

**RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DEL EQUIPO
QUIRÚRGICO EN EL MANEJO DE MEDIDAS ASÉPTICAS EN UNA
INSTITUCIÓN DE SALUD DE MANIZALES, CALDAS 2020**

YULIANA BARRAGAN LOPEZ

FRANCY LORENA PATIÑO OSPINA

MANUELA VELASQUEZ VALLEJO

**FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
FACULTADES DE CIENCIAS DE LA SALUD
INSTRUMENTACION QUIRURGICA
PEREIRA
2020**

**YULIANA BARRAGAN LOPEZ
FRANCY LORENA PATIÑO OSPINA
MANUELA VELASQUEZ VALLEJO**

**TRABAJO DE GRADO PARA OBTAR POR EL TITULO PROFESIONAL EN
INSTRUMENTACION QUIRURGICA**

**GERMAN OVED ACEVEDO OSORIO
MGS EN SALUD PÚBLICA Y DESARROLLO SOCIAL**

**FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
FACULTADES DE CIENCIAS DE LA SALUD
INSTRUMENTACION QUIRURGICA
PEREIRA
2020**

NOTAS DE JURADOS

El presente trabajo
"Relación entre conocimiento y actitudes del equipo quirúrgico en el manejo de
medidas asépticas en una institución de salud de Manizales, Caldas 2020"

Es presentado al jurado evaluador con el propósito de ser sometido a revisión y
evaluación para optar por el título de profesional de Instrumentación Quirúrgica de
la fundación universitaria del área andina, seccional Pereira.

—————NOTA JURADO 1

—————NOTA JURADO 2

Pereira, enero 29 del 2020

DEDICATORIA

A nuestras familias que son nuestra motivación
E inspiración para día día salir adelante.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar expresamos nuestros agradecimientos a:

A nuestro profesor, por brindarnos los lineamientos necesarios para la realización del proyecto.

A Institución, por habernos brindado la oportunidad de desarrollar nuestro proyecto de grado en la entidad.

Y a todas aquellas personas que de alguna manera nos ayudaron en la realización de este proyecto.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	10
1. PROBLEMA	12
1.1 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	12
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	15
2. JUSTIFICACION	16
3. OBJETIVOS	18
3.1 OBJETIVO GENERAL	18
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4. MARCO TEORICO	19
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES.....	19
4.2 MARCO REFERENCIAL	22
4.2.1 CARACTERÍSTICAS DEL CONOCIMIENTO.....	22
4.2.2 ACTITUD	22
4.2.3 TÉCNICAS ASÉPTICAS.....	24
4.2.4 TIPOS DE EPP.....	27
4.2.5 LAVADO DE MANOS.....	37
4.4 MARCO LEGAL	40

5. METODOLOGIA.....	41
5.1 MATERIALES Y METODOS	41
5.2 TIPO DE ESTUDIO	41
5.3. POBLACIÓN.	41
5.4 MUESTRA.	41
5.5 UNIDAD DE ANÁLISIS.	41
5.6 CRITERIO DE INCLUSIÓN	41
5.7 CRITERIO DE EXCLUSIÓN	42
5.8 VARIABLES	42
5.9 PLAN DE ANALISIS	42
5.9.1 RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTOS	42
5.9.2 ANALISIS DE INFORMACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
5.9.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS	43
6. RESULTADOS	45
8. CONCLUSIONES.....	53
9. RECOMENDACIONES	54
BIBLIOGRAFIA.....	55

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de los equipos de protección personal	32
Tabla 2. Normas generales para el uso de los EPP, criterios de selección de acuerdo con las condiciones de riesgo por áreas y tareas	35
Tabla 3. Elemento de protección individual, necesarios según el agente infeccioso	36
Tabla 4. Operacionalización de variables	65
Tabla 5. Conocimiento sobre el manejo de medidas asépticas en el personal que trabaja en la Clínica – 2019	45
Tabla 6. Nivel de conocimiento sobre el manejo de medidas asépticas en el personal que trabaja en la Clínica– 2019	46
Tabla 7. Nivel de práctica sobre el manejo de medidas asépticas en el quirófano	47
Tabla 8. Nivel de práctica sobre el manejo de medidas asépticas en el quirófano	49
Tabla 9. Nivel de conocimiento VS Nivel de práctica sobre el manejo de medidas asépticas en el quirófano	50

RESUMEN

El objetivo principal del proyecto fue describir los conocimientos y prácticas realizadas sobre Medidas de Bioseguridad del equipo quirúrgico en el manejo de medidas asépticas en una institución de salud de Manizales, Caldas 2020. El presente estudio fue de carácter descriptivo, cuantitativo y de corte transversal y se utilizó como instrumento de recolección una encuesta que permitió medir el nivel de conocimiento del personal y una escala de Likert para poder medir la actitud del personal del equipo quirúrgico. La encuesta fue elaborada e implementada en un estudio realizado en Perú, y la población estuvo conformada por 34 personas de salud profesional que laboran en la institución y como resultado se encontró una asociación medianamente inversa, ya que tener un conocimiento media se asoció con una práctica alta y tener un conocimiento alto se asoció con una práctica media.

PALABRAS CLAVE: actitud, conocimiento y asepsia

- Actitud (DeCS, MeSH) Attitude
- Conocimiento (DeCS, MeSH) Knowledge
- Asepsia (DeCS, MeSH) Asepsis

INTRODUCCIÓN

Actualmente, las infecciones hospitalarias sigue siendo un problema de salud pública de primer orden en todos los hospitales del mundo, pero, no está demostrado que el nivel de desarrollo tecnológico pueda favorecer su control; aunque no puede plantearse su eliminación sí se puede lograr una reducción enorme, si se toman medidas adecuadas para su identificación y control.

Igualmente, hoy es necesario introducir en entidades de salud un control de la infección hospitalaria como indicador de la calidad de la atención, así como el riesgo que puede representar para el paciente, por lo que las técnicas de asepsia y antisepsia constituyen los pilares de la prevención de este tipo de infecciones.

La sepsis es el medio séptico cuando existen microorganismos patógenos productores de enfermedad, mientras que el medio será aséptico cuando está libre de ellos, de esta forma se puede considerar a la asepsia como la ausencia de materia séptica, es decir la falta absoluta de gérmenes.

Teniendo en cuenta lo anterior, surgió la necesidad de realizar la tesis cuyo tema es relación entre conocimiento y actitudes del equipo quirúrgico en el manejo de medidas asépticas en una institución de salud 2020.

El presente trabajo, consta de seis capítulos en los que se ha tratado de desarrollar la problemática propuesta. En el segundo capítulo constan los objetivos tanto generales como específicos de la investigación y concluye el mismo con una justificación, es decir el ¿por qué? del tema escogido.

En el Capítulo III se muestra el planteamiento del problema, para luego en forma detallada formular y delimitar el mismo;

El Capítulo IV, comprende el marco teórico, en donde se ha desarrollado a profundidad la temática planteada para lo cual me he basado en la bibliografía propuesta así como en información existente en la Internet.

El Capítulo V, constituye el marco metodológico, en él se describe los materiales, el tipo de la investigación, la población, se describen los métodos y técnicas e instrumentos que se emplearon.

El Capítulo VI, constituye exclusivamente los resultados encontrados y posteriormente las conclusiones, recomendaciones y la bibliografía.

1. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Las medidas asépticas constituyen un conjunto de procedimientos y actividades que se realizan con el fin de disminuir al mínimo las posibilidades de contaminación por microorganismos antes, durante o después de la realización de cualquier procedimiento por parte del personal en salud(1). Los procedimientos que se incluyen dentro de éstas técnicas, son parte de las medidas generales y efectivas que deben estar siempre presentes en las actividades de cualquier personal que manipule instrumentos o pacientes.

Según (Ducel, 2002). Es muy importante que se lleven a cabo todos los procesos involucrados en el logro y mantenimiento de la esterilidad dentro de un quirófano, puesto que de no ser así, aumenta enormemente la posibilidad de que surjan las infecciones asociadas a la atención en salud (2). Estas infecciones suponen un elevado coste económico además de una prolongación de la estancia hospitalaria; pero es el riesgo que conllevan para la salud de los pacientes, la consecuencia de mayor importancia derivada de este problema.

Dentro de estas infecciones, predominan sobre las demás según se comprueba en documentos como el publicado por la OMS sobre la “Prevención de las infecciones nosocomiales”, en el documento dedicado a las infecciones nosocomiales, las siguientes:

- Infección urinaria. - Infección de la herida quirúrgica. - Infección respiratoria. - Infección sanguínea.

- Según la (OMS, 2018) en todo momento, más de 1,4 millones de personas en el mundo contraen infecciones en el hospital(3).
- Entre el 5% y el 10% de los pacientes que ingresan a hospitales modernos del mundo desarrollado contraerán una o más infecciones.
- En los países en desarrollo, el riesgo de infección relacionada con la atención sanitaria es de 2 a 20 veces mayor que en los países desarrollados. En algunos países en desarrollo, la proporción de pacientes afectados puede superar el 25%.

