacionados a la aplicación correcta de medidas de prevención de Infecciones Intrahospitalarias en los servicios, promoviendo así la salud del personal, paciente y comunidad mejorando la calidad de atención al usuario interno y externo.

El presente trabajo consta de Capítulo I: El Problema que contiene el Planteamiento, delimitación y origen del problema, Formulación del problema, Justificación, Objetivos, Propósito; Capítulo II: Antecedentes del problema, bases conceptuales , Conocimiento, Variables Definición operacional , Operacionalización de variables; Capítulo III: Tipo de estudio , Área de estudio, Población y muestra , Hipótesis, Validez y confiabilidad del instrumento , técnicas e instrumentos de recolección de datos, Procedimientos de recolección de datos, Tabulación y análisis de datos; Capítulo IV: Aspectos éticos, consideraciones administrativas , cronograma de actividades, presupuesto. Finalmente se presenta las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es reconocido que las infecciones intrahospitalarias (IIH) son eventos adversos producidos en el seno del hospital, con importante impacto en la salud individual y colectiva, no solo por su frecuencia persistente y episodios epidémicos, sino también por sus implicancias en la morbilidad y mortalidad, incremento de los costos de atención y prolongación de estancia hospitalaria. (1, 2).

Los estudios realizados por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de EEUU y la información del National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS), permiten observar que las IIH son un fenómeno endémico y que, ocasionalmente, se detectan brotes epidémicos, limitados en el tiempo y relativamente circunscritos en el espacio, con una la flora causante muy variada, y que seguirá variando con el paso del tiempo. (3, 4).

Existen muchos factores que contribuyen en la aparición y persistencia de las IIH, sin embargo cabe mencionar que el incumplimiento o no aplicación de programas de vigilancia y control epidemiológico es un hecho relevante. (4, 5)

Numerosas profesiones entre ellas la Enfermería atraviesan hoy, situaciones de particular vulnerabilidad, dadas por las condiciones inseguras de trabajo: falta de conciencia acerca de la higiene y seguridad laboral, sumado al entorno y condiciones de trabajo que ponen en riesgo la salud y por ende, la calidad de vida de los trabajadores de la Salud. (6)

Los trabajadores de salud y sobre todo los profesionales de enfermería están expuestos a múltiples enfermedades ocupacionales principalmente biológicos; al estar en contacto con pacientes que padecen enfermedades infectocontagiosas; objetos punzantes o cortantes y/o secreciones o fluidos corporales, las que han sido identificadas como la causa más frecuente por el cual el personal de salud se contamina con sangre o fluidos corporales infecciosos (7).

De modo que el personal que labora en el emergencia al estar expuesto constantemente a riesgos requieren de la aplicación de medidas de bioseguridad, por ser susceptible de padecer cualquier tipo de exposiciones a poluciones, tóxicos e incluso contaminarse con objetos infectados.

Sin embargo, a pesar de las recomendaciones realizadas por organismos como los Center for Disease (CDC), los trabajadores de salud siguen accidentándose y realizando sus tareas no siempre de la manera más segura, lo cual hace que existan factores de riesgo, que deben ser identificados para poder implementar programas adecuados de prevención de enfermedades ocupacionales, el cual está dado por la aplicación de las medidas de bioseguridad, universalidad y precauciones estándar. (8,9).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS), estableció una Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, reconociendo que en los países en vías de desarrollo, como el Perú, tienen serias deficiencias en el manejo y control de las infecciones nosocomiales, entre otras cosas por baja performance del trabajador de salud debido a disminución de la motivación y preparación técnica (10), lo que implica inadecuadas prácticas de prevención de infecciones.

Hace años, las observaciones de Florence Nightingale durante la guerra de Crimea, la llevaron a concluir la necesidad de prevenir la transmisión de infecciones, proponiendo abandonar el uso de salas comunes y más bien dividir las en varios ambientes tipo cubículos (11); asimismo, enfatizó la importancia de la asepsia y de mantener los ambientes limpios. Gracias a sus observaciones cambió el concepto popular de la transmisión de las infecciones (ambiental), por el de contacto con fluidos corporales. (12).

En el ámbito nacional, la oficina de epidemiología del Hospital Nacional Dos de Mayo, en Octubre del 2006, registró un artículo sobre accidentes con fluidos biológicos, “donde se informó que las enfermeras ocupan el 2º lugar dentro del grupo ocupacional de los accidentes de este tipo, específicamente los accidentes fueron 81% con material punzo cortante, y salpicaduras por fluidos en ojo y mucosas un 17 %, asimismo indica que los servicios donde ocurrieron los accidentes laborales fueron : Emergencia 33%, Sala de Operaciones Central 10% y las circunstancias donde ocurrieron estos accidentes, fue durante el procedimiento quirúrgico 37%. Según la literatura, del 65 al 70% de los accidentes ocurren en el personal de Enfermería, seguido del personal de laboratorio (10-15%). En caso de maniobra quirúrgica los cortes con bisturí se producen al momento de pasar el instrumental (13)

De otro lado, en el Hospital de Vitarte, específicamente en el Servicio de Emergencia laboran un total de 24 enfermeras de las cuales 96% (23 enfermeras) laboran desde un período mayor de un 1 año, las atenciones de emergencia en el año 2010 fueron 44470 de pacientes atendidos, lo que conlleva a una alta presión del equipo emergencia por ganar tiempo en la atención, se realizan labores rutinarias, y se puede

observar que se obvian algunas medidas de prevención de infecciones nosocomiales.

Al interactuar con la enfermera refiere “hay mucho trabajo” y a veces no tienen descanso; asimismo refieren que “la mascarilla molesta y no deja respirar bien”, “hay insuficiente equipo”; también se observa que hay oportunidades que no se lavan las manos en forma correcta al canalizar una vía periférica en emergencia.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto, se considera pertinente realizar un estudio sobre:

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de las medidas de Prevención de Infecciones Intrahospitalarias del profesional de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital de Vitarte?

1.3 OBJETIVOS

Los objetivos que se han formulado para el presente estudio son:

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de las medidas de Prevención de Infecciones Intrahospitalarias del profesional de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital de Vitarte 2011

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de conocimiento sobre las precauciones estándar para la prevención de infecciones intrahospitalarias.
- Evaluar el cumplimiento de las medidas de protección como practica de prevención de las infecciones intrahospitalarias.

1.4 JUSTIFICACION

La realización de este estudio se justifica por:

- a) Por su magnitud: las enfermeras constituyen el grupo más expuesto a este tipo de accidentes. Para la institución esto constituirá un problema, dada la posibilidad de transmisión de enfermedades por esta vía.
- b) Por su trascendencia: La mayor exposición de las enfermeras ocasionara una mayor probabilidad de adquirir infecciones intrahospitalarias, con el consecuente ausentismo laboral ello podría constituir un problema, tanto para la institución como para las familias de los afectados.
- c) Por razones económicas: Una persona capacitada aplica con mayor cuidado las medidas preventivas, ello disminuye la probabilidad de accidentes o de contagios accidentales, la institución invertiría menos en acciones curativas, teniendo en cuenta que ante un accidente por punzo cortante es la institución quien asume los costos por exámenes tanto al paciente como al trabajador.
- d) Vulnerabilidad: La posibilidad de mejorar esta situación se daba en función de organizar capacitaciones a las enfermeras, este conocimiento le daría un mejor conocimiento y una mayor responsabilidad frente a los

hechos. La sensibilización de la enfermera, la aplicación de normas hacía que este problema fuera vulnerable.

1.5 PROPOSITO

Está orientado a proporcionar información válida y confiable a los directivos de la institución y al jefe de Emergencia, a fin de que formulen estrategias y/o programas de educación continua e implementen programas de monitoreo y supervisión relacionados a la aplicación correcta de medidas de Prevención de Infecciones Intrahospitalarias en los servicios, promoviendo así la salud del personal, paciente y comunidad mejorando la calidad de atención al usuario interno y externo.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Luego de realizar la revisión de los antecedentes, se ha encontrado algunos estudios relevantes. Así tenemos que:

Coelho, Ms, Arruda S, Simoes F, en Brasil en el año 2008, realizaron el siguiente estudio “Higiene de Manos como Estrategia Fundamental en el Control de Infección Hospitalaria”. El método fue descriptivo cuantitativo, estuvo conformado por 50 profesionales de Enfermería. Se utilizó el Cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, compuestos por una sesión de identificación de los sujetos y seguidas por preguntas dirigidas a la temática abordada. Las conclusiones fueron:

“En el análisis de los datos se determinó que 78% de los profesionales son mujeres. Con respecto a la edad, la mayor frecuencia se produjo en el grupo de 26 a 45 años con 60%. Entre las categorías profesionales, 36% son enfermeras, 58% técnicos de enfermería y 6% auxiliares de enfermería. Con respecto a la formación o actualización en el ámbito de la infección hospitalaria, se encontró que 48% de los profesionales no lo han hecho. Sobre el lavado de manos, 98% respondió que lo hacen desde el principio hasta el final de la jornada, 96% entre uno u otro procedimiento y 86% después de la retirada de guantes. Entre los productos utilizados, se observó gran adhesión a agua y jabón, práctica citada por 92% de los profesionales, seguida por el alcohol en gel (44%). Sin embargo cuando se cuestionó acerca de cómo realizar la higiene, sólo 26% de los profesionales la describen y de manera sucinta. Después de la elaboración de esta investigación, se pudo concluir que, aunque los profesionales saben la importancia de lavarse las manos y dicen realizar con frecuencia la atención de los pacientes, para llevar a cabo efectivamente la técnica, se muestran con una baja adhesión, indicando la necesidad de una mayor participación en la formación y actualización sobre el tema.”(15)

ANAYA FLORES VERONICA Y COLABORADORES, en México, el año 2008, realizaron el siguiente estudio “Nivel de Conocimiento de los trabajadores de Salud sobre Infecciones Nosocomiales y su Prevención”, en el Hospital de Especialidades de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional La Raza, México DF.

Se realizó un estudio de encuesta en los meses de octubre y noviembre de 2008 en un hospital de tercer nivel de atención. Se entrevistó a médicos, enfermeras y trabajadores de servicios básicos (TS-básicos) de todos los turnos y varias categorías acerca de su conocimiento de IN y su prevención mediante las precauciones estándar (PE) y por mecanismos de transmisión (MT), con un cuestionario diseñado específicamente para cada grupo de TDS. Después se analizó la información con frecuencias simples, chi cuadrada (χ^2), correlación de Pearson y análisis de varianza (ANOVA).

Resultados. Los médicos obtuvieron una calificación global de conocimiento sobre las IN y su prevención de 0.58 ± 0.15 ; las enfermeras,

0.67 ± 0.14 ; y los TS básicos, 0.7 ± 0.1 ($p < 0.01$). Para conocimiento en IN, 0.64 ± 0.15 , 0.63 ± 0.12 y 0.66 ± 0.12 ($p < 0.15$), y para conocimiento de PE y MT, 0.5 ± 0.23 , 0.64 ± 0.26 y 0.78 ± 0.16 ($p < 0.01$), respectivamente. La calificación general de los tres grupos fue de 0.65 ± 0.14 . Hubo una correlación de 0.33 entre conocimiento de IN y conocimiento de PE y MT para los médicos, 0.28 para las enfermeras y 0.13 para los TS-básicos.

