

## Conocimientos y actitudes de adherencia a la bioseguridad hospitalaria. Hospital I Moche – EsSalud

Knowledge and attitudes of adherence to hospital biosecurity.  
Hospital I Moche - EsSalud

**Alberta Elizabeth Lozano Velásquez<sup>1,\*</sup>; Dolores Esmilda Castillo Vereau<sup>2</sup>**

1 Universidad Nacional de Trujillo. Av. Juan Pablo II Trujillo, Perú.

\* Autor correspondiente: [elizabethlozano@hotmail.com](mailto:elizabethlozano@hotmail.com) (A. Lozano)

Fecha de recepción: 14 04 2018. Fecha de aceptación: 04 06 2018

### RESUMEN

Establecer la relación entre conocimientos actitudes con la adherencia a las prácticas de bioseguridad en el personal del Hospital I Moche-EsSalud. Estudio cuantitativo, descriptivo correlacional de corte transversal, se aplicaron los instrumentos a 43 trabajadores; para medir actitudes, conocimientos y su relación con la adherencia a las prácticas de bioseguridad. El Nivel de conocimientos sobre Bioseguridad, más frecuente en los trabajadores del Hospital I Moche, es Regular (67,4%). La Actitud sobre Bioseguridad, más frecuente en los trabajadores del Hospital I Moche es Desfavorable (67,4%). El Nivel de Adherencia a las Prácticas de Bioseguridad más frecuente es de No Adherencia en el 86,0% de los trabajadores del Hospital I Moche. Concluyéndose que Si existe relación entre conocimientos y actitudes con la adherencia a las prácticas de bioseguridad.

**Palabras clave:** Adherencia; actitudes; conocimiento; bioseguridad.

### ABSTRACT

To establish the relationship between the level of knowledge and the type of attitudes with adherence to the biosafety practices in the staff of the Hospital I Moche-EsSalud. Quantitative study, descriptive cross-sectional descriptive method, in this study the instruments were applied to 43 workers; To measure attitudes, knowledge and their relation to adherence to biosafety practices. The level of knowledge on Biosafety most frequent in the workers of the Hospital I Moche is Regular (67.4%). The most frequent Attitude on Biosafety in the workers of the Hospital I Moche is Unfavorable (67.4%). The most frequent level of adherence to the Biosafety Practices is non-adherence in 86.0% of the workers of the I Moche Hospital. Concluding that if there is a relationship between knowledge and attitudes with adherence to biosafety practices.

**Keywords:** Adherence; Attitudes; knowledge; Biosecurity.

### INTRODUCCIÓN

Con la aparición de la epidemia del SIDA; hace 32 años, y la creciente prevalencia de infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), sumado a otras enfermedades infectocontagiosas que tienen un mayor auge en este siglo como la

Hepatitis B y C (VHB y VHC), se ha incrementado el riesgo de exposición de los trabajadores de la salud que manipulan sangre de pacientes afectados y con esto aumenta también la necesidad de implementar medidas de protección destinadas a disminuir al máximo dichos riesgos

para el personal que trabaja en los establecimientos de salud (OMS, 2012).

Los trabajadores de la salud están expuestos a Factores de Riesgo, constituido por todos los elementos, sustancias, procedimientos y acciones humanas presentes en el ambiente laboral. Estos factores de riesgo pueden encontrarse en la fuente, en el medio o en las personas mismas, tienen como característica fundamental que son fácilmente controlables (Combol, 2013).

A nivel mundial, la infección asociada a la atención de salud (infección intrahospitalaria), sigue siendo un problema de gran impacto tanto para las entidades prestadoras de salud como para el paciente (OMS, 2012).

La índole de las infecciones es multifactorial, están los procedimientos invasivos, el aumento en la complejidad de operaciones realizadas, los factores de riesgo intrínsecos en los pacientes, la aparición de microorganismos resistentes y la no aplicación de las medidas de bioseguridad (Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2013).

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo reconoce como una obligación solemne, *“fomentar entre todas las naciones del mundo, programas que permitan proteger adecuadamente la vida y la salud de los trabajadores en todas las ocupaciones”* (OIT, 2010).

Por tanto, la cultura de seguridad, es un principio que guía el comportamiento de una institución, que se construye en la interacción cotidiana de los actores y se sustenta en el conocimiento y cumplimiento estricto de las normas y en la actualidad ha atraído la atención mundial, debido a los graves perjuicios socioeconómicos que se presentan cuando no se aplican con rigor las exigencias de los estándares internacionales (Forastieri, 2005, Da Silva et al., 2013).

La bioseguridad debe entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones. Es considerada también como el conjunto de medidas destinadas a proteger la salud y seguridad del personal que labora frente a

riesgos provenientes de agentes biológicos, físicos y químicos (OPS, 1997).

En términos epistemológicos la bioseguridad puede ser definida de diversas maneras: COMO PROCESO: Porque es una actividad educativa y como tal, puede ser representada por un sistema de enseñanza-aprendizaje. En ese sentido podemos entenderla, como un sistema de adquisición de conocimientos y habilidades, con el objetivo de lograr la preservación de la salud del hombre y del medio ambiente.

COMO CONDUCTA: Cuando la analizamos como una integración de conocimientos, hábitos, comportamientos y sentimientos, que deben ser incorporados por el hombre, para que él desarrolle en forma segura su actividad profesional. También es considerada como un MÓDULO: Porque no posee identidad propia, no es una ciencia particular en el sentido estricto de la concepción por no poseer un conjunto de conocimientos propios de su área (Rodenas, 2014). Siendo así, la Bioseguridad es un concepto amplio que implica una serie de medidas orientadas a proteger al personal que labora en instituciones de salud, a los pacientes, visitantes y al medio ambiente que pueden ser afectados como resultado de la actividad asistencial (Tellez, 2008).

En relación a algunas enfermedades adquiridas intrahospitalariamente tenemos a la Tuberculosis. Globalmente hay un 3% de incremento de casos nuevos de Tuberculosis cada año. Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), cada hora, cuatro ciudadanos peruanos son diagnosticados de TBC. Cada año se reportan cerca de 35 000 ciudadanos con TBC activa, de los cuales cerca del 7 a 10% son producidos por cepas mutantes resistentes a múltiples drogas (MINSA, 2004).