Datos estadísticos a nivel internacional muestran que sólo el 16% de enfermedades adquiridas en los establecimientos de, la mayoría de las infecciones se relacionó con el mal uso de agujas y jeringas, así mismo refirió que las infecciones adquiridas por el personal fueron: brucelosis, tifoidea, tularemia, tuberculosis, hepatitis y 10 encefalitis equina(4). Se consideró la exposición a aerosoles como la fuente de infección posible en más de 80% de los casos cuando se trabajó con el agente infeccioso sin protección.(5)

También, se ha podido evidenciar que aún existen infecciones intrahospitalarias las cuales se han asociado a cirugías realizadas en el área de centro quirúrgico, según la Secretaría Distrital de Salud- Vigilancia en Salud Pública (2015), se reportó la infección de sitio quirúrgico superficial (52,9%), seguida de la infección del sitio quirúrgico profunda (11,8%) y la infección sintomática del tracto urinario asociada a catéter urinario (8.8%)(6).

Teniendo en cuenta la revisión sobre el tema de las infecciones asociadas con la atención en salud como evento adverso y de la experiencia de las instituciones prestadoras de servicios de salud en la gestión de este evento adverso se han podido identificar que las acciones inseguras más frecuentes asociadas con la

aparición de infecciones asociadas con la atención en salud, son: No lavado de manos antes y después de examinar a cada paciente.

También, la inadecuada asepsia y antisepsia para herida quirúrgica que se presume es el por el desconocimiento e incumplimiento de las normas de asepsia y antisepsia, por parte del personal de enfermeras, instrumentadoras y auxiliares de quirófanos puede ocasionar mayor riesgo de infecciones postquirúrgica(7).

Teniendo en cuenta todos los aspectos anteriormente planteados, es una realidad que los eventos adversos afectan negativamente la salud de los pacientes en los diferentes niveles de atención en las instituciones prestadoras de salud, aumentan los riesgos de mortalidad de los pacientes, generan mayores tiempos de estancia, y por ende aumentan los costos tanto para el paciente como para la institución, generan desconfianza, stress además de tener incidencia en el desarrollo profesional del personal de instrumentación quirúrgica. Por todo esto actualmente la seguridad de los pacientes es un deber y una responsabilidad prioritaria, que exige alcanzar unos indicadores de calidad ante los que el personal de instrumentación no puede ser ajeno.

De acuerdo con lo anteriormente planteado la investigación que se realizó teniendo en cuenta como área de estudio la institución de salud, el cual tiene como misión legal y estatutaria prestar los servicios integrales de salud orientada a la atención segura del usuario y su familia con una tecnología avanzada con un equipo humano idóneo, cálido y comprometido, que garantizan seguridad en la atención para los usuarios que lo requieran de acuerdo a su patología, su familia y su entorno.

Esta clínica desarrolla políticas, lineamientos y estrategias encaminadas a priorizar y consolidar acciones integrales con énfasis en la Promoción de la Salud, prevención de la Enfermedad, que busca identificar y satisfacer las necesidades y

expectativas en salud del usuario y su familia, pero se ha podido detectar eventos adversos por esta situación.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriormente descritas se formuló el siguiente problema de investigación:

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas sobre Medidas de Bioseguridad del equipo quirúrgico en el manejo de medidas asépticas en una clínica de Manizales?

2. JUSTIFICACION

Actualmente los diferentes gobiernos nacionales, departamentales y locales vienen luchando por impulsar políticas que prevengan la ocurrencia de eventos adversos. En Colombia este objetivo ha sido impulsado por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, que se ha fijado metas de reducción y eliminación de la ocurrencia de eventos adversos contando con instituciones seguras y competitivas a nivel internacional.

Esta seguridad hace necesaria la participación de todas las personas involucradas en los procesos, lo que implica la evaluación permanente, responsable y proactiva de los riesgos inherentes a la profesión de la salud lo que requiere del diseño e implantación de las barreras de seguridad necesarias.

Por esta razón, el conocimiento del personal instrumentación quirúrgica en aspectos como conocimientos y prácticas sobre Medidas de Bioseguridad en el manejo de medidas asépticas, van a generar que se puedan llevar a cabo prácticas efectivas, que determinan no solo la calidad de los servicios brindados sino también la seguridad del paciente cumpliendo con los objetivos de la atención sanitaria, que a pesar que se puede disminuir, no existe un sistema capaz de garantizar su ausencia, puesto que se trata de una actividad en la que se combinan las actuaciones humanas con los factores inherentes al sistema.

El personal de salud profesionales y no profesionales es un componente clave para el desarrollo del sistema de salud, el sistema sanitario a nivel mundial se ve enfrentando a continuos cambios por un crecimiento de las enfermedades, debido a que en su día a día están expuesto a riesgos biológicos directos o indirectos proveniente de la atención de pacientes: sangre, fluidos corporales, secreciones y tejidos, o a la manipulación de instrumental contaminado(8).

Como profesional de la salud se pretende investigar el cumplimiento de las normas de asepsia por parte del personal de instrumentación quirúrgica en la institución de salud; puesto que es de vital importancia el cumplimiento de estas normas para evitar o prevenir cualquier tipo de infección posquirúrgica en todos los pacientes sometidos a estos procedimientos quirúrgicos.

De igual forma la realización de la investigación favorecerá en la formación académica de la investigadora acercándola a la realidad de la práctica profesional y la solución de problemas por medio de la investigación científica.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir los conocimientos y prácticas realizadas sobre Medidas de Bioseguridad del equipo quirúrgico en el manejo de medidas asépticas en una institución de salud de Manizales, Caldas 2020.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar el grado de conocimiento que tiene equipo quirúrgico acerca de la Medidas de Bioseguridad en el manejo de medidas asépticas en una institución de salud de Manizales
- Identificar las prácticas que emplea el equipo quirúrgico acerca de la medidas de Bioseguridad en el manejo de medidas asépticas en una institución de salud de Manizales
- Analizar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas empleadas por el equipo quirúrgico acerca de las Medidas de Bioseguridad en el manejo de medidas asépticas en una institución de salud de Manizales.

4. MARCO TEORICO

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

En un estudio realizado por *Gutierrez- V.* El cual tenía como objetivo la caracterización clinico-epidemiologica de IAAS por influenza en pacientes hospitalizados en unidades de pacientes críticos (UPC) y cuidados especiales. Mediante un estudio descriptivo, se incluyeron pacientes en UPC y cuidados especiales con IAAS influenza entre 2014 y 2017 en RS-UCCH. IAAS por influenza se definio como: inicio de sintomas y/o RPC-TR positiva para virus influenza ≥ 48 h de ingreso hospitalario, sin sintomatologia respiratoria o estudio negativo previo. Se identificaron 22 pacientes, edad mediana 74 años. La influenza fue adquirida en promedio al día 13; el 77% fue por influenza A y el 27% presento coinfeccion respiratoria. Trece (59%) estaban hospitalizados en UPC, dos (15%) por problemas pulmonares. El 86% tenía co-morbilidad y el 50% descompensacion de ella. No estaba vacunado 59%; la letalidad observada fue 18%.(9)

En otro estudio realizado por *Guevara-A.* El cual tenía como objetivo evaluar el conocimiento relacionado a las IAAS y su prevención y la progresión en la adquisición del mismo, en estudiantes de los diferentes semestres de la carrera de Licenciatura en Bioanálisis (laboratorio clínico) impartida en la Escuela de Ciencias de la Salud “Dr. Francisco Battistini” de la Universidad de Oriente, Venezuela. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal para evaluar el conocimiento sobre las IAAS y su prevención que poseen los estudiantes de Licenciatura en Bioanálisis de la Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar, Venezuela, durante el mes de julio, último mes del período lectivo I-2017. La población estuvo constituida por 2.167 estudiantes del primero al décimo semestre de la carrera. Se realizó un muestreo opinático o intencional donde se incluyó al 30% de los estudiantes, distribuidos proporcionalmente entre todos los semestres de acuerdo con la cantidad de estudiantes inscriptos en cada uno. Se invitaron a participar en el

estudio a 650 estudiantes, de los cuales 283 (43,5%) declinaron su participación aludiendo principalmente falta de tiempo para responder la encuesta, por lo que se evaluó un total de 367 estudiantes (56,5%). El género masculino estuvo representado por 81 estudiantes (22,1%) y el femenino por 286 (77,9%), con una edad promedio de 21,9 años ($DE \pm 2,387$; Rango 15-30 años). Los semestres con mayor número de participantes fueron V, VI y VII con 65 estudiantes cada uno, seguidos de los semestres II, III, VIII y XI-X con 45, 31, 30 y 27 estudiantes respectivamente. Los semestres con menos participación fueron el IV y el I con 22 y 17 estudiantes. (10)

En un estudio realizado por *Judith-L. Ortiz*. El cual tenía como objetivo determinar los factores relacionados con el aumento y la variabilidad de los costos de la atención hospitalaria por las infecciones asociadas con la atención en salud en un hospital de cuarto nivel de Bogotá, entre el 2011 y el 2015. Se analizaron los costos de la atención de 292 pacientes, los cuales se estimaron para cada una de las actividades realizadas desde el momento de sospechar el cuadro infeccioso hasta su resolución. Dichos costos se estandarizaron según el valor del manual tarifario del Instituto de Seguros Sociales, ajustándolos por el índice de precios al consumidor para salud hasta el año 2014. Se determinaron los factores relacionados con el aumento del costo del manejo mediante un modelo logístico condicional.(11)

