



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



TESIS

**CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE
BIOSEGURIDAD Y APLICACIÓN DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN EN EL
CUIDADO DEL NEONATO EN EL HOSPITAL “NUESTRA SEÑORA DE
LAS MERCEDES PAITA” 2016**

**PRESENTADA PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ENFERMERA
ESPECIALISTA EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES**

AUTORAS

Lic. Enf. FLORES GARCÍA, GUÍSELA

Lic. Enf. NIMA RAMÍREZ, DEYSI

ASESORA

Dra. SANTA CRUZ REVILLA ROSALÍA

LAMBAYEQUE – PERU

2018

CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE
BIOSEGURIDAD Y APLICACIÓN DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN EN EL
CUIDADO DEL NEONATO EN EL HOSPITAL “NUESTRA SEÑORA DE
LAS MERCEDES PAITA” 2016

PRESENTADA POR:

Lic. Enf. Flores García, Guísela
Autora

Lic. Enf. Nima Ramírez, Deysi
Autora

Dra. Efigenia Rosalia Santa Cruz Revilla
Asesora

APROBADO POR:

Dra. Clarivel de Fátima Díaz Olano
Presidente De Jurado

Mg Rosario Clotilde Castro Aquino
Secretaria de Jurado

Mg Cruz Marcelina Polo Campodonico
Vocal de Jurado

DEDICATORIA

A Dios

Por permitirme culminar
satisfactoriamente mi
especialidad y brindarme
salud a fin de lograr
mis objetivos, además de su
infinita bondad y amor

A nuestros familiares.

Por sus consejos, por inculcarme
los valores y Motivarme a seguir
adelante con este proyecto, por el
amor que día a día me brindan

A mis maestros

Especialmente a la Dra. Rosalía
Santa Cruz Revilla por su gran
apoyo y motivación para la
culminación de nuestro proyecto
y por su tiempo compartido.

LIC. FLORES GARCÍA, GUÍSELA
LIC. NIMA RAMÍREZ, DEYSI

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por brindarnos salud, por darnos habilidades, gracias a él estamos seguras que las metas se cumplirán.

Expresamos un profundo agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado a fin de culminar esta investigación, como es el caso de la Dra. Rosalía Santa Cruz Revilla, asesora de este trabajo, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de estos años.

Finalmente un agradecimiento a nuestros familiares que con su apoyo y dedicación nos permitieron dar término a este trabajo.

Las autoras

INDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL	9
2.1. Antecedentes	10
2.2. Base Teórica – Conceptual	14
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	40
3.1. Tipo de Investigación	41
3.2. Abordaje de la Investigación	42
3.3. Población y Muestra	42
3.4. Procedimiento de Recolección de Datos	42
3.5. Técnica de tratamiento de la información	44
3.6 Validez y Confiabilidad	44
3.7. Principios Éticos	45
3.8. Rigor Científico	47
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIONES	49
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	68

RESUMEN

En el mundo actual se observa con mucho interés la salud laboral del trabajador hospitalario y de la persona cuidada por enfermería, este interés se debe al riesgo al que está expuesto el trabajador de salud y los pacientes, por ello es importante medir el conocimiento que tengan los profesionales de enfermería acerca de bioseguridad y la puesta en práctica de las medidas de protección en su trabajo diario. Decidiendo investigar ¿Cuál es el nivel de conocimientos del profesional de enfermería sobre bioseguridad y la aplicación de medidas de protección en el cuidado del neonato en el hospital “Nuestra Señora de las Mercedes Paita” 2016?, cuyo objetivo fue: Determinar nivel de conocimientos del profesional de enfermería sobre bioseguridad y la aplicación de medidas de protección en el cuidado del neonato. El presente estudio fue cuantitativo de tipo descriptivo correlacional, la población estuvo conformada por 15 enfermeras, los instrumentos utilizados fueron, el cuestionario de Rodríguez M., Saldaña H. que media el conocimiento y el test de Lickert que permitió determinar la práctica de las medidas de bioseguridad, los resultados han sido analizados estadísticamente, los cuales nos demuestra una relación entre ambas variables, $p(0.034)$, es decir que el conocimiento se relaciona con la aplicación de medidas de bioseguridad, en donde se observó que las enfermeras que presentaron conocimientos altos 67%, cumplían con la aplicación de medidas de bioseguridad, mientras que las enfermeras que presentaron conocimientos regulares y bajos 33%, no cumplían con las medidas de bioseguridad.

Palabras Claves Bioseguridad y Aplicación de medidas de protección, Neonato

ABSTRACT

In today's world, the occupational health of the hospital worker and the person in charge is observed with great interest, mainly when being in contact with patients suffering from infectious diseases and with sharp objects contaminated with blood and other biological fluids, this interest is due to the risk To which the health worker and the patients are exposed, it is therefore important to measure the knowledge that the nursing professionals have about biosafety and the implementation of the protection measures in their daily work. Deciding to investigate What is the level of knowledge of the nurse on biosafety and the application of protection measures in the care of the newborn in the hospital "Our Lady of the Mercedes Paita" 2017, Whose objective was: To determine the level of knowledge of the nursing professional about biosafety and application of protection measures in the care of the newborn. The present study was quantitative of descriptive correlational type, the population consisted of 15 nurses, the instruments used were two: first the questionnaire of Rodríguez M., Saldaña H. that mediates the knowledge, while the second was the Lickert test that it allowed to determine the practice of the biosecurity measures, the results have been analyzed statistically, which shows us a significant relationship for both variables $p (0.034)$, that is to say that the knowledge is related to the application of biosecurity measures, where we see that nurses with high knowledge, 67%, comply with the application of biosafety measures, while nurses with regular and low knowledge 33% do not comply with biosafety measures.

Keywords Biosecurity and Application of protection measures, Neonate

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La bioseguridad es un proceso mediante el cual se protege la vida, la existencia de las personas y el cuidado de la salud, para lo cual hay normas establecidas, denominadas normas básicas de seguridad, así mismo las normas de bioseguridad son un grupo de reglamentos que se elaboraron con la finalidad de brindar seguridad a las personas, la comunidad y el medio ambiente. ¹

También podemos mencionar que los principales problemas de bioseguridad que aqueja al personal de enfermería, es el contacto que tiene con los diferentes riesgos, siendo el principal, el riesgo biológico, esto debido al contacto continuo con el paciente. Hoy en día la enfermera se ve más expuesta a enfermedades como las producidas por la hepatitis B, Hepatitis C, Hepatitis D y el VIH, sin dejar de lado otros virus y enfermedades producidas por otros microorganismos. ²

Dentro de las normas de bioseguridad se explica claramente como tomar medidas para dar cumplimiento a la seguridad del personal, estas rigen el principio: no me contagio y no contagio, asimismo los profesionales de la salud son responsable no solo de su propia seguridad, sino también la de sus compañeros y familiares. ³

El lavado de manos viene a ser una medida fundamental de protección, el uso de guantes, manejar con cuidado los objetos afilados y punzantes, desinfectar, esterilizar o descartar los instrumentos después de usarlos, usar guantes, mascarillas, batas de protección, anteojos de protección, son otras medidas que minimizan la propagación de enfermedades. ³

Por otro lado el conocimiento en bioseguridad de los profesionales de enfermería, es de gran importancia, porque va a permitir que ellos tomen conciencia de la importancia estos temas, debido a que están en mayor riesgo al tener más contacto con los pacientes.⁴

El personal de enfermería, debido a la complejidad en la cual se ve comprometida su profesión, al dar atención y cuidados a pacientes con enfermedades graves, está destinada a minimizar las molestias de ellos, con eficiencia y eficacia. El personal de enfermería juega un papel clave en la atención integral del individuo, la familia y la comunidad.¹

El equipo de enfermería del servicio de neonatología cumple un rol protagónico, ellos atienden permanentemente a los recién nacidos las 24 horas del día, a través de un proceso continuo e integrado, proporcionando cuidados de enfermería mediante la ejecución de diversas actividades asistenciales, entre las que se destacan la recuperación de la salud del recién nacido, que es el más vulnerables, a los factores de riesgo.⁵

Ahora bien, en los países de América se ve un serio problema de falta de prevención y control de infecciones nosocomiales; además de la falta de equipos adecuados para la protección del personal y el recién nacido, sin la práctica adecuada de normas y procedimientos de bioseguridad y medidas de protección, con personal sin motivaciones, así como la ausencia de control y garantía de la calidad de la atención ofrecida por el personal de enfermería y resto del personal de salud.⁶

Por otro lado un estudio en Perú, reveló que la mayor cantidad de infecciones intrahospitalarias se presenta en el servicio de neonatología con un 28% del total de casos y de estos 42,86% fueron bacteriemias, cabe mencionar que un tercio de las bacteriemias nosocomiales se asocian a uso de catéteres considerándose entre los factores de riesgo la manipulación, comorbilidades del paciente, factores de virulencia intrínsecos como la prematuridad, edad extrema de vida, atención del parto, entre otras.⁵

Las muertes neonatales constituyen una proporción importante de la mortalidad infantil, la Organización Mundial de la Salud, calcula que en el mundo representaron el 41% de todas las defunciones en los menores de 5 años. Siendo las infecciones neonatales una de las principales causas de muertes. Las infecciones post natales son las que más conciernen al trabajo de neonatología, pues en la mayoría de los recién nacidos las fuentes de infección se encuentran en los propios servicios de neonatología, la sepsis puede desarrollarse debido a la invasión de microorganismos patógenos, entre los que incluyen: virus, hongos, parásitos y bacterias.⁷

En la Región Piura para el periodo 2013-2015, se estimaron 1166 muertes neonatales, con una Tasa de Mortalidad de 15.1 por cada mil nacidos vivos. En relación al género, la tasa de mortalidad en hombres fue de 16.0 y en mujeres 14.3 por cada mil nacidos vivos respectivamente.⁸

La principal causa de muerte neonatal, en la Región Piura en los últimos cinco años han sido aquellas vinculadas a infecciones. Por estas causas fallecieron en promedio 463.7 neonatos por cada 100 mil nacidos vivos, seguido de la prematuridad, asfixia y malformaciones congénitas. El 49.8% del total de muertes neonatales ocurrieron

entre el primer y séptimo día de nacido. Por otro lado, el 41.4% de muertes neonatales tuvo un peso mayor a los 2500 gr. El 60.5% del total de muertes fueron prematuros.⁸

En el hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita en el servicio de neonatología se ha observado que el profesional de enfermería desarrolla inadecuadas medidas de bioseguridad con respecto al uso de guantes, lavado de manos, además se observa escasez de recursos y materiales. Cabe destacar que este personal debe cumplir medidas de asepsia y antisepsia que establecen el lavado de manos antes y después de brindar cuidados a cada uno de los recién nacidos, como también el uso de los métodos de barreras cuando se manejan los fluidos corporales, de tal manera que las enfermeras (os) que laboran en este servicio deben poseer amplios conocimientos sobre los cuidados que brindan a los recién nacidos.

En base a estos cuestionamientos en medidas de bioseguridad y su aplicación nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre bioseguridad y la aplicación de medidas de protección en el cuidado del Neonato en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes Paita” 2016? Así pues nos planteamos el siguiente objetivo:

Objetivo General

Determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre bioseguridad y la aplicación de medidas de protección en el cuidado del Neonato en el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes Paita, 2016.

Objetivos Específicos:

Identificar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre bioseguridad en el cuidado del Neonato en el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes Paita 2016

Identificar la aplicación de las medidas de protección en el cuidado del Neonato del área de neonatología en el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes Paita-2016.

HIPOTESIS

H1: No existe relación significativa entre el nivel de conocimientos del profesional de enfermería sobre bioseguridad y aplicación de medidas de protección en el cuidado del neonato en el hospital “Nuestra Señora de las Mercedes Paita” 2016

HIPOTESIS

H2: Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos del profesional de enfermería sobre bioseguridad y aplicación de medidas de protección en el cuidado del neonato en el hospital “Nuestra Señora de las Mercedes Paita” 2016

En las unidades de cuidados crítico neonatales los profesionales de enfermería deben contar con los conocimientos básicos de bioseguridad con la finalidad de minimizar los riesgos producto de las diferentes complicaciones con las que ya vienen los recién nacidos.