Conclusión. Aún es deficiente el conocimiento de los TS acerca de las IN, cómo se transmiten y cómo pueden prevenirse mediante el cumplimiento de las PE y rompiendo el MT durante su trabajo profesional con el paciente hospitalizado. (16)

Ancco N, en Lima, el 2007, realizó un estudio titulado “Factores que intervienen en la aplicación de medidas de bioseguridad según el

profesional de Enfermería del Servicio de Sala de Operaciones del Hospital Dos de Mayo”, el cual tuvo como objetivo determinar los factores que intervienen en la aplicación de medidas de bioseguridad según el profesional de Enfermería del Servicio de SOP. El método fue descriptivo, prospectivo de corte transversal, la población estuvo conformada por 13 profesionales de Enfermería. La técnica fue la entrevista y el instrumento un cuestionario. Las conclusiones fueron entre otras: “07 profesionales (53.8%) el mayor porcentaje, refieren que existen factores institucionales que intervienen en la aplicación de medidas de bioseguridad y en menor porcentaje, 06 profesionales (46.2%) señalan que son factores personales los que intervienen” (17).

García N; Solignac M, Vásquez A en Iquitos – Perú, realizaron un estudio “Cuidados de enfermería y las infecciones nosocomiales en los servicios: Uci-cirugía y Cirugía Hospital Felipe Arriola Iglesias Iquitos 2007”.

Con el objetivo de establecer la relación entre los cuidados que brinda el profesional de enfermería y las infecciones nosocomiales en los servicios de UCI-Cirugía y Cirugía, se llevó a cabo un estudio descriptivo correlacional. La muestra estuvo constituida por 51 usuarios hospitalizados en los servicios de UCI-Cirugía y Cirugía del Hospital Felipe Arriola Iglesias de la ciudad de Iquitos durante 30 días. Se aplicó una ficha de observación al profesional de enfermería (validez 86.4% y confiabilidad 81%), y una ficha de observación al usuario hospitalizado (validez 95.3% y confiabilidad 81.3 %). Los datos se analizaron a través del paquete estadístico SPSS versión 15.0, EXCEL 2007, Windows 2007; para el análisis descriptivo bivariado se utilizó el test de Fisher por ser tablas de contingencia de 2x2 y valores 0 donde se obtuvo un 95% de nivel de confianza y $p = 0.05$. 32 usuarios presentaron flebitis en la inserción de catéter venoso periférico. De 06 usuarios con inserción de catéter urinario, 05 presentaron I.T.U. existe relación estadísticamente significativa entre los cuidados de enfermería y las infecciones nosocomiales. (18).

García T, Kahn G, Yglesias S, realizaron un estudio el año 2007 “Nivel de conocimiento y prácticas de bioseguridad en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Iquitos – 2007.

Se realizó un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de determinar la relación que existe entre el Nivel de Conocimiento y las Prácticas de Normas de Bioseguridad en los Estudiantes de Enfermería. A 106 estudiantes de enfermería determinados por afijación proporcional se aplicó un cuestionario (validez 79% y confiabilidad 78%), y una lista de cotejo (validez 82% y confiabilidad 91%). Los datos se analizaron a través del paquete estadístico SPSS versión 13.0; se utilizó la prueba estadística no paramétrica del Coeficiente de Correlación Tetracórica (r_t), con un nivel de significancia de $\alpha=0.05$. Entre los hallazgos más importantes sobre nivel de conocimiento tenemos: el 76.4% de estudiantes tuvieron conocimiento adecuado y respecto a las prácticas de normas de bioseguridad, el 65.1% de estudiantes realizaron prácticas inadecuadas.

Al relacionar el nivel de conocimiento con prácticas de bioseguridad se encontró que existe relación estadística significativa ($p<0.05$). (19)

Ruiz A, en Managua, el 2006, realizó un estudio titulado: “Factores de riesgo que intervienen en los accidentes laborales en el personal de enfermería, Hospital Fernando Veles Paíz, Managua, 2006”, el cual tuvo como objetivo determinar el riesgo o los factores de riesgo a accidentes laborales del personal de Enfermería en el Hospital Fernando Vélez, Managua, durante el año 2006. El método fue descriptivo. La muestra fue de 101 profesionales de los diferentes servicios. Las conclusiones fueron entre otras: “Que el personal de enfermería posee un buen conocimiento sobre las normas de riesgo y accidentes laborales, en un 50.5% (51), correspondiéndoles a las licenciadas de enfermería. En los servicios donde se presentaron los accidentes fueron: Emergencia, Recién nacidos, Cuidados Intensivos, Maternidad, y labor de parto. La categoría profesional más afectado fueron los auxiliares de enfermería con pinchazos con 28

casos, golpes con 26 casos y salpicadura con 18 casos, la enfermera profesional, con pinchazo 7 casos, golpes con 9 casos, salpicadura y cortaduras con 8 casos”. (20)

Cuyubamba N, el 2004, en Tarma realizó un estudio titulado “Conocimientos y actitudes del personal de salud hacia la aplicación de Medidas de Bioseguridad en los servicios de mayor riesgo del Hospital Félix Mayorca Soto”. El objetivo fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las actitudes hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad. Utilizó el método descriptivo, correlacional. La población total fue de 40 profesionales de salud de ambos sexos. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario tipo escala de Lickert. Entre las conclusiones a las que llegó tenemos: “De 40 (100%) de los trabajadores de salud, 14 (35%) tienen un nivel de conocimientos de regular a bajo, 11 (27,5%) un nivel de conocimiento bajo y ningún profesional tiene nivel de conocimiento alto. Según el tipo de profesional 8 (44,4%) de los enfermeros tiene nivel de conocimiento regular y 9 (40.9%) de los médicos tiene un nivel de conocimiento bajo”. (21)

Tarmeño Y., en Lima, el año 2003, realizó un estudio sobre: “Nivel de conocimiento que tienen las enfermeras sobre Medidas de Bioseguridad en el cuidado del paciente Neutropénico en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas”; el cual tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos que tienen las enfermeras sobre medidas de Bioseguridad en el cuidado del paciente Neutropénico. El método fue descriptivo de corte transversal. La muestra fue seleccionada mediante un muestreo probabilístico, conformada por 30 enfermeras. El instrumento fue un cuestionario. Entre las conclusiones a las que llegó destacan entre otras:

“El nivel de conocimientos que tienen las enfermeras sobre las medidas de bioseguridad en los servicios de cuidados intensivos, pediatría, adolescentes, servicio de pacientes inmuno deprimidos fue regular. El

mayor porcentaje de las enfermeras del servicio de cuidados intensivos tuvieron un nivel de conocimientos sobre medidas de bioseguridad regular, en relación a las enfermeras de pediatría, adolescencia y del servicio de pacientes inmunodeprimidos. El mayor porcentaje de enfermeras que tiene un nivel de conocimientos regular; son las enfermeras que tienen más de 5 años de servicio y el mayor porcentaje de enfermeras que tienen un nivel de conocimiento regular recibieron capacitación sobre el tema”.(22)

Soto V y Olano E, en Chiclayo, el 2002, realizó un estudio sobre “Conocimientos y cumplimiento de medidas de bioseguridad en personal de Enfermería Hospital Nacional Almanzor Aguinaga, el cual tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y cumplimiento de las medidas de bioseguridad del personal profesional y técnico de Enfermería que labora en áreas de alto riesgo. El método fue descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 117 trabajadores. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Las conclusiones fueron entre otras: Que existe un alto grado de conocimientos de las normas de bioseguridad por el personal profesional y técnico de Enfermería, sin embargo, el cumplimiento de las normas de bioseguridad es en promedio de nivel 2 (30 a 60%). (14)

2.2 BASE TEORICA

A continuación se presenta la base teórica que permitió dar sustento a los Hallazgos:

2.2.1 INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

La OMS define a las infecciones intrahospitalarias como una infección que no estuvo presente ni incubando en el momento de la admisión de un

paciente, y que normalmente se manifiesta más de tres días después de la admisión del paciente al hospital. (23)

Esta infección ocurre generalmente desde las 48-72 horas del ingreso del paciente al hospital y hasta por un año posterior a su alta del hospital o en el que hay evidencias suficientes para definir el evento infeccioso como inherente al padecimiento de base. (24)

En caso descartado de infección nosocomial a todo caso que no cumple con los criterios de infección nosocomial porque se demuestra que la infección se adquirió fuera del hospital o en el que hay evidencia suficiente para definir al evento infeccioso como inherente al padecimiento base. (25)

DINÁMICA DE LA INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

La transmisión de agentes infecciosos dentro de los hospitales requiere de tres elementos: una fuente (o reservorio) de agentes infecciosos, un huésped susceptible con una puerta de entrada receptiva al agente, y un modo de transmisión de dicho agente.

Fuentes de los agentes infecciosos

La transmisión de agentes infecciosos durante el cuidado de la salud se derivan principalmente de fuentes humanas, pero fuentes inanimados del medio ambiente también están implicados en la transmisión. Los reservorios humanos incluyen a los pacientes, al personal de salud, y miembros de la familia y otros visitantes. Estas personas pueden tener infecciones activas, puede ser asintomática o estar en el período de incubación de una enfermedad infecciosa, o pueden ser transitoria o crónicamente colonizados por microorganismos patógenos, en particular en los tractos respiratorio y gastrointestinal. La flora endógena de los pacientes (por ejemplo, las bacterias que residen en el tracto respiratorio o gastrointestinal) también son fuente de infecciones hospitalarias. (27,

28, 29)

Huéspedes susceptibles a la infección.

Es el resultado de una compleja interrelación entre un anfitrión potencial y un agente infeccioso. La mayoría de los factores que influyen en la infección y la aparición y gravedad de la enfermedad están relacionadas con el huésped. Sin embargo, las características de la interacción huésped-agente en lo que respecta a la patogenicidad, virulencia y antigenicidad también son importantes, al igual que la dosis infecciosa, los mecanismos de producción de la enfermedad y la vía de la exposición. Hay un espectro de resultados posibles después de la exposición a un agente infeccioso. Algunas personas expuestas a los microorganismos patógenos nunca desarrollan la enfermedad sintomática, mientras que otros se enferman gravemente e incluso llegan a morir. Algunas personas son propensas a convertirse en forma transitoria o permanente colonizados, pero permanecen asintomáticos. No obstante, puede avanzar de la colonización a la enfermedad sintomática ya sea inmediatamente después de la exposición, o después de un período de la colonización asintomática. (30)

El estado inmunológico en el momento de la exposición a un agente infeccioso, la interacción entre los patógenos y los factores de virulencia intrínseca del agente son importantes predictores de un resultado de la situación de los individuos. Factores del huésped tales como extremos de la edad y las enfermedades subyacentes como la diabetes, el virus de inmunodeficiencia humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida, malignidad, y los trasplantes pueden aumentar la susceptibilidad a la infección. También una variedad de medicamentos que alteran la flora normal (por ejemplo, agentes antimicrobianos, supresores de la acidez gástrica, corticosteroides, medicamentos anti-rechazo de trasplantes, agentes antineoplásicos, inmunosupresores y otros. Los procedimientos quirúrgicos y radioterapia afectan las defensas de la piel y otros órganos y sistemas implicados. Dispositivos como catéteres urinarios, tubos endotraqueales, catéteres venosos centrales y arteriales y los implantes sintéticos facilitan el desarrollo de infecciones hospitalarias, permitiendo

que los patógenos potenciales puedan eludir las defensas locales que normalmente impiden la invasión y proporcionando superficies para el desarrollo de biofilms pueden facilitar la adhesión de microorganismos y protegerse de la actividad antimicrobiana del organismo. Algunas infecciones asociadas a procedimientos invasivos resultan de la transmisión en el centro de salud, otros se derivan de la flora endógena del paciente. (31)

Modos de transmisión

Varias clases de patógenos pueden causar una infección, incluyendo bacterias, virus, hongos, parásitos y priones. Los modos de transmisión varían según el tipo de organismo y algunos agentes infecciosos pueden ser transmitidos por más de una ruta: algunos se transmiten principalmente por contacto directo o indirecto (por ejemplo, el virus del herpes simple, el virus sincitial respiratorio, *Staphylococcus aureus*); otros mediante gotitas, (por ejemplo, el virus de la influenza, *B. pertussis*) o por vía respiratoria (por ejemplo, *M. tuberculosis*). Otros agentes infecciosos, como los virus transmitidos por la sangre (por ejemplo, hepatitis viral B y C, y el VIH se transmiten rara vez en los centros asistenciales, a través de la exposición percutánea o la membrana mucosa. Es importante destacar que no todos los agentes infecciosos se transmiten de persona a persona.