Todo ello conlleva a que el Perú figure en el séptimo puesto en el mundo, entre los países con mayor problema de TBC multi-drogorresistente (MDR) y cuarto en número absoluto estimado de casos de personas con TBC MDR por lo que debe ser prioritario enfrentar el problema de la TBC en los trabajadores de salud, puesto que tanto las inadecuadas condiciones del ambiente hospitalario sumadas al no uso de medidas de bioseguridad, conllevarán a que el

número de casos continúe elevándose (Nakandakari *et al.*, 2013).

En el año 2015, se reportaron 2 casos de Tuberculosis en el personal de salud de la Red Asistencial La Libertad, lo que sugiere mayor rigurosidad en el monitoreo y control tanto de las medidas que tiene que tomar el propio trabajador hospitalario, como las que debe ejecutar el propio hospital para protección y disminución del riesgo de contraer TBC por sus trabajadores de salud (Nakandakari *et al.*, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (2015) estima que, entre el personal sanitario, la proporción de la carga mundial de morbilidad atribuible a exposición profesional para la hepatitis viral B y C, es del 40 %. Se reportan alrededor de 2 millones de exposiciones por año en el personal de la salud, los que se deben fundamentalmente a pinchazos con agujas o por el contacto con sangre y/o fluidos.

En el Hospital II Chocope, de EsSalud, durante el año 2015 se reportaron 2 accidentes punzocortantes, en personal asistencial y no se reportó ningún caso de TBC en personal asistencial. En el Hospital Víctor Lázarte Echegaray, 17 Accidentes Punzocortantes en personal asistencial, ocupando el primer lugar en frecuencia, la Enfermera seguido por el Técnico de Enfermería y Médico Residente. En el Hospital Luis Albrecht, se reportaron 8 accidentes punzocortantes en personal asistencial y en el Hospital Florencia de Mora, se reportó 1 accidente por punzocortantes en personal asistencial

En total, se notificaron 28 accidentes punzocortantes a nivel de la red de atención La Libertad, el 60 % de los casos pertenecen al Hospital Base Lázarte, 7% al Hospital Chocope, 29 % al Hospital Luis Albrecht y el 3,6% al Hospital Florencia de Mora y los profesionales que presentaron más accidentes fueron la Enfermera, seguido por Técnico de.

La transmisión ocupacional de virus de la hepatitis C (VHC) es un área de creciente preocupación, dada la falta de profilaxis y la poca información de su prevalencia en el medio hospitalario. Se han reportado prevalencias de exposición tan altas como

del 6,3 % y otras que se sitúan aproximadamente entre 1% y 3 %. Para el virus de la hepatitis B (VHB), luego de instaurarse la vacunación a este grupo de riesgo, se han reportado prevalencias más bajas, en el orden de 2% a 4 %; anteriormente se estimaba entre 3% y 10 %. Esta situación, sirve para hacer un llamado a la reflexión y señalar que se debe fortalecer una conciencia colectiva del riesgo que sufre el personal sanitario como sector laboral. La organización y gestión consciente del gremio puede llevar a un mejoramiento de las condiciones de trabajo y generar una actitud preventiva que haga de la salud en el trabajo, un lema para los trabajadores en el sector (Hernández *et al.*, 2014).

En las entidades hospitalarias, dedicadas a la prestación de servicios asistenciales, la cultura de seguridad está orientada a impedir o disminuir las posibilidades de ocurrencia de infecciones en el ámbito laboral (Galán *et al.*, 2010).

En la última década la seguridad del paciente ha sido uno de los temas centrales dentro de los programas de calidad y mejoramiento continuo de las instituciones de salud. La condición humana está ligada al error en cualquier actividad, y el ejercicio práctico de la salud no es la excepción. De igual manera, la respuesta primaria cuando sucede un error es buscar al culpable y castigar, más que establecer en que parte el proceso no se cumplió (MINSA, 2014).

Por ello, la prevención de la enfermedad cada día es un asunto de mayor interés en todos los sectores y es prioridad del sector salud proteger a sus trabajadores de los efectos que puede generar su labor. El incremento de exposición ocupacional a enfermedades infectocontagiosas observado en los últimos años, hace necesario enfatizar en la práctica de medidas de bioseguridad y adecuado manejo de los desechos hospitalarios, por parte del personal que labora en entidades de salud. Una cultura de prevención en el personal de salud, orientada hacia el autocuidado, garantiza unas buenas prácticas de bioseguridad y un buen uso de los elementos de protección personal (MINSA, 2014).

Los costos más difíciles de cuantificar son los emocionales, que están asociados con el miedo y la ansiedad, por la preocupación sobre las posibles consecuencias de la exposición, costos directos e indirectos asociados con toxicidad a los fármacos y tiempo perdido en el trabajo, así como los costos sociales asociados con la seroconversión a VIH, o; lo último incluye la posibilidad de perder los servicios del personal de salud, la carga económica de los servicios médicos y los otros asociados con cualquier demanda legal (World Health Organization, 2015).

La práctica de la bioseguridad es una forma de vida laboral; no basta con que existan las normas si las personas no están dispuestas a acatarlas o cumplirlas cuando alguien los supervisa. La adopción de conductas de protección está sujeta a los valores existentes en el personal como la autodisciplina y la honestidad (Chavarría, 2007).

En tal sentido, toda medida preventiva debe estar enmarcada dentro de los principios que fundamentan la bioseguridad en todo nivel, que pueden resumirse en tres postulados: Universalidad, uso de barreras protectoras y una adecuada de eliminación de material contaminado (Barriga y Castillo, 2004).

El riesgo a infección es reconocido como uno de los más importantes en las personas que prestan sus servicios en el campo de la salud, sobre todo los profesionales de Enfermería, quienes tienen contacto directo y continuo con el paciente críticamente enfermo (Lubo *et al.*, 2004).