En otro estudio realizado por *Dailín- Cobos V.* el cual tenía como objetivo determinar la percepción de riesgo biológico en unas entidades de ciencia del sector salud en Holguín, Cuba. Para determinar la percepción del riesgo biológico, se empleó el programa RISKPERCEP, se utilizó también el método *Delphi* para validar la encuesta elaborada ajustada al grupo de estudio. La percepción del riesgo en las dos entidades fue baja. Este resultado tiene notables implicaciones en la Bioseguridad, ya que al no valorar el riesgo al que están expuestos, los trabajadores, se familiarizan con las actividades con riesgo biológico que ejecutan diariamente y son proclives a cometer fallas.(12)

En otro estudio realizado por *Zahili- Rodríguez C.* El cual tenía como objetivo evaluar el nivel de cumplimiento de las medidas de bioseguridad por el personal de salud en la unidad quirúrgica de cirugía ambulatoria. Se realizó un estudio observacional y descriptivo con un universo de 15 trabajadores de la unidad quirúrgica de cirugía ambulatoria, Hospital Provincial Universitario Celia Sánchez Manduley, Manzanillo, primer trimestre del 2017. El estudio estuvo constituido por siete médicos cirujanos, seis licenciadas en enfermería y dos médicos anesthesiólogos. La observación se organizó por una guía contentiva de los diferentes ítems para cada profesional por especialidad al establecer los puntajes.(13)

En otro estudio realizado por *Andrea- P Villalobos.* El cual tenía como objetivo Describir el comportamiento de las infecciones asociadas a dispositivos, resistencia bacteriana y consumo de antibióticos en instituciones con unidades de cuidados intensivos durante el 2011. Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo en 10 instituciones de salud de Antioquia, Valle del Cauca y Bogotá. Se diseñaron protocolos de vigilancia para cada evento, implementados por profesionales de salud entrenados. Se diseñó una herramienta en línea para la notificación y análisis de tasas de infección, porcentajes de utilización de dispositivos y dosis diarias definidas de antibióticos. Mediante el software Whonet 5.6 se reportaron y analizaron los perfiles y fenotipos de resistencia bacteriana(14).

En un estudio del año 2013 elaborado por *Luz M- Bautista R.* El cual tenía como objetivo Identificar el nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad que tiene el personal de Enfermería. Se realizó investigación cuantitativa, de tipo descriptivo transversal, con una muestra de 96 personas pertenecientes. La información se recolectó a través de una encuesta y una lista de chequeo. Evidenciando que el personal de Enfermería de dicha institución tiene un conocimiento regular en un 66% frente a las medidas de bioseguridad y un 70% de aplicación deficiente frente a estas.(15)

4.2 MARCO REFERENCIAL

4.2.1 CARACTERÍSTICAS DEL CONOCIMIENTO

Es el concepto que tiene toda persona sobre una definición de un tema. Es un “proceso de virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica”(16).

También, se puede decir que es un proceso mental que muestra la realidad objetiva en la conciencia de las personas, tiene carácter histórico y social porque está unido a la experiencia(1). Ósea es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados e inexactos.

Igualmente, sirve de guía para la acción de las personas, dado que ayuda a decidir qué hacer en cada momento porque en general el objetivo es mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible).

4.2.2 ACTITUD

Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente, pero sujetas a inferencias observables. Es la forma de ser; actuar y comportarse de cada persona. Se puede decir que la actitud es predisposición ya aprendida de responder a un estímulo a diversas situaciones; que puede ser negativa o positiva(17).

Se pueden identificar tres tipos de componentes:

- **COMPONENTE COGNITIVO:** son las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que se tiene sobre el mismo. El proceso

perceptivo y creencias como mecanismo de categorización de los objetos y conceptos que entran en el campo cognitivo. Puede ser vaga o errónea(18).

- **COMPONENTE AFECTIVO:** está conformado por los sentimientos que se tiene favor o en contra de un objeto social. Por lo tanto, es el componente más característico de las actitudes. Dado que acá radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo la persona puede experimentar distintas experiencias los cuales pueden ser positivos como de agrado, simpatía y hasta de amor por el objeto; o negativos es decir el tono será de desagrado, antipatía, y hasta odio.
- **COMPONENTE CONDUCTUAL:** Hace parte a la tendencia a reaccionar hacia los objetivos de una forma determinada. Indica la habilidad de actuar de forma anticipada esa disposición por el conocimiento que se tenga de los otros dos componentes. Se caracterizan por tener dirección, puesto que puede estar a favor o en contra.

Por lo tanto, la actitud pueden cumplir las funciones de conocimiento, para poder actuar con representaciones o filtros cognitivos; de adaptación, para que una persona pueda integrarse a grupos sociales, ego – defensiva, puesto que permitirá desarrollar actitudes expresivas y mostrar a los otros su identidad personal y extrínseca. Y pueden clasificarse en(19):

a) Favorable: Consiste en “estar de acuerdo con lo que se realiza”, es decir el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia el objeto.

b) Desfavorable: El sujeto evita el objeto, como motivo de la actitud, se presenta el recelo, la desconfianza y en algunos casos la agresión y frustración que generalmente lleva a la persona a un estado de tensión constante.

c) Medianamente Favorable: Es un sentimiento de apatía, el sujeto no muestra aceptación ni rechazo.

4.2.3 TÉCNICAS ASÉPTICAS

La asepsia se conoce como “el conjunto de procedimientos que impiden la llegada de microorganismos patógenos a un medio”(20). La importancia que presenta dentro del área quirúrgica, está relacionada con las consecuencias postoperatorias derivadas de su mala puesta en práctica por parte del personal sanitario durante el momento de la operación, que son lo que en la actualidad llamamos infecciones asociadas a la atención en salud.

Por lo tanto se entiende que la asepsia son todas aquellas actividades orientadas a conseguir que los organismos patógenos no lleguen al medio donde se desarrolla la actividad médica. Las siguientes actividades son las indicadas para este proceso:

- Lavado de manos.
- Medidas de barrera.
- Cámaras de flujo laminar.
- Técnicas de aislamiento.

PRINCIPALES TÉCNICAS ASÉPTICAS EN QUIRÓFANO.

Desde el sector salud, es de gran importancia el adecuado uso de los elementos de protección personal (EPP), puesto que son los colaboradores de la salud quienes están expuestos continuamente al riesgo biológico en cada una de sus labores diarias. Por esta razón, existen políticas que buscan la protección de los colaboradores de la salud, con el objetivo de prevenir accidentes biológicos, impulsando a estos a la adherencia de los elementos de protección personal, promoviendo de tal forma las buenas prácticas de seguridad, para reducir los eventos que atenten contra la salud del trabajador.

Equipo de protección personal (EPP). El equipo de protección personal está diseñado para proteger al personal de salud, de lesiones o enfermedades serias que puedan resultar del contacto con peligros biológicos, químicos, físicos, u otros.

Las ventajas que se obtienen a partir del uso de los elementos de protección personal (EPP) son las siguientes: proporcionar una barrera entre un determinado riesgo y la persona, mejorar el resguardo de la integridad física del trabajador y disminuir la gravedad de las consecuencias de un posible accidente sufrido por el trabajador. La mayoría de los EPP son de fácil selección, fáciles de utilizar y existe una gran variedad de oferta en el mercado.

Para combatir los riesgos de accidente y de perjuicios para la salud, hace prioritario la aplicación de medidas técnicas y organizativas destinadas a eliminar los riesgos en su origen o a proteger a los trabajadores mediante disposiciones de protección colectiva. Cuando estas medidas parecen insuficientes, se hace necesaria la utilización de equipos de protección individual con el fin de prevenir los riesgos residuales ineludibles. Estas se pueden resumir en cuatro métodos fundamentales para eliminar o reducir los riesgos profesionales(21)

Figura 1. Métodos fundamentales para eliminar o reducir los riesgos profesionales



Fuente: Pérez. 2012. Elementos de Protección Personal

La utilización de un EPP o la combinación de EPP contra uno o varios riesgos puede provocar una serie de molestias. Por consiguiente, a la hora de elegir un EPP apropiado, no sólo hay que tener en cuenta el nivel de seguridad necesario, sino también la comodidad. Su elección deberá basarse en el estudio y la evaluación de los riesgos complejos presentes en el lugar de trabajo. Esto comprende la duración de la exposición a los riesgos, su frecuencia y la gravedad, las condiciones existentes en el trabajo y su entorno, el tipo de daños posibles para el trabajador y su constitución física. Solo son aptos para el uso los equipos de protección individual que se hallan en perfectas condiciones y pueden asegurar plenamente la función protectora prevista(21).

NECESIDAD DE USO. Como se dijo anteriormente, debe estudiarse, en primer lugar, la posibilidad de eliminar la situación de riesgo mediante el empleo de técnicas de protección colectiva u otras medidas organizativas. Debe tenerse en cuenta el marco legal regulatorio de la Ley 19587 y el Dec. 351/79 en sus artículos

188 al 203, específicos de los EPP. Se deberá recurrir al uso de prendas de protección personal en los siguientes casos:

- Cuando se han agotado todas las vías alternativas que preceptivamente deben implantarse con carácter prioritario (de prevención, protección colectiva u organizativa).
- Como complemento de las medidas anteriores cuando su implantación no garantiza un control suficiente del riesgo.
- Provisionalmente, mientras se adoptan las medidas de protección colectiva.
- Siempre en tareas de rescate o en situaciones de emergencia

Para evaluar en qué medida cumplen con los requisitos exigibles. Están: Grado necesario de protección que precisa una situación de riesgo.