Por otro lado uno de los principales mecanismo de prevención de la transmisión de enfermedades, es el lavado de manos, por lo que tener un buen conocimiento de esta medida de protección, va a minimizar los riesgo para los recién nacidos, en ese

sentido el personal de enfermería que labora por el servicio de neonatología debe destacar en esta medida y emplear según la norma. Asimismo esta investigación se justifica por que los recién nacido que ingresan a la unidad de cuidados críticos son aquellos que nacen de manera prematuro, siendo estos, un grupo que se encuentra en mayor riesgo ya que su sistema inmunológico no es el adecuado, así como por sus mecanismos de contagios.

Para enfermería es importante porque ayuda a tomar conciencia de la importancia del lavado de manos como principal medida de prevención de la transmisión de enfermedades para el recién nacido. Finalmente los resultados tienen implicancia académica en la medida que permitan ser una fuente de información para estudios posteriores

El informe de investigación está estructurado en capítulos:

Capítulo I: Introducción que contiene la situación del problema, el problema, objetivos, hipótesis e importancia.

Capítulo II: Marco teórico que contiene antecedentes y la base teórica conceptual.

Capítulo III: Marco Metodológico que contiene el tipo de investigación, abordaje, la población y muestra, procedimiento de recolección de datos, técnica de tratamiento de la información, validez y confiabilidad, los principios éticos y el rigor científico.

Capítulo IV: Resultados, análisis y discusión, en la cual se dan a conocer las categorías y subcategorías producto del análisis temático.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones, la cual son las propuestas que se derivan de los resultados de la investigación con el fin de ser puestas en práctica.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES:

A nivel internacional

Echeverri P, Salcedo C. en Colombia, en el año 2014 realizó la investigación titulada Conocimientos y Actitudes en la Aplicación de Normas de Bioseguridad del Personal del Servicio de Enfermería, cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos en riesgo biológico y las actitudes del personal de enfermería en la aplicación de normas de bioseguridad. La metodología presento un estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal en 131 profesionales y auxiliares de enfermería, obteniendo que más del 80% tengan niveles de conocimiento entre medio y bajo. En más del 60% la actitud frente a la aplicación de las normas de bioseguridad fue desfavorable o indiferente. Se evidenció una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y las actitudes.⁹

Pazmino O, Pesantes B. realizó en Guayaquil en el año 2013, el estudio: Conocimientos de Bioseguridad en las Técnicas de Administración de Medicamentos en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología del Hospital Gineco-Obstétrico “Enrique Sotomayor”. Donde el principal objetivo fue analizar el conocimiento, actitudes y prácticas, utilizando una metodología descriptiva, cualitativa y transversal; contando con 60 enfermeras para el estudio. Los resultados demostraron que el personal tenía una escasa calidad de conocimientos acerca de las medidas de bioseguridad, o

no son aplicadas en su totalidad, así el 85% de entrevistadas reflejaron escasos conocimiento en bioseguridad.¹⁰

Bautista R, Delgado M, Hernández Z, Cuevas S, Arias C. En Colombia 2013, realizaron un estudio “Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería”. Cuyo objetivo fue Identificar el nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad, estudio cuantitativo, de tipo descriptivo transversal, con una muestra de 96 enfermeras. Como resultados encontraron que el personal tenía conocimiento regular en un 66% frente a las medidas de bioseguridad y un 70% de aplicación deficiente frente a estas. Identificándose como principales medidas de bioseguridad, que no se emplean correctamente a los métodos de barrera, eliminación adecuada del material contaminado, manejo adecuado de los elementos punzocortantes y lavado de manos.¹¹

Bustamante O. en Loja-Ecuador, durante el 2012 realizó un estudio sobre “Evaluación del cumplimiento de las normas de bioseguridad”, donde el objetivo fue determinar si se cumplían con las normas de bioseguridad. Estudio retrospectivo analítico, diseño cuantitativo, y con un enfoque transversal, la muestra estuvo compuesta por 25 enfermeras. Como resultados encontraron que el 53% no cumplían con las normas de bioseguridad.¹²

Mora R, Pereira K. en Barquisimeto Venezuela 2011, realizaron un estudio denominado “Factores que influyen en el cumplimiento de las normas de

bioseguridad del personal de enfermería”; Cuyo objetivo fue determinar factores que influyen en el cumplimiento de normas de bioseguridad. La metodología utilizada fue: descriptivo de corte transversal contando con una muestra de 11 enfermeras encontrando que, los profesionales a pesar de tener buen conocimiento de las normas de bioseguridad no las aplicaban.¹³

A nivel nacional

Chilón A. Santa Cruz D. en el año 2016, realizó el estudio denominado: Conocimientos y prácticas de bioseguridad en enfermeras del Hospital Público de Chepén, en donde busco determinar la relación existente entre los conocimientos y prácticas de bioseguridad de las enfermeras, la metodología fue cuantitativo, descriptivo correlacional de corte transversal. La población estuvo constituida por 20 enfermeras del Hospital Público de Chepén, que laboren en los servicios de medicina, cirugía, centro quirúrgico, pediatría, neonatología, sala de partos, ginecología y emergencias. Las conclusiones fueron: que el 90% de enfermeras presentó nivel de conocimientos bueno sobre bioseguridad, el 10% nivel de conocimiento deficiente. El 90% de enfermeras de enfermeras realizaron buenas prácticas de bioseguridad, mientras el 10% realizaron malas prácticas de medidas de bioseguridad.¹⁴

Revollar H, en su investigación, realizada en el año 2014 la investigación denominada: Conocimientos sobre medidas de bioseguridad en el profesional de enfermería del Hospital San Miguel Ayacucho, su principal objetivo fue determinar los conocimientos sobre medidas de bioseguridad en el

profesional de enfermería, el estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 20 enfermeras, se obtuvo que 43%, conocen las normas de bioseguridad, y 57 % no conocen; 55% conoce el lavado de manos y 45% no conoce; 30% conoce los elementos de barrera y 70% no conoce. Conclusiones: El mayor porcentaje de enfermeras no conocen sobre las normas de bioseguridad, la importancia de las normas de bioseguridad y los métodos de barrera, seguido de menor porcentaje que no conoce la importancia del lavado de manos y el manejo de materiales punzo cortantes.¹⁵

Rodríguez M. Saldaña H. en el año 2013 en Trujillo realizaron el estudio “Conocimiento Sobre Bioseguridad y aplicación de medidas de protección de las enfermeras del Departamento de Neonatología Hospital Belén de Trujillo” cuyo objetivo fue determinar la relación entre el conocimiento sobre bioseguridad y la aplicación de medidas de protección, estudio descriptivo correlacional, la muestra fue de 45 enfermeras, Se encontró que el 40% de enfermeras tienen un nivel de conocimiento alto sobre bioseguridad Respecto a la aplicación de medidas de protección un 73.3% cumplen. Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la aplicación de medidas de protección pues; el 88.9% de las enfermeras que presentaron un nivel de conocimiento alto cumplen con la aplicación de medidas de protección con un 11.1%, mientras que el 59.3% que presentaron un nivel de conocimiento medio no cumplen con la aplicación de medidas de protección con un 40.7%.¹⁶

Bazán T. en el año 2012 en su tesis titulada: Conocimientos sobre medidas de bioseguridad del profesional de enfermería en el Servicio de Neonatología en el Hospital Nacional Ramiro Prialé. Tuvo el objetivo determinar el nivel de conocimiento en medidas de bioseguridad que tienen los profesionales de enfermería del servicio de pediatría y neonatología, el tipo de estudio fue descriptivo, exploratorio de corte transversal cuya población estuvo conformada por 25 enfermeras, los resultados demostraron que 72% conocen de medidas de bioseguridad y 28% no conocen.¹⁷

2.2. BASES TEÓRICO CONCEPTUALES:

Siendo el objeto de estudio los conocimientos del profesional de enfermería sobre las medidas de bioseguridad en el cuidado del neonato en el servicio de neonatología ahora analizaremos:

El conocimiento: que es la sumatoria de las representaciones abstractas que se poseen sobre un aspecto de la realidad. En este sentido, el conocimiento es una suerte de “mapa” conceptual que se distingue del “territorio” o realidad. Todos los procesos de aprendizajes a los que una persona se expone durante su vida no son sino un agregar y re significar las representaciones previas a efecto de que reflejen de un modo más certero cualquier área del universo. El conocimiento puede ser de diferentes clases: cotidiano, pre científico y científico, empírico y teórico.¹⁸

Conocimiento científico: estos con frecuencia están conectados con dos Métodos contradictorios de esperar la experiencia del mundo: desde una perspectiva, el

equilibrado, controlado, repetible y metodológicamente por otro lado, la experiencia de la vida, cambiante, irrepetible y sujeto a la Impactos de la historia. Las ideas correlativas de la ciencia que separan, en referencia al estado de habilitación de la ciencia y por el cual se llega a un universo de artículos, y la relación de época a través de la cual se ve claramente concebible para infiltrar la comprensión de los Límites de las experiencias del mundo. Los conocimientos científicos presuponen no sólo la constancia de los hechos, sin su explicación e interpretación dentro del conjunto del sistema general de conceptos de determinada ciencia.¹⁹

Por otro lado para volverse científico el conocimiento tiene que haber pasado por una etapa de experiencia. Sin la deducción producto de esta experiencia no podría explicar los fenómenos. Mediante la observación y la experimentación se pueden dar a conocer nuevas sucesos, siendo la experimentación la más concluyente ya que modifica eventos, en lugar de limitarse a registrar variaciones. También hay ciertos criterios por los que seres humanos no se puede realizar la experimentación quedando la observación las que permiten su verificación.²⁰

Conocimiento empírico: caracterizado principalmente por la experiencia y que objeta abiertamente a la demanda social y a la necesidad práctica. Su espacio es sencillo y accesible a quien posee un rico conocimiento descriptivo explicativo: reestructurar los conocimientos empíricos no es tan difícil; lo uno y lo otro tienen vínculos directos.²¹

Asimismo si la dificultades de las consultas sociales aún no han crecido y las leyes no se hayan generalizado, los conocimientos se dirigen hacia la ciencia desde las más variadas esferas de la práctica y se satisfacen sin que se evidencie un vínculo entre los conocimientos descriptivos y empíricos. Ahora bien a través de los años el conocimiento empírico se ubica en primer lugar, mientras que el conocimiento descriptivo cesa en su desarrollo, El conocimiento descriptivo se agota, y se tiene la impresión de que no se puede descubrir algo nuevo.²¹

El conocimiento empírico, el estudiador interactúa con el fenómeno. Sin tener en cuenta aquellos cambios internos, que tienen lugar en el propio fenómeno. Como resultado se describe el modo de intervención que ha logrado el efecto deseado. Este modo incluye lo que algunos autores denominan regularidad empírica. Al final para lo único que valido es para resolver aquellas tareas repetitivas en situaciones tales que el estado del objeto sobre el cual se actúa es cercano a su estado en el momento de la investigación.²¹

El conocimiento activo transformado: es la etapa más elevada del conocimiento social, la investigación está centrada por la relación: la propia interacción. No dejando de lado las fuentes de conocimiento, ni tampoco al sujeto o sujetos involucrados en el proceso de gestión del conocimiento, aquí predominan los criterios objetivos, para lo cual se utilizan las estructurales de organización del fenómeno. Según estos criterios se produce el ordenamiento de los múltiples aspectos empíricos compilados.²¹

Ahora bien analizaremos la importancia de la bioseguridad, como el conjunto de medidas y normas preventivas, destinadas a mantener el control de factores de

riesgo laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos, logrando la prevención de impactos nocivos frente a riesgos propios de su actividad diaria, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la seguridad de los trabajadores de la salud, pacientes, visitantes y el medio ambiente.²²