Es por ello que, las estrategias universales recomendadas para prevenir las infecciones transmitidas por sangre o fluidos corporales se basan en el establecimiento de una serie de barreras necesarias e importantes, las cuales deben ser aplicadas en todos los casos de forma permanente y en relación con todo tipo de paciente (Maldonado y Vásquez, 2011).

Al respecto, entre las precauciones universales consideradas prioritariamente están: evitar el contacto de piel o mucosa con sangre y otros líquidos de precaución universal, implementación y uso del equipo

de protección universal y el lavado de manos (Bautista *et al.*, 2013).

A nivel mundial, las lesiones por accidentes punzocortantes son reportados con mayor frecuencia y afectan al personal de enfermería, de laboratorio, equipo médico, personal de mantenimiento, personal de limpieza y otros trabajadores sanitarios. Las infecciones producidas por agentes patógenos, pueden poner en peligro la vida, pero pueden ser prevenibles si se toman acciones contra ellos (MINSA, 2010). Por estas razones la identificación de los factores que impiden la adherencia a las medidas de bioseguridad por parte del personal intrahospitalario, es el punto de partida para la creación de un modelo de motivación y adherencia que contribuya al compromiso del personal respecto al desarrollo de sus actividades cotidianas dentro del marco de la seguridad, adoptando actitudes positivas en su quehacer diario.

Durante el ejercicio profesional el cumplimiento de las medidas de bioseguridad se ve vulneradas debido a las múltiples carencias como son: la falta de recursos e instrumentos de barrera, el conocimiento deficiente y actitud inadecuada del personal que no identifica los principales riesgos a lo que está expuesto, pudiendo producir daño no sólo a la salud del paciente sino también al propio personal de salud.

El cumplimiento de las normas de bioseguridad depende de los factores profesionales como el conocimiento y la actitud del personal de salud. Medir actitudes es complejo, porque las actitudes no pueden medirse directamente, sino que se infieren a través de la conducta que es un estado de disposición adquirida por el aprendizaje y organizada a través de la propia experiencia, que incita al personal de salud a reaccionar de una manera característica frente a determinado procedimiento.

Para cumplir dichas normas es necesario optar actitudes que permitan lograr la adherencia del personal asistencial a las medidas de bioseguridad, es primordial la motivación que los lleve a alcanzar metas personales y las de su servicio, con el fin de mantener la cultura y los valores

corporativos que lo conduzcan a altos desempeños en su quehacer diario, favoreciendo las necesidades del paciente, la familia y la institución, a través de un trabajo con calidad que evite contraer enfermedades intrahospitalarias que significan un alto costo social y económico. En el proceso de adopción o de modificación de hábitos de conducta, la motivación y acción humanas, están reguladas en gran medida por las creencias de control que implica tres tipos de expectativas. a) Expectativas de situación-resultado, en las que las consecuencias se producen por sucesos ambientales independientemente de la acción personal, b) las expectativas de acción-resultado, en las que el resultado sigue o es consecuencia de la acción personal y c) la autoeficacia percibida, referida a la confianza de la persona en sus capacidades para realizar los cursos de acción que se requieren para alcanzar un resultado deseado (Bandura, 1997).

De estos tipos de expectativas, las que desempeñan un papel influyente en la adopción de conductas saludables, la eliminación de conductas nocivas y en el mantenimiento de dichos cambios, son las expectativas de acción-resultado y las creencias de autoeficacia. Las expectativas de autoeficacia influyen sobre la intención de modificar la conducta de riesgo, pero fundamentalmente sobre la cantidad de esfuerzo invertido para lograr la meta propuesta y persistir en la conducta adoptada, a pesar de las barreras que podrían debilitar la motivación (Bandura, 1997).

En esta teoría se defiende, como constructo principal para realizar una conducta, la autoeficacia, tal que la relación entre el conocimiento y la acción estarán significativamente mediados por el pensamiento de autoeficacia. Las creencias que tiene la persona sobre la capacidad y autorregulación para poner en marcha dichas conductas serán decisivas. De esta manera, las personas estarán motivadas si perciben que sus acciones pueden ser eficaces. Este concepto influye a nivel cognitivo, afectivo y motivacional. Así, una alta autoeficacia percibida se relaciona

con pensamientos y aspiraciones positivas acerca de realizar la conducta con éxito, menor estrés, ansiedad y percepción de amenaza, junto con una adecuada planificación del curso de acción y anticipación de buenos resultados (Bandura, 1997).

En la práctica de bioseguridad es muy importante la autoestima, y el cuidado de sí mismo, tal como lo indica la teórica Dorothea Orem, quien refiere que el autocuidado es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar (Marriner, 2007).

Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante que tiene la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y su entorno. Define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente, el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona (Orem, 1991).

Para el autocuidado existe una compleja capacidad desarrollada que permite, a los profesionales de la salud un proceso de maduración, discernir los factores de riesgo de campo laboral y que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado para prevenir enfermedades transmisibles y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo (Orem, 1991).

La persona es un todo dinámico que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, con la facultad de utilizar las ideas, las palabras para pensar y reflexionar sobre su propio estado de salud y guiar sus esfuerzos a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y cuidado dependiente. El entorno representa el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender su autocuidado o sobre su capacidad de ejercerlos. De acuerdo a esta teoría los profesionales de la salud dispondrán de las actitudes para adherirse o no a las prácticas de bioseguridad y con ello prevenir los diferentes riesgos que pueden poner en peligro su salud (Vega y González, 2010).

Por otra parte, la teoría de Nola Pender, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresa que la conducta de los trabajadores de la salud está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. En su modelo pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr (Aristizábal *et al.*, 2011).

El modelo de promoción de la salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha

observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta) (Aristizábal *et al.*, 2011).

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas (Aristizábal *et al.*, 2011).

