



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN CENTRO
QUIRÚRGICO

Trabajo Académico

Conocimiento y prácticas en el manejo de medidas asépticas del personal de enfermería en el centro quirúrgico de un hospital de la Policía Nacional en
Lima, 2025

Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico

Presentado por:

Autora: Andamayo Pope, Doly Wendy


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5359-051X>

Asesora: Mg. Gil Miranda, Elizabeth Maribel

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6440-6454>

Lima – Perú

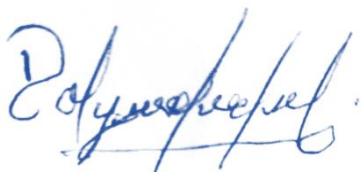
2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, **ANDAMAYO POPE, DOLY WENDY**, con código ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5359-051X> Egresada(o) de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica de Enfermería, **SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**, de la Universidad Privada Norbert Wiener; declaro que el trabajo académico titulado **“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS EN EL MANEJO DE MEDIDAS ASÉPTICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO QUIRÚRGICO DE UN HOSPITAL DE LA POLICÍA NACIONAL EN LIMA, 2025”** Asesorado por el Docente **GIL MIRANDA ELIZABETH MARIBEL**, DNI **09774617**, **CÓDIGO ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6440-6454>**, tiene un índice de similitud de 13%, con oid: **14912:574732490**, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor(a)
ANDAMAYO POPE, DOLY WENDY
 DNI N°: 73599506



.....
 Firma del Asesor
GIL MIRANDA, ELIZABETH MARIBEL
 DNI N° 09774617

Lima, 15 de Diciembre del 2025

Dedicatoria

Este estudio rinde homenaje al equipo de enfermería quirúrgica del país. Su dedicación profesional permanece firme ante limitaciones infraestructurales y escasez de suministros, ofreciendo atención de excelencia, a mi familia, agradezco su respaldo incondicional y tolerancia durante las etapas de elaboración de esta tesis.

Agradecimiento

Mi gratitud se dirige a mi asesora, la Magíster Elizabeth Maribel Gil Miranda, por su guía precisa, paciencia sostenida y aporte de saberes que sustentaron este proyecto. Valoro la colaboración del Hospital PNP, cuya disposición facilitó visibilizar desafíos que exigen acciones inmediatas para elevar la calidad del cuidado.

ÍNDICE	
	Pág.
Dedicatoria	Iii
Agradecimiento	Iv
Índice	V
Resumen	Ix
Abstract	X
1. EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	5
1.2.1. Problema general	5
1.2.2. Problemas específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación de la investigación	7

1.4.1. Teórica	7
1.4.2. Metodológica	8
1.4.3. Práctica	8
1.5. Delimitación de la investigación	9
1.5.1. Temporal	9
1.5.2. Espacial	9
1.5.3. Población o unidad de análisis	9
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1. Antecedentes	10
2.2. Bases teóricas	14
2.3. Formulación de hipótesis	34
2.3.1. Hipótesis general	34
2.3.2. Hipótesis específicas	35
3. METODOLOGÍA	36
3.1. Método de la investigación	36
3.2. Enfoque de la investigación	36

3.3. Tipo de investigación	36
3.4. Diseño de la investigación	36
3.5. Población, muestra y muestreo	37
3.6. Variables y operacionalización	38
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	41
3.7.1. Técnica	41
3.7.2. Descripción de instrumentos	41
3.7.3. Validación	42
3.7.4. Confiabilidad	43
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	43
3.9. Aspectos éticos	44
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	45
4.1. Cronograma de actividades	45
4.2. Presupuesto	46
5. REFERENCIAS	47
ANEXOS	59

Anexo 1: Matriz de consistencia	60
Anexo 2: Instrumentos	62
Anexo 3: Consentimiento informado	71
Anexo 4: Informe de originalidad	74