Es importante tener en cuenta las normas de bioseguridad siempre se debe poner en la práctica rutinaria en las unidades médicas, y ser cumplidas por todo el personal que trabaja en esos centros, independientemente del grado de riesgo según su actividad y de las diferentes áreas que componen el hospital.²³

Por otro lado la bioseguridad en el servicio de neonatología es de vital importancia, porque se requiere de un control de infecciones asociadas con el ambiente hospitalario, los recién nacidos, son los más vulnerables para adquirir infecciones por diversos microorganismos, lo que lleva a elevar el número de morbilidad del recién nacido, alrededor del 2% de los fetos contraen la infección in útero y hasta un 10% de los recién nacidos se infectan en el parto y post-parto. Las infecciones adquiridas durante el post parto pueden originarse en la madre, en el hospital o en la comunidad.²⁴

La piel del recién nacido prematuro es una barrera comprometida desde su función inmune. Además, puede ser fácilmente dañada y servir como puerta de entrada para distintos microorganismos. La epidemiología y las estrategias que pueden reducir estas infecciones son bien conocidas y requieren de un esfuerzo del equipo de salud.²⁵

Cada uno de los actores debe concientizarse sobre su papel en la prevención de infecciones y tener la voluntad de modificar los comportamientos. Con frecuencia, la vida de un recién nacido es salvada por el avance de la tecnología, pero muchas veces puesta en riesgo por la ausencia de un pequeño acto, el lavado de manos.²⁴

La bioseguridad tiene como principio básico: no me contagio y no contagio; por lo tanto, debe entenderse como: Una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo de adquirir infecciones.²⁶

Los antecedentes acerca de las medidas para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas datan de siglos, sin embargo, las más difundidas hasta hoy, son las propuestas por el Centro de Enfermedades (CDC), de Atlanta, Georgia, en el manual sobre Técnicas de aislamiento para uso en hospitales, publicado en 1970 y modificado en 1983. Ante la pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) surgen en 1985 las precauciones universales con los pocos datos que se conocían sobre la mortal enfermedad.²⁶

Al mismo tiempo una nueva categoría de aislamiento denominada sustancias corporales fue propuesta. Después de una nueva revisión, el CDC publicó en 1996 las nuevas técnicas de aislamiento, las cuales cubren todas las posibilidades de transmisión: las precauciones estándar y las precauciones por vía de transmisión.²⁶

Las precauciones universales parten del siguiente principio: “Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cual haya entrado al hospital o clínica deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se deben tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra transmisión” Los líquidos corporales de precaución universal: sangre, semen, secreción vaginal, leche materna, saliva, lágrimas, líquido cefalorraquídeo, líquido pleural, líquido amniótico, líquido peritoneal, líquido pericárdico, y cualquier otro líquido contaminado con sangre.²⁷

Las medidas universales son las que buscan proteger a pacientes, familiares y trabajadores de la salud, de infecciones que pudieran adquirir a través de las diferentes vías de entrada durante la ejecución de actividades y procedimientos cotidianos en la atención de pacientes²⁶. Las precauciones incluyen lo siguiente:

Lavado de manos: Es la medida más económica, sencilla y eficaz para prevenir infecciones intrahospitalarias, su importancia radica en que las manos son el instrumento más importante que se tiene, sin embargo, puede servir como vehículo para transportar gérmenes, ya sea, del trabajador al paciente, del paciente al trabajador, y de paciente a paciente a través del trabajador. Es sabido que en las manos existe flora residente y transitoria, tanto bacterias Gram positivas como Gram negativas; por ello un simple pero eficaz lavado de manos (siguiendo la técnica, que implica un tiempo mínimo de enjabonado de 15 a 30

segundos y dando especial atención a las uñas, dedos, espacios interdigitales, nudillos y palmas), elimina la mayor parte de bacterias.²⁶

Se recomienda usar jabón simple a menos que haya circunstancias específicas que sugieran la utilización de otra medida. Cabe mencionar que el lavado de manos indiscriminado, sin un tiempo adecuado y sin un objetivo claro, resulta inútil y puede causar resequedad de la piel y/o dermatitis, entre otras.²⁶

Los momentos para lavarse las manos son: Cuando las manos están visiblemente sucias. Antes de la lactancia materna, antes de comer, antes de manipular los alimentos y cocinar, antes y después de cambiar los pañales a las niñas y los niños. Antes y después de atender familiares enfermos en casa. Después de usar el baño para la micción y/o defecación. Después de la limpieza de la casa. Después de manipular animales. Después de tocar objetos o superficies contaminadas (Ej. Residuos sólidos, dinero, pasamano de las unidades de servicio de transporte, etc.).²⁸

Uso de guantes: Las razones para el uso de guantes por el personal de salud son principalmente para reducir los riesgos de colonización transitoria de gérmenes del personal y transmisión de estos al paciente; de preferencia deben ser guantes limpios y desechables (no estériles). El uso de guantes estériles se especifica en procedimientos que requieren técnica estéril, evitar que las manos de las personas sean colonizadas en forma transitoria.²⁶

Es necesario verificar la calidad de los guantes (integridad, consistencia y uso individual) para garantizar que no habrá diseminación de gérmenes. El uso de guantes nunca debe sustituir el lavado de manos.²⁶

Los momentos en que se usan los guantes son en situaciones en las que se va a estar en contacto con piel no intacta, membranas y mucosas con secreciones y excreciones, cuando se maneje material, equipo y superficies contaminadas.²⁶

Es fundamental retirar o cambiar los guantes si se va a pasar de una zona contaminada a una limpia. Una vez que se termina un procedimiento con guantes y éstos ya se consideran contaminados, no se debe tocar ninguna superficie ni objetos limpios, ni efectuar acciones con ellos, como subir la cabecera, colocar la sábana, darle un vaso con agua.²⁶

Los guantes deben retirarse siempre antes de salir del área donde se utilizaron. El uso de guantes para puncionar vasos sanguíneos, ya sea para instalar venoclisis o tomar muestras de sangre, disminuye el riesgo de transmisión en caso de accidente.²⁶

Uso de Mandil: Se recomienda utilizar camisolín cuando se realicen procedimientos que puedan producir salpicaduras. Como características se deberán observar que esté limpia, íntegra, de material que no genere estática, que cubra brazo y antebrazo y abarque del cuello a la rodilla. Para que realmente esta protección sea eficaz, el camisolín debe colocarse y retirarse con técnica, sin olvidar algunos puntos muy importantes como son: lavarse las manos antes de colocarse la bata y después de retirarla; en caso de que sólo se

disponga de un camisolín durante la jornada laboral, deberá utilizarse con un sólo paciente y lavarse las manos antes de tocar las áreas limpias de la misma al retirarla (se considera área limpia del camisolín cinco cm del cuello hacia abajo y la parte interna). En caso de que se contamine el camisolín durante el procedimiento, deberá cambiarse por otra limpia para continuar la atención al paciente.²⁶

Uso de mascarilla y lentes: El uso de estos accesorios se recomienda durante procedimientos que puedan generar salpicaduras; por ejemplo, aspiración de secreciones, lavado bronquial, endoscopias y broncoscopias. De esta manera las mucosas conjuntivales, nasales y orales, se protegen de secreciones, sangre o fluidos corporales procedentes del paciente que pudieran estar infectados. Los cuidados a estos accesorios serán los recomendados por el fabricante y dependen del material con que estén hechos, de igual manera también el tiempo de uso.²⁶

Manejo de material corto punzante: El uso y disposición de desechos de material corto punzante es fundamental para prevenir accidentes y, en consecuencia, prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas. Para tal propósito se debe contar con descartadores de material irrompible e imperforable, donde se deberán desechar todas las agujas, hojas de bisturí, restos de ampollas de vidrio, etc. La mayoría de los descartadores actuales tienen un orificio donde se coloca la aguja, se gira la jeringa hacia la izquierda y cae la aguja dentro del contenedor, esto minimiza la posibilidad de accidente ya que no se tiene que

separar la aguja de la jeringa con las manos. Estos depósitos se deben llenar hasta 80% de su capacidad, sellar y enviar a incineración.²⁶

Las precauciones estándar de sistemas de aislamiento para el control del microorganismo infeccioso en los hospitales, se utilizan además de las precauciones estándar los sistemas de aislamiento por contacto, por aire y por gotas de acuerdo con la ruta de transmisión. Los microorganismos pueden transmitirse por: contacto, gotas, vía aérea, vehículo común y vectores; de la misma manera, un microorganismo puede transmitirse por más de una ruta.²⁶

Transmisión por contacto: Se considera la ruta más frecuente de transmisión de infecciones nosocomiales, ya sea por contacto directo entre superficies corporales o por contacto indirecto con la participación de un objeto inanimado, este tipo de transmisión es generada por una persona al toser, estornudar o hablar durante los procedimientos, depositando las gotas expelidas en la conjuntiva, boca o mucosa nasal, su tamaño es de más de 5 micras y no se desplazan a más de un metro.²⁶

Transmisión por aire: La transmisión ocurre por la diseminación de núcleos de gotas de tamaño menor a 5 micras que permanecen suspendidas en el aire por largos periodos de tiempo, o por partículas de polvo con agentes infecciosos diseminándose ampliamente por las corrientes de aire. De esta forma pueden inhalarse en el mismo espacio del sujeto infectado o a largas distancias.²⁶

En resumen, las precauciones estándar por mecanismo de transmisión son las medidas básicas de seguridad para la prevención y el control de infecciones dentro del ámbito hospitalario, a ser utilizadas en todos los pacientes, no se debe perder la esencia del objetivo de cada una de ellas.²⁶

Desechos Intrahospitalarios: El objetivo principal de un manejo adecuado de los desechos, es reducir tanto como sea posible la exposición de riesgos que se derivan del manejo de los diferentes tipos de desechos que se generan en las instituciones de salud.²⁹

La Organización Mundial de la Salud, reglamenta el manejo, tratamiento y disposición de los desechos patógenos, y, establece la siguiente clasificación de los desechos hospitalarios, de acuerdo al riesgo biológico y al destino final.²⁹

Desechos con riesgo biológico: Se caracterizan por albergar microorganismos patógenos o sustancias tóxicas, las cuales inciden en el proceso salud – enfermedad al entrar en contacto con ellos, tanto en las personas y medio ambiente. Se clasifican en tres grupos: infectantes, no infectantes y tóxicos.²⁹

Desechos infectantes: Son aquellos que sirven como fuente de infección. Transportan agentes infecciosos ocasionando enfermedad a sujetos susceptibles en el momento de entrar en contacto con ellos. Estos desechos van en Bolsa Roja, su destino final es la inactivación del germen por métodos fisicoquímicos y/o incineración. Estos desechos, según sus características físicas se clasifican en: desechos sólidos y líquidos.²⁹

Desechos sólidos: son aquellos que se generan en gran cantidad en las instituciones de salud y debido a sus características, composición y origen, requieren de manejos específicos para evitar propagación de infecciones, proliferación de insectos y roedores, malos olores y contaminación ambiental. Aquí podemos mencionar la sangre, semen o secreciones vaginales tales como grasas, algodón, elementos corto punzantes, jeringas, residuos anatómicos y en general materiales absorbentes, deberán colocarse en bolsas de color rojo impermeable, impregnado de Cloro a una solución de 1:10 y posteriormente incinerarse.²⁹

Desechos líquidos: como sangre, excreciones y secreciones (orina, líquido amniótico y secreciones respiratorias) deberán depositarse con cuidado en un lavabo o en un sumidero, conectado directamente con un sistema de alcantarillado que tenga el tratamiento adecuado. Si el sistema no cuenta con el tratamiento para desinfectar los líquidos potencialmente infectantes, se deberá agregar algún desinfectante como Hipoclorito de Sodio a la solución antes de tirarla al desagüe.²⁹

Desechos no infectantes: Son residuos que no tienen capacidad de causar enfermedad, se clasifican según su destino final como reciclable y no reciclable.²⁹