El modelo de Pender expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan a los profesionales de la salud a participar o no en comportamientos de salud y en la adherencia o no adherencia a las prácticas de bioseguridad. La promoción de la salud, se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos o interno de las personas; el autocuidado, es decir, las decisiones y acciones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud; la ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras de acuerdo a la situación que estén viviendo y los entornos sanos o creación de las condiciones ambientales que favorecen la salud (Giraldo *et al.*, 2010).

Los autores de las teorías mencionadas, muestran coincidencias en relación a las motivaciones para adoptar conductas que alejen a las personas de los riesgos que pueden poner en peligro la salud y la vida. Sin embargo, las investigaciones referentes a bioseguridad indican que la práctica de las normas de bioseguridad no es una garantía para la prevención de infecciones y se infringen frecuentemente por costumbres y actitudes adoptadas antes del ejercicio profesional.

Se han desarrollado algunas investigaciones que guardan relación con el tema en estudio, dentro de ellas tenemos:

Investigaciones como la de Soto y Olano (2002), realizada en el Hospital Nacional Almazor Aguinaga de Chiclayo en UCI y Centro Quirúrgico, encontraron un nivel de conocimientos alto, tanto en profesionales como técnicos de enfermería. Sobre el cumplimiento de normas de bioseguridad, los resultados fueron variados, siendo el mayor en Centro Quirúrgico y el menor en Cirugía y UCEMIN. Existen errores comunes: menor frecuencia de lavado de manos. Existe un alto grado de conocimiento de las normas de bioseguridad por el personal profesional y técnico de enfermería; sin embargo, el cumplimiento de las normas de bioseguridad es en promedio de nivel 2 (30 a 60%). Colocar autor, porque hay porcentajes que alguien lo reporta

Mientras que, en Cuba, Hernández *et al.* (2006) obtuvieron resultados como: que el 100 % del personal de enfermería se encuentra expuesto al riesgo biológico y algo más de la mitad (55,3 %) está expuesto a doble riesgo, biológico-radiológico. Antes de la intervención hubo desconocimiento (35,0 %) de las precauciones universales de bioseguridad, en las precauciones en el manejo de las muestras de sangre (19,4 %), con la ropa sucia (17,4 %) y con los objetos punzo cortantes (23,3 %). Posterior a la intervención, el 100 % del personal mostró conocimientos sobre los indicadores explorados. Se concluyó que el proyecto de intervención fue efectivo, ya que se incrementó el nivel de conocimientos sobre bioseguridad en el personal de enfermería del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Así mismo, Torres (2006), en un estudio realizado en la Clínica Peruano Americana de Trujillo concluyó que la mayoría del personal de enfermería (52,9%) tiene un buen nivel de información sobre Bioseguridad, el 79,4% tiene una actitud favorable y no existe relación significativa entre el nivel de información y la actitud sobre bioseguridad en el personal de enfermería.

Así mismo, Verástegui (2009), encontró que las actitudes sobre Bioseguridad son buenas en el 40%, 53,33% regular y 6,67% malas; así como: Adecuadas en el 86,67 % e inadecuadas en el 13,33%. La relación entre las variables no fue estadísticamente

significativa. En el mismo sentido, Cárdenas (2010), en un estudio en el Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa de Lima, encontró que existen profesionales de enfermería que no realizan prácticas adecuadas de las medidas de bioseguridad. El mayor porcentaje de enfermeras realiza una inadecuada práctica de lavado de manos. Al establecer la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de las medidas de bioseguridad se demostró que existe una relación significativa. Se observa que la mayoría no cumple las prácticas de las medidas de bioseguridad.

En el mismo sentido, Fuente (2011) en su estudio realizado en el Hospital Hipólito Unanue de Lima, concluye que, de una muestra de 45 trabajadores, el 13,3% posee bajo conocimiento sobre bioseguridad, 27,7% regular conocimiento y 60% de ellos poseen un buen conocimiento. Siendo el porcentaje más alto del personal técnico de enfermería quien no tiene un conocimiento exacto sobre medidas de bioseguridad.

Sin embargo, Williams (2014), concluye que no existe relación entre accidente laboral con riesgo biológico y el nivel de cumplimiento de las medidas de bioseguridad, lo cual le lleva a considerar que otros son los factores causales de los accidentes laborales como los psicosociales: la sobrecarga de trabajo, desorden, falta de equipos y protección.

Con respecto a que si existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre bioseguridad del personal de Enfermería que trabaja en el Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente de Trujillo, Llave (2014) concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables de estudio.

Respecto al manejo de los Residuos sólidos Hospitalarios y el Riesgo Laboral, entre el personal de Salud de Emergencia, Hospital Caleta Chimbote, Blas (2015) señala que en el 76% del personal de salud, su nivel de conocimientos sobre manejo de residuos sólidos es regular, el 18,3% es bajo y el 5% es bajo, no encontrando relación significativa entre el nivel de conocimientos sobre manejo de residuos sólidos hospitalarios y riesgo laboral biológico en el personal de

salud de Emergencia del Hospital La Caleta de Chimbote, manifiesta como recomendación realizar trabajos de investigación donde se incluyan variables que permitan explicar, comprender e intervenir en la prevención de los riesgos laboral y biológico en el personal de salud.

En relación al nivel de conocimientos y actitudes en la aplicación de medidas de bioseguridad, Briceño (2015), encuentra que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y la actitud en la aplicación de las medidas de bioseguridad.

Solís (2015) concluye que en relación al nivel de actitud el 100% de Enfermeras y el 88.9% de Técnicas de Enfermería tienen unas actitudes desfavorables para la aplicación de medidas de bioseguridad, recomendando que se deban hacer estudios que determinen los factores que se asocian al nivel de conocimientos y actitud para la aplicación de medidas de bioseguridad.

Mientras que Zavala (2015), encuentra que no existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos y la actitud del personal de enfermería sobre medidas de bioseguridad, recomendando que se debe solicitar material de bioseguridad a las autoridades competentes tomando en cuenta que las cuestiones económicas no deben ser determinantes ya que los estudios de costo beneficio no pueden cuantificar el impacto psicológico derivado de los accidentes con exposición a sangre.