Las tres principales rutas de la transmisión se resumen a continuación

Transmisión por contacto directo.

La transmisión directa se produce cuando los microorganismos se transmiten de una persona infectada a otra persona sin intermediar un objeto contaminado. Oportunidades para la transmisión por contacto directo entre pacientes y personal sanitario se resumen: (32,33)

- sangre u otro tipo de fluidos corporales de un paciente ingresa directamente en al cuerpo de un trabajador de salud a través del contacto con una membrana mucosa o se rompe (es decir, cortes, abrasiones) en la piel.
- Los ácaros de un paciente infestado se transfieren a la piel de un médico mientras él / ella está en contacto directo sin guantes con la piel del paciente.
- un proveedor de atención médica desarrolla panadizo herpético en un dedo después del contacto con el VHS en la prestación de la atención oral a un paciente sin utilizar guantes o el VHS se transmite a un paciente de un panadizo herpético en una mano sin guante de un trabajador de salud.

Contacto indirecto de transmisión

La transmisión indirecta supone el traslado de un agente infeccioso a través de un objeto contaminado. En ausencia de un punto de brote, es difícil determinar cómo se produce la transmisión indirecta. Sin embargo, numerosas pruebas sugieren que las manos contaminadas del personal sanitario son importantes contribuyentes a la transmisión por contacto indirecto 16. Ejemplos de oportunidades para la transmisión por contacto indirecto son:

- Las manos del personal sanitario pueden transmitir agentes patógenos después de tocar una parte del cuerpo infectado o colonizado por un paciente o un objeto inanimado contaminado, si no se realiza higiene de las manos antes de tocar otro paciente.
- Los dispositivos de cuidado del paciente (por ejemplo, termómetros, dispositivos de control de la glucosa, etc.) pueden transmitir agentes patógenos si los dispositivos contaminados con sangre o fluidos corporales son compartidas entre los pacientes sin una limpieza y desinfección entre pacientes.
- juguetes compartido puede convertirse en un vehículo de transmisión de virus respiratorios (por ejemplo, el virus respiratorio sincitial) o

bacterias patógenas (por ejemplo, *Pseudomonas aeruginosa*) entre los pacientes pediátricos.

- Los instrumentos que no están adecuadamente limpiado entre los pacientes, antes de la desinfección o esterilización (por ejemplo, endoscopios o instrumentos quirúrgicos) o que tienen defectos de fabricación que interfieren con la efectividad de reprocesamiento pueden transmitir agentes patógenos bacterianos y virales.

Mandilones, uniformes, de laboratorio, o batas de aislamiento utilizado como equipo de protección personal, pueden contaminarse con patógenos potenciales después de la atención de un paciente colonizado o infectado con un agente infeccioso (por ejemplo, el MRSA, *C. difficile*). Aunque la ropa contaminada no ha sido directamente implicados en la transmisión, existe la posibilidad de prendas con suciedad puedan transferir agentes infecciosos a los pacientes sucesivos. (34)

Transmisión de gotas

Gotas de transmisión es, técnicamente, una forma de transmisión por contacto, y algunos agentes infecciosos transmitidos por la ruta de gota también puede transmitirse por las vías de contacto directo e indirecto. Sin embargo, a diferencia de ponerte en contacto con las gotitas de transmisión, las vías respiratorias llevan patógenos infecciosos que transmiten la infección cuando viajan directamente de las vías respiratorias de la persona infectada a las superficies mucosas del destinatario, generalmente en distancias cortas, que requiere protección facial. Las gotitas respiratorias se generan cuando una persona infectada tose, estornuda o habla, o durante procedimientos como la aspiración, intubación endotraqueal, la inducción de la tos por la fisioterapia torácica y reanimación cardiopulmonar. (35)

La evidencia de la transmisión por gotas proviene de estudios epidemiológicos de brotes de enfermedades, estudios experimentales y de

la información sobre la dinámica de aerosoles. Los estudios han demostrado que la mucosa nasal, de la conjuntiva, y menos frecuentemente en la boca, son susceptibles de ser puerta de entrada para virus respiratorios. La distancia máxima para la transmisión de la gotita no se ha establecido con precisión. Históricamente, la zona de riesgo se ha definido una distancia de menos de un metro alrededor del paciente. Usando esta distancia para ponerse las máscaras ha sido eficaz en la prevención de la transmisión de agentes infecciosos a través de la ruta de gota. (35)

Sin embargo, los estudios experimentales con la viruela e investigaciones durante los brotes de SRAS mundial de 2003 sugieren que las gotitas de pacientes con estas dos infecciones pueden llegar a las personas situado a dos metros o más de su fuente. Es probable que el viaje de las gotas de la distancia dependa de la velocidad y el mecanismo por el cual las gotitas respiratorias son impulsadas desde la fuente, la densidad de las secreciones respiratorias, factores ambientales como la temperatura y la humedad, y la capacidad del patógeno para mantener la infectividad sobre esa distancia. Por lo tanto, a una distancia de menos de un metro alrededor del paciente se ve mejor como un ejemplo de lo que se entiende por "una corta distancia de un paciente" y no debe utilizarse como único criterio para decidir cuándo una máscara se pone para proteger de la las gotas de la exposición. Con base en estas consideraciones, puede ser prudente usar una máscara desde los 2 metros del paciente o al entrar en la habitación del paciente, especialmente cuando la exposición a las nuevas o altamente patógenos virulentos es probable.

El tamaño de gota es otra variable que se esté discutiendo. Las gotas tradicionalmente se han definido como > 5 micras de tamaño. Núcleos de gotitas, las partículas resultantes de la desecación de las gotas en suspensión, han sido asociados con la transmisión en el aire y se define como menos de 5 micras de tamaño.

Ejemplos de agentes infecciosos que se transmiten por vía gota incluyen *Bordetella pertussis*, virus de la gripe, adenovirus, rinovirus, *Mycoplasma pneumoniae*, coronavirus asociado con el SARS, estreptococo del grupo A, y *Neisseria meningitidis*

La transmisión aérea

La transmisión ocurre por la diseminación de cualquiera de núcleos de gotitas en el aire o pequeñas partículas en el rango de tamaño respirable que contengan agentes infecciosos y que siguen siendo infecciosos a través del tiempo y la distancia (por ejemplo, las esporas de *Aspergillus* spp y *Mycobacterium tuberculosis*).

Los microorganismos transportados en esta forma pueden ser dispersados a largas distancias por las corrientes de aire y pueden ser inhalados por personas susceptibles que no han tenido contacto cara a cara con (o ha estado en la misma habitación con) el individuo infectado.

La prevención de la propagación de patógenos que se transmiten por vía aérea requiere un tratamiento especial del aire y sistemas de ventilación para contener y luego retirar con seguridad el agente infeccioso. Los agentes infecciosos a los que se aplica incluyen *Mycobacterium tuberculosis*, virus de la rubéola, sarampión, virus de la varicela-zoster (varicela). Además, los datos publicados sugieren la posibilidad de que el virus de la viruela (viruela) puede transmitirse a largas distancias por el aire.

Para evitar la transmisión se requiere, además de una adecuada ventilación y extractores de aire, protección respiratoria con respirador

NIOSH N95 o superior para el personal sanitario. (36, 37)

PRECAUCIONES ESTANDAR Y PRECAUCIONES BASADAS EN EL MECANISMO DE TRANSMISION EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, INCLUÍDO LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA.

De acuerdo a la literatura actual, existen estrategias y actividades que permiten evitar la transmisión de las infecciones intrahospitalarias. (38 – 48)

PRECAUCIONES ESTÁNDAR.

Las Precauciones Estándar representan un primer nivel, sintetiza las principales características de las Precauciones Universales (reducción del riesgo de infección por patógenos que se transmiten por la sangre) y el Aislamiento de Substancias Corporales (reducción del riesgo de transmisión de patógenos de los fluidos corporales).

Las Precauciones Estándar se basan en medidas simples, de fácil aprendizaje y manejo, que van a disminuir gran parte de las infecciones. Todo el personal de salud deberá utilizar, de manera rutinaria, estas precauciones destinadas a prevenir la exposición a sangre y a líquidos orgánicos.

El objetivo de las precauciones estándar es disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes conocidas o desconocidas del hospital, debiéndose evitar el contacto directo con los líquidos orgánicos de toda persona (sangre, secreciones vaginales, líquido amniótico, leche materna, semen, líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial, líquido peritoneal, líquido pleural, líquido pericárdico, exudados y otros líquidos contaminados visiblemente con sangre).

ELEMENTOS DE LA HIGIENE DE MANOS:

A. Lavado de manos:

Es la medida de higiene más eficaz para limitar la transmisión de enfermedades en el hospital: el trabajador de salud debe lavarse las manos después de haber tocado sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones o materiales contaminados así haya estado o no usando guantes. Esta acción también deberá ser recomendada a los familiares antes del ingreso y a la salida de la habitación. El objetivo del lavado de manos del personal de salud es reducir la flora residente y la flora contaminante de manos y antebrazos. En la actualidad diversos estudios comparativos han demostrado que su duración debe estar comprendida entre los 3 – 5 minutos. El lavado de manos se debe realizar:

- Luego de manipular sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones, materiales e instrumentos contaminados, tanto se hayan usado o no guantes.
- Inmediatamente después de retirarse los guantes usados en contacto con pacientes.
- Entre diferentes tareas y procedimientos.
- Para el lavado de manos se deben usar: jabón común, húmedo, de preferencia líquida.
- Jabón con detergente antimicrobiano o agentes antisépticos en situaciones específicas (brotes epidémicos previos a procedimientos invasivos, unidades de alto riesgo).

La técnica de lavarse las manos tiene las siguientes secuencias:

- Subirse las mangas del mandilón hasta el codo.
- Retirarse alhajas y relojes.
- Mojarse las manos con agua corriente.

- Aplicar de 3 a 5 ml de jabón líquido.
- Friccionar las superficies de la palma de las manos y puños durante 15 segundos.
- Enjuagar con agua corriente para favorecer arrastre mecánico de los microorganismos.
- Secar con toalla descartable
- Cerrar el caño previo enjuague de las manecillas o de la llave de agua, con el papel toalla utilizada.

LAVADO DE MANOS SOCIAL

Es el lavado común que debe ser realizado por personal administrativo y asistencial.

Objetivo Remover la suciedad visible y eliminar la flora microbiana transitoria, a fin de disminuir la contaminación de las manos. Se realiza en áreas administrativas y asistenciales.

Indicaciones

1. Al empezar y terminar la jornada de trabajo.
2. Antes y después de ingerir o hacer ingerir alimentos, o cuando se realice cualquier manipulación de alimentos.
3. Después de limpiarse la nariz o estornudar.
4. Antes y después del uso de los servicios higiénicos.
5. Cuando las manos están visiblemente sucias.

LAVADO DE MANOS CLINICO

a. Lavado clínico general

Se realiza en las áreas asistenciales. Lo cumplen los profesionales médicos y no médicos, técnicos y auxiliares asistenciales que

desarrollan atención directa a los pacientes tanto de las áreas críticas como no críticas. Se realizarán las veces que sea necesario de acuerdo a los requerimientos en la atención del paciente.