RESUMEN

Introducción: Las Infecciones del Sitio Quirúrgico (ISQ) representan una de las secuelas más serias en el ámbito nosocomial, destacando su alto potencial de prevención. El cumplimiento por parte del equipo de enfermería de las directrices de asepsia se erige como un componente clave en la profilaxis de estas complicaciones. **Objetivo:** Determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025. **Metodología:** La investigación se estructuró con un enfoque cuantitativo y un diseño de naturaleza no experimental, de carácter transversal. Se le confirió un alcance correlacional y su tipología es aplicada. La población objeto de estudio es de carácter censal, compuesta por la totalidad de los profesionales de enfermería que ejercen sus funciones dentro del área quirúrgica de dicha institución hospitalaria. **Instrumento:** Se optó por dos herramientas de medición previamente validadas. La primera es un cuestionario enfocado en la valoración de la comprensión del personal respecto a los procedimientos asépticos en el Quirófano. La segunda es un listado de verificación (guía de cotejo) orientada a la fiscalización in situ del desempeño aséptico. Ambos instrumentos superaron rigurosas evaluaciones tanto de validez de contenido como de fiabilidad estadística. **Procesamiento de datos:** El procesamiento se llevará a cabo con el software SPSS versión 26 (v.26). Se utilizará estadística descriptiva para la síntesis de las variables y el estadístico no paramétrico Rho de Spearman para establecer el grado de correlación. **Relevancia Ética:** La investigación se adherirá estrictamente a los lineamientos éticos de Belmont, garantizando la reserva de la identidad y el consentimiento informado de todos los sujetos de estudio.

Palabras claves: Conocimiento, prácticas, medidas asépticas, enfermería quirúrgica, bioseguridad, Hospital PNP.

ABSTRACT

Introduction: Surgical site infections (SSI) represent one of the most serious and preventable complications in the hospital setting, with compliance with aseptic measures by nursing staff serving as a key factor in their prevention. **Objective:** To determine the relationship between the level of knowledge and the practices of aseptic measures among the nursing staff in the Surgical Center of a National Police Hospital (PNP) in Lima, 2025. **Methods:** The study was structured under a quantitative approach and a non-experimental, cross-sectional design. It was given a correlational scope, and its typology is applied. The study population is census-based, comprising the total number of professional nurses working in the surgical area of the aforementioned hospital institution. **Instrument:** Two previously validated measurement tools were selected. The first is a questionnaire focused on assessing the staff's understanding of aseptic practices in the Operating Room. The second is a checklist/tally sheet intended for the in situ verification of aseptic performance. Both instruments successfully passed rigorous evaluations for content validity and statistical reliability. **Data Processing:** The analysis will be carried out using SPSS v.26 software. Descriptive statistics will be employed for the synthesis of variables, and the non-parametric Spearman's Rho test will be used to determine the correlation coefficient. **Ethical Relevance:** The investigation will strictly adhere to the Belmont principles, ensuring the confidentiality and informed consent of all study participants.

Keywords: Knowledge, practice, aseptic measures, surgical nursing, biosafety, PNP Hospital

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La seguridad del paciente quirúrgico constituye, en la actualidad, una de las prioridades ineludibles en la agenda sanitaria mundial, donde la prevención de eventos adversos infecciosos se erige como un indicador fundamental de calidad asistencial y gobernanza clínica. En este contexto global, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Informe Mundial sobre Prevención y Control de Infecciones publicado en 2022, revela una realidad alarmante respecto a la carga global de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS). Las cifras evidencian una disparidad estructural y un fallo sistémico en la cadena de protección biológica: se estima que, por cada 100 pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos y servicios quirúrgicos, el 7% en países de ingresos altos adquirirá una infección nosocomial, mientras que esta cifra se duplica dramáticamente al 15% en los países de ingresos bajos y medianos (1). De esto se deduce que las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) no son eventos estocásticos o aislados, sino que son responsables de aproximadamente el 20% de todas las IAAS reportadas globalmente, convirtiéndose en el tipo de infección más frecuente y costosa en el entorno hospitalario de naciones en desarrollo (2).