Por lo anteriormente mencionado, se debe investigar si los conocimientos y actitudes del personal del Hospital I Moche influyen en la adherencia al cumplimiento de las medidas de bioseguridad, como punto de partida para la creación de propuestas de motivación y compromiso del personal respecto al desarrollo de sus actividades cotidianas dentro del marco de la seguridad implantado en las instituciones de salud. Los resultados servirán para reducir prácticas de bioseguridad inseguras que ponen en riesgo la salud de los trabajadores y formular propuestas que permitan mejorar la adherencia a las prácticas de bioseguridad y lograr un impacto social y económico en la salud pública, por lo que se plantea la siguiente interrogante.

El propósito de este estudio fue establecer la relación entre conocimientos y actitudes con la adherencia a las prácticas de Bioseguridad en personal del Hospital I Moche – EsSalud.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### ***Tipo de investigación***

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal (Pólit y Hungler, 2000), se realizó con el personal del Hospital I Moche – EsSalud entre los meses de agosto del año 2016 y febrero del año 2017.

### ***Población de estudio***

Población muestral

Estuvo constituido por el 100% de trabajadores del Hospital I Moche – EsSalud entre los meses de agosto 2016 a setiembre 2016 y que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. Participaron aproximadamente 50 trabajadores en el tiempo especificado.

### ***Criterios de inclusión***

Trabajadores que desearon participar en el estudio.

Trabajadores que estuvieron laborando en el tiempo de captación de la muestra.

### ***Unidad de análisis***

La unidad de análisis del presente estudio de investigación estuvo constituida por cada uno de los trabajadores del Hospital I Moche – EsSalud entre los meses de agosto 2016 – setiembre del año 2016 y que cumplieron con los criterios de inclusión determinados para el presente estudio.

### ***Instrumentos***

Los instrumentos que se utilizaron en la presente investigación fueron: un Cuestionario para medir los conocimientos y actitudes de los trabajadores del Hospital I de Moche EsSalud, desarrollada por los autores Guevara y Mantilla (2006) y Torres (2006).

#### **Instrumento 1**

Conocimientos sobre Bioseguridad instrumento elaborado por Guevara y Mantilla (2006).

Datos Informativos: Consta de los ítems: edad y tiempo de servicio



Conocimientos en Bioseguridad: Consta de 10 ítems, 9 de complemento único y 1 de relación, asignándose por cada respuesta correcta 2 puntos.

Buen nivel de conocimientos: 17 a 20 puntos  
Regular nivel de conocimientos: 11 a 16 puntos

Deficiente nivel de conocimientos: 0 a 10 puntos

#### Instrumento 2

Referente a actitudes del Personal de Salud en la aplicación de medidas de bioseguridad, se utilizó el cuestionario sobre actitudes en la aplicación de las medidas de bioseguridad, elaborada por Torres (2006).

Este instrumento consta de 20 ítems, en forma de enunciados para cuya respuesta se utilizó la escala tipo Likert con el objetivo de establecer la dirección de actitudes del personal hacia la aplicación de medidas de bioseguridad. En cada enunciado la actitud de acuerdo (DA) tuvo una calificación de 3 puntos, parcialmente de acuerdo (PA) 2 puntos y en desacuerdo (DS) 1 punto, midiendo la actitud de la siguiente manera:

Actitud Favorable: 55 a 60 puntos

Actitud Desfavorable: 20 a 54 puntos.

#### Instrumento 3

Cuestionario para medir Adherencia a las medidas de bioseguridad. Este instrumento tiene una tabla de 7 proposiciones con valores de 1 a 4, para marcar según corresponda (Siempre, Casi Siempre, A veces y Nunca), midiendo la adherencia de la siguiente manera.

Adherencia: = o >28 puntos

No adherencia: < 28 puntos

#### Procedimiento

Para iniciar el proceso de recolección de datos, se coordinó anticipadamente con la Directora del Hospital I Moche EsSalud y con la Oficina de Capacitación de la RALL, quienes nos autorizaron para realizar la recolección de datos de la presente investigación. Se coordinó con los Jefes de Servicio para la aplicación de los instrumentos.

Se realizó la recolección de los datos a cargo de la autora del presente trabajo de investigación y se agradeció la partici-

pación de los trabajadores. Terminada la investigación se brindará una copia del informe al Hospital I Moche, para que quede constancia de haberse realizado la investigación y para los fines que crea conveniente la institución.

#### Control Y Calidad De Datos

##### Prueba Piloto

El instrumento fue aplicado a 20 trabajadores del Hospital I La Esperanza de EsSalud, con el propósito de obtener indicadores estadísticos de confiabilidad que permitan hacer los reajustes en los ítems y medir el tiempo de aplicación.

#### Validez

Los instrumentos originales fueron sometidos a juicio de expertos, para dar conformidad a su validez.

#### Confiabilidad

Para evaluar la confiabilidad del instrumento se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach.

Nivel de conocimientos sobre bioseguridad

Alfa de Cronbach	0,72
Nº Ítems	10
n	20

Análisis de Confiabilidad para Instrumento Nivel de Actitud sobre bioseguridad

Alfa de Cronbach	0,706
Nº Ítems	20
n	20

Análisis de Confiabilidad para Instrumento Nivel de Adherencia en Prácticas de Bioseguridad

Alfa de Cronbach	0,707
Nº Ítems	7
n	20

Un instrumento es considerado confiable cuando su valor del coeficiente alfa de Cronbach es por lo menos 0,70; de lo anterior se puede decir que los instrumentos son confiables.

#### Variables

Actitud favorable o desfavorable.

Nivel de conocimientos sobre bioseguridad.

Adherencia en Prácticas de Bioseguridad.

Análisis estadístico

Para la presente investigación se utilizaron tablas de distribución de frecuencias unidimensionales y bidimensionales, con sus valores absolutos y relativos; asimismo se

elaboró gráficos adecuados para presentar los resultados de la investigación.

Se utilizó la prueba de independencia de criterios utilizando la distribución Chi Cuadrado y considerando el nivel de significancia 0,05.

Para procesamiento de información se contó con el apoyo de una hoja de cálculo de Microsoft Excel y un software de estadístico SPSS versión 25.

### Consideraciones éticas

En el presente trabajo de investigación se tuvo en cuenta los siguientes principios éticos (Pineda y Alvarado, 2008):

**Beneficencia:** Se informó a los trabajadores que el estudio que se está realizando será beneficioso, contribuyendo a enriquecer e incrementar sus conocimientos sobre el trabajo de investigación antes mencionado y que no perjudicará su dignidad e integridad humana.

**Confidencialidad:** Se dio a conocer a los participantes del proyecto de investigación, que la información que se nos proporcione será de carácter secreto y confiable.

**Respeto a la Dignidad Humana:** Se explicó a los trabajadores, los objetivos de dicha investigación y será respetándose su decisión de participar voluntaria y libremente en este estudio.

**Consentimiento informado:** Se explicó a los trabajadores que el estudio será publicado, pero sus nombres se mantendrán en anonimato, para evitar que se exponga su identidad.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La tabla 1 muestra que el 67% de los trabajadores se ubicó en el Nivel de Conocimientos sobre Bioseguridad regular; el 18,6%, nivel de conocimientos bueno y el 14% mostró nivel de conocimientos deficiente.

La tabla 2 reporta que el 67,4% de los trabajadores de salud muestra una actitud en bioseguridad desfavorable y un 32,6% actitud favorable. Es claro que más del 50% de trabajadores tiene una actitud desfavorable.

**Tabla 1.** Nivel de conocimientos sobre bioseguridad en personal del hospital I Moche – EsSalud

Nivel de Conocimientos sobre Bioseguridad	ni	%
Deficiente	6	14,0
Regular	29	67,4
Bueno	8	18,6
TOTAL	43	100,0

Fuente: prueba de conocimientos aplicada a los trabajadores

**Tabla 2.** Tipo de actitudes en bioseguridad en personal del Hospital I Moche- EsSalud

Actitud sobre Bioseguridad	ni	%
Desfavorable	29	67,4
Favorable	14	32,6
Total	43	100,0

Fuente: Test aplicada a los trabajadores.

La tabla 3 reporta que el 86% de los trabajadores de salud mostró NO ADHERENCIA a las prácticas de bioseguridad y solo el 14% restante mostró adherencia. Estos resultados estarían indicando que las medidas de bioseguridad no son adecuadas en este hospital y por tanto se pone en riesgo la salud de los trabajadores y de los pacientes que aquí se atienden.

**Tabla 3.** Adherencia a las prácticas de bioseguridad en personal del Hospital I Moche – EsSalud

Adherencia a las Prácticas de Bioseguridad	ni	%
No Adherencia	37	86,0
Adherencia	6	14,0
TOTAL	43	100,0

Fuente: Test sobre adherencia aplicada a los trabajadores.

La Tabla 4, muestra que el 3,4% de trabajadores de salud que muestran actitud desfavorable se adhiere a las prácticas de bioseguridad; mientras que el 35,7% de los que tienen actitud favorable sobre bioseguridad, muestra adherencia a las prácticas de bioseguridad. Se reconoce que conforme mejora la actitud sobre bioseguridad se incrementa la adherencia a las prácticas de bioseguridad. La Prueba chi cuadrado corrobora lo anterior dado que  $p$  es menor.

La tabla 5, muestra que de los trabajadores cuyo conocimiento sobre bioseguridad es deficiente, el 100,0% no se adhiere a las prácticas de bioseguridad y aquellos trabajadores cuyo nivel de conocimiento es regular (93,1%) no se adhiere a las prácticas de bioseguridad y solo el 6,9% restante

muestra adherencia, finalmente de los trabajadores con conocimiento alto sobre bioseguridad, el 50,0% de ellos se adhieren a las prácticas de bioseguridad. Se puede deducir que conforme aumenta el nivel de conocimiento se incrementa el número de trabajadores que se adhieren a la práctica de bioseguridad.

**Tabla 4.** Adherencia a las prácticas de bioseguridad según actitud DEL PERSONAL DEL HOSPITAL I MOCHE – ESSALUDEsSalud

Actitud sobre Bioseguridad	Adherencia a las Prácticas de Bioseguridad				Total
	No Adherencia		Adherencia		
	ni	%	ni	%	
Desfavorable	28	96,6	1	3,4	29
Favorable	9	64,3	5	35,7	14
Total	37	86,0	6	14,0	43

$X^2 = 8,8187$

$P = 0,0042$

**Tabla 5.** Adherencia a las prácticas de bioseguridad según nivel de conocimientos en personal del Hospital I Moche- EsSalud

Nivel de Conocimientos sobre Bioseguridad	Adherencia a las Prácticas de Bioseguridad				Total
	No Adherencia		Adherencia		
	ni	%	Ni	%	
Deficiente	6	100,0	0	0,0	6
Regular	27	93,1	2	6,9	29
Bueno	4	50,0	4	50,0	8
Total	37	86,0	6	14,0	43

$X^2 = 10,833$

$P = 0,0044$

La Prueba estadística chi cuadrado corrobora lo descrito ( $p < 0,05$ ), resultado que corrobora la hipótesis: los conocimientos y actitudes están relacionados con la adherencia a las prácticas de bioseguridad en los trabajadores del hospital ESSalud de Moche.

## CONCLUSIONES

Los resultados del trabajo de investigación realizado con los trabajadores del Hospital I Moche – EsSalud, nos permite concluir que: El Nivel de Conocimientos sobre Bioseguridad más frecuente es Regular (67,4%). La Actitud sobre Bioseguridad más frecuente es desfavorable (67,4%) El Nivel de Adherencia a las Prácticas de Bioseguridad más frecuente es No Adherencia (86,0%)

Existe elación estadísticamente significativa entre Adherencia a las Prácticas de Bioseguridad y el Nivel de conocimientos sobre Bioseguridad ( $p = 0,004$ ).