Objetivo: Remover o eliminar la flora microbiana transitoria adquirida por contacto reciente con los pacientes o material contaminado, a fin de prevenir la diseminación de éstos a través de las manos.

Indicaciones

1. Antes y después de atender a cada paciente
2. Antes y después de usar guantes estériles
3. Antes y después de realizar la inserción de catéteres periféricos, respiradores, sondas y otros de contacto con mucosas.
4. Antes y después de manejar material estéril y/o material contaminado (desechos biológicos).
5. Antes y después de la curación de heridas.
6. Antes y después de reparación de soluciones parenterales
7. Antes y después de administrar medicación parenteral.
8. Antes y después de aspirar secreciones de vías respiratorias.
9. Antes y después de administrar y/o manipular sangre, sus derivados.
10. Después de entrar en contacto con fluidos corporales,
11. Cuando hay movimiento de un sitio corporal contaminado a un sitio corporal limpio durante el cuidado del paciente.
12. Antes de acceder a la incubadora del neonato
13. Antes de armar equipos tipo ventiladores mecánicos, CPAP, entre otros.
14. Después de hacer uso del sanitario, toser, estornudar o limpiarse la nariz, durante el cuidado de los pacientes

b. Lavado clínico para procedimientos invasivos

Objetivo: El mismo que el lavado clínico general

Indicaciones: Para realizar cualquier procedimiento invasivo (excepto aplicación de medicamento parenteral), en todos los servicios del hospital.

LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO.

Realizado por el personal que realiza actividades en áreas de alto riesgo de transmisión de infecciones cruzadas al manipular al paciente.

Objetivo: Remover y eliminar la flora microbiana transitoria y residente, mediante el lavado mecánico con uso de antisépticos, a fin de prevenir la aparición de infecciones intrahospitalarias.

Indicaciones

1. En áreas críticas, antes de procedimientos invasivos en pacientes de alto riesgo como aquellos de las UCIs, quemados, neonatos, hemodializados, entre otros.
2. En centro quirúrgico, antes de colocarse los medios de barrera estériles (batas y guantes) para tomar parte en cualquier procedimiento quirúrgico.

B. Guantes:

Se usan sólo si se manipula algún fluido corporal, materiales contaminados y membrana mucosa. Deberá retirárselos después de cada atención a pacientes. Deberán lavarse las manos después de

retirarse los guantes. El error de no cambiarse los guantes entre contactos con pacientes es un riesgo para el control de la infección.

C. Delantal, mascarilla o lentes:

Se usaran cuando se sospeche que durante el procedimiento pueden haber salpicaduras de sangre o cualquier otro fluido.

D. Equipos y dispositivos:

Los materiales recuperables que serán reprocesados deben ser lavados por arrastre mecánico, desinfectados o esterilizados de acuerdo a la función para la que fueron diseñados, evitando sin embargo la manipulación. Eliminar todo artículo descartable.

E. Ropa:

El colchón se deberá proteger con una funda plastificada para así también facilitar su limpieza.

F. Habitación individual:

Se usará sólo si se espera que no se puedan cumplir los requerimientos de aislamiento por las condiciones del paciente, del tipo de infección o de las facilidades institucionales.

G. Transporte del paciente:

Hay que limitar al máximo los movimientos de los pacientes-fuente. Para su traslado, se deberán aplicar las medidas apropiadas para reducir la transmisión e informar de la patología y la posibilidad de transmisión de la infección al personal del área a la cual va a ser

conducido. El paciente deberá también conocer las medidas que van a tomarse.

PRECAUCIONES BASADAS EN EL MECANISMO DE TRANSMISIÓN

Fueron diseñadas para pacientes con sospecha o documentación de estar infectados con agentes patógenos epidemiológicamente importantes o de alta transmisibilidad a través del aire para los cuales se necesitan precauciones añadidas a las estándar con el fin de interrumpir la transmisión dentro de los hospitales. Estas precauciones deben agregarse o combinarse cuando las enfermedades tengan múltiples rutas de difusión. Existen tres tipos de mecanismos de transmisión:

- Por air
- Por gotitas
- Por contacto.

PRECAUCIONES PARA LA TRANSMISIÓN POR AIRE:

A. Finalidad: Estas precauciones están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión aérea de agentes infecciosas. La transmisión aérea se produce por la diseminación de gotículas - residuos pequeños de partículas, de 5 micras o menos de tamaño - de gotas evaporadas que pueden permanecer suspendidas en el aire durante largos períodos de tiempo o de partículas de polvo que contienen microorganismos patógenos. Los agentes transportados de esta forma, se pueden extender ampliamente por las corrientes de aire y pueden ser inhalados o depositados en un huésped susceptible en la misma habitación o incluso a distancias mayores del paciente fuente, dependiendo de factores ambientales.

- B. Indicaciones: Estas medidas se aplican en aquellos pacientes en los que se tiene certeza o sospecha de infección con patógenos transmisibles por vía aérea.
- C. Ejemplos de agentes infecciosos: Virus varicela zoster, Virus de la Rubéola, Micobacterium Tuberculosis (TBC laringe y pulmonar).
- D. Ubicación del paciente: Situar al paciente en una habitación individual que tenga: Presión de aire negativa, Seis a doce recambios de aire por hora, Eliminación adecuada del aire hacia afuera. Mantener la puerta cerrada de la habitación. Mantener al paciente dentro de la habitación. Si no se tuviera acceso a habitación individual, ubicar al paciente en una habitación con un paciente que tenga una infección activa con el mismo microorganismo, a menos que no esté recomendado. No ubicarlo con pacientes con otra patología. Si no existe habitación disponible y el aislamiento por cohorte no es deseable, consultar con profesionales en Control de Infecciones antes de ubicar al paciente.
- E. Protección respiratoria: La información de cuando y como utilizar la protección respiratoria tanto al paciente como al personal de salud es muy importante. En el caso de sarampión o varicela, por ejemplo, las personas susceptibles no deben entrar en la habitación; si a pesar de todo, deben entrar, usarán protección respiratoria. Las personas inmunizadas no necesitan llevar protección respiratoria.
- F. Transporte del paciente: Colocar mascarilla quirúrgica al paciente y utilizar ruta de bajo tránsito.
- G. Visitas: Deben ser restringidas. Advertir en la puerta de la habitación la condición de aislamiento. La enfermera explicará a los familiares las condiciones del aislamiento y les proporcionará respiradores antes de entrar a la habitación.

PRECAUCIONES PARA LA TRANSMISIÓN POR GOTITAS:

La transmisión por gotas supone el contacto de la conjuntiva o las mucosas de nariz y boca de una persona susceptible con partículas de gotas de gran tamaño (mayores de 5 micras) que contienen microorganismos y han sido producidas por una persona con enfermedad clínica o portadora. Las gotas se producen a partir de la persona fuente cuando tose, estornuda, habla y en el desarrollo de ciertos procedimientos como el aspirado, inducción de esputo y broncoscopia. Este tipo de transmisión requiere un contacto estrecho entre la fuente y el receptor, debido a que estas gotas no permanecen suspendidas en el aire y normalmente sólo viajan distancias cortas (un metro o menos) a través del aire. Debido a ello, no se requieren medidas especiales de ventilación o del manejo del aire. Las Precauciones de transmisión por gotitas deberán aplicarse en pacientes que se sabe o se sospecha están infectados con patógenos que se transmiten por esta vía.

- A. Finalidad: reducir el riesgo de transmisión por gotas de agentes infecciosos.
- B. Indicaciones: Cuando las partículas que contienen los microorganismos infecciosos son mayores de 5 micras (um) de tamaño; dichas partículas deben provenir de personas clínicamente enfermas o de portadoras (tos, estornudo, procedimientos como broncoscopia o succión). Contacto con membranas mucosas (conjuntival, nasal u oral) de huéspedes susceptibles. Contacto cercano entre fuente y receptor debido a que las gotitas no permanecen suspendidas en el aire, viajando generalmente distancias cortas (usualmente 1 metro o menos). No se requiere medidas especiales de control del aire y ventilación.
- C. Ubicación del paciente: Será necesario proveer al paciente una habitación individual, si no se dispone de ella debemos situarlo en una habitación con un paciente que tenga una infección activa con el

mismo microorganismo pero no con otra infección (cohorte). Cuando no se dispone de una habitación individual y no es posible el aislamiento por cohorte, debe mantenerse una separación de al menos un metro entre el paciente y otros pacientes o visitantes. No es necesario un manejo especial del aire y la ventilación; asimismo las puertas y ventanas de la habitación pueden permanecer abiertas.

- D. Protección respiratoria: además de las precauciones estándar, debe usarse una mascarilla cuando se esté trabajando a menos de un metro del paciente. Desde el punto de vista práctico se puede recomendar el uso de mascarilla al ingresar a la habitación.

PRECAUCIONES PARA LA TRANSMISIÓN POR CONTACTO:

La transmisión por contacto directo involucra el contacto piel a piel y la transferencia física de agentes patógenos de un paciente infectado o colonizado a un huésped susceptible o a otro paciente (manipulación del paciente). La transmisión por contacto indirecto involucra la transferencia de agentes patógenos a un huésped susceptible a través de objetos contaminados del entorno del mismo.

- A. Finalidad: reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de importancia epidemiológica por contacto directo o indirecto con secreciones y exudados.
- B. Ubicación del paciente: No se requiere habitación individual, excepto las infecciones por *E. aureus* meticilino resistente y *Streptococcus* del grupo A.
- C. Uso de guantes y lavado de manos: El lavado de manos es obligatorio. Se recomienda al personal la aplicación de precauciones estándar, puntualizando el uso de guantes limpios y no estériles cuando estén dentro de la habitación. Deberá cambiarse de guantes si ha existido contacto con material infectado durante la atención del paciente.
- D. Uso de batas: Se deberá asumir las mismas consideraciones expuestas en las precauciones estándar. Considerar el uso de

mandilón o bata si se va a tener contacto, con alguna superficie expuesta del paciente (ileostomía, colostomía o drenaje de heridas). Retirar la bata antes de abandonar la habitación.

- E. Transporte: Colocar mascarilla quirúrgica al paciente y utilizar ruta de bajo tránsito.
- F. Equipos y materiales: En lo posible los materiales o equipos a utilizarse deben ser de un solo uso (descartables). El resto de los materiales y equipos deberán seguir las reglas y recomendaciones de limpieza, desinfección y esterilización según sea el caso.
- G. Visitas: Serán restringidas. Se señalará dicha indicación en la historia clínica y en la puerta de acceso a la habitación.

MANEJO Y ELIMINACIÓN DE RESIDUOS

El manejo apropiado de los desechos minimiza la propagación de infecciones al personal de salud y a la comunidad, además protege de lesiones accidentales a quienes lo manipulan para lograr una limpieza y desinfección adecuada se deberá clasificar los materiales según el área de exposición:

Material crítico: son los materiales e instrumentos expuestos a áreas estériles del cuerpo, los que debe esterilizarse para su uso, Ej.

Instrumental quirúrgico.

Material semicrítico: son los materiales e instrumentos que entran en contacto con membranas mucosas, los que requieren esterilizarse o desinfectarse con desinfectantes de alto nivel. Ej. Equipo de terapia ventilatoria, endoscopias, cánulas endotraqueales, etc.

Material no crítico: son los materiales o instrumentos que entran en contacto con la piel integra, los que deben limpiarse con agua y jabón, desinfectarse con un desinfectante de nivel intermedio o de bajo nivel. Ej. vajillas, chatas, ropas, etc.

Dentro del procesamiento de los equipos se considera los siguientes aspectos:

Los artículos críticos, semi-críticos y no críticos deben ser limpiados mediante acción mecánica, utilizando agua y detergente neutro o enzimático, logrando limpieza y desinfección simultánea. El personal usara equipo de protección individual (guantes, mascarilla, mandilón).