- Grado de protección que ofrece el equipo frente a esa situación.
- Ser adecuado a los riesgos contra los que debe proteger, sin constituir, por sí, un riesgo adicional.
- Evitar, en lo posible, que el EPP interfiera en el proceso productivo.
- Tener en cuenta las exigencias ergonómicas y de salud del trabajador.

4.2.4 TIPOS DE EPP.

PROTECCIÓN RESPIRATORIA. Los riesgos para el aparato respiratorio pueden presentar la forma de contaminantes o de falta de oxígeno suficiente. Las partículas, gases o vapores que constituyen los contaminantes atmosféricos pueden estar asociados con distintas actividades. El oxígeno es un componente normal del medio ambiente imprescindible para sostener la vida, la deficiencia de oxígeno es una reducción de la disponibilidad de este elemento para los tejidos del organismo.

La forma más común de deficiencia de oxígeno en ambientes de trabajo es la reducción del porcentaje de oxígeno a consecuencia del desplazamiento de este elemento por otro gas en un espacio limitado. Los equipos de protección respiratoria

son equipos de protección individual en los que la protección contra los contaminantes aerotransportados se obtiene reduciendo la concentración de éstos en la zona de inhalación por debajo de los niveles de exposición recomendados(21).

En resumen, se pueden categorizar los riesgos en tres grupos: Amenaza de las vías respiratorias por acciones externas. Amenaza de la persona por acción a través de las vías respiratorias. Riesgos para la salud o molestias, vinculados al uso de equipos de protección respiratoria.

GUANTES: Un guante es un EPP que protege la mano o una parte de ella contra riesgos. En algunos casos puede cubrir parte del antebrazo y el brazo. Esencialmente los diferentes tipos de riesgos que se pueden presentar son los que a continuación se indican: Riesgos mecánicos Riesgos térmicos Riesgos químicos y biológicos Riesgos eléctricos Vibraciones Radiaciones ionizantes En función de los riesgos enumerados se tienen los diferentes tipos de guantes de protección, bien sea para proteger contra un riesgo concreto o bien para una combinación de ellos.

RIESGOS CONTRA LOS CUALES PROTEGEN LOS GUANTES En el lugar de trabajo, las manos del trabajador, y por las manos su cuerpo entero, puede hallarse expuesto a riesgos de naturaleza diversa, los cuales pueden clasificarse en tres grupos, según su forma de actuación: Lesiones en las manos debidas a acciones externas Riesgos para las personas por acciones sobre las manos Riesgos para la salud o molestias vinculados al uso de guantes de protección.

Protección visual A la hora de considerar la protección ocular y facial, se suelen subdividir los protectores existentes en dos grandes grupos en función de la zona protegida, a saber:

Si el protector sólo protege los ojos, se habla de GAFAS DE PROTECCION.

Si además de los ojos, el protector protege parte o la totalidad de la cara u otras zonas de la cabeza, se habla de PANTALLAS DE PROTECCION

Los principales elementos de ambos grupos en términos de definiciones, clasificación, etc. Gafas de protección Se tienen fundamentalmente dos tipos de gafas de protección:

- Gafas de montura universal: Son protectores de los ojos cuyos oculares están acoplados a/en una montura con patillas (con o sin protectores laterales).
- Gafas de montura integral: Son protectores de los ojos que encierran de manera estanca la región orbital y en contacto con el rostro. Aparte de para el riesgo contra el que están diseñadas (impactos, polvo fino y gases, líquidos, radiaciones o polvo grueso).

Pantallas de protección Se tienen los siguientes tipos de pantallas de protección:

- Pantalla facial: Es un protector de los ojos que cubre la totalidad o una parte del rostro.
- Pantalla de mano: Son pantallas faciales que se sostienen con la mano.

Riesgos contra los cuales protegen En el lugar de trabajo, los ojos y la cara del trabajador pueden hallarse expuestos a riesgos de naturaleza diversa, los cuales pueden agruparse en tres grupos, según su forma de actuación:

Lesiones en los ojos y la cara por acciones externas.

Riesgos para las personas por acción sobre los ojos y la cara.

Riesgos para la salud o limitaciones vinculados al uso de equipos de protección ocular o facial.

Protectores auditivos Los protectores auditivos son equipos de protección individual que, debido a sus propiedades para la atenuación de sonido, reducen los efectos del ruido en la audición, para evitar así un daño en el oído.

Esencialmente, se encuentra los siguientes tipos de protectores:

Orejeras: Consisten en casquetes que cubren las orejas y que se adaptan a la cabeza por medio de almohadillas blandas, generalmente rellenas de espuma plástica o líquido.

Los casquetes se forran normalmente con un material que absorba el sonido. Están unidos entre sí por una banda de presión (arnés), por lo general de metal o plástico.

A veces se fija a cada casquete, o al arnés cerca de los casquetes, una cinta flexible. Esta cinta se utiliza para sostener los casquetes cuando el arnés se lleva en la nuca o bajo la barbilla.

Orejeras acopladas a casco: Consisten en casquetes individuales unidos a unos brazos fijados a un casco de seguridad industrial, y que son regulables de manera que puedan colocarse sobre las orejas cuando se requiera.

Tapones: Son protectores auditivos que se introducen en el canal auditivo o en la cavidad de la oreja, destinados a bloquear su entrada. A veces vienen provistos de un cordón interconectar o de un arnés.

Cascos anti ruido: Son cascos que recubren la oreja, así como una gran parte de la cabeza. Permiten reducir además la transmisión de ondas acústicas aéreas a la cavidad craneana, disminuyendo así la conducción ósea del sonido al oído interno.

Otros tipos:

Protectores dependientes del nivel: Están concebidos para proporcionar una protección que se incremente a medida que el nivel sonoro aumenta. Protectores para la reducción activa del ruido (protectores ANR): Se trata de protectores auditivos que incorporan circuitos electro-acústicos destinados a suprimir parcialmente el sonido de entrada a fin de mejorar la protección del usuario

Riesgos contra los cuales protegen La exposición al ruido puede provocar alteraciones de la salud, en particular pérdidas auditivas y riesgos de accidente.

Además tendremos una serie de riesgos derivados del equipo y de la utilización del mismo

ROPA DE TRABAJO: Se define como aquella ropa que sustituye o cubre la ropa personal, y que está diseñada para proporcionar protección contra uno o más peligros. Usualmente, la ropa de protección se clasifica en función del riesgo específico para cuya protección está destinada. Así y de un modo genérico, se pueden considerar los siguientes tipos de ropa de protección:

Ropa de protección frente a riesgos de tipo mecánico

Ropa de protección frente al calor y el fuego

Ropa de protección frente a riesgo químico

Ropa de protección frente a la intemperie

Ropa de protección frente a riesgos biológicos

Ropa de protección frente a radiaciones (ionizantes y no ionizantes)

Ropa de protección de alta visibilidad

Ropa de protección frente a riesgos eléctricos

Ropa de protección antiestática En cuanto a las clases existentes para cada tipo de ropa (en el caso de existir), se determinan en función del denominado “nivel de prestación”. Estos niveles de prestación consisten en números que indican unas categorías o rangos de prestaciones, directamente relacionados con los resultados de los ensayos contenidos en las normas técnicas destinadas a la evaluación de la conformidad de la ropa de protección, y en consecuencia constituyen unos indicadores del grado de protección ofrecido por la prenda.

Tabla 1. Descripción de los equipos de protección personal

ELEMENTO	DEFINICION	OBJETIVO	USOS	TIPOS
Mascarillas	Es una barrera de protección de vías aéreas, constituido por filtros o capas finas de papel o tela.	Prevenir la transmisión de microorganismos que se propagan a través del aire y aquellos cuya puerta de entrada y salida pueden ser al aparato respiratorio	Se utiliza en procedimientos que pueden generar salpicaduras o aerosoles, durante la atención directa al paciente. Se debe mantener colocada la mascarilla dentro del área de trabajo y mientras se realiza la actividad. Se usa para evitar contagio de enfermedades que se transmiten por vía aérea.	-Mascarilla normal o básica (quirúrgica): filtran partículas de 1 micrón. - Mascarilla contra fluidos: además de filtrar partículas es impermeable. - Respiradores: filtran partículas de 0.1 micrón
Mandilón, delantal o bata	Vestimenta de protección corporal de material impermeable que puede cubrir el tórax o también todo el cuerpo.	Servir de protección corporal a la exposición a secreciones, fluidos, tejidos o material contaminado.	Se usa durante la atención del paciente para evitar la exposición a salpicaduras de secreciones, fluidos, tejidos o material contaminado.	-Mandil común en la atención directa al paciente. - Mandilón limpio para asear al paciente y limpieza de su unidad. -Bata estéril para cirugía,

ELEMENTO	DEFINICION	OBJETIVO	USOS	TIPOS
				neonatología, otros. -Delantal impermeable para sala de partos.
Guantes	Son de material látex delgado, que se amolda a las manos; nunca son un sustituto del lavado de manos	Proteger las manos de fluidos y secreciones. Reducir la transmisión de los microorganismos endógenos de las manos del personal a los pacientes durante algún procedimiento.	El uso de guantes es imprescindible para todo procedimiento que implique contacto con: - Sangre y otros fluidos corporales considerados de precaución universal. -Piel no intacta, membranas mucosas o superficies contaminadas con sangre	-Guantes estériles para realizar procedimientos invasivos. - Guantes limpios para procedimientos no invasivos. - Guantes de mantenimiento, para limpiar.
Gorro	Es una barrera de protección de tela delgada que recubre el cabello y los pabellones auriculares.	Disminuir el riesgo de contacto de cabello sobre algún procedimiento, ya que éstos retienen microorganismos que flotan en el medio hospitalario, actuando como fuente de infección y vehículo de	Es obligatorio el uso de gorro en procedimientos invasivos, sin embargo lo ideal es usar gorro cuando se realiza cualquier tipo de atención. Se usa especialmente en sala de partos y	Solo hay un tipo de gorro especial para uso hospitalario.