Desechos reciclables: son los residuos generalmente no biodegradables y reutilizables provenientes de áreas sin ningún riesgo tóxico o biológico. Debido a sus propiedades se pueden volver a utilizar como materia prima para otros elementos. Estos deben ser separados en su sitio de origen, posteriormente recolectados, almacenados y clasificados mientras se llega a su volumen para su

venta (su destino final es la venta a terceros). Entre otros tenemos el papel, plástico, vidrio, placas de Rx, los metales, chatarra, etc.²⁹

Desechos no reciclables: son desechos que pueden ser o no biodegradables, provienen de áreas de atención a pacientes infectados o sometidos a algún tipo de tratamiento como áreas de aislamiento, laboratorios, salas de emergencia, sala de partos, comprenden: Desechos ordinarios o basuras, residuos de alimentos, piezas anatomo patológicos, materiales hospitalarios desechables tales como jeringas, agujas, tubos, sondas, catéteres, material de laboratorio y equipos que por su composición y uso representan un riesgo biológico y/o tóxico.²⁹

Desechos tóxicos. Son aquellos que, por sus propiedades fisicoquímicas, pueden producir daños en la salud de las personas, animales o en el medio ambiente; por ejemplo: material radioactivo, sustancias químicas, pilas, etc. Su destino final es la incineración o alcantarillado.²⁹

Codificación de colores: para hacer una eficiente disposición de los desechos hospitalarios es necesario adoptar una codificación de colores de acuerdo al tipo y grado de peligrosidad del residuo que se esté manejando. La OMS ha normalizado un código de colores para la selección, disposición, almacenamiento y disposición final de los desechos, el cual es universalmente reconocido.³⁰

Las Normas hospitalarias, para la eliminación de basuras, aconsejan por medio de bolsas de colores: Color rojo: residuos biocontaminados, color amarillo: residuos especiales, color negro: residuos comunes y recipientes rígidos e impermeables para descartar material punzocortante, debidamente rotulados.³⁰

Manejo de ropa de cama: Toda ropa sucia debe colocarse en bolsas de plástico y transportarla en carros exclusivos. Se debe usar guantes para manipularla; cuando se cierre la bolsa, procurar que el aire que sale de la misma se dirija hacia donde no haya personas.³¹

La asepsia es la ausencia de microorganismos que pueden causar enfermedad. Este concepto incluye: la preparación del equipo, la instrumentación y el campo de operaciones mediante los mecanismos de esterilización y desinfección: Esto incluye: Lavado de manos antes de realizar cualquier procedimiento, no uso de joyas en manos (pulseras, anillos, reloj), uñas cortas y sin esmalte, aplicación de normas de bioseguridad, manejo correcto de desechos hospitalarios, utilización de guantes.³²

Cuando destape un recipiente que contiene elementos estériles coloque la tapa con la cara interna hacia arriba, en superficie limpia, si es en superficie estéril con la cara interna sobre la superficie estéril, retire la tapa solo cuando sea indispensable y por el tiempo estrictamente necesario.³³

No tocar con los dedos al interior de las tapas o empaques de recipientes que contengan material estéril. Limpie con alcohol al 70% los tapones de los frascos que tienen soluciones. Cuando la envoltura de un elemento estéril se humedece, se considera contaminado y se debe descartar en la caneca de residuos biosanitarios. Cuando se cae un paquete quirúrgico estéril, se considera contaminado.³³

Los microorganismos pueden transmitirse a los recién nacidos a través del contacto directo con personas colonizadas o infectadas (madre, personal), por contacto indirecto con objetos contaminados (equipos de reanimación, incubadoras, mascarillas de oxígeno), por gotas de saliva de sus cuidadores, y por productos contaminados (leche, sangre, emulsiones grasas)³⁴

Al respecto, Loadermilk D; Perry, S y Bobak, señalan que las infecciones en los el recién nacido tienen efectos impredecibles y se acompañan de un alto índice de mortalidad, situación que se exagera en los recién nacidos prematuros, debido a la inmadurez de la barrera dérmica y de su sistema inmunológico.³⁴

De igual manera el hacinamiento y alto índice niño: enfermera deben ser evitados, pues aumenta el riesgo de infección nosocomial. Es por ello que el servicio de neonatología es un servicio donde las medidas de asepsia y antisepsia deben ser muy rigurosas, con el objeto de mantener los niveles mínimos de contaminación y prevenir los diferentes focos de infección hospitalaria, manteniendo la limpieza y desinfección del ambiente y a través del lavado de manos.³⁵

Una de las medidas de prevención y control de infección es el lavado de las manos. Constituye el proceso de eliminar el mayor número de microorganismos patógenos de las manos y brazos por medio de un lavado mecánico desinfección con productos químicos antes de manipular al recién nacido mencionan que “el profesional de enfermería tiene el deber de realizar el lavado de las manos como lo indican las normas de Precaución Universal, debido a que el tratamiento

quirúrgico de tejidos, cavidades u órganos y la reparación de heridas traumáticas mayores, son procedimientos que exigen la protección del personal de salud.²⁶

En el mismo sentido, el comité de Bioseguridad de Santa Fe, que señala que las precauciones universales consisten en: La utilización de barreras protectoras por parte del personal de enfermería y del resto del personal sanitario en los casos en que es probable que se produzca una exposición a la sangre o líquidos orgánicos del paciente. Estas barreras son: guantes, batas, mascarillas y gafas”. Es por ello, que la enfermera debe cubrir parcial o totalmente el cuerpo, que responde a un diseño determinado y cuyas propiedades protectoras e higiénicas impidan el paso de bacterias de su organismo hacia el recién nacido pretérmino.²⁶

Por otro lado es conocido que “tradicionalmente se han utilizado las batas en las unidades de neonatología y de posparto, pero su uso no disminuye la colonización bacteriana de la nariz o del ombligo del recién nacido ni la incidencia de sepsis” Las batas son valiosas para proteger la ropa del personal que presta cuidados y siempre que se apliquen las precauciones universales. Se debe proporcionar a cada recién nacido su propia ropa, pañales, y material médico quirúrgico para limitar la contaminación cruzada y en esencia se aísla a cada recién nacido con su propio equipamiento.³⁵

Es responsabilidad de las enfermeras imponer las normas para prevenir las infecciones hospitalarias y vigilará que el resto del equipo de salud siga con meticulosidad los procedimientos y precauciones para la infección. Continuando con los cuidados para la prevención de infecciones es la cura de la cicatriz umbilical, en relación a esto: El cuidado del cordón umbilical es el mismo que el

de cualquier herida quirúrgica. Sus objetivos son la prevención y la detección precoz de la hemorragia o la infección.³⁵

Si observa hemorragia por los vasos del cordón, la enfermera debe revisar la pinza y aplicar una segunda pinza cerca de la primera. Agrega además el autor citado, Para la cura del cordón umbilical, debe realizarse una limpieza con alcohol absoluto en la base del cordón y después de cambiar el pañal. El alcohol debe colocarse de manera que solo moje la cicatriz, sin que toque el resto de la piel del abdomen para evitar quemaduras en la delicada piel del bebe. La humedad que éste produce puede originar un crecimiento bacteriano y una prolongación en el tiempo de secado de éste, produciendo así infecciones en esta región que puede poner en peligro la vida del recién nacido.³⁵

El Lavado y desinfección de las manos es considerado la medida más importante para prevenir y reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Es uno de los métodos más antiguos, sencillos y eficaces para la disminución de las infecciones cruzadas de paciente a paciente o a través de las manos del personal sanitario, los gérmenes que se hallan presentes en la superficie de la piel son de forma temporal o transitoria, que se adquiere a través del contacto con los pacientes o personal infectado o colonizado o con superficies contaminadas, es de fácil remoción mediante la higiene de las manos. Generalmente está asociada a infecciones nosocomiales.³⁶

Se define flora residente a aquellos gérmenes que se hallan en capas profundas de la piel y se aíslan en la mayoría de las personas, se consideran permanentes, y son de difícil remoción por la fricción mecánicas las infecciones nosocomiales en el

recién nacido son consecuencia de la adquisición de bacterias y gérmenes patógenos en el hospital y son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el período neonatal.³⁶

Los Elementos de protección personal incluyen guantes, batas, fundas para zapatos, gafas, mascarillas. Son particularmente necesarios cuando la transmisión de la enfermedad puede ocurrir a través del tacto, aerosoles o salpicaduras de sangre, fluidos corporales, membranas mucosas, piel no intacta, los tejidos del cuerpo, de los materiales contaminados y las superficies. Los EPP pueden ayudar a crear una barrera entre el trabajador expuesto y la fuente de microorganismos infectantes.³⁷

Este tipo de indumentaria de protección debe ser utilizado por el profesional de enfermería cuando exista riesgo por exposición a agentes patógenos, para evitar el contacto con la piel o mucosa del ojo.³⁷

Uso de Gorro: Los procedimientos de intervención de enfermería, recomiendan el uso del gorro para evitar que el cabello reserve posibles microorganismos contaminantes. Atkinson, L. y Fortunato, N (2009) afirman “que todos los gorros deben ser desechables hechos de un material parecido a la tela, no porosos, suave de tejido de malla”. Por tal razón se recomienda que el personal de enfermería utilice el gorro preferiblemente descartable debido a que sirve como barrera protectora ya que en el cabello se alojan los microorganismos patógenos.³⁷

Guantes: Sirven para evitar la transmisión de microorganismos, las infecciones o la contaminación con sangre o sus componentes, y sustancias nocivas que puedan

afectar su salud, pueden ser de manejo o estériles. Los guantes son implementos elaborados de látex o caucho sintético, vinilo o nitrilo. Los miembros del personal de salud deben usar guantes siempre que sus manos vayan a manipular sangre o tejidos, al tener contacto con fluidos corporales, secreciones, excreciones, mucosas, piel lesionada, y más aún si va a estar en contacto con desechos médicos.³⁷

Se les debe cambiar entre tareas y procedimientos en el mismo paciente, o después del contacto con el material potencialmente infeccioso, elementos y superficies no contaminadas, antes de ir a otro paciente, y por último realice la higiene de manos inmediatamente después de quitárselos. Es importante saber que no son sustitutos del lavado de manos.³⁶

Mascarillas: Las normas para el uso de la mascarilla, a saber, son: “Debe estar cubriendo completamente nariz y boca, se deben manipular sólo las cintas para conservar limpia el área facial, las cintas se anudan con fuerza para fijarla. Anudar las cintas superiores detrás de la cabeza y las inferiores detrás del cuello.”