Todos los materiales luego de ser usados deberán:

- Ser colocados, según el tipo de material, inmersión en un detergente enzimático o neutro durante un mínimo de 5 minutos.
- Posteriormente ser cepillados y enjuagados en agua potable corriente, con la finalidad de retirar todo resto de materia orgánica presente.
- Luego secados y según categorización del material deberán ser esterilizados o desinfectados.
- En toda institución de salud se cuenta con el manual de residuos hospitalarios donde se desarrolla aspectos referente a la segregación de los residuos que es la clave de todo proceso debido a que en esta etapa se separa los desechos y una separación incorrecta puede ocasionar problemas posteriores; tales como accidentes. Durante esta etapa interviene un gran número de personas, primariamente el usuario quien esta involucrado en la atención del paciente, muchas veces en condiciones de urgencia y bajo presión. El usuario primario es el responsable de la clasificación o selección o segregación de los residuos en el punto de su uso. Dichos materiales deberán ser clasificados y separados en recipientes para cada tipo de residuos para ello se utilizan tanto bolsas plásticas, una de color rojo y negro. Las bolsas pueden suspenderse dentro de una estructura con tapa o bien colocarse en un recipiente rígido doblando la orilla sobre el borde del recipiente y luego colocando la tapa.

Manejo de residuos sólidos

Para la correcta separación de desechos es importante realizarlo utilizando los siguientes materiales:

- Cajas plastificadas: agujas, bisturís, catéteres periféricos.
- Bolsa roja, gasas, algodones, jeringas, equipo de venoclísis, bolsas de sueros, frascos de medicamentos, ampollas de medicamentos y electrolitos, sonda Foley, catéteres venosos centrales, sondas nasogástricas, material de aspiración de secreciones desechables, bolsas de colostomía.
- Bolsa negra: papeles y material de escritorio, cajas de medicamentos y quimioterapéuticos.

Una separación inadecuada puede no solo exponer a riesgos al personal y al público, sino también eleva considerablemente los costos del manejo de residuos, ya que se estaría dando un tratamiento especial a grandes cantidades, cuando solo una pequeña cantidad debería recibirlo.

Teoría del Entorno de Florence Nightingale

Este trabajo se enmarca en la Teoría del Entorno de Florence Nightingale, que en resumen refiere que es necesario unas buenas condiciones higiénicas para evitar la enfermedad. Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para los cuidados de enfermería. La ventilación, luz, ruido, el calor, la dieta, la limpieza, entre otras cosas, consideró necesario para un adecuado cuidado de enfermería, y para mejorar la salud de las personas.

2.2.2. CONOCIMIENTO

No existe una definición única de "Conocimiento", ni de sus rasgos generales, ni de su clasificación. Sin embargo existen muchas perspectivas desde las que se puede considerar como estos aspectos:

(46, 47).

Aproximando una definición de "conocimiento", podemos señalar que este es:

- Hechos, o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un tema u objeto de la realidad.
- Lo que se adquiere como información relativa a un campo determinado o a la totalidad del universo.
- Conciencia o familiaridad adquirida por la experiencia de un hecho o situación.
- Incluye el "saber qué" (know what), el "saber cómo" (know how) y el "saber dónde" (know where).

El conocimiento es función, acción, producto y resultado del desarrollo de la vida de un individuo; y expresa la herencia genética y memoria filogenética, la adaptación, ambiental, social y cultural del grupo, y la propia interacción en su ambiente y su creatividad.

Rasgos generales del Conocimiento

- Todo conocimiento humano tiene una dimensión profundamente cultural, tanto en su origen y formación como en su aplicación.
- Algunos conocimientos tienen la posibilidad de ser expresados mediante el lenguaje adquiriendo de esta forma una dimensión objetiva, intercomunicativa y codificada lo que permite su transmisión, conservación así como su interpretación entre diversos individuos, diversas culturas y diversas lenguas.
- Los conocimientos no siempre son objetivables y comunicables ni conscientes, pero en todo caso orientan y dirigen la acción como comportamiento. Esto es especialmente aplicable a los que son fruto de la mera experiencia.

Clases de Conocimiento

El conocimiento se clasifica en:

- **Conocimiento cotidiano o vulgar:** Satisface las Necesidades prácticas de la vida cotidiana de forma individual o de pequeños grupos. Se caracteriza por ser metódico, es un conocimiento que se adquiere en la vida diaria; en el simple contacto con las cosas y con los demás hombres. No explica el cómo, ni el porqué de los fenómenos.
- **Conocimiento Científico:** Es fruto del esfuerzo consciente, es metódico, crítico, problemático, racional, objetivo y distinto. Cuando el conocimiento ordinario deja de resolver problemas empieza el conocimiento científico, actividad social de carácter crítico y teórico que indaga y explica la realidad desde una forma objetiva, mediante la esencia de los objetos y fenómenos, conservando principios hipótesis y leyes científicas que 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 un conocimiento altamente reflexivo, trata sobre los problemas y las leyes más generales, no perceptibles por los sentidos, trata de explicar la realidad en su dimensión universal.
- **Conocimiento Teológico:** Conocimiento revelado relativo a Dios, aceptado por la fe teológica.

FORMAS DE ADQUIRIR EL CONOCIMIENTO

Se señala que se adquiere el conocimiento básicamente a través de dos formas:

- **Lo Informal.-** Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso

SaludEnfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.

- **Lo formal.-** Es aquello que se imparte en las escuelas y instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

Las actividades irán cambiando a medida que aumenten los conocimientos, estos cambios se puede observarse en la conducta del individuo y en sus actitudes frente a situaciones de la vida diaria, está unido a la importancia que se dé a lo aprendido.

De modo que el profesional de enfermería se ha desarrollado como ciencia y como profesión, para todo cambio y aún más toda consolidación debe ir respaldada por una teoría.

El conocimiento en enfermería, brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, lo que permite generar nuevos conocimientos, por lo que el conocimiento debe ser de interés en la formación de las enfermeras, aunado al desarrollo de las habilidades y destrezas, con lo que se forma la capacidad de los profesionales en ésta área. Estos conocimientos fundamentan su saber y les permiten enfrentar los diversos problemas clínicos, además de facilitar la implementación de los procesos de enfermería.

Con los conocimientos también se mide el impacto de las acciones en la atención, tomando nuevas direcciones y decisiones a cuales se evalúa de acuerdo con las necesidades del enfermo y la evolución para asegurar una óptima atención de calidad.

LA ENFERMERA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

El enfermero/a como profesional de las ciencias de la salud basa el ejercicio de su profesión en el cuidado de la persona, la familia, y la comunidad, en los procesos de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, contribuyendo a mejorar y elevar la calidad de vida de la población, así como el desarrollo socioeconómico del país.

El profesional de enfermería que labora en el área de emergencia es una enfermera especialista que posee estudios, desarrolla una atención sistémica integral, especializado sobre la base de estándares de enfermería validados por un proceso de análisis, diseño, desarrollo e implementación fundamentado en el conocimiento científico y proceso de atención de enfermería.

El enfermero en emergencia es un profesional con una profesión ética y humanística, así como una formación específica de alto nivel en el área de emergencia que le permite brindar atención oportuna a los pacientes en situación de emergencia en las diferentes etapas del proceso de atención en situación crítica, son los recursos humanos formados de tal manera que integren elementos metodológicos, disciplinarios, teológicos, éticos y humanísticos que les permite aportar soluciones individuales o en grupo de trabajos a los problemas que presentan los pacientes en situación de emergencia prestando cuidados integrales en forma oportuna, continua y de alta calidad al paciente durante el periodo de emergencia.

El perfil del enfermero en emergencias y desastres es poseedor de un perfil exigido y basado en conocimiento, habilidad y actitud que va desarrollándola cualitativamente en el transcurso de su trayectoria en cualquiera de las áreas a desempeñar (asistencial, administrativa, docente y de investigación), ya que todas juegan un rol dentro de las emergencias, proporcionará cuidados enfermeros a personas con problemas de salud en situación crítica, de alto riesgo, en el ámbito individual o colectivo, dentro del ámbito sanitario institucional o domiciliario, agilizando la toma de decisiones mediante una metodología fundamentada

en los avances producidos en el campo de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica lograda a través de una actividad investigadora directamente relacionada con la práctica asistencial. Poseer un criterio recto y dominio propio, armonía, comprensión, respeto y dominio emocional. Además debe tener capacidad de trabajar en grupo, debe ser asequible, aceptar ordenes y críticas; por ende gestionar el conocimiento y tecnologías en emergencia de tal manera que no se descuide la calidad de los procesos durante la situación de emergencia; tiene la responsabilidad de reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas como tejidos, secreciones y fluidos corporales. Esto implica garantizar:

- La condición segura mediante la utilización de barreras apropiadas durante la atención de procedimientos invasivos.
- Una actitud segura a través de una adecuada información y educación tendiente a provocar cambios de conducta de los recursos humanos del servicio de emergencia a fin de adoptar las Precauciones Universales.

Cualquiera sea el sistema de precauciones o de aislamiento o de medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias ,que se utilicen en cumplimiento es crítico, porque todavía existe personal que no está comprometido con la aplicación de las medidas de bioseguridad, por eso el personal de salud, especialmente la enfermera de emergencia quien atiende a pacientes sometidos a procesos invasivos donde está en constante contacto directo con fluidos, con material punzo cortante, es quien tiene la responsabilidad de controlar y prevenir las infecciones intrahospitalarias, no solo porque ésta se puede transmitir de un paciente a otro, sino también para la protección del propio personal de salud.

Todas las medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias, como el lavado de manos, el uso de protectores universales, deben ser usadas estrictamente por la enfermera y persistir en su práctica diaria a fin de contribuir a la disminución de la incidencia y/o prevención de infecciones.

En los servicios de Emergencia el profesional de enfermería está en contacto con sangre, secreciones en general, agujas, jeringas e instrumental contaminado. Por lo cual es importante la aplicación correcta de medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias por los profesionales de enfermería a fin de realizar acciones en la prevención de la salud ocupacional, evitando el exceso de confianza en el trabajo diario en el cual sólo se cuida de los pacientes diagnosticados con enfermedades contagiosas a veces no se tiene en cuenta que las enfermedades peligrosas, como el SIDA o la hepatitis B pueden ser transmitidas por personas aparentemente sanas, se tiene que admitir que muchas de estas prácticas y conductas se deben a la falta de información y también se deben en parte a la falta de una actitud crítica con respecto a los procedimientos que se realizan. Es por ello que los profesionales de la salud deben demandar el suministro necesario a los responsables de las instituciones, pudiéndose negar desarrollar sus tareas si carecen de ellos.

2.3 VARIABLES

Variable Independiente: Conocimiento del profesional de enfermería sobre medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias. Se tienen las siguientes sub variables.

- El nivel de conocimiento sobre las precauciones estándar para la prevención de la infecciones intrahospitalarias.
- El nivel de conocimiento sobre manejo de residuos sólidos.

Variable Dependiente: Cumplimiento de las medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias. Se tiene las siguientes sub variables. ▪ Cumplen con la práctica de la higiene de manos.

- Cumplen con las medidas de protección como práctica de prevención de las infecciones intrahospitalarias.
- Cumplen con las prácticas adecuadas del manejo de residuos sólidos.

2.4 HIPOTESIS

La hipótesis general del estudio es:

H₁: “El cumplimiento de las prácticas de las medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias está relacionado al nivel de conocimiento del profesional de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital de Vitarte”

Las hipótesis específicas son:

- El nivel de conocimiento sobre las precauciones estándar para la prevención de la infecciones intrahospitalarias es alto o medio.
- Cumplen con las medidas de protección como práctica de prevención de las infecciones intrahospitalarias.
- Cumplen con las prácticas adecuadas del manejo de residuos sólidos.