ELEMENTO	DEFINICION	OBJETIVO	USOS	TIPOS
		transmisión patógena.	Se coloca antes de calzarse los guantes y ponerse la mascarilla.	
Lentes	Son también mecanismos de barrera hechas de fibra de vidrio con rejillas laterales, lo que las hace antiempañantes.	Sirve para proteger contra riesgos biológicos que protege de las salpicaduras de sangre o secreciones, evitando así la infección de conjuntiva ocular.	Usos e indicaciones: - Procedimientos quirúrgicos traumáticos. - Atención de partos. - Procedimientos invasivos. - Procedimientos dentales u orales	Solo hay un tipo de lentes protector para uso hospitalario.
Botas	Son protectores de los pies, son de material impermeable y delgado. Deben estar estériles y ser descartables.	Para evitar la contaminación del piso donde se realizan procedimientos invasivos en zonas rígidas.	Se coloca cubriendo todo el pie hasta antes de la pantorrilla. Son de uso obligatorio en áreas rígidas como sala de partos y sala de operaciones.	Botas de tela simple para evitar contaminar en zonas limpias. Botas de tela impermeables para evitar contaminar los pisos de zonas rígidas y así mismo evita mancharse con fluidos.

Fuente: Ministerio de la protección social 2018 .

SELECCIÓN DE LOS EPP. La selección de los EPP se debe realizar según las condiciones de riesgo del personal de salud, cada área de una institución debe contar con EPI necesarios para su utilización, de esta manera se contribuye al buen uso, a su adherencia, a las buenas prácticas y reglas de cada área de trabajo, es por esto que a continuación se nombran diferentes áreas de importancia según normas generales de uso:

Tabla 2. Normas generales para el uso de los EPP, criterios de selección de acuerdo con las condiciones de riesgo por áreas y tareas

Área o servicio	Condición de riesgo	EPP necesario
Atención pre-hospitalaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contacto con pacientes o muestras contaminadas. 2. Riesgo de pinchazos o cortes. 3. Formación de gotas o aerosoles. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monogafas. 2. Mascarilla convencional. 3. Guantes de látex o nitrilo.
Hospitalización	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contacto con pacientes o muestras contaminadas. 2. Riesgo de pinchazos o cortes. 3. Riesgo respiratorio. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mascarilla convencional. 2. Bata de asilamiento 3. Guantes de látex o nitrilo
Salas de cirugía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contacto con pacientes o muestras contaminadas 2. Contacto con fluidos corporales. 3. Formación de aerosoles, gotas y salpicaduras. 4. Riesgo de pinchazos o cortes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gorro. 2. Mascarilla convencional 3. Bata de aislamiento anti fluidos. 4. Guantes de nitrilo 5. Monogafas o careta facial. 6. Poalinas
Banco de sangre y servicio de transfusión sanguínea	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contacto con sangre. 2. Riesgo de pinchazo o corte. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Guantes de látex o nitrilo. 2. Bata de aislamiento anti fluidos.

Área o servicio	Condición de riesgo	EPP necesario
	3. Formación de aerosoles y salpicaduras	3. Mascarilla convencional, Monogafas o careta facial.
Unidad de cuidados intensivos	1. Contacto con pacientes o muestras contaminadas. 2. Contacto con sangre. 3. Riesgo de pinchazos, cortes y salpicaduras	1. Gorro. 2. Mascarilla convencional 3.. Guantes de nitrilo 4. Monogafas o careta facial.

Fuente: Ministerio de la protección social. 2018 .

CLASIFICACIÓN DE LOS EPP, SEGÚN LA EXPOSICIÓN A LOS AGENTES BIOLÓGICOS. Existen diferentes agentes biológicos que son considerados de alto grado de riesgo, por este motivo se debe reducir la presencia de estos en el ser humano, por accidentes laborales ocurridos dentro de sus actividades diarias. A continuación se presenta una tabla, la cual muestra los EPP adecuados que se deben utilizar durante la atención a pacientes cuyos diagnósticos cuenten con algún tipo de agente biológico. Entre ellos se encuentran(22):

Tabla 3. Elemento de protección individual, necesarios según el agente infeccioso

AGENTE INFECCIOSO	EPP RECOMENDADO
<i>Adenovirus</i>	Mascarilla convencional, guantes de latex o nitrilo y monogafas.
<i>Bordetella Pertusis</i>	Mascarilla convencional.
<i>Citomegalovirus (CMV)</i>	Mascarilla convencional, guantes de látex o nitrilo.
<i>Corinebacterium Difteria</i>	Mascarilla convencional, bata de aislamiento, guantes de látex o nitrilo.
<i>Estafilococo Aureus.</i>	Mascarilla convencional, bata de aislamiento antifluidos, guantes de látex o nitrilo.
<i>Estreptococo Beta hemolítico del grupo A</i>	Monogafas, bata de aislamiento antifluidos, mascarilla convencional y guantes de látex o nitrilo.
<i>Haemophylus Influenzae</i>	Bata de aislamiento antifluidos, careta facial o monogafas, mascarilla convencional y guantes de látex o nitrilo

AGENTE INFECCIOSO	EPP RECOMENDADO
<i>Hepatitis A</i>	Mascarilla convencional, bata de aislamiento antifluidos, guantes de látex o nitrilo.
<i>Herpes Simple</i>	Guantes de látex o nitrilo
<i>Hepatitis B, C, VIH</i>	Monogafas, bata de aislamiento antifluidos, mascarilla convencional y guantes de látex o nitrilo.
<i>Virus de Influenza</i>	Mascarilla convencional
<i>Influenza AH1N1</i>	Respirador con filtro de alta eficiencia N95, guantes de látex o nitrilo, delantal, monogafas.
<i>Meningococ (Neisseria Meningitides)</i>	Mascarilla convencional.
<i>Mycobacterium Tuberculosis</i>	Respirador con filtro de alta eficiencia N95, guantes de látex o nitrilo, bata de aislamiento antifluidos.
<i>Pediculo Capitis</i>	Gorro y guantes de látex o nitrilo.
<i>Salmonela, Tiphy, Shiguella, E. Coli.</i>	Monogafas, bata de aislamiento antifluidos, mascarilla convencional y guantes de látex o nitrilo.
<i>Varicela Zoster</i>	Respirador con filtro de alta eficiencia N95, guantes de látex o nitrilo, bata de aislamiento antifluidos.
<i>Virus Sincitial Respiratorio</i>	Guantes de látex o nitrilo, bata de aislamiento antifluidos, mascarilla convencional, gafas de seguridad.
<i>Virus de Parotiditis Infecciosa o de la Rubeola</i>	Mascarilla convencional, guantes de látex o nitrilo, bata de aislamiento antifluidos.
<i>Virus del Sarampión</i>	Respirador con filtro de alta eficiencia N95, guantes de látex o nitrilo, bata de aislamiento antifluidos.
<i>Sifilis</i>	Guantes de látex, mascarilla convencional, bata aislamiento antifluidos

Fuente: Ministerio De La Protección Social. 2018.

4.2.5 LAVADO DE MANOS

A pesar de realizar todas las medidas, la transmisión de infecciones sería fatal, si no se realizase una correcta higiene de manos por parte del personal sanitario,

puesto que es esta higiene, la medida de mayor importancia en la prevención y contención de las infecciones asociadas a la atención en salud(23).

Según la OMS la importancia de las manos en la transmisión de infecciones nosocomiales está definida, y puede reducirse al mínimo con el uso de medidas adecuadas de higiene(20).

Los procedimientos utilizados para eliminar los microorganismos de los organismos vivos, se hace mediante el uso de diferentes sustancias era lo que se conocía como antisepsia, por lo tanto esta higiene de manos se puede decir que comprende dentro de las denominadas medidas de antisepsia.

Ahora bien, el lavado de manos es “el proceso que tiene como objetivo fundamental remover la flora resistente y contaminante de manos y antebrazos”(20).

Es decir, el lavado de manos es el procedimiento que elimina o reduce la contaminación de las manos del personal a través del uso de diferentes sustancias denominadas antisépticos.