37

El uso de este elemento tiene por objetivo prevenir la transmisión de microorganismos que se propagan por el aire o gotitas en suspensión y cuya puerta de salida del huésped es el tracto respiratorio. Las mascarillas deben ser de uso individual y de material que cumpla con los requisitos de filtración y permeabilidad suficiente para que actúen como una barrera sanitaria efectiva de acuerdo al objetivo que se desea lograr. Se puede utilizar cuando hay riesgo de salpicaduras de sangre o líquidos corporales en el rostro, como parte de la

protección facial; también pueden evitar que los dedos y las manos contaminadas toquen la mucosa de la boca y de la nariz.³⁷

Batas y ropa protectora: “la bata constituye el atuendo protector más utilizado con la intención de proteger la ropa y la piel de las salpicaduras de sustancias húmedas corporales que puedan empapar la ropa y ponerse en contacto con la piel del personal”. Las batas adecuadas protegen a los trabajadores, para proteger la piel y evitar ensuciar la ropa durante actividades que puedan generar salpicaduras o líquidos pulverizables de sangre, fluidos corporales, o de los derrames y las salpicaduras de medicamentos peligrosos o materiales de desecho, y además, evitan que los microorganismos de los brazos, dorso o ropa lleguen al paciente.³⁷

El uso correcto del calzado: debe considerarse para fomentar el control de infecciones: Cuando se necesita la utilización de protección para los zapatos, deben ser usados para evitar contaminación con sangre u otros fluidos corporales y evitar la contaminación de los mismos hacia el ambiente, debe mantenerse limpio, se debe tener cuidado al ponerse / quitarse los zapatos en cualquier momento, durante la atención de un parto para evitar la contaminación de las manos, la higiene de manos debe realizarse después de la manipulación de calzado, no use calzado designado para los procedimientos fuera de las áreas de atención específica.³⁷

Barreras químicas. “El lavado de manos es la primera regla de higiene dentro de las normas universales de Asepsia y Antisepsia, esta importante estrategia recomendada en las normas de asepsia y antisepsia constituye una de las

principales medidas de prevención y se debe considerar como uno de los métodos más importantes para disminuir la transmisión de patógenos infecciosos, ya sea por manipulación de los desechos o por el contacto con los usuarios y debería convertirse en una actividad obligatoria en la función de la enfermera.”³⁶

Higiene de las Manos: El índice de infecciones nosocomiales se considera un indicador de la calidad de la atención médica y mide la eficiencia de un hospital junto a otros indicadores.³⁶

El tipo de procedimiento dependerá del objetivo que se quiera lograr. Para la OMS el modelo de «Los cinco momentos para la higiene de las manos» propone una visión unificada para los profesionales sanitarios, los formadores y los observadores con objeto de minimizar la variación entre individuos y conducir a un aumento global del cumplimiento de las prácticas efectivas de higiene de las manos. ³⁹ “Los 5 momentos del lavado de manos” son: antes del contacto directo con el paciente, antes de realizar una tarea limpia o aséptica. Después de exposición a fluidos corporales, después del contacto con el paciente, después del contacto con el entorno del paciente.³⁶

Los antisépticos son compuestos químicos con efecto antimicrobiano que se pueden aplicar en tejido vivo, localmente, de forma tópica en piel sana. Al ser sustancias que se utilizan en tejidos vivos requieren de propiedades especiales. En general, el uso de antiséptico está recomendando para los siguientes procedimientos: Disminuir la colonización de la piel con gérmenes, lavado de manos habitual, preparación de la piel para procedimientos invasivos, atención de

pacientes inmunocomprometidos, posterior a la manipulación de material contaminado, lavado quirúrgico de manos, preparación pre operatoria de la piel.³⁸

El mecanismo de acción de los alcoholes corresponde a la desnaturalización de las proteínas. Tienen buena acción contra las formas vegetativas de las bacterias Gram positivos y Gram negativos, bacilo tuberculoso, hongos y virus. Su aplicación en la piel es segura y no presenta efectos adversos, solo sequedad de la piel en algunos casos de uso de formulaciones no cosméticas. Es de rápida acción, incluso desde los 15 segundos. Aunque no tiene efecto químico de persistencia sus efectos biológicos de daño microbiano permanecen por varias horas.³⁸

Existen tres tipos de alcoholes útiles como antiséptico: etílico, propílico, isopropílico. El de mayor uso es el alcohol metílico, por su disponibilidad, ya que respecto a la efectividad no se han demostrado diferencias importantes. Respecto a la concentración, la más utilizada es al 70%, ya que aparte de producir menos sequedad e irritación de la piel y es de menor costo. Los alcoholes son volátiles e inflamables por lo que deben ser almacenados en condiciones apropiadas.³⁸

El término yodo disponible se refiere a la cantidad de yodo disponible como reservorio y el de yodo libre al porcentaje en solución en condiciones de actuar, es decir una solución de povidona yodada al 10%, contiene 1% de yodo disponible y la concentración de yodo libre es de 1 a 2 partes de un millón que se mantiene hasta agotarse el yodo disponible. La ventaja del producto se pierde al diluirse en agua, ya que en estas circunstancias se comporta como solución

acuosa de yodo. Su actividad puede verse disminuida por la presencia de sangre u otra materia orgánica.³⁸

Su acción antiséptica se clasifica entre nivel alto y nivel intermedio. Son letales en minutos para las bacterias, hongos, virus, protozoos, quistes amebas y esporas. Sin embargo, frente a esporas secas requiere de un mayor tiempo de exposición (horas)³⁸

La acción de la clorhexidina está determinada por daño a la membrana celular y precipitación del citoplasma. Posee un amplio espectro de acción, actúa sobre bacterias, Gram + y Gram -, no tiene acción sobre el bacilo tuberculoso y débil en hongos. Su acción antiviral incluye VIH, herpes simplex, citomegalovirus e influenza. Las ventajas que justifican el uso de Clorhexidina son la acción germicida rápida y su duración prolongada gracias a que esta sustancia tiene gran adhesividad a la piel, tiene un buen índice terapéutico.³⁸

Su uso es seguro incluso en la piel de los recién nacidos y la absorción a través de la piel es mínima. Solamente se ha reportado toxicidad en instilaciones de oído medio y ojos. La rapidez de su acción es intermedia y posee alto nivel de persistencia de su acción debido a una fuerte afinidad con la piel, por lo que sus efectos antimicrobianos permanecen hasta 6 horas después de su uso, el mayor efecto que cualquiera de los agentes utilizados para el lavado de manos. Presenta un importante efecto acumulativo de modo que su acción antimicrobiana aumenta con su uso periódico.³⁸

Su actividad no se ve afectada por la presencia de sangre u otras sustancias orgánicas, sin embargo, su acción se puede ver afectada por surfactantes no iónicos o aniones inorgánicos presentes en el agua dura y componentes utilizados en su preparación, razón por la cual su actividad es fórmula dependiente y esto determina las distintas concentraciones de uso.³⁸

Los desinfectantes son sustancias químicas capaces de destruir un germen patógeno que debido a su alta toxicidad celular se aplican solamente sobre tejido inanimado, es decir material inerte.³⁸

El glutaraldehído es un desinfectante altamente utilizado en el medio hospitalario debido a que tiene un amplio espectro de acción, es activo en presencia de material orgánico. Al esperar 12 horas se obtiene esterilización, con 30 minutos, desinfección de nivel alto y con 10 minutos, de nivel bajo. Si el material que se va a desinfectar está sucio con sangre, pus o cualquier elemento orgánico, se va a alterar el poder de desinfección.³⁸

Es una sustancia tóxica, no sólo para el personal que lo manipula, sino también para las personas que utilizan el instrumental. Por lo tanto, se debe enjuagar el instrumental después de la desinfección para eliminar todo el desinfectante impregnado. Se inactiva después de dos semanas de preparada y por dilución, por ejemplo al sumergir instrumentos previamente lavados con agua sin secarlos.³⁸

Para las teorías del cuidado de enfermería referiremos a Watson, quien desde una mirada existencialista, considera la persona como “*un ser en el mundo*”, como

una unidad de mente, cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente sujeto al cuidado de enfermería.³⁹

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración.⁴⁰

Lo ético ideal de la enfermería es el protección, el cambio y la conservación del respeto humano. La atención humana incluye valores, voluntad y compromiso con la mente, el aprendizaje, las actividades mentales y los resultados. Siendo considerada como un cuidado intersubjetivo, reacciona a los procedimientos de bienestar de la enfermedad, la comunicación con la naturaleza, la información de los procedimientos de la atención de enfermería, el autoaprendizaje, el aprendizaje de la energía de uno mismo y los impedimentos en la relación de cuidado. Ella conceptualiza la mente como un procedimiento relacional, entre dos individuos, con una medida transpersonal.⁴¹

2.3. BASE CONTEXTUAL:

El Hospital nuestra Sra. de las Mercedes de Paíta, es un hospital de referencia, en donde se atienden a pacientes de diferentes distritos de Paíta, cuenta con un área de Neonatología el cual se divide en Cuidados neonatales patológicos y Alojamiento conjunto, donde se atienden recién nacidos de madres con condiciones económicas bajas, que cuentan con el Seguro Integral de Salud.

El área de Alojamiento conjunto es un servicio incorporado recientemente e implementado, que presenta ROF, Guías Clínicas de Procedimientos, y Protocolos de Atención.

Cuentan con 10 enfermeras, 5 para cuidados Patológicos, 5 para Alojamiento Conjunto y atención inmediato del recién nacido, de ellas 7 son contratadas y 3 nombradas, actualmente las enfermeras contratadas perciben un sueldo de 3980 soles, mientras que las enfermeras nombradas su sueldo oscila entre 2800 y 3000 soles, siendo esto un problema de desigualdad, por lo que está en manos de los profesionales nombrados iniciar las conversaciones con la dirección para mejorar este problema

El área de Alojamiento Conjunto tiene una Coordinadora de Enfermeras, encargada de la parte administrativa del servicio.

El área no cuenta con una enfermera permanente, ya que las 5 enfermeras se hacen responsables de la atención en alojamiento conjunto y atención inmediata del recién nacido, cambiando de servicios durante el turno.

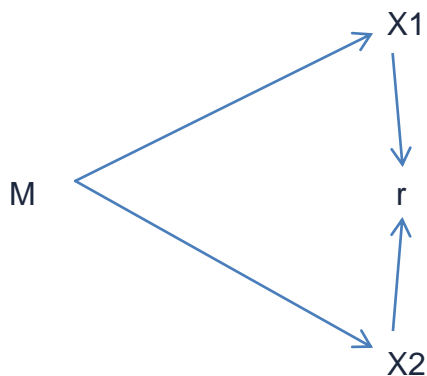
CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El presente estudio fue cuantitativo porque permitió examinar los datos de manera científica en forma numérica, generalmente con ayuda de herramientas del campo de la estadística, es decir que permitió cuantificar las variables a investigar.⁴²



En donde:

M = Enfermeras del servicio de Neonatología.

X1= Nivel de Conocimiento sobre Bioseguridad.

X2= Aplicación de Medidas de Protección

Fue correlacional por que su propósito fue evaluar la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables. Los estudios cuantitativos correlacionales miden el grado de relación entre esas dos o más variables. Es decir, miden cada variable presuntamente relacionada y después también miden y analizan la correlación. Fue transversal porque permitió estimar la magnitud y distribución de una condición en un período dado; el estudio se realizará en un tiempo determinado.⁴²

3.2. ABORDAJE:

La presente investigación fue abordada a través del Estudio correlacional no experimental. Es no experimental por que no permitió la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observen los fenómenos en su ambiente natural para luego analizarlos y fue trasversal porque partimos de los datos los cuales se recolectaron en un tiempo determinado.⁴²

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo compuesta por enfermeras que laboran en el servicio de neonatología del hospital Nuestra Señora de las Mercedes Paíta.

Criterios de inclusión

Enfermeras nombradas o contratadas con un mínimo de seis meses laborando en el servicio de neonatología.

Enfermeras que rotan por el servicio de neonatología y que acepten participar en el trabajo de investigación y que tienen el consentimiento informado.

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la ejecución del trabajo de investigación se solicitó el permiso respectivo a los directivos de la institución así como a la jefa de enfermeras y a cada una de las enfermeras participantes; quienes firmaran el consentimiento informado para la participación voluntaria de la investigación. Teniendo en cuenta que las enfermeras, eran observadas en su práctica de bioseguridad, fue necesario repetidas observaciones a fin de obtener datos confiables puesto que en algún momento olvidaban que eran observadas.

El primer instrumento fue el “Cuestionario sobre Conocimiento de Bioseguridad” construido por: Rodríguez M. y Saldaña H.¹⁶ que constó en la primera parte de: Datos Generales como edad, tiempo de servicio de la enfermera en el área de neonatología, el cual se divide en cuidados neonatales patológicos y alojamiento de recién nacidos sin complicaciones. En la segunda parte 15 enunciados los cuales fueron de respuesta única que evalúan el nivel de conocimiento de las enfermeras. (Anexo N°1).

El tiempo planificado aproximado para responder el cuestionario fue de 20 minutos. La valoración del cuestionario se realizó de la siguiente manera:

Nivel de Conocimiento alto:	15 – 20 puntos,
Nivel de Conocimiento Regular:	10.5 – 14 puntos,
Nivel de Conocimiento bajo:	1 – 10 puntos.