2.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable Independiente: Conocimiento del profesional de enfermería sobre medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
Conocimiento sobre las precauciones estándar	Conjunto de información, interpretaciones y conexiones relacionadas a las precauciones estándar	Higiene de Manos	Es la medida de higiene más eficaz para limitar la transmisión de enfermedades en el hospital: el trabajador de salud debe lavarse las manos después de haber tocado sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones o materiales contaminados así haya estado o no usando guantes. Esta acción también deberá ser recomendada a los familiares antes del ingreso y a la salida de la habitación, que su duración debe estar comprendida entre los 3 – 5 minutos. Para el lavado de manos se deben usar: jabón común, húmedo, de preferencia líquida.	<p>TIPOS DE LAVADO DE MANOS</p> <p>Lavado de manos social: Es el lavado común que debe ser realizado por personal administrativo y asistencial, con el objetivo de remover la suciedad visible y eliminar la flora microbiana transitoria, a fin de disminuir la contaminación de las manos. Se realiza en áreas administrativas y asistenciales. Procedimiento: de acuerdo a Norma Técnica (NT). Tiempo: 30 segundos.</p> <p>Lavado de manos clínico: A) Lavado clínico general: Se realiza en las áreas</p>

		Barreras de protección	<p>Guantes:</p> <p>Se usan sólo si se manipula algún fluido corporal, materiales contaminados y membrana mucosa. Deberá retirárselos después de cada atención a pacientes. Deberán lavarse las manos después de retirarse los guantes.</p> <p>Delantal, mascarilla y lentes: Se usaran cuando se sospeche que durante el procedimiento pueden haber salpicaduras de sangre o cualquier otro fluido.</p>	<p>asistenciales. Lo cumplen los profesionales médicos y no médicos, técnicos y auxiliares asistenciales que desarrollan atención directa a los pacientes tanto de las áreas críticas como no críticas. Se realizaran las veces que sea necesario de acuerdo a los requerimientos en la atención del paciente, con el objetivo de remover o eliminar la flora microbiana transitoria adquirida por contacto reciente con los pacientes o material contaminado, a fin de prevenir la diseminación de éstos a través de las manos.</p> <p>Procedimiento: de acuerdo a NT.</p> <p>Tiempo: 01 minuto el primer lavado; los siguientes durante el día, 30 segundos.</p> <p>B Lavado clínico para procedimientos invasivos, el que se realiza para realizar cualquier procedimiento invasivo (excepto aplicación de medicamento parenteral), en todos</p>
--	--	------------------------	---	---

				<p>los servicios del hospital. Procedimiento: de acuerdo a NT. Tiempo: 45 a 60 segs.</p> <p>Lavado de manos quirúrgico. Realizado por el personal que realiza actividades en áreas de alto riesgo de transmisión de infecciones cruzadas al manipular al paciente, con el objetivo de remover y eliminar la flora microbiana transitoria y residente, mediante el lavado mecánico con uso de antisépticos, a fin de prevenir la aparición de infecciones intrahospitalarias. Procedimiento: de acuerdo a NT. Tiempo total: 3 a 5 minutos.</p> <p>Indicaciones del uso de mascarillas: cuando existe el riesgo de salpicaduras de biológicos o transmisión aérea o por gotitas.</p> <p>Indicaciones del uso de bata: Cuando existe el riesgo de salpicadura de</p>
--	--	--	--	---

				<p>sangre u otros biológicos.</p> <p>Indicaciones del uso de guantes: cuando se manipula algún fluido corporal, materiales contaminados y membrana mucosa; deberá retirárselos después de cada atención a pacientes</p>
--	--	--	--	--


Variable Dependiente: Cumplimiento de la práctica de medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
Práctica de la higiene de manos	Procedimiento mecánico mediante el cual se arrastra la suciedad y microorganismos existentes en las manos	Lavado	<p>La técnica de lavarse las manos tiene las siguientes secuencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Subirse las mangas del mandilón hasta el codo. ▪ Retirarse alhajas y relojes. ▪ Mojarse las manos con agua corriente. ▪ Aplicar de 3 a 5 ml de jabón líquido. ▪ Friccionar las superficies de la palma de las manos y puños durante 15 segundos. ▪ Enjuagar con agua corriente para favorecer arrastre mecánico de los microorganismos. ▪ Secar con toalla descartable ▪ Cerrar el caño previo enjuague de las manecillas o de la llave de agua, usando la toalla utilizada. 	Lavado de manos aplicando correctamente la técnica
Cumple medidas	Protección directa e	Barreras Físicas	Uso de guantes y lavado de manos:	Usa mandilón

de protección	indirecta de la transmisión de infecciones.		<p>El lavado de manos es obligatorio. Se recomienda al personal la aplicación de precauciones estándar,</p> <p>puntualizando el uso de guantes limpios y no estériles cuando estén dentro de la habitación. Deberá cambiarse de guantes si ha existido contacto con material infectado durante la atención del paciente.</p> <p>Uso de batas: Se deberá asumir las mismas consideraciones expuestas en las precauciones estándar.</p> <p>Considerar el uso de mandilón o bata si se va a tener contacto, con alguna superficie expuesta del paciente (ileostomía, colostomía o drenaje de heridas). Retirar la bata antes de abandonar la habitación.</p> <p>Uso de lentes: Se usaran cuando se sospeche que durante el procedimiento</p>	correctamente Usa botas en las áreas indicadas Utiliza mascarilla Usa adecuadamente el gorro
---------------	---	--	---	---

			<p>pueden haber salpicaduras de sangre o cualquier otro fluido hacia los ojos.</p> <p>Uso de mascarilla: Se usaran cuando se sospeche que durante el procedimiento pueden haber salpicaduras de sangre o cualquier otro fluido hacia la cara.</p>	
Prácticas adecuadas del manejo de residuos sólidos	Se establece la manera de eliminar los elementos de riesgo patológico protegiendo a los individuos y al medioambiente	Manejo de Punzocortantes	<p>El manejo apropiado de los desechos minimiza la propagación de infecciones al personal de salud y a la comunidad, además protege de lesiones accidentales a quienes lo manipulan para lograr una limpieza y desinfección adecuada se deberá clasificar los materiales según el área de exposición:</p> <p>Material crítico: son los materiales e instrumentos expuestos a áreas estériles del cuerpo, los que debe esterilizarse para su uso, Ej. Instrumental quirúrgico.</p>	Manejo de punzocortantes

		<p>Manejo de Residuos Sólidos</p>	<p>Material semicrítico: son los materiales e instrumentos que entran en contacto con membranas mucosas, los que requieren esterilizarse o desinfectarse con desinfectantes de alto nivel. Ej. Equipo de terapia ventilatoria, endoscopias, cánulas endotraqueales, etc.</p> <p>Material no crítico: son los materiales o instrumentos que entran en contacto con la piel integra, los que deben limpiarse con agua y jabón, desinfectarse con un desinfectante de nivel intermedio o de bajo nivel. Ej. vajillas, chatas, ropas, etc.</p> <p>Para la correcta separación de desechos es importante realizarlo utilizando los siguientes materiales: Cajas plastificadas: agujas, bisturís, catéteres periféricos. Bolsa roja, gasas, algodones,</p>	<p>Manejo de residuos sólidos</p>
--	--	-----------------------------------	--	-----------------------------------

			<p>jeringas, equipo de venoclisis, bolsas de sueros, frascos de medicamentos, ampollas de medicamentos y electrolitos, sonda Foley, catéteres venosos centrales, sondas nasogástricas, material de aspiración de secreciones desechables, bolsas de colostomía.</p> <p>Bolsa negra: papeles y material de escritorio, cajas de medicamentos y quimioterapéuticos. Una separación inadecuada puede no solo exponer a riesgos al personal y al público, sino también eleva considerablemente los costos del manejo de residuos, ya que se estaría dando un tratamiento especial a grandes cantidades, cuando solo una pequeña cantidad debería recibirlo.</p>	
---	--	--	---	--

2.6 DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

Con el fin de lograr una mejor comprensión de los términos utilizados en el estudio se definen los siguientes términos:

- **Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias:** Está dado por toda aquella información que refiere el profesional de enfermería sobre medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias orientadas a reducir el riesgo de la transmisión de enfermedades infectocontagiosas. El cual se obtuvo mediante un cuestionario y valorado en alto, medio y bajo.
- **Conocimiento sobre principios universales de la prevención de infecciones intrahospitalarias:** Conocimientos sobre principios universales de la prevención de infecciones intra hospitalarias.
- **Conocimiento sobre las precauciones estándar:** Conocimientos de las precauciones estándar (higiene de manos, barreras de protección)
- **Conocimiento sobre manejo de residuos sólidos:**
Conocimientos del manejo de residuos sólidos (Segregación de residuos).
- **Cumplimiento de la práctica de medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias:** Son todas aquellas actividades que realiza la enfermera orientadas a disminuir riesgos de adquirir enfermedades por contacto con secreciones, fluidos corporales y materiales punzo-cortantes. El cual se obtuvo a través de una guía de observación y valorado en aplica y no aplica.
- **Práctica de la higiene de manos:** Lavado de manos con antisépticos.
- **Cumple medidas de protección:** Uso de medios de protección durante la atención de salud.
- **Prácticas adecuadas del manejo de residuos sólidos:** Elimina los residuos sólidos según su riesgo patológico.

- **Profesional de Enfermería:** Son todos los profesionales que poseen el título profesional de una universidad y que laboran en el Hospital de Vitarte ya sea contratadas o nombradas y que brindan atención en el Servicio de Emergencia.
- **Infección Intrahospitalaria:** Infección Intrahospitalaria o Nosocomial (IIH): Toda infección que aparece en individuo hospitalizado siempre que ésta no estuviera presente ni en el período de incubación en el momento del ingreso. Cuando este período fue desconocido se consideró como IIH la que apareció 48 a 72 horas después del ingreso.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo ya que permite asignar un valor numérico a los hallazgos, método descriptivo correlacional de corte transversal, ya que permite presentar la información tal y como se obtiene en un tiempo y espacio determinado.

3.2 AREA DE ESTUDIO

El estudio se realizara en el Hospital de Vitarte, Nivel II-1, del Ministerio de Salud ubicado en la Av. Nicolás Ayllon N° 5880, Distrito de Ate, Ciudad de Lima – Perú.

Actualmente el Servicio de Emergencia se encuentra en el 1er piso, cuenta con 5 tópicos, cumpliéndose la atención de emergencia de lunes a domingos, con un promedio de atenciones durante los turnos mañana, tarde y noche

3.3 POBLACION

La población de estudio estará conformada por 24, enfermeras profesionales que laboran en el Servicio de Emergencia, teniendo en cuenta lo siguiente:

Dentro de los criterios de inclusión tenemos:

- Enfermeras profesionales nombradas y contratadas que laboran en el Servicio de Emergencia por un período mayor de un año.
- Enfermeras que acepten participar en el estudio

Dentro de los criterios de exclusión tenemos:

- Enfermeras que se encuentren de permiso, cargos administrativos, licencia o vacaciones.

3.4 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Las técnicas que se utilizarán serán la encuesta y la observación; los instrumentos serán un cuestionario y una guía de observación, los que fueron sometidos a validez de contenido y constructo a través de juicio de expertos, conformado por profesionales especialistas en el tema. El criterio de validez del instrumento tiene que ver con la validez del contenido, criterio y la validez de construcción. La validez de contenido y criterio establece la relación del instrumento con las variables que se pretende medir, la validez de constructo relaciona los ítems del instrumento a aplicar. Determinar la validez del instrumento implica someterlo a la evaluación de un panel de expertos (07) antes de la aplicación para que hicieran los aportes necesarios a la investigación, y se verificara si la construcción, criterio y contenido del instrumento, se ajusta al planteado.