Existe relación estadísticamente significativa entre Adherencia a las Prácticas de Bioseguridad y la Actitud sobre Bioseguridad ( $p = 0,0042$ ).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aristizábal, G.; Blanco, M.; Sánchez, A.; Ostigüín, R. 2011. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Universidad Nacional Autónoma de México. Enfermería Universitaria* 8(4): 16-23.
- Bandura, A. 1997. Teoría de la Autoeficacia. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.4-teoria-de-la-autoeficacia-de-bandura>
- Barriaga, G.; Castillo, N. 2004. Seguridad en el Laboratorio. *Revista Patología Clínica*. México.
- Bautista, L.; Delgado, C.; Hernández, Z.; Sanguino, F.; Cuevas, F.; Arias, Y.; Mojica, I. 2013. Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de Bioseguridad en las acciones de enfermería. *Revista Ciencia y Cuidado* 10(2): 127-135.
- Blas, R. 2015. Nivel de Conocimiento sobre manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios y Riesgo Laboral Biológico, personal de Salud de Emergencia Hospital Caleta Chimbote. Tesis para optar el Título de Especialista en Emergencias y Desastres. UNT.
- Briceño, D. 2015. Nivel de Conocimientos y Actitudes del Personal de Enfermería en la Aplicación de Medidas de Bioseguridad en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Docente de Trujillo. Tesis para optar el Título de Especialista en Centro Quirúrgico.
- Cárdenas, B. 2010. Relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de las medidas de bioseguridad que realizan los profesionales de enfermería que laboran en el Servicio de emergencia - del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Lima - mayo, 2009 - enero, 2010.
- Chavarría, L. 2007. Percepción de las Enfermeras acerca de la cultura normativa en Bioseguridad. *Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Revista de Ciencias de la Salud* 2: 5-9.
- Combol, A. 2013. Bioseguridad. Curso teórico practico "Diagnostico de enteroparasitosis humanas". Escuela universitaria de tecnología médica.
- Da Silva, Z.; de Souza, A.; Saturno P. 2013. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 29(2):283-293.
- Forastieri, V. 2005. Desafíos y propuestas en seguridad y salud en el trabajo, insumos para el foro de empleo. Organización Internacional de Trabajo. Oficina Subregional para Centroamérica.
- Fuente, L. 2011. Nivel de conocimiento sobre bioseguridad en el personal técnico y profesional de enfermería. *Hospital Hipólito Unanue de Lima*.
- Galán, E.; Díaz, C.; Maguiña, C.; Villena J. 2010. Bioseguridad durante el Internado de Medicina en

- Hospitales de Trujillo – La Libertad 2010: a propósito de la muerte de un estudiante de medicina. *Acta Médica Peruana* 27(2):119-122.
- Giraldo, A.; Toro, M.; Macías, A.; Valencia, C.; Palacio, S. 2010. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la promoción de la salud* 15 (1): 128-143.
- Guevara, L.; Mantilla, G. 2006. Nivel de Información y actitud en Bioseguridad relacionado con las prácticas de Bioseguridad de las Enfermeras del Hospital Regional Docente de Trujillo. Tesis para optar el Título de Licenciado, Universidad Nacional de Trujillo, Perú.
- Hernández, A.; Acosta, M.; Nadal, B.; Pijuan, M.; Fon, Y.; Armas, N. 2006. Intervención educativa para incrementar los conocimientos sobre bioseguridad en el personal de enfermería de una institución hospitalaria. *Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Revista cubana Enfermería* 22(2).
- Hernández, R.; Catellanos, M.; Folgueira, R.; Cendan, A.; Turcaz, N. 2014. Prevalencia de Hepatitis virales B y C en Trabajadores del Hospital de la Habana Cuba. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* 15(3): 24-30.
- Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2013. Manual de bioseguridad. Oficina de epidemiología y salud ambiental. Minsa – Perú.
- Lubo, P.; Jiménez, M.; Quevedo, A.; Montiel, M.; Sirit, Y.; Pefit, M. 2004. Conocimiento y aplicación de las normas de bioseguridad por el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos. *Kasmera* 32(2): 71 – 79.
- Llave, R. 2014. Nivel de Conocimiento y Actitudes sobre Bioseguridad del Personal de Enfermería del Centro Quirúrgico. Hospital Regional Docente de Trujillo. Tesis para optar el Título de Especialista en Centro Quirúrgico.
- Maldonado, C.; Vásquez, R. 2011. Conocimientos Sobre Medidas De Bioseguridad del Personal de Enfermería. Nuevo Chimbote – PERÚ.
- Marriner, A. 2007. Modelos y Teorías en Enfermería. 6ta edición. ELSEVIER. España.
- MINSA - Ministerio de Salud. 2004. Manual de Bioseguridad. NORMA TÉCNICA N° 015 - MINSA / DGSP - V.01. Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre. Lima. 43 pp.
- MINSA - Ministerio de Salud. 2010. Documento Técnico. Plan Nacional de Gestión de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. 2010-2012.
- MINSA - Ministerio de Salud. 2014. Plan de Seguridad del Paciente. Disponible en: [http://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Calidad/SeguridadPaciente/PlanSeguridad\\_2014.pdf](http://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Calidad/SeguridadPaciente/PlanSeguridad_2014.pdf).
- Nakandakari, M.; De la Rosa, D.; Gutiérrez, J.; Bryson, W. 2013. Tuberculosis en trabajadores de salud. Estudio epidemiológico y clínico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. *Revista Médica herediana* 25(3): 129-134.
- Orem, D. 1991. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 1997. Salud Ocupacional. Documento en línea. [www.rebio.org/documentosenbioseguridad/estado](http://www.rebio.org/documentosenbioseguridad/estado) Consulta: noviembre 2015.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2010. Constitución de la Organización Internacional del Trabajo y textos seleccionados. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2012. Manual de bioseguridad en el laboratorio. Tercera edición. Ginebra, catalogación para la biblioteca de la OMS.
- Pineda, E.; Alvarado, E. 2008. Metodología de la investigación. 3ra edición. Washington. D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Polit, D.; Hungler, B. 2000. Investigación científica en Ciencias de la Salud (5ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Rodenas, E. 2014. Principios y prácticas de bioseguridad. Facultad de Bioquímica y Farmacia. Universidad Nacional del Rosario. Argentina.
- Solis, O. 2015. Nivel de Conocimientos y actitudes en la aplicación de medidas de Bioseguridad del personal de Enfermería del Hospital Santa Isabel. Tesis para optar el Título de Especialista en Centro Quirúrgico-UNT.
- Soto, V.; Olano, A. 2002. Conocimiento y Cumplimiento de medidas de bioseguridad en personal de Enfermería. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga. Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería. Chiclayo. Perú.
- Torres, M. 2006. Nivel de Información y Actitud sobre Bioseguridad del personal de enfermería de la Clínica Peruano Americana de Trujillo. Tesis para optar el Post título de Especialista Intensivista.
- Vega, O.; González, D. 2010. Teoría del déficit de autocuidado: interpretación de los elementos conceptuales. Universidad de Paula Santander.
- Verástegui, B. 2009. Nivel de conocimiento y actitudes sobre Bioseguridad del personal de enfermería de los servicios de Medicina y Cirugía. Hospital José Cayetano Heredia EsSalud Piura.
- Williams, M. 2014. Accidente Laboral con Riesgo Biológico y Nivel de Cumplimiento de las Normas de Bioseguridad del Personal de Enfermería- Servicio de Emergencia Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Tesis para optar el Título de Especialista en Emergencias y Desastres.
- World Health Organization. 2015. Bioseguridad. Disponible en: [http://www.who.int/occupational\\_health/activities/oehcdrom17.pdf](http://www.who.int/occupational_health/activities/oehcdrom17.pdf).
- Zavala, P. 2015. Nivel de Conocimiento y Actitud sobre medidas de Bioseguridad del Personal de Enfermería-Servicio de Emergencia-Hospital Belén de Trujillo. Tesis para optar el título de Especialista en Emergencias y Desastres – UNT.