El segundo instrumentó denominado “Guía de Observación sobre la Aplicación de medidas de Protección de la Enfermera”; elaborado por Rodríguez M. y Saldaña H.¹⁶ la cual constó de 30 enunciados agrupados según las actividades de:

Medidas Generales de Asepsia: lavado de manos.	12 ítems
Las Barreras Protectoras dentro de ella	
Uso adecuado de Guantes Estériles, Uso de Guantes Limpios	05 ítems
Uso adecuado de Mascarilla N95, y mascarilla simple,	06 ítems
Uso adecuado de Mandilón.	04 ítems

Esta Guía de Observación se realizó 2 veces a cada enfermera en turnos diferentes. Se agrupó según el puntaje establecido por las investigadoras, teniendo en cuenta las respuestas del test. La suma de los puntajes se clasificó como:

Cumple: 15 a 28 puntos

No cumple de 0 – 14 puntos.

Para medir el instrumento se utilizó la observación directa como elemento básico. Sin embargo, para evitar el sesgo en la recolección de la información, se realizó a cada enfermera en turnos consecutivos de trabajo de 6 horas. (Anexo N°2)

3.5. Técnica de tratamiento de la información:

Los datos fueron recolectados a través de los instrumentos mencionados fueron procesados de manera automatizada utilizando el software SPSS versión 22.0, luego se realizó la tabulación simple y cruzada; y se presentó en cuadros estadísticos. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba del Chi-cuadrado con el 95% de probabilidad.

3.6. Validez y Confiabilidad

Validez Se realizó la validez a través de la aplicación de un juicio de expertos al cual se sometió los dos instrumentos a enfermeras expertas en el área en un

total de 3 enfermeras especialistas en el área, que evaluaron y dieron su punto de vista para corregir los ítems de ambos instrumentos.

Confiabilidad Utilizando el método de las dos mitades y aplicada a 10 enfermeras con las mismas características de la población de estudio, El Cuestionario sobre conocimiento de bioseguridad y la Guía de Observación sobre medidas de protección, se sometieron a la prueba de confiabilidad, el resultado se presenta a continuación: - Cuestionario sobre Conocimiento de Bioseguridad $R_s = 0.862$ $p = 0.011$ (*) - Guía de Observación sobre Medidas de Protección $R_s = 0.906$ $p = 0.0031$ (**) Según los resultados el instrumento presenta Confiabilidad Interna significativa para el cuestionario de conocimiento y altamente significativa para la Guía de Observación. (Ver anexo N° 04).

3.7. PRINCIPIOS ÉTICOS:

Principio de Beneficencia: La beneficencia es un valor indispensable para el cuidado de la salud, como lo es para la ética en general. El deber de dar asistencia no implica solamente reconocer responsabilidades recíprocas entre unos y otros, sino que tiene que ver en particular, con el reconocimiento del deber de proteger a los indefensos, Asimismo, guarda relación con la obligación que tienen los profesionales de la salud de compartir sus conocimientos y su experiencia o sea, dedicarlos a incrementar la autonomía, la formación y la capacidad de las personas, para que éstas asuman los deberes relativos a su vida y su salud, y poder ayudarlos a que ellos mismos se curen.⁴³

Principio de No Maleficencia: El profesional nunca puede poner procedimientos que sean claramente maleficentes, es decir, que estén claramente contraindicados. El neonato enfermo también es un sujeto moral, y si bien puede que su capacidad para tomar decisiones esté alterada por su edad, no está anulada como se planteaba en épocas pasadas, por lo tanto, tiene derecho a tomar todas aquellas decisiones que afectan a su cuerpo y a su vida, subrogada a sus padres y/o representantes poder ejercerlo.⁴³

Principio de Autonomía: Por este principio cada individuo tiene derecho a tomar decisiones y dar un consentimiento informado. Es deber del médico y su equipo informar con veracidad los beneficios y riesgos que se pudieran correr ante las posibles conductas terapéuticas, lo cual es un requisito indispensable ante cualquier eventualidad en la práctica médica, la confianza es necesaria, este principio es violado cuando se omite información. Es de vital importancia que desde el primer contacto con el neonato y sus familiares se le muestre seguridad y confianza, explicarles todo lo concerniente a la enfermedad, su posible etiología, secuelas a corto o largo plazo, las pruebas que se han de realizar, entre otros aspectos.⁴³

Consentimiento significa acción y efecto de consentir, autorizar, permitir, conceder, existencia de voluntad a fin entre dos partes o mejor aún acuerdo entre dos voluntades. Este consentimiento informado necesario para cualquier tipo de intervención médica será más necesario cuanto menos urgente y más experimental sea la intervención y tanto más aconsejable cuanto mayor sea los

riesgos de la intervención y más dudosa sea la proporción entre riesgos y beneficios.⁴³

Se deberán respetar las decisiones tomadas, en este caso en particular por sus padres y/o representantes después de recibir una adecuada información y estando libre de coacciones internas o externas. Su elección, sea aceptación o rechazo del tratamiento propuesto, debe respetarse, aunque no coincida con lo que el médico o el equipo consideren lo mejor. Cuando se trata de neonatos, el principio de autonomía no se traslada del niño, ni a los padres, ni a los profesionales, pues entra en juego sobre la libertad, el derecho a la vida, y así lo acepta nuestra Constitución Nacional.⁴³

Principio de Justicia: El principio de justicia en el cuidado de la salud se refiere ante todo a la máxima igualdad en la distribución de los recursos asistenciales y las oportunidades de recibir cuidados y tratamiento, de los riesgos y los beneficios, con objeto de asegurar que las personas -tanto individual como colectivamente- reciban un trato equitativo. La justicia en cuanto a la igualdad de los resultados para los grupos atañe a las responsabilidades "políticas" de los profesionales de la salud en la inspección y la distribución de los recursos, así como las etapas de planificación, investigación y realización.⁴³

3.8. RIGOR CIENTÍFICO

La confidencialidad: Se refiere a que la información obtenida de los sujetos de investigación no se harán públicos, asegurando el anonimato, para ello la

investigadora mantuvo en absoluto resguardo lo encontrado en las observaciones.

La credibilidad: Se refiere a que la información obtenida durante la observación realizada se ajustan a la verdad, las investigadoras tuvieron en cuenta desde la descripción del objeto de estudio hasta el análisis de la información.

La Auditabilidad: Se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información que se logra cuando otro(s) investigador(es) pueden seguir la misma metodología del investigador original y llegar a resultados similares. Siendo para ello necesario un registro y documentación completa de las decisiones o ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y puede llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador. En esta investigación se usará el cuestionario y se tendrán en cuenta, las fuentes teóricas con las que se consultarán, siendo sustento científico que den mayor soporte y autenticidad de la investigación.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y

DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Tabla 1

Nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre bioseguridad en el cuidado del neonato en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes Paita” 2016

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	%
Bueno	10	67%
Regular	2	13%
Malo	3	20%
Total	15	100%

Fuente: encuesta realizada a las enfermeras de neonatología

INTERPRETACIÓN:

Según el cuadro se observa del 100% de enfermeras el 67% de ellas poseen un nivel de conocimiento bueno, sobre bioseguridad en el cuidado del neonato, el 20% poseen un nivel de conocimiento malo y solo el 13% su nivel de conocimiento regular.

Tabla 2

Aplicación de medidas de protección en el cuidado del neonato por el profesional de enfermería en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes Paita” 2017

APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN	FRECUENCIA	%
Cumple	10	67%
No cumple	5	33%
Total	15	100%

Fuente: Guía de observación

INTERPRETACIÓN:

Según la tabla N° 2 se observa del 100% de profesionales de enfermería, el 67% de ellas cumple con la aplicación de las medidas de protección en el cuidado del neonato, el 33% de enfermeras no cumplen con la aplicación de las medidas de protección.

Tabla 3

Relación entre el Nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre bioseguridad y aplicación de medidas de protección en el cuidado del neonato en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes Paita” 2016

APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN	Nivel de conocimiento						Total	%
	Bueno		Regular		Malo			
	Fc	%	Fc	%	Fc	%		
Cumple	10	67%	0	0	0	0	10	67%
No cumple	0	0	2	13%	3	20%	5	33%
Total	10	67%	2	13%	3	20%	15	100%

Fuente: análisis estadístico de encuestas y guía de observación

$$X^2 = 5.23$$

$$p = 0,034$$

INTERPRETACIÓN

Según la tabla N° 3 se observa del 67% de profesionales de enfermería, cumplen con la aplicación de las medidas de protección en el cuidado del neonato, poseen un nivel de conocimiento bueno sobre bioseguridad, del 33% de profesionales de enfermería que no cumplen con la aplicación de las medidas de protección en el cuidado del neonato, 20% poseen un nivel de conocimiento malo y el 13% de enfermeros poseen un nivel de conocimiento malo.

4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En las últimas décadas se ha visto el interés por investigar el conocimiento de los trabajadores de salud, en temas relacionados a las diferentes normas de bioseguridad, por ello determinar la relación entre el nivel de conocimiento del Profesionales de Enfermería sobre bioseguridad y la aplicación de medidas de protección en el cuidado del neonato, es de vital importancia, también es conocido que el comportamiento del trabajador ha ido modificándose a medida que se han producido avances en la ciencia y en la tecnología; de tal manera, que la capacitación y fortalecimiento del conocimiento del trabajador, cobra un papel predominantemente importante para las instituciones.

En la tabla 1 se observa el 67% de profesionales de enfermería poseen un nivel de conocimiento bueno, sobre bioseguridad en el cuidado del neonato, el 20% de ellos poseen un nivel de conocimiento malo y solo el 13% presentan un nivel de conocimiento regular. Los resultados difieren a los encontrados por Bautista R, Delgado M, Hernández Z, Cuevas S, Arias C.¹¹ (Colombia 2013), quien en su investigación refiere que el personal de enfermería tenía conocimiento regular en un 66% frente a las medidas de bioseguridad, por su parte Pazmino O, Pesantes B.¹⁰ (Ecuador 2013), sus resultados demostraron que el 85% del personal de enfermería tenía un escaso conocimientos en medidas de bioseguridad, asimismo Echeverri P, Salcedo C.⁹ (Colombia 2014), en su investigación obtuvieron que más del 80% de los profesionales de enfermería presentaban niveles de conocimiento entre medio y bajo, por otro lado Revollar H,¹⁵ (Ayacucho 2014) en su investigación, obtuvo como

resultado que el 43 % del total de enfermeras conocen las normas de bioseguridad, el 57 % no la conocen, asimismo Bazán T.¹⁷ (Lima 2012) en su investigación encontró que el 72 % de enfermeras conocen de medidas de bioseguridad, el 28 % no la conocen, por su parte Chilón A. Santa Cruz D.¹⁴ (Chepen 2016) en su investigación encontraron que el 90% de enfermeras presentó nivel de conocimientos bueno sobre bioseguridad, el 10 % conocimiento deficiente. Finalmente el estudio se asemeja en el realizado por Rodríguez M. Saldaña H.¹⁶ en el año 2013 en Trujillo quien encontró que el 40% de enfermeras tienen un nivel de conocimiento alto sobre bioseguridad.

El conocimiento es la sumatoria de las representaciones abstractas que se poseen sobre un aspecto de la realidad. Por ello representar el conocimiento en niveles permitirá tener una base para conocer cuan preparado se encuentra la enfermera en el área teórica, así como verificar cuan preparada se encuentra para brindar el cuidado en este caso de los neonatos.