INFORME DE JUECES

La validez de los instrumentos por los 7 jueces, señaló diversas sugerencias en la construcción y contenido y criterio de los mismos, los cuales fueron corregidos y adoptados de acuerdo a la corrección de los jueces.

3.5 TECNICA E INSTRUMENTO

Las técnicas que se utilizarán serán la encuesta y la observación y los instrumentos fueron un cuestionario y una guía de observación, los que serán sometidos a validez de contenido y constructo a través de juicio de expertos (07), conformado por profesionales especialistas en el tema. Luego, se realizara la prueba binomial mediante la tabla de concordancia .Posterior a ello se realizara la prueba piloto a fin de determinar la validez estadística.

3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la ejecución del estudio se realizara el trámite administrativo a través de un oficio dirigido al Director del Hospital, Luego se realizaran las coordinaciones con la jefatura del Servicio de Enfermería y Emergencia a fin de establecer el cronograma de recolección de datos considerando de 20 a 30 minutos para su aplicación, el cual se realizara en el mes de Febrero del 2011.

3.7 TABULACION Y ANÁLISIS DE DATOS

Las técnicas que se utilizarán serán la encuesta y la observación, y los instrumentos serán el cuestionario y una guía de observación, los cuales han sido sometidos a validez de contenido y constructo a través de juicio de expertos en número de siete, conformado por profesionales especialistas en el tema. Luego, se realizó la prueba binomial mediante la tabla de concordancia. Posterior a ello se realizara la prueba piloto a fin de determinar la validez estadística mediante el coeficiente de correlación de Pearson, valiéndose cuando

“r” > 0.2. Para la confiabilidad estadística se aplicará el Kuder – Richarson, obteniendo 0,54 para el cuestionario y 0,64 para la guía de observación.

CAPITULO IV

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS

4.1 ASPECTOS ETICOS

Se realizará un consentimiento informado de las personas encuestadas, considerando los principios de Autonomía, Beneficencia, Justicia y No Maleficencia.

Autonomía, los sujetos de investigación son seres autónomos. Los participantes ejercen su autonomía, si deciden entrar al estudio o se retiran, participar de la investigación voluntariamente.

Beneficencia y No maleficencia, Este principio ético es no hacer daño

Justicia consiste en la distribución equitativa de recursos insuficientes. La provisión de recursos tecnológicos, científicos, humanos y, en definitiva, económica, necesaria en la práctica médica moderna, que no puede ser solventada exclusivamente por el enfermo o los familiares. Por eso se requiere alguien que administre técnicamente estos recursos, respetando en la asignación de los mismos el principio de justicia.

La información obtenida será para el uso exclusivo del trabajo de investigación.

4.2 CONSIDERACIONES ADMINISTRATIVAS

4.2.1 Recursos de Actividades

N°	Descripción	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
1	<u>Recursos Humanos:</u>			
	Investigadores	4	1000	4000
	Estadísticos asesor	1	500	500
		1	1000	1000
3	<u>Servicios:</u>			
	• Fotocopias □	• 400	• 0.10	• 40.00
	Teléfonos. □	• 50	• 1.00	• 50.00
	Internet	• 15	• 1.00	• 15.00
	• Biblioteca.		• 00	• 00
4	<u>Viáticos y transporte:</u>			
	Movilidad:	100	1.00	100.00
	Almuerzos	20	6.00	120
	Total			5935.00

4.2.2 Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES	2010					2011						
	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J
Diseño del Proyecto	X											
Planificación del Proyecto	X											
Elaboración del Marco Teórico		X										
Revisión de los Antecedentes			X									
Justificación del Problema				X								
Revisión de la Literatura				X								
Diseño Metodológico					X							
Operacionalización de Variables					X							
Elaboración del Instrumento						X						
Prueba Piloto						X						
Procesamiento de Datos							X					
Elaboración de consideraciones éticas							X					
Cronograma Presupuestal							X					
Aprobación del Proyecto en la FAENF								X				
Aprobación del Proyecto en el Comité de Ética de la UPCH								X				
Procesamiento de Datos									X			
Evaluación de Datos											X	
Entrega Final												X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría de Salud México. Seguridad del Paciente. En línea. Acceso el 19/02/2009. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/sintesis/sintesis13.pdf>
2. Blog Patient Safety. Antecedentes: El conocimiento de los eventos adversos para el paciente en nuestro país. En línea. Acceso el 19/02/2009. Disponible en <http://www.safetypatient.com/antecedentes.html>
3. Nosocomial Infection Surveillance, 1984. MMWR CDC Surveill Summ 1986; 35 (No.1ss): 17ss.
4. Banerjee SN, Emori TG, Culver DH et al. Secular trends in nosocomial primary blood stream infections in the United States, 1980-1989. Am J Med 91 (Suppl 3B): 86S-89S. 1991;
5. Haley RW, Culver DH, White JW, et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US Hospitals. Am J Epidemiol 121:183-205. 1985.
6. Orodá.V. Riesgos laborales en el ámbito de la salud. En línea (acceso 25/03/2011). Disponible en <http://riesgoslaborales.blogspot.com/>
7. Carvallo B. Memorias del I Congreso de Profesionales de Enfermería Clínica y VIII simposio: actualizaciones en enfermería. En línea. Acceso el 15/02/2010. <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6303memorias.htm> Jackson,
8. Siegel D. I, MD; Rhinehart, Chiarello L, RN MS. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of infectious Agents in Healthcare Settings Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee 2007.

9. Sociedad de Infectología Uruguaya. Bioseguridad. En línea (acceso el 03/03/2011). Disponible en:
www.infecto.edu.uy/prevencion/bioseguridad.html.76kb
10. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2005. Geneva. En línea (acceso 07/03/2009), disponible en:http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
11. Richardson DL. Aseptic fever nursing. Am J Nurs 1915; 15: 1082 – 1093.
12. Morrison ST, Arnold CR, eds. Communicable diseases by Landon and Sider. 9th ed. Philadelphia: F.A. Davis 1969.
13. Ancco A. Factores que intervienen en la aplicación de medidas de bioseguridad según el profesional de Enfermería del servicio de Sala de Operaciones del Hospital Dos de Mayo. (Tesis licenciatura). Lima – Perú; 2007
14. Soto y Solano. “Conocimientos y cumplimiento de medidas de bioseguridad en personal de Enfermería. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga [Tesis Licenciatura] Chiclayo - Perú. 2002.
15. Coelho, Ms, Arruda S, Simoes F, Higiene De Manos Como Estrategia Fundamental En El Control De Infección Hospitalaria. Brasil 2008
16. Anaya V. Y COLABORADORES, Nivel de Conocimiento de los trabajadores de Salud sobre Infecciones Nosocomiales y su Prevención. Mexico 2008
17. García T, Kahn G, Yglesias S. Cuidados de Enfermería y las Infecciones Nosocomiales en los Servicios Uci – Cirugía y Cirugía Hospital Iquitos- Perú. 2007
18. García N; Solignac M, Vásquez A, Nivel de conocimiento y prácticas de bioseguridad en estudiantes de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Iquitos – Perú 2007
19. RUIZ A, Factores de riesgo que intervienen en los accidentes laborales en el personal de enfermería en el Hospital Fernando

Vélez Paiz. . Managua 2006

20. CUYUBAMBA N. Conocimientos y actitudes del personal de salud hacia la aplicación de Medidas de Bioseguridad en los servicios de mayor riesgo del Hospital Félix Mayorca Soto[Tesis Licenciatura] Tarma- Peru;2004
21. Tarmeño Y. Nivel de conocimiento que tienen las enfermeras sobre medidas de Bioseguridad en el cuidado del paciente Neutropenico en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas[Tesis Licenciatura] Lima – Perú 2003
22. OMS. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Enero 2009.
23. Center for Disease Control: Nosocomial Infections Surveillance, 1984. CDC. Surveillance Summaries 35: 17 pag. 1986.
24. Haley, R. W.: Culvez, D.H.; White, J. R. et al. : The efficacy of infection surveillance an control programs in preventing nosocomial infections U. S. Hospital. Am. J. Epidemiology 121; 182., 1985.
25. Saiman L, Siegel J. Infection control recommendations for patients with cystic fibrosis: microbiology, important pathogens, and infection control practices to prevent patient-to-patient transmission. Infect Control Hosp Epidemiol;24 (5 Suppl):S6-52. 2003
26. Bolyard EA, Tablan OC, Williams WW, Pearson ML, Shapiro CN, Deitchmann SD. Guideline for infection control in healthcare personnel, 1998. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Infect Control Hosp Epidemiol;19(6):407.1998
27. Munoz FM, Ong LT, Seavy D, Medina D, Correa A, Starke JR. Tuberculosis among adult visitors of children with suspected tuberculosis and employees at a children's hospital. Infect Control Hosp Epidemiol; 23(10):568. 2002
28. Osterholm MT, Hedberg CW, Moore KA. The epidemiology of infectious diseases. . In: G.L. M, Jr DRG, J.E. B, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed ed. Philadelphia: Churchill

- Livingstone; 161-3. 2000
29. Toltzis P, Hoyen C, et al. Factors that predict preexisting colonization with antibiotic-resistant gram-negative bacilli in patients admitted to a pediatric intensive care unit. *Pediatrics*;103 (4 Pt1):719-23. 1999
 30. Obasanjo OO, Wu P, Conlon M, et al. An outbreak of scabies in a teaching hospital: lessons learned. *Infect Control Hosp Epidemiol* 22(1):13-8. 2001;
 31. Duckro AN, Blom DW, Lyle EA, Weinstein RA, Hayden MK. Transfer of vancomycin-resistant enterococci via health care worker hands. *Arch Intern Med* 165(3):302-7. 2005;
 32. Papineni RS, Rosenthal FS. The size distribution of droplets in the exhaled breath of healthy human subjects. *J Aerosol Med*;10(2):105-16. 1997
 33. CDC. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). *MMWR*;52(RR10);1-42. 2003
 34. CDC. Guidelines for preventing the transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in health-care settings, 2005. *MMWR Recomm Rep*;54(17):1-141. 2005
 35. MINSA. Manual de desinfección y esterilización hospitalaria. 2002.
 36. Ministerio de Salud. Manual de Aislamiento Hospitalario. 2003. Lima, Perú.
 37. Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.
 38. MINSA, Hospital Nacional Sergio Bernales. Directiva Asistencial N° 001-2009-HNSEB: Higiene de las manos en el Hospital Nacional "Sergio E. Bernales"
 39. MINSA. Noma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias. NT N° 020/DGSO.V.01. 2004.

40. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección de Regulación. Unidad De Enfermería. Manual Para Enfermería. Lineamientos Técnicos En La Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales. San Salvador. 2006.
41. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007. Atlanta. June 2007.
42. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Consumo. Prevención y Control de la Infección Nosocomial. Madrid, 2008.
43. Leanne B. Gasink, Ebbing L. Prevention and Treatment of Health Care–Acquired Infections. *Med Clin N Am* 92 295–313. (2008)
44. World Health Organization. Guidelines on hand hygiene in health care. 2009.
45. Quesada, D. Saber, opinión y ciencia: Una introducción a la teoría del conocimiento clásica y contemporánea. Barcelona. Ariel. (1998).
46. Villoro J. Creer, saber, conocer, Siglo XXI Editores, México DF. (1982).

ANEXOS

ANEXO 01

CONOCIMIENTOS SOBRE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

CUESTIONARIO

PRESENTACIÓN.