Ahora bien, según la OMS este lavado de manos no se realiza de forma correcta en la mayoría de los casos por motivos como:

- Falta de equipo para realizar el lavado.
- Alergia a los productos que se emplean para dicho lavado.
- Falta de conocimientos del personal sobre los riesgos y los procedimientos.
- Recomendación de un periodo largo de lavado y tiempo requerido(20).

ANTISÉPTICOS

Los antisépticos son sustancias químicas que ayudan a eliminar y destruir los microorganismos sobre el tejido vivo reduciendo la contaminación y la sepsis en una zona determinada. A continuación se explica uno a uno cuales son los antisépticos más utilizados así como también sus características(24).

ALCOHOL 70 – 75%

Nivel de acción: Intermedio.

Categoría: Antiséptico y desinfectante.

Actividad antimicrobiana: Fungicida, bactericida, virucida, inactivo contra esporas

POVIDONA YODADA 2% - 7%

Nivel de acción: Intermedio.

Categoría: Antiséptico y desinfectante.

Actividad antimicrobiana: Fungicida, Bactericida, Virucida, Inactivo contra esporas Pseudomonas. Clostridium, Mycobacteriu

Usos: Limpieza de piel sana para procedimientos.

Propiedades: Elimina el 85% de los microorganismos.

GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 2% - 4%

Nivel de acción: Alto **Categoría:** Antiséptico

Actividad antimicrobiana: Fungicida, bactericida, virucida, inactivo contra esporas.

SULFADIAZINA DE PLATA 1%

Nivel de acción: Intermedio

Categoría: Antiséptico (crema)

Actividad antimicrobiana: Bacterias G (+) y G (-)

Usos: Manejo de quemaduras

4.4 MARCO LEGAL

- **Ley 9 de 1979.** Por la cual se dictan Medidas Sanitarias. En su Artículo 80 habla de preservar, conservar y mejorar la salud de los individuos en sus ocupaciones(25).
- **RESOLUCION NUMERO 2183 DE 2004.** El personal en todos sus niveles debe estar capacitado en Buenas Prácticas de Esterilización. Por la cual se adopta el Manual de Buenas Prácticas de Esterilización para Prestadores de Servicios de Salud(26).
- **DECRETO NÚMERO 1011 DE 2006.** Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En su artículo 1 las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud(27).
- **Ley 100 de 1993.** Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral se dictan otras disposiciones(28).
- **RESOLUCIÓN NÚMERO 00002003 DE 2014.** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud(29)

5. METODOLOGIA

5.1 MATERIALES Y METODOS

5.2 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de carácter descriptivo, cuantitativo y de corte transversal(30). Cuantitativa porque se realizó la recolección y análisis de datos sobre diversas variables dependiente e independientes. Descriptivo porque busco responder la pregunta de investigación y cumplir con los objetivos planteados anteriormente y permitir caracterizar conocimientos y actitudes del equipo quirúrgico en el manejo de medidas asépticas y fue transversal ya que el instrumento se aplicó durante un solo momento temporal.

5.3. POBLACIÓN.

La población estará conformada por el personal de salud que labora dentro de la institución (34).

5.4 MUESTRA.

Se utilizó un muestreo a conveniencia, de acuerdo a los distintos equipos quirúrgicos presentes en la institución en el momento de la encuesta entre las semanas 2 y 3 del mes de Diciembre, obteniendo un total de 34 personas.

5.5 UNIDAD DE ANÁLISIS.

La unidad de análisis es cada uno de los profesionales de la salud de una institución de salud de Manizales, Caldas.

5.6 CRITERIO DE INCLUSIÓN

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

5.7 CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Todos los integrantes del equipo quirúrgico que se encuentren con descanso médico y/o vacaciones.

5.8 VARIABLES

Variable 1. Nivel de conocimiento del equipo quirúrgico en el manejo de medidas asépticas

Variable 2. Actitudes del equipo quirúrgico en el manejo de medidas asépticas

5.9 PLAN DE ANALISIS

5.9.1 RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTOS

Se utilizó un muestreo a conveniencia, de acuerdo a los distintos equipos quirúrgicos presentes en la institución en el momento de la encuesta entre las semanas 2 y 3 del mes de Diciembre, obteniendo un total de 34 personas.

Se efectuó consentimiento informado de cada personal, que contiene un instructivo que informar al personal de salud los objetivos y las indicaciones para el desarrollo de la encuesta

El orden con la que se llevó a cabo la recolección de datos a través del instrumento es el siguiente: Se esperó al personal de salud en las inmediaciones del establecimiento de salud, estos fueron abordados por los autores de la investigación para la aplicación de la encuesta.

El tiempo a emplearse para la aplicación de la encuesta fue de 20 minutos aproximadamente.

En cuanto a la guía de observación fue aplicado por los autores al personal de salud en los momentos que el personal de salud está brindando atenciones a los usuarios, la guía de observación contiene ítems nunca, siempre, casi siempre.

5.9.2 TABULACIÓN DE DATOS

La información recolectada fue tabulada en una base de datos de Microsoft Excel y para el análisis estadístico, se utilizó el paquete estadístico SPSS 25.0

ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Se realizó el análisis mediante estadísticas descriptivas a los datos y se expresaron en frecuencias absolutas, frecuencias relativas, promedios y desviación estándar y medidas de tendencia central. Para las asociaciones estadísticas se utilizó la χ^2 con un valor de significancia de $P < 0.05$

5.9.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La resolución Numero 8430 de 1993 reglamentada por el Ministerio de Salud en Colombia establece los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud, ya que en toda investigación en la que el ser humano sea objeto de estudio debe predominar el respeto a su dignidad, a la protección de sus derechos y su bienestar, por ello se expresan algunos requisitos a continuación:

De igual manera, la resolución anteriormente mencionada, especifica de forma clara lo siguiente: “PARAGRAFO PRIMERO. En el caso de investigaciones con riesgo mínimo, el Comité de Ética en Investigación de la institución investigadora, por razones justificadas, podrá autorizar que el Consentimiento Informado se obtenga sin formularse por escrito y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador de la obtención del mismo “

También es necesario tener en cuenta para el desarrollo del proyecto el principio de autonomía que significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones eminentes de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.(31)

Durante la investigación, a las personas sujeto de estudio, se les preservó su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar, para lo cual se contó con la formulación de un consentimiento informado el cual sustenta la adhesión voluntaria y consciente de cada uno de los participantes, dicho documento fue su vez revisado y avalado.

En la investigación la muestra se obtuvo a través de indagaciones por parte de los investigadores, se les comunicó por medio del consentimiento informado que en cualquier momento se podían retirar del estudio, si así lo preferían además se garantizó a los participantes que la información personal de cada uno sería tratada de forma totalmente confidencial y privada. (Ver Anexo B)

Las diferentes etapas de la investigación fueron desarrolladas por parte de los investigadores, quienes estuvieron encargadas de cuidar la integridad y garantizar el bienestar de los participantes.

6. RESULTADOS

En la tabla 5, se observa que el 100% conoce tipo de secreciones manipula en centro quirúrgico, el 58% desconoce Qué hace usted con el material punzocortante, el 94% sabe cómo realizar el lavado de manos, el 97% sabe cómo calzar los guantes, el 68% desconoce lo principios universales de bioseguridad.

Tabla 4. Conocimiento sobre el manejo de medidas asépticas en el personal que trabaja en una institución de salud, 2020

	PREGUNTA	CORRECTO		INCORRECTO	
		N	%	n	%
1	La Bioseguridad tiene como principio básico	17	50%	17	50%
2	La Medidas de Bioseguridad se define como	3	9%	31	91%
3	. La bioseguridad tiene principios, ¿Cuáles son?	5	15%	29	85%
4	Qué barreras protectoras primarias permiten evitar el contacto físico de fluidos potencialmente peligrosos	22	65%	12	35%
5	Las precauciones universales de bioseguridad son	11	32%	23	68%
6	Para la atención del paciente quirúrgico el uso de guantes limpios es indispensable cuando	26	76%	8	24%

	PREGUNTA	CORRECTO		INCORRECTO	
		N	%	n	%
7	En qué situación cree usted que es necesario el uso de la mascarilla	26	76%	8	24%
8	Considera usted que el lavado de manos se debe realizar	32	94%	2	6%
9	Para el lavado de manos quirúrgico el agente más apropiado es el jabón líquido con	27	79%	7	21%
10	Las Barreras protectoras de Bioseguridad son	15	44%	19	56%
11	El uso de mandilones está indicado en las siguientes situaciones	15	44%	19	56%
12	A menudo ¿qué tipo de secreciones manipula en centro quirúrgico?	34	100%	0	0%
13	¿Qué hace usted con el material punzocortante?	15	44%	19	56%
14	La técnica más apropiada para el calzado de guantes es:	33	97%	1	3%
15	Después de estar vestido para una cirugía, se considera estéril las siguientes zonas	34	100%	0	0%

Fuente: los autores

En la tabla 6, se aprecia que el 44% (15 profesionales) en el centro de salud tienen conocimientos nivel medio en el manejo de medidas asépticas. El 32% (11 profesionales) tienen un conocimiento bajo y 24% (8) conocimiento alto.

Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre el manejo de medidas asépticas en el personal que trabaja en una institución de salud, 2020

	Frecuencia	%
Conocimiento alto (16-30)	8	24%

Conocimiento medio (11-15)	15	44%
Conocimiento bajo (0-10)	11	32%
Total	34	100%

Fuente: los autores

En la tabla 7, se observa que el 88% el personal de salud práctica siempre El uso correcto de la mascarilla es por encima de las fosas nasales, 85% Separa el instrumental contaminado del instrumental limpio durante la cirugía. El 24% siempre realiza el lavado de manos antes y después de atender a un usuario, el 35% casi siempre realiza el lavado de manos en 5 minutos, el 41% siempre para la higiene de manos se quita los objetos y alhajas.

Tabla 6. Nivel de práctica sobre el manejo de medidas asépticas en el quirófano

		NUNCA	%	CASI NUNCA	%	AVECES	%	CASI SIEMPRE	%	SIEMPRE	%
1	Para la higiene de manos ¿se quita los objetos y alhajas?	0	0%	0	0%	5	15%	15	44%	14	41%
2	El lavado de manos quirúrgico se realiza en 5 minutos	0	0%	5	15%	9	26%	12	35%	8	24%
3	Los guantes estériles sirven como barrera de protección para los microorganismos.	0	0%	0	0%	9	26%	11	32%	14	41%
4	El correcto calzado de	0	0%	0	0%	1	3%	7	21%	26	76%

		NUNCA	%	CASI NUNCA	%	AVECES	%	CASI SIEMPRE	%	SIEMPRE	%
	guantes es según técnica cerrada										
5	Los indicadores de esterilización (interno, externo e integradores) nos que el material esté estéril y libre de microorganismos	11	32%	0	0%	2	6%	8	24%	13	38%
6	Cuándo se encuentra vestido con ropa estéril. La espalda se considera no estéril.	0	0%	0	0%	5	15%	7	21%	22	65%
7	El uso correcto de la mascarilla es por encima de las fosas nasales	0	0%	0	0%	2	6%	2	6%	30	88%
8	El material punzocortante se elimina en las cajas de bioseguridad	0	0%	0	0%	13	38%	10	29%	11	32%
9	El conteo de material lo realiza antes, durante y después de la cirugía.	0	0%	4	12%	11	32%	9	26%	10	29%
10	Cuando se contamina el área estéril, realiza el cambio de campos por otros campos estériles.	0	0%	0	0%	21	62%	4	12%	9	26%

		NUNCA	%	CASI NUNCA	%	AVECES	%	CASI SIEMPRE	%	SIEMPRE	%
11	Verifica la asepsia del sitio quirúrgico.	0	0%	0	0%	13	38%	12	35%	9	26%
12	Separa el instrumental contaminado del instrumental limpio durante la cirugía.	0	0%	0	0%	2	6%	3	9%	29	85%
13	El cabello debe encontrarse cubierto en su totalidad por un gorro quirúrgico	0	0%	0	0%	0	0%	2	6%	32	94%
14	Mantiene la distancia de 30 centímetros que debe haber entre el área estéril y no estéril.	0	0%	0	0%	5	15%	8	24%	21	62%
15	Cuando observa que alguien contaminó el área estéril lo reporta.	0	0%	0	0%	21	62%	4	12%	9	26%

Fuente: los autores

Como se puede observar en la Tabla 8, 74% (25 profesionales) el nivel de práctica es alto y 26% (9 profesionales) el nivel de práctica es medio.

Tabla 7. Nivel de práctica sobre el manejo de medidas asépticas en el quirófano

Practica	Frecuencia	%
alto (38- 75)	25	74%

medio (11- 37)	9	26%
bajo (10 puntos)	0	0%
Total	34	100%

Fuente: los autores

En la tabla 9 se muestra que tener un conocimiento alto sobre el manejo de medidas asépticas en el quirófano, se asoció significativamente con tener una alto nivel de practica 24%. De la misma forma tener conocimiento medio se asoció con un nivel de practica alta. Teniendo en cuenta el último enunciado se observa una asociación medianamente inversa, ya que tener un conocimiento media se asoció con una práctica alta y tener un conocimiento alto se asoció con una práctica media.

Tabla 8. Nivel de conocimiento VS Nivel de práctica sobre el manejo de medidas asépticas en el quirófano

Nivel de conocimiento	NIVEL DE PRACTICA						Valor P
	Alto	%	Medio	%	Bajo	%	
Alto	8	24%	0	0%	0	0%	0,000
Medio	9	26%	6	18%	0	0%	
Bajo	8	24%	3	9%	0	0%	
Total	25	74%	9	26%	0	0%	

Fuente: los autores

7. DISCUSIÓN

Respecto al objetivo de la investigación, se evidencia que el personal tiene un nivel de conocimiento bajo y en su mayoría un nivel de práctica regular; con nivel de conocimiento regular en su mayoría tiene nivel de práctica regular; con nivel alto de conocimiento en su mayoría tienen nivel regular de práctica. Los resultados no fueron similares al realizado por *Avendaño Pierri (32)* Dentro de los resultados encontrados se observó que un 66.3% de 196 estudiantes un tienen conocimientos y 70% actitudes adecuados acerca de las técnicas asépticas. 45% tienen conocimientos y un 27% actitudes aceptables de las medidas de aislamiento. En conjunto los conocimientos obtuvieron 52% y 31% de puntuaciones aceptables. En conjunto un 45% de los estudiantes obtuvieron buena actitud y adecuados conocimientos. Pero fue similar al realizado por *Coronel(8)*. Encontrando que el 53.8% tiene nivel bajo de conocimiento y el 76.9% de práctica sobre medidas de bioseguridad. La relación es significativa entre estas dos variables, con p valor de 0.039, inferior a 0.05. Concluyendo que las personas que poseen un conocimiento bajo tienen una práctica regular.

Teniendo en cuenta lo anterior y considerando que durante el paso por quirófano, es innegable que la asepsia, es uno de los aspectos más importantes dentro del ámbito quirúrgico por todas aquellas consecuencias que su incumplimiento conlleva.

Es importante saber que desde las actuaciones del personal del sistema sanitario, desde donde se debe ejercer el mayor control de dicha asepsia, la de asegurar que se cumplan las medidas establecidas con el fin de prevenir infecciones nosocomiales.

Por esta razón, se considera indispensable la formación de dicho personal antes de trabajar en un área de estas características, dado que la formación, no se refiere única y exclusivamente al ámbito técnico con el que se consigue o mantiene la asepsia. Esta formación, debe ser que vaya encaminada a conseguir el desarrollo de una serie de actitudes, que sean las que guíen el comportamiento de todo el personal que se encuentra dentro de un quirófano a la hora de realizar las tareas que a cada uno le corresponden.

Es decir, es tan importante el saber cómo se preparan los procedimientos de forma aséptica, como el darse cuenta de las fallas que se comenten durante estas tareas, y tener la capacidad de reconocerlos. Puesto que la importancia de todo esto se establece en que la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud que supone mejoras en numerosos ámbitos que van del paciente, al sistema sanitario, y es en el personal, en el que recae la responsabilidad de conseguir dicha prevención.

8. CONCLUSIONES

En conclusión, se observa una asociación medianamente inversa, ya que tener un conocimiento medio se asoció con una práctica alta y tener un conocimiento alto se asoció con una práctica media en el equipo quirúrgico en el manejo de medidas asépticas en la clínica 2019.

En cuanto a la práctica el 74% (25 profesionales) el nivel de práctica es alto y 26% (9 profesionales) el nivel de práctica es medio.

El nivel de conocimiento del equipo quirúrgico de la entidad objeto de estudio fue un 44% (15 profesionales) tienen conocimientos nivel medio en el manejo de medidas asépticas. El 32% (11 profesionales) tienen un conocimiento bajo y 24% (8 profesionales) conocimiento alto.

9. RECOMENDACIONES

Realizar estudios futuros con muestras más amplias. Asociar las variables principales con más factores como por ejemplo sociodemográficos, laborales, entre otros.

Realizar estudios comparativos entre profesionales y no profesionales con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos y prácticas en cada uno de ellos.