En el estudio verificamos que el nivel de conocimiento en medidas de bioseguridad de las profesionales de enfermería que realizan sus actividades en el área de neonatología es bueno, esto debido a las diferentes capacitaciones que se ha realizado en nuestra institución, ya que en la actualidad contamos con un hospital con una infraestructura nueva y de acorde con los estándares que pide el mundo moderno, así mismo las diferentes coordinadores de esta área han mostrado su preocupación y la

necesitada que su personal se encuentre constantemente capacitado, realizando de esta manera curso de fortalecimiento en medidas de bioseguridad

En la tabla 2 se menciona la aplicación de las medidas de protección en el cuidado del neonato en el área de neonatología, podemos observar que el 67% de las enfermeras cumplen con la aplicación de estas medidas de protección, mientras que el 33% no cumplen. Los resultados encontrados se asemejan a los de, Chilon A. Santa Cruz D.¹⁴ en Chepen en el año 2016, en su estudio encontró que el 90% del total de enfermeros realizaron buenas práctica de medidas de Bioseguridad, mientras el 10 % realizaron mala práctica de medidas de bioseguridad, de igual manera Rodríguez M. Saldaña H.¹⁶ en el año 2013 en Trujillo, sus resultados fueron para la aplicación de medidas de protección un 73.3% cumplen, mientras que en un 26.7% no cumplen. Existiendo diferencia con los resultados encontrados por Echeverri P, Salcedo C.⁹ en Colombia, en el año 2014, quien encontró que la aplicación de las normas de bioseguridad fue desfavorable, mientras que para Bautista R, Delgado M, Hernández Z, Cuevas S, Arias C.¹¹ En Colombia 2013, en su investigación encontró que un 70% de enfermeras muestran diferente aplicación sobre medidas de bioseguridad, por su parte Bustamante O.¹² en Ecuador, en el año 2012, encontró que el 53% no cumplían con las normas de bioseguridad, asimismo Mora R, Pereira K.¹³ en Barquisimeto Venezuela en el año 2011, en su investigación encontró que las enfermeras a pesar de tener buen conocimiento de las normas de bioseguridad no las aplicaba.

La aplicación de las medidas de bioseguridad está enmarcada a la potestad de cada enfermera de tener conocimiento de la gravedad que puede ocasionar tanto para los neonatos, el entorno y ella misma, el no realizarlas, en este contexto, las la aplicación de las medidas de protección por parte de las enfermeras del área de Neonatología, reflejan un estado de disposición adquirida y organizada de la propia experiencia, así como el constante manejo de cualquier complicación que se pueda presentar por falta de esta aplicación, esto motiva a la enfermera a actuar de una manera característica frente a riesgos intrahospitalarios, puesto que es clave llevar a la práctica, las técnicas correctas en los diferentes procedimientos y al fomento de una cultura de prevención orientada hacia el autocuidado, protegiendo de esta manera a los miembros del equipo de salud, el paciente, su familia y la comunidad en general.

Sin embargo los resultados demuestran aun un 33% de enfermeras que no aplican estas medidas, esto podría reflejarse por el contante cambio de personal que ocurre en la institución en estudio, que por motivos diferentes ingresan en una área donde existía un personal capacitado y en el cual se había logrado fortalecer su habilidades en la aplicación de medidas de bioseguridad.

En la tabla 3 se menciona Relación entre el Nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre bioseguridad y aplicación de medidas de protección en el cuidado del neonato, en estos resultados podemos observar

que se presenta relación significativa para ambas variables p (0.034), es decir que el conocimiento se relaciona con la aplicación de medidas de bioseguridad, en donde vemos que las enfermeras que presentan conocimientos altos 67% cumplen con la aplicación de medidas de bioseguridad, mientras que las enfermeras que presentan conocimientos regulares y bajos 33%, no cumplen con las medidas de bioseguridad.

Estos resultados se asemejan a los encontrados por Echeverri P, Salcedo C.⁹ en Colombia, en el año 2014, quien evidenció una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y la aplicación de las normas de bioseguridad, por su parte Rodríguez M. Saldaña H.¹⁶ en el año 2013 en Trujillo quien encontró dependencia significativa ($p=0.032 < 0.05$); se observa que las enfermeras que presentaron un nivel de conocimiento alto cumplen con las medidas de protección en un 88.9%, mientras que las enfermeras que tienen un nivel de conocimiento medio cumple con las medidas de protección en un 59.3%.

Los resultados evidencian que las enfermeras presentan conocimientos altos en normas de bioseguridad, por esta razón aplica de manera adecuada las medidas de protección, por otro lado los resultados muestran un nivel satisfactorio en el cumplimiento de las normas, esto se ve reflejado en trabajadores sanos, garantizando un ambiente de trabajo en el que se vea disminuida los agentes transmisores de diferentes enfermedades, asimismo estos resultados fortalecen la responsabilidad del ejercicio profesional, enmarcado en los saberes

fundamentales cognoscitivos, procedimentales y actitudinales en pro de proporcionar el cuidado para la salud libre de riesgos, ya que la salud de las enfermeras es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad diaria, de no ser el caso su mala salud interferiría en los cuidados específicos de enfermería del área de Neonatología.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- El 67% de profesionales de enfermería poseen un nivel de conocimiento bueno, sobre bioseguridad en el cuidado del neonato, el 20% poseen un nivel de conocimiento malo y solo el 13% su nivel de conocimiento regular.
- El 67% de enfermeras cumple con la aplicación de las medidas de protección en el cuidado del neonato, el 33% de enfermeras no cumplen con la aplicación de las medidas de protección.
- El 67% de profesionales de enfermería, cumplen con la aplicación de las medidas de protección en el cuidado del neonato y poseen un nivel de conocimiento bueno sobre bioseguridad, del 33% de profesionales de enfermería que no cumplen con la aplicación de las medidas de protección en el cuidado del neonato, 20% poseen un nivel de conocimiento malo y el 13% de enfermeros poseen un nivel de conocimiento malo
- La relación entre el nivel de conocimiento sobre bioseguridad y la aplicación de las medidas de protección en el cuidado del neonato en el área de Neonatología es alta ($p=0.034 < 0.05$).

RECOMENDACIONES

Para el director del hospital nuestra Sra. De las Mercedes de Paita:

- Asumir estrategias de capacitación al personal de enfermería para la prevención de la morbimortalidad de los recién nacidos, por incumplimiento de protocolos de bioseguridad

Para la enfermera Coordinadora del Servicio de Neonatología

- Continuar la educación continua sobre Normas de Bioseguridad y su aplicación, con la finalidad de que todas las enfermeras del Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes Paita, se encuentren capacitadas.
- Socializar los resultados obtenidos, con los diferentes jefes de área a fin de reconocer a las enfermeras de esta área por su esfuerzo, al encontrarse capacitada, lo cual redundará en la salud de los neonatos

Para las enfermeras asistenciales:

- Cumplir con la aplicación de las medidas de bioseguridad, al realizar el cuidado del recién nacido y educar a las madres a fin de continuar el cuidado sobre el riesgo del niño en el hogar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rojas N. Nivel de conocimiento y grado de cumplimiento de las medidas de bioseguridad en el uso de la protección personal, aplicados por el personal de enfermería [Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2015.
2. Chávez D. Conocimientos y prácticas de medidas de bioseguridad frente a riesgos biológicos en enfermeras(os) de emergencias del Hospital Carlos Lanfranco [Tesis para optar el título Profesional de Especialista en Enfermería En Emergencias y Desastres]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2016.
3. Li C. Bioseguridad en la sala de reanimación. [Diapositivas]. Lima: Arizona; 2012, 40 diapositivas; disponible en: <http://www.reeme.arizona.edu/materials/Medidas%20de%20Bioseguridad.pdf>
4. Hidalgo L, Marroquín J, Antogni J, Samalvides F, Prevalencia de Infecciones hospitalarias en un hospital peruano de nivel IV. Rev Med Hered. Epidemiol. 2011.
5. Patricio A, conocimientos y prácticas de bioseguridad del profesional de enfermería en la inserción del catéter percutáneo en prematuros del servicio de UCIN de un hospital MINSA (tesis de Segunda especialidad) universidad nacional mayor de “san marcos” Lima 2017.
6. Alvarado R, Rimac M. Conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad por el personal de enfermería en sala de partos. Universidad privada Nolbert Wiener. (Lima 2016).

7. Cuidados de enfermería para la prevención de las infecciones posnatales. Hospital Ginecoobstetrico “Ramon Gonzales Coro”. Rev. Cubana Enfermer. V.21 n.2 ciudad de la Habana Mayo-Ago. 2005.
8. Ávila V., Machuca S., Carrasco G. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011 – 2012. Ministerio de salud. Dirección General de Epidemiología. 2013. 188 p.
9. Echeverri P., Salcedo C. Conocimientos y Actitudes en la Aplicación de Normas de Bioseguridad del Personal del Servicio de Enfermería [revista en línea] Revista Colombiana de Salud Ocupacional, 4(1). 2014, pp 15-21 Colombia
10. Pazmino O., Pesantes B. Conocimientos de Bioseguridad en las Técnicas de Administración de Medicamentos en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología del Hospital Gineco-Obstétrico “Enrique Sotomayor”. [Tesis para optar el título de enfermera]. Universidad de Guayaquil. 2013.
11. Bautista R, Delgado M, Hernández Z, Cuevas S, Arias C. Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería. Colombia 2013
12. Bustamante H. Evaluación del cumplimiento de las normas de bioseguridad en el hospital UTPL. [Tesis para optar el título de enfermero]. Ecuador 2012.
13. Mora R., Pereira K. Factores que influyen en el cumplimiento de las normas de bioseguridad del personal de enfermería. [Tesis de Título de enfermero]. Universidad Centro occidental “Lisandro Alvarado”. Venezuela. 2011.

14. Chilón A. Santa Cruz, D. Conocimientos y prácticas de bioseguridad en enfermeras del Hospital Público de Chepén. Trujillo. [Tesis de Titulación]Universidad de Trujillo. 2016.
15. Revollar H. Conocimientos sobre medidas de bioseguridad en el profesional de enfermería del Hospital San Miguel Ayacucho. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2014.
16. Rodríguez M, Saldaña H. Conocimiento sobre bioseguridad y aplicación de medidas de protección de las enfermeras del departamento de neonatología Hospital Belén de Trujillo. [Tesis] Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego. 2013.
17. Bazán T. Conocimientos sobre medidas de bioseguridad del profesional de enfermería en el Servicio de Neonatología en el Hospital Nacional Ramiro Priale. [tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería en Neonatología]. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Huancayo 2012.
18. Ruiz M. Metodología resumen de conceptos de conocimiento. Universidad de Londres. [Internet] 2013. [acceso 12 octubre del 2016]. Disponible en: http://www.academia.edu/8931836/Metodologia_resumen_conceptos_de_conocimiento
19. Bentolila H. conocimiento científico conocimiento y ciencia. Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia, vol. XI, núm. 22, 2011, pp. 73-82
20. Mouriño P. Espinosa A. Moreno A. El Conocimiento Científico. Boletín universidad de México. 1 -8 p. 2011. Disponible en: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/11/conocimiento-investigacion.pdf>

21. González S. Conocimiento empírico y conocimiento activo transformador: algunas de sus relaciones con la gestión del conocimiento. [Internet]. 2011 [citado 2017 Jul 29]; 22(2): 110-120. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352011000200003&lng=es.
22. Cisneros G. Bioseguridad. [internet] 2011. [acceso 13 de octubre del 2016] Universidad del Cauca. Facultad Ciencias de la Salud. Pg 1 – 14. Disponible en: <http://www.ciefa.org/acrobat/modulos/Lectura%20N%2001.pdf>
23. Bagnulo H. Normas de Bioseguridad del Ministerio de Salud Pública. Uruguay [internet]. [acceso 13 de octubre del 2016]. Disponible en: <http://www.infecto.edu.uy/prevencion/bioseguridad/bioseguridad.htm#anchor39901>
24. Abate. H. Peña E. Normas y recomendaciones de bioseguridad en neonatología. Manual de Bioseguridad para Establecimientos de Salud. Capítulo 10. 31 de octubre 2014.
25. Polin R., Denson S., Brady M. Estrategias para la Prevención de las Infecciones Asociadas a la Salud en la UCIN. Pediatría 2012, 129 (4): 1085-1093.
26. García A. Medidas de bioseguridad, precauciones estándar y sistemas de aislamiento. [revista en internet]. Revista Enfermedades. IMSS 2002; [acceso 13 de octubre del 2016]. Hospital de Infectología. Centro Médico Nacional "La Raza" 10 (1): 27-30. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=46377>
27. Ministerio de Salud. Manual de bioseguridad. Sistema de gestión de la calidad de PRONAHEBAS. MINSA. Lima. 2004.