Estimado (a) Licenciado (a):

Me dirijo a Ud., para informarle que la institución, en coordinación con la Universidad Peruana Cayetano Heredia, está realizando un estudio sobre temas relacionados a la prevención de infecciones intrahospitalarias; información que servirá para el diseño de mejoras en la atención. Por tal motivo, se le solicita su participación efectiva, respondiendo la presente encuesta, cuyo contenido tendrá un carácter confidencial y anónimo.

DATOS GENERALES

1. Datos de filiación:

Edad:Sexo:
(M) (F) Tiempo de
servicio:

CONOCIMIENTOS DE PRECAUCIONES ESTANDAR

2. El lavado de manos tiene como objetivo:

- a) Eliminar la flora transitoria normal y residente
- b) Reducir la flora normal y remover la flora transitoria
- c) Eliminar la flora normal y residente
- d) Reducir la flora normal y eliminar la flora residente

3. El agente más apropiado para el lavado clínico de manos es.

- a) Jabón liquido con gluconato de clorexidina al 2%
- b) Jabón liquido con gluconato de clorexidina al 3%
- c) Jabón liquido con gluconato de clorexidina al 4%
- d) Jabón liquido con gluconato de clorexidina al 20%

4. La enfermera que está en contacto con fluidos corporales debe usar:

- a) Mandilón, botas y guantes
- b) Mascarilla, gorra y botas
- c) Gorro, mascarilla, mandilón y guantes
- d) Guantes y uniforme quirúrgico

5. ¿Cuál es el tratamiento que se debe realizar con el material punzocortante utilizado como agujas, bisturís, etc.?
- a) Elimina en cualquier envase más cercano
 - b) Guardar para mandar a esterilizar
 - c) Desinfectar con alguna solución
 - d) Elimina en algún recipiente especial
6. El proceso de tratamiento de los materiales contaminados en el Servicio de Emergencia sigue los siguientes pasos:
- a) Descontaminación, enjuague, pasar a desinfección y/o esterilización
 - b) Cepillado, descontaminación, secado, enjuague, esterilización
 - c) Pre-lavado o descontaminación, cepillado, enjuague, secado, esterilizado y/o desinfección
 - d) Lavado, cepillado, enjuague y secado
5. Para evitar los accidentes laborales con agujas se recomienda:
- a) No encapucharlas y desecharlas en un descartador adecuado
 - b) No doblarlas ni romperlas
 - c) No manipular la aguja para separarla de la jeringa
 - d) No quemar la aguja para separar de la jeringa
 - e) Todas las anteriores
8. ¿Cuál es la primera acción de Ud. ante un pinchazo de aguja utilizada?
- a) Lavado de manos con antisépticos
 - b) Limpio con algodón a más alcohol yodado
 - c) Dejo que sangre sin lesionar
 - d) Reportar inmediatamente a mi jefe
9. Los protectores oculares son utilizados por el personal para:
- a) Cirugías contaminadas.
 - b) Cirugías óseas.
 - c) Todas las cirugías.
 - d) No se utiliza
10. El lavado de manos es una protección estándar y debe realizado :
- a) Luego de manipular el instrumental o equipo usado que hayan tenido contacto con paciente o superficies del ambiente
 - b) Luego de manipular sangre solo de pacientes con enfermedades infectocontagiosas
 - c) Antes y después del contacto con los pacientes y luego al final de todo procedimiento
 - d) A y C

11. La técnica adecuada de lavado de manos es :
- a) Mojarse las manos con agua corriente
 - b) Aplicar de 3 a 5 ml de jabón líquido y friccionar las palmas de la mano
 - c) Subirse las mangas hasta el codo , retirarse alhajas y reloj
 - d) Enjuagarse en agua corriente y secarse con papel toalla
 - e) Todas las anteriores
12. El uso de guantes es una de las precauciones estándar y se debe tener su uso:
- a) Cuando tiene contacto con fluidos corporales
 - b) Para realizar procedimientos invasivos
 - c) Cuando el personal tenga lesiones o heridas en la piel
 - d) Cuando se extraen muestras de sangre
 - e) Todas las anteriores
13. En qué caso se debe usar el mandilón:
- a) Brindar comodidad y confort al paciente
 - b) Durante todo el turno en el servicio de emergencia
 - c) Al realizar los procedimientos invasivos
 - d) Solo B y C son correctas
14. En qué casos se debe utilizar la mascarilla:
- a) Durante toda la atención en el servicio de emergencia
 - b) Durante la exposición de heridas abiertas
 - c) Solo en pacientes sintomáticos respiratorios
 - d) Solo A y C son correctas

Gracias por su colaboración

ANEXO 02

GUÍA DE OBSERVACIÓN

I. INSTRUCCIONES

La presente es una guía de observación de las acciones realizadas por el profesional de enfermería durante sus actividades laborales en el Servicio de Emergencia, Cuyo objetivo es identificar la práctica de medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias que aplica el profesional de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital de Vitarte.

II. CONTENIDO

Nº	ITEMS A OBSERVAR	1era. Observac		2da. Observac		3era. Observac	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
1.-	Realiza el lavado de manos aplicando correctamente la técnica de acuerdo al MINSA. Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias. NT N° 020/DGSO.V.01. 2004 y Manual de Aislamiento Hospitalario - MINSA. 2003. Lima, Perú.						
2.-	Usa mandilón correctamente durante la atención de emergencia. la técnica de acuerdo al MINSA. Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias. NT N° 020/DGSO.V.01. 2004, y Manual de Aislamiento Hospitalario - MINSA. 2003. Lima, Perú.						
3.-	Usa adecuadamente gorro durante la jornada laboral. la técnica de acuerdo al MINSA. Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias. NT N° 020/DGSO.V.01. 2004, y Manual de Aislamiento Hospitalario - MINSA. 2003. Lima, Perú.						
4.-	Utiliza mascarilla de manera permanente durante la atención de emergencia. Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias. NT N° 020/DGSO.V.01. 2004, y Manual de Aislamiento Hospitalario - MINSA. 2003. Lima, Perú.						

5.-	Se cambia mascarilla descartable en cada procedimiento de emergencia la técnica de acuerdo al MINSA. Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias. NT N° 020/DGSO.V.01. 2004, y Manual de Aislamiento Hospitalario - MINSA. 2003. Lima, Perú.						
6.-	Utiliza mandilón antes de cada procedimiento. la técnica de acuerdo al MINSA. Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias. NT N° 020/DGSO.V.01. 2004, y Manual de Aislamiento Hospitalario - MINSA. 2003. Lima, Perú.						
7.-	Utiliza guantes en procedimientos en contacto con fluidos corporales la técnica de acuerdo al MINSA. Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias. NT N° 020/DGSO.V.01. 2004, y Manual de Aislamiento Hospitalario - MINSA. 2003. Lima, Perú.						
8.-	Elimina en recipientes especiales el material punzo cortante (hoja de bisturí, jeringa) la técnica de acuerdo al Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria del MINSA, aprobado con Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM.						
9.-	Utiliza un recipiente (riñonera) para transportar artículos punzo cortantes la técnica de acuerdo al Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria del MINSA, aprobado con Resolución Ministerial N° 1472-2002SA/DM						
10.-	Luego de usar la jeringa con aguja lo reencapucha. La técnica de acuerdo al Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria del MINSA, aprobado con Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM						
11.-	Realiza correctamente el calzado de guantes durante los procedimientos invasivos. La técnica de acuerdo al MINSA. Norma Técnica de Prevención						

	y Control de Infecciones Intrahospitalarias. NT N° 020/DGSO.V.01. 2004, y Manual de Aislamiento Hospitalario - MINSA. 2003. Lima, Perú.						
12.-	Canaliza vía periférica con guantes. La técnica de acuerdo al MINSA. Noma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias. NT N° 020/DGSO.V.01. 2004, y Manual de Aislamiento Hospitalario - MINSA. 2003. Lima, Perú.						
13.-	Realiza el cambio de guantes en cada procedimiento. la técnica de acuerdo al MINSA. Noma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias. NT N° 020/DGSO.V.01. 2004, y Manual de Aislamiento Hospitalario - MINSA. 2003. Lima, Perú.						
14.-	Usa el mandilón exclusivamente en el servicio de emergencia. la técnica de acuerdo al MINSA. Noma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias. NT N° 020/DGSO.V.01. 2004, y Manual de Aislamiento Hospitalario - MINSA. 2003. Lima, Perú.						
15.-	Se lava las manos al quitarse los guantes. La técnica de acuerdo al MINSA. Noma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias. NT N° 020/DGSO.V.01. 2004, y Manual de Aislamiento Hospitalario - MINSA. 2003. Lima, Perú.						
16.-	Utiliza adecuadamente la mascarilla. La técnica de acuerdo al MINSA. Noma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias. NT N° 020/DGSO.V.01. 2004, y Manual de Aislamiento Hospitalario - MINSA. 2003. Lima, Perú.						

ANEXO 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por las Licenciadas: Lic. De La Cruz Salazar Margoth Jessica, Lic. Onton Vargas Hilda Juana, Lic. Rayme Llallahui Mari Luz, Lic. Taype Moreano Yuli Nancy, de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. La meta de este estudio es Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de las medidas de Prevención de Infecciones Intrahospitalarias del profesional de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital de Vitarte 2011.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los cassettes con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen

incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por las: Lic. De La Cruz Salazar Margoth Jessica, Lic. Onton Vargas Hilda Juana, Lic. Rayme Llallahui Mari Luz, Lic. Taype Moreano Yuli Nancy.

He sido informado (a) de que la meta de este estudio es Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de las medidas de Prevención de Infecciones Intrahospitalarias del profesional de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital de Vitarte 2011.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la Lic. Onton Vargas Hilda Juana, al teléfono [REDACTED].

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Lic.

Onton Vargas Hilda Juana, al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Fecha

(En letras de imprenta)

Firma del Participante

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO.

Yo.....

A través del presente documento declaro que he sido informado sobre la investigación titulada “Relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de las medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias del profesional de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital de Vitarte”, por la que expreso mi voluntad de participar en este estudio.

Teniendo la plena confianza de que la información que se vierte en el instrumento será sólo exclusivamente para fines de la investigación en mención, confío en que la investigadora utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA

FIRMA DE LA INVESTIGADORA

FECHA

ANEXO 04

PRUEBA BINOMIAL - EVALUACION DE JUICIO DE EXPERTOS

1 Validez de Contenido

ITEMS	JUECES							TOTAL DE ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7		
1	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
2	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
3	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
4	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
5	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
6	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
7	D	A	A	A	A	A	D	5	0.2266
8	A	A	A	A	D	A	A	6	0.0625
9	A	A	D	A	A	A	A	6	0.0625
10	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
11	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
12	A	A	D	A	A	A	A	6	0.0625
									0.03970
								TOTAL	

ANEXO 05

PRUEBA BINOMIAL - EVALUACION DE JUICIO DE EXPERTOS

2 Validez de Constructo

ITEMS	JUECES							TOTAL DE ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7		
1	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
2	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
3	A	D	A	A	A	A	A	6	0.0625
4	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
5	A	A	A	A	A	D	A	6	0.0625
6	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
7	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
8	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
9	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
10	A	D	A	A	A	A	D	5	0.2266

2 Validez de Constructo

ITEMS	JUECES							TOTAL DE ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7		
11	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
12	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
13	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
14	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
15	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
16	A	A	A	A	D	A	A	6	0.0625
17	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
18	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
19	A	A	A	A	A	A	A	7	0.0078
								TOTAL	0.02795

Si P es menor 0.05 la concordancia entre los jueces es estadísticamente significativa. Si las preguntas P es mayor 0.05 (no hay concordancia significativa entre los jueces) se tomaron en cuenta las observaciones y preguntas de los expertos para la elaboración del instrumento definitivo.