## ANEXO

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO  
ESCUELA DE POSGRADO  
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE BIOSEGURIDAD**

Guevara y Mantilla 2006

**INSTRUCCIONES:** A continuación, se les presenta ítems, lea atentamente y responda según lo indicado.

Datos Informativos:

Edad: \_\_\_\_\_ 2. Tiempo de servicio

Nivel de Conocimientos sobre Bioseguridad

1. La Bioseguridad es:
  - a. El proceso que elimina todos los microorganismos del ambiente hospitalario.
  - b. El conjunto de medidas no preventivas a evitar los riesgos de infección intrahospitalaria.
  - c. Una Doctrina de comportamiento que disminuye el riesgo del trabajador de salud de adquirir y transmitir infecciones.
  - d. Un programa de monitoreo para las infecciones hospitalarias.
  - e. Ninguna de las anteriores.
2. Los principios básicos de Bioseguridad son:
  - a. Lavado de manos, desinfección y esterilización.
  - b. Universalidad, uso de barreras protectoras y eliminación de material contaminado.
  - c. Vigilancia y monitorización y notificación de accidentes.
  - d. Ninguna de las anteriores
  - e. Desconoce
3. Al retirar una venoclisis a un paciente, descarta el catéter endovenoso de la siguiente manera
  - a. Coloca el catéter endovenoso en un recipiente rígido que contenga solución de hipoclorito de sodio al 1%.
  - b. Coloca el catéter endovenoso en un recipiente rígido, lo sella y arroja a la basura.
  - c. Coloca el catéter en una bolsa plástica y lo elimina junto con el equipo de venoclisis.
  - d. Protege el catéter endovenoso con casquete plástico o cinta adhesiva y arroja a la basura.
  - e. Ninguna de las anteriores.
4. Según la norma de Bioseguridad al producirse un accidente punzocortante con la exposición a sangre y/o secreción proveniente de un paciente con VIH usted debería realizarse.
  - a. Una serología al 8º día, 3º mes y al 5º mes.
  - b. Una serología a la 6ª semana, 3º mes y al 5º mes.
  - c. No debería hacerla.
  - d. No conoce
5. ¿Qué agente es el apropiado para el lavado de manos del personal de salud en un ambiente hospitalario?
  - a. Jabón corriente en barra.
  - b. Jabón líquido con antiséptico
  - c. Jabón carbólico en barra.
  - d. Jabón líquido sin antiséptico
  - e. Alcohol
6. El tiempo mínimo requerido para el lavado diario de manos es:
  - a. 30 seg.    b. 60 seg.    c. 10 seg.    d. No conoce
7. Respecto al lavado de manos:
  - a. Se efectúa después de empezar la jornada de trabajo.
  - b. Se realiza cuando están visiblemente sucias
  - c. No se efectúa cuando se va usar guantes.
  - d. Se efectúa entre diferentes procedimientos con el mismo paciente
  - e. Ninguna de las anteriores.
8. ¿Qué condición deben tener los guantes para la toma de muestra de sangre?
  - a. Limpio    b. Esteril    c. No es necesario usarlos    d. No conoce
9. Respecto al glutaraldehído:
  - a. Es un desinfectante de alto nivel
  - b. Puede usarse en una concentración del 1% para fines de esterilización.
  - c. El tiempo requerido para la esterilización es aproximadamente de 10 horas.
  - d. No tiene acción sobre las Mycobacterias esporas.
  - e. Solo a y c.
10. En los siguientes ítems, coloque las letras que corresponden en el paréntesis.
  - a. Residuos de medicamentos, gasas    1. Bolsa Negra ( )  
contaminadas con citostáticos.
  - b. Gasas, torundas y apósitos    2. Bolsa amarilla ( )
  - c. De heridas biocontaminadas
  - d. Papeles, bolsas, frascos de suero,    3. Bolsa Roja ( )  
papel toalla, cajas de cartón

**CLAVES DE RESPUESTAS  
DEL CUESTIONARIO  
CONOCIMIENTO  
BIOSEGURIDAD**

1. C
2. B
3. A
4. A
5. B
6. A
7. D
8. A
9. E
10. 1 (c) 2(a) 3(b)