28. Ministerio de salud. Directiva Sanitaria para la Promocionar el lavado de manos social como práctica saludable en el Perú. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Promoción de la Salud. Lima 2017.
29. Normas de bioseguridad: Desechos intrahospitalarios. 29 abril 2012. Disponible en: normasdebioseguridad-salud.blogspot.com/.../desechos-intrahospitalarios_8989.html.
30. Alvarez F, Faizal E. Gerencia de hospitales e instituciones de Salud. Primera edición: Bogotá, setiembre del 2013.
31. Guía De Procedimiento Para El Manejo de ropa hospitalaria. Diagnóstico del manejo Interno de Residuos Sólidos Hospitalarios. Hospital de emergencias “José Casimiro Ulloa”. 2014.
32. Osorio J, Ortiz P. manual de bioseguridad, asepsia y antisepsia manejo integral. Junio 2012.
33. Rodríguez M, Valencia, Cano L. Evaluación y Control Institucional. Protocolo de normas generales de asepsia y antisepsia. Junio 2014. Disponible en: <https://es.slideshare.net/DavidRuzB/normas-generales-de-asepsia-y-antisepsia>.
34. Pereyra C. Méndez v. Saavedra a. Conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el manejo del recién nacido prematuro. [tesis] argentina. Universidad de cuyo. 2013. Disponible en http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6481/pereyra-cristina.pdf
35. Castro L, Urbina L. Manual de enfermería en neonatología. Editorial Ciencias médicas. La Habana 2007. 282 pag. Disponible en: <http://www.untumbes.edu.pe/bmedicina/libros/Libros11/libro135.pdf>

36. Organización Mundial de la Salud. Manual técnico de referencia para la higiene de las manos. Infecciones Relacionadas Con La Atención Sanitaria E Higiene De Las Manos. [Internet] 2009. [acceso 12 de octubre del 2016], disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102537/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf
37. Ministerio de Salud. Manual de bioseguridad hospitalaria. Hospital San Juan de Lurigancho. 2015.
38. Juárez J. 2010. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. (DIGEMID). MINSA-PERU. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Farmacia y Bioquímica.
39. Guerrero R. Meneses L. Ruiz D. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima. Rev enferm Herediana. 2016; 9 (2):127-136.
40. García V. Urra M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados. Ciencia y Enfermería XVII (3): 11-22, 2011
41. Valenzuela M. ¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de Urgencia? Universidad de Alicante. Departamento de enfermería. Tesis Doctoral. Alicante, marzo 2015.
42. Hernández S. metodología de la investigación. Investigaciones cuantitativas. Quinta edición. México. 2010
43. Héctor G. Aguirre G. Principios éticos de la práctica médica. Cir Ciruj 2004; 72: 503-510

ANEXOS



ANEXO N°1
UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POST GRADO



CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO DE BIOSEGURIDAD

Estimada colega:

El presente cuestionario está dirigido a las enfermeras que laboran en el Área de Neonatología como parte de un Trabajo de Investigación sobre Conocimientos de Bioseguridad con la finalidad de identificar los conocimientos que se tiene sobre el tema. La encuesta será anónima y tendrá carácter confidencial, por lo cual solicitamos responder a todas las preguntas en forma veraz y sincera siendo su colaboración sumamente importante.

Agradecemos su gentil colaboración.

INSTRUCCIONES: Marque con una aspa (x) las respuestas que considere correcto.

Llene los espacios en blanco.

Conteste todas las preguntas

Datos Generales:

Edad_____ Tiempo de Servicio en el área de neonatología _____

1. La Bioseguridad tiene como principio básico:

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

Fuente: Conocimiento de Bioseguridad” construido por Cruz JL y modificado por Rodríguez M. y Saldaña H.

2. La Medidas de Bioseguridad se define como:

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

3. La bioseguridad tiene principios, ¿Cuáles son?

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

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

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

Fuente: Conocimiento de Bioseguridad” construido por Cruz JL y modificado por Rodríguez M y Saldaña H.

5. Las precauciones universales de bioseguridad son:

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

d) Lavado de manos antes y después del contacto con paciente, uso de guantes, uso de mascarilla, uso de mandilón, uso de botas, vacunación anual.

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

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

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

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

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

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

Fuente: Conocimiento de Bioseguridad” construido por Cruz JL y modificado por Rodríguez M. y Saldaña H.

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

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

10. Las Barreras protectoras de Bioseguridad son:

- a) Lo elimino en el envase más cercano
- b) Lo descarto en bolsa roja.
- c) Lo desinfecto con alguna solución

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

e) b, c y d

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

a) En toda sala de hospitalización de Neonatología y en todo procedimiento que implique exposición a material contaminado

b) En todo procedimiento que implique exposición al material no contaminado y estéril.

c) Para la atención directa del paciente.

d) Para la higiene y comodidad del paciente, curación de heridas, actividades de laboratorio.

12. A menudo ¿qué tipo de secreciones manipula en la atención del recién nacido?

a) Sangre

b) Orina / deposiciones

c) Secreciones respiratorias.

d) Secreciones purulentas.

e) Todas las anteriores.

Fuente: Conocimiento de Bioseguridad” construido por Cruz JL y modificado por Rodríguez M y Saldaña H.

13. ¿Qué hace usted con el material punzocortante?

a) Lo elimino en el envase más cercano

b) Lo descarto en bolsa roja

c) Lo desinfecto con alguna solución

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

e) b, c y d

14. ¿La primera acción a realizar ante un accidente con material biológico es?

a) Lavado de manos con antisépticos.

b) Limpio con algodón más alcohol yodado.

c) Aprieto para que salga sangre contaminada.

d) Lo cubre de inmediato

e) A, b y d

15. ¿Frente a un accidente laboral que implique su integridad y la del recién nacido que acciones realiza?

- a) Notificar inmediatamente el accidente llenando la ficha.
- b) Registrar el incidente.
- c) No tomar las medidas preventivas en el momento del accidente.
- d) Solo llenar la ficha y dejar en el servicio.
- e) Ninguna de las anteriores.

Fuente: Conocimiento de Bioseguridad” construido por Cruz JL y modificado por Rodríguez M. y Saldaña H.



ANEXO N°2

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POST GRADO

APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD



Estimada colega:

La presente evaluación está dirigida a las enfermeras que laboran en el Área de Neonatología como parte de un Trabajo de Investigación sobre Conocimientos de Bioseguridad con la finalidad de identificar la aplicación de las medidas de bioseguridad, la evaluación será anónima y tendrá carácter confidencial, por lo cual solicitamos nos permita iniciar la evaluación, siendo su colaboración sumamente importante.

Agradecemos su gentil colaboración.

INSTRUCCIONES: el investigador observará las medidas que realizan las enfermeras y anotará si cumple o no cumple en cada ítem, seleccionado.

ACTIVIDADES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
A. Medidas Generales de Asepsia Lavado de manos. 1. Según Minsa <ul style="list-style-type: none">➤ Quitarse los objetos de manos y muñecas.➤ Mojar las manos con agua➤ Cubrir con jabón las manos y frotar toda la superficie, incluídas las palmas, el dorso, entre los dedos y especialmente debajo de las uñas, por lo menos 20 segundos.➤ Enjuagar bien las manos con abundante agua a chorro.➤ Secar las manos en primer lugar por las palmas, después por el dorso y entre los dedos empleando la toalla.➤ Para el cierre de la llave o caño use la misma toalla.			

<p>➤ Eliminar la toalla desechable o tender la toalla.</p> <p>2. Momentos en que lo realiza</p> <p>➤ Antes del contacto con el recién nacido.</p> <p>➤ Después del contacto con el recién nacido</p> <p>➤ Antes de realizar un procedimiento con el recién nacido.</p> <p>➤ Después del riesgo de exposición a líquidos corporales</p> <p>➤ Después con el entorno del recién nacido</p> <p>B. Utiliza Barreras Protectoras.</p> <p>1. Uso Adecuado de Guantes</p> <p>❖ Estériles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se observa que pone en práctica la técnica establecidas para la colocación de guantes estériles - Utiliza guantes estériles para realizar procedimientos asépticos: canalización de una vía, colocación de SOG colocación de sonda Foley, toma de muestra para hemocultivo, colocación de catéter venoso central. - Se cambia los guantes en cada procedimiento. - Pone en práctica la técnica para el retiro y eliminación de guantes contaminados <p>❖ Limpios</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utiliza guantes limpios para realizar procedimientos como: toma de muestras, cambio de pañal <p>2. Uso Adecuado de Mascarilla</p> <p>❖ N95</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se coloca la mascarilla cubriendo la boca y nariz. - Usa la mascarilla durante la realización de procedimientos asépticos: manejo de hemoderivados, en caso de manipular agentes infectocontagiosos como el mycobacterium tuberculosis e influenza. - Se quita la mascarilla después de 			
---	--	--	--

<p>terminar cualquier procedimiento en su área de trabajo y sale a otra.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pone en práctica el modo de almacenamiento adecuado de la mascarilla en una bolsa de papel para su siguiente uso. <p>❖ Simple</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se coloca la mascarilla cubriendo la boca y nariz - Se quita la mascarilla después de terminar cualquier procedimiento en su área de trabajo y sale a otra. - Pone en práctica la técnica el modo de eliminación de la mascarilla. <p>3. Uso adecuado de Mandilón</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se coloca el mandilón correctamente, teniendo en cuenta la colocación de la apertura de la espalda. ➤ Utiliza el mandilón durante la realización de procedimientos invasivos. ➤ Se quita el mandilón para salir a otra área fuera de su servicio. ➤ Pone en práctica el almacenamiento del mandilón de manera segura en el lugar adecuado para su descontaminación y lavado en la institución. 			
--	--	--	--

VALOR DEL INSTRUMENTO

CUMPLE: 15 – 28 puntos.

NO CUMPLE: 0 – 14 puntos.

Fuente: Elaborado por Rodríguez M. y Saldaña H.



ANEXO N° 3

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POST GRADO
CONSENTIMIENTO INFORMADO



YO:, abajo firmante, acepto participar de la investigación titulada: “Conocimientos del profesional de enfermería sobre bioseguridad y aplicación de medidas de protección en el cuidado del Neonato Servicio de Pediatría en el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes Paita”, realizado por las por las Lic. En Enfermería. Flores García, Guísela y la Lic. En Enfermería. Nima Ramírez, Deysi, que tiene como objetivo principal: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre bioseguridad y la aplicación de medidas de protección en el cuidado del Neonato Acepto participar de las entrevistas que sean necesarias en relación al objetivo. Entiendo que las informaciones dadas serán solo de su conocimiento estando garantizado el secreto y respetando mi privacidad. Estoy consciente que las informaciones obtenidas serán tratadas bajo absoluto, anonimato y fielmente redactadas por las investigadoras y que también poder retirarme del estudio sin que tenga ningún perjuicio o gasto. Finalmente declaro que después de las aclaraciones convenientes realizadas por las investigadoras doy mi consentimiento de participar de la investigación.

Lambayeque, enero del 2016

Firma del entrevistado _____



ANEXO N° 4

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POST GRADO



FICHA DE JUICIO DE EXPERTOS

La validación de la ficha de recolección se realizó por juicio de expertos, para lo cual participarán 3 expertos en el área.

Nombres y Apellidos: _____ N° Experto: _____

Fecha: _____

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre la ficha de recolección que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el Ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio. Tenga a bien anotar sus observaciones y sugerencias en los espacios correspondientes.

CRITERIOS	Si	No	OBSERVACIONES
1. La ficha de recolección recoge la información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. La ficha de recolección responde a los objetivos de la investigación.			
3. La ficha de recolección responde a la operacionalización de la variable.			
4. La estructura de la ficha de recolección es adecuada			
5. La secuencia presentada facilita el llenado de la ficha de recolección.			
6. Los ítems son claros y comprensibles para la recolección.			
7. El número de ítems es adecuado para la recopilación.			
8. Se debería de incrementar el número de ítems en la ficha de recolección			
9. Se debe eliminar algunos ítems en la ficha de recolección			

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento.

Firma