Asimismo, es imperativo destacar que la OMS subraya que estas infecciones no solo incrementan sustancialmente las tasas de morbilidad y mortalidad postoperatoria, sino que actúan como catalizadores primarios de la resistencia a los antimicrobianos (RAM). Este fenómeno genera un círculo vicioso de difícil tratamiento terapéutico y costos sanitarios insostenibles para los sistemas de salud pública (3). La evidencia científica actual sugiere que una proporción significativa de estas infecciones, estimada en más del 50%, podría prevenirse mediante la implementación rigurosa y conductual de medidas asépticas básicas —como la higiene de manos

y el manejo de barreras estériles—. Este dato pone de manifiesto la responsabilidad crítica del recurso humano en salud, específicamente del profesional de enfermería, frente a una amenaza global que compromete la viabilidad misma de los procedimientos quirúrgicos modernos (4).

Descendiendo al contexto regional de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha identificado una heterogeneidad preocupante y una relajación en la adherencia a los protocolos de prevención tras la crisis sanitaria global reciente. A raíz de lo expresado en informes de vigilancia y estudios de prevalencia puntual realizados entre 2022 y 2023, América Latina enfrenta un escenario complejo donde la dependencia farmacológica intenta suplir las carencias en la técnica aséptica. Investigaciones multipaís en la región han revelado que el 47.9% de los pacientes hospitalizados recibe al menos un antibiótico, observándose las tasas más altas en unidades quirúrgicas y de cuidados intensivos (5). Esta cifra, representativa de miles de pacientes en los estudios de prevalencia regional, subraya la magnitud de la sobreutilización antibiótica. Sin embargo, lo más alarmante se evidencia en el uso irracional de la profilaxis antibiótica quirúrgica; los datos indican que una proporción sustancial de estas prescripciones excede los tiempos recomendados o se utiliza para compensar fallas en la esterilidad del quirófano, exacerbando la resistencia a cefalosporinas de tercera generación y carbapenémicos (6).

Aterrizando la problemática a nivel nacional, en Perú el panorama no es menos desafiante y refleja las brechas estructurales del sistema sanitario público. En este sentido, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC-MINSA) reporta en sus boletines epidemiológicos de 2023 y 2024 una situación de alerta constante respecto a la adherencia a protocolos básicos de bioseguridad (7). No obstante, la existencia de normativas robustas, como la Norma Técnica de Salud N° 163-MINSA/2020/CDC y la Guía Técnica para la

Higiene de Manos (8), la operatividad de estas normas en la práctica diaria es inconsistente. Los informes de vigilancia de hospitales nacionales de referencia, como el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU), reportaron una adherencia general a la higiene de manos que oscila entre el 73% y el 74% durante el año 2023 (9). Esta cifra, aunque muestra una leve mejoría respecto a años previos, se mantiene peligrosamente por debajo del estándar óptimo internacional y lejos de la meta institucional del 85% establecida para garantizar la seguridad del paciente. Esto implica que, en un centro de referencia de alta complejidad como el HNHU que atiende a cientos de miles de pacientes anualmente, aproximadamente entre 26% y 27% de las oportunidades de higiene de manos fueron omitidas, exponiendo potencialmente a una vasta población de pacientes al riesgo de infección nosocomial (9).

Cabe resaltar que el análisis desagregado de estas cifras nacionales revela puntos críticos de fallo en la conducta aséptica del personal. Mientras que momentos como "después del riesgo de exposición a fluidos corporales" alcanzan una adherencia del 86%, otros momentos cruciales para evitar la contaminación cruzada, como "después del contacto con el entorno del paciente", registran niveles de cumplimiento tan bajos como el 52% (10). De esto se deduce que existe una disociación cognitiva en el personal de salud: se percibe el riesgo directo de fluidos (autoprotección), pero se subestima el riesgo de contaminación por contacto con superficies inertes (protección del paciente), lo que perpetúa la transmisión de patógenos nosocomiales. Además, la brecha de recursos humanos en enfermería, estimada en un déficit del 30% en el primer nivel y áreas críticas para el cierre del 2024, exacerba la sobrecarga laboral, factor determinante en la omisión involuntaria de pasos en la técnica aséptica (11).

En el ámbito local, específicamente en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú (PNP) la situación adquiere matices críticos al ser el ente encargado de la salud de la familia

policial. A pesar de los esfuerzos