A las autoridades que dirigen el destino de la entidad, implementar capacitaciones sobre la actualización, respecto a las medidas de asépticas que tienen que tener el equipo quirúrgico en el momento de desarrollar su trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Avila AM, Triana. Asociadas a La Atencion En Salud (laas) Y Resistencia Bacteriana. Alcaldía mayor de Bogotá. 2015.
2. Ducel G, Hygie F, Fabry SJ, Perraud M, Edouard Herriot H, Prüss FA, et al. Prevención de las infecciones nosocomiales GUÍA PRÁCTICA 2 a edición Revisores ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
3. OMS | Una atención más limpia es una atención más segura. WHO. 2013;
4. Morelos Ramírez R, Ramírez Pérez M, Dorantes GS, Rivera CC, Meléndez-Herrada E. El trabajador de la salud y el riesgo de enfermedades infecciosas adquiridas Las precauciones estándar y de bioseguridad. 2014.
5. El trabajador de la salud y el riesgo de enfermedades infecciosas adquiridas. Las precauciones estándar y de bioseguridad [Internet]. [cited 2020 Jan 27]. Available from:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-

17422014000400034

6. Del Paciente La Atención Segura SY. Versión 2.0 [Internet]. [cited 2020 Jan 27]. Available from: <http://www>.
7. Arturo Álvarez C, Ernesto Guevara C, Liliana Valderrama S, Fernando Sefair C, Alberto Cortes J, Fernanda Jiménez M, et al. Recomendaciones prácticas para la antisepsia de la piel del paciente antes de cirugía Practical recommendations for skin preparation of Surgical Site. Infectio [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 28];21(3):182–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.22354/in.v21i3.676>
8. Yonathan L, Montalvo JO. JOSÉ DIEGO CORONEL ARENAS ASESOR.
9. Gutiérrez V, Cerda J, Le Corre N, Medina R, Ferrés M. Clinical and epidemiological characterization of healthcare acquired influenza in critical ill patients. Rev Chil Infectol. 2019 Jun 1;36(3):274–82.
10. Conocimiento sobre infecciones asociadas a la atención de la salud en estudiantes de bioanálisis [Internet]. [cited 2020 Jan 27]. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572019000100011&lang=es
11. Ortiz-Mayorga JL, Pineda-Rodríguez IG, Dennis RJ, Porras A. Costos atribuidos a las infecciones asociadas con la atención en salud en un hospital de Colombia, 2011-2015. Biomedica. 2019;39(1):102–12.
12. Percepción del riesgo biológico en dos entidades de ciencia del sector salud en Holguín: cuba [Internet]. [cited 2020 Jan 27]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2016000300005&lang=es
13. Castillo ZR, Casado Méndez PR, María L, Quezada T, Tornés Quezada CE, Salvador R, et al. (No Title). Rev Arch Med Camagüey [Internet]. [cited 2020

Jan 27];22(5):2018. Available from:
<http://revistaamc.sld.cu/726Articulooriginal>

14. Villalobos, Andrea Patricia; Barrero, Liliana Isabel; Rivera, Sandra Milena; Ovalle, María Victoria; Valera D. Vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia bacteriana y consumo de antibióticos en hospitales de alta complejidad, Colombia, 2011. *Biomedica* [Internet]. 2011 [cited 2020 Jan 27];34(1):67–80. Available from:
<https://www.redalyc.org/pdf/843/84330489009.pdf>
15. Vista de Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería [Internet]. [cited 2020 Jan 27]. Available from:
<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/253/274>
16. Conocimiento - EcuRed [Internet]. [cited 2020 Jan 27]. Available from:
<https://www.ecured.cu/Conocimiento>
17. ACTITUDES Y COMPORTAMIENTO SOCIAL TRABAJO. 2013.
18. El Manejo De Medidas Asépticas En Centro QE, en Centro Quirúrgico Especializado Investigadoras Lic Camarena Nuñez E, Del Pilar Lic Prado Camacho R, Janet Lic Vega Astuhumán C, Janeth Asesora Lic Esp Rossana Gonzales de la Cruz M. RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DEL EQUIPO Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en. 2017.
19. Hacia I, Talent EL, Monks FJ. Herencia y ambiente: una aproximación interactiva hacia el talento. *Rev Psicol.* 1996;14(2):111–28.
20. Martín BL, Martínez C, Cotutor P, Belén :, Fernández I. Universidad de Valladolid Facultad de Enfermería GRADO EN ENFERMERÍA. 2014.
21. Susana I, Zorrilla P. Elementos de Protección Personal. 2010.
22. Bautista Rodríguez L, Delgado Madrid C, Hernández Zárata Z, Sanguino

- Jaramillo F, Cuevas Santamaría M, Arias Contreras Y, et al. Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería. *Rev Cienc y Cuid.* 2013;10(2):127–35.
23. Arreguín V, Macías JH. ASEPSIA, UNO DE LOS GRANDES LOGROS DEL PENSAMIENTO. [cited 2020 Jan 27]; Available from: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art79/index.html>
 24. LAS NORMAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL QUIRÓFANO DE LAS CIRUGÍAS DE PRÓTESIS TOTAL DE CADERA EN EL.
 25. LEY 9 DE 1979.
 26. Obligatorio S, Ministro de la Protección Social E, Palacio Betancourt D. Hoja 2 de 2 Por la cual se adopta el Manual de Buenas Prácticas de Esterilización para Prestadores de Servicios de Salud.
 27. decreto numero 1011 de 2006.
 28. ARL SURA - Riesgos Laborales - ARL - Ley 100 de 1993 [Internet]. [cited 2020 Jan 28]. Available from: <https://www.arlsura.com/index.php/decretos-leyes-resoluciones-circulares-y-jurisprudencia/50-leyes-y-normas/725-ley-100-de-1993>
 29. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. 2014.
 30. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, del Pilar Baptista Lucio M. Metodología de la investigación, 5ta Ed [Internet]. [cited 2020 Jan 27]. Available from: www.FreeLibros.com
 31. EI. CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL CIE PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA. 2012.
 32. Conocimientos sobre técnicas asépticas y medidas de aislamiento por parte

de estudiantes de medicina de cuarto a séptimo año de la Universidad Rafael Landívar. 1021.

Anexo 2.

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

El presente cuestionario está dirigido todo el profesional del equipo quirúrgico como parte de un trabajo de investigación sobre “**relación entre conocimiento y actitudes del equipo quirúrgico en el manejo de medidas asépticas 2020**”.

La encuesta será anónima y tendrá carácter confidencial, por lo cual solicitamos responder a todas las preguntas en forma veraz y sincera siendo su colaboración sumamente importante.

Agradecemos su gentil colaboración.

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

1.- La Bioseguridad tiene como principio básico:

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

2. La Medidas de Bioseguridad se define como:

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

3. La bioseguridad tiene principios, ¿Cuáles son?

a. Protección, aislamiento, universalidad.

b. La universalidad, barreras protectoras control de residuo. 32

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

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

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

5. Las precauciones universales de bioseguridad son:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Las Barreras protectoras de Bioseguridad son:

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

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

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

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

- a. sangre
- b. orina
- c. Muestras de patología
- d. secreciones purulentas
- e. Todas las anteriores.

13. ¿Qué hace usted con el material punzocortante?

- a. Lo elimino en el envase más cercano
- b. Lo descarto en bolsa roja.
- c. Lo desinfecto con alguna solución
- d. Lo elimino en un recipiente rígido estampado con el logo de bioseguridad.
- e. b, c y d

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

- a. Técnica abierta.

- b. Técnica cerrada.
- c. colocarse los guantes individualmente buscando su comodidad.
- d. según técnica propia
- e. a y b

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

- a. De los hombros hacia abajo.
- b. De la cintura hacia abajo.
- c. todo el cuerpo es estéril.
- d. De la cintura hacia arriba hasta los hombros y sólo la parte de adelante.
- e. Ninguna de las anteriores.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

El presente instrumento es una guía de observación de las acciones realizadas al profesional del equipo quirúrgico que labora en la Clínica durante sus actividades laborales. Cuyo objetivo es de servir de guía para la recolección de datos sobre la aplicación de las medidas de protección. La guía de Observación se aplicará 2 veces en diferentes turnos del personal del centro quirúrgico.

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

ACTIVIDADES:

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

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

ANEXO 2

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	INDICADORES
Nivel de Conocimiento del equipo quirúrgico en el manejo de las medidas asépticas	Es la definición que tiene toda persona sobre lo aprendido.	-Medidas asépticas. -Uso de barreras protectoras.	Indica si el equipo quirúrgico conoce todo sobre las medidas asépticas. Se identifica si el personal conoce sobre cómo usar las barreras protectoras dentro de sala de operaciones.	Definición. (6 preguntas) - Lavado de manos quirúrgicos (2 preguntas) - Uso correcto de mascarilla. (1 pregunta) - Uso correcto del calzado de guantes quirúrgicos. (2 preguntas) - Uso correcto de la indumentaria quirúrgica. (4 preguntas)

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	INDICADORES
				Haciendo un total de 15 preguntas.
Actitud del equipo quirúrgico en el manejo de las medidas asépticas	Es la predisposición ya aprendida de responder a un estímulo a diversas situaciones; que puede ser negativa o positiva.	Actitud: componente afectivo y conductual.	Es la parte de identificación al saber que tan comprometidos y como desarrollan las normas en el manejo de las medidas sépticas.	<p>Utiliza principios de asepsia incluso cuando nadie lo observa. (2 preguntas)</p> <p>Realiza correcto uso de las barreras protectoras. (1 pregunta)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cumple con el lavado de manos quirúrgica dentro del tiempo establecido. (2 preguntas) - Cumple con el manejo del instrumental. (4 preguntas) - Se elimina el material punzo cortante en las cajas de bioseguridad. (1 pregunta) - Cubre la mascarilla por encima de las fosas nasales. (1 pregunta) - Verifica que nadie contamine la zona estéril. (2 preguntas) - Si observa que se contamina el sitio quirúrgico, realiza el cambio de campos por otro estéril. (1 pregunta) - Mantiene la distancia de 30 centímetros que debe de ver entre lo estéril y no estéril. (1 pregunta) <p>Haciendo un total de 15 preguntas</p>

Fuente: Camarena Nuñez, R., Prado Camacho, C., & Vega Astuhumán, M. (2017). *Relación Entre Conocimiento Y Actitudes Del Equipo Quirúrgico En El Manejo De Medidas Asépticas En Centro Quirúrgico De Un Hospital Nacional*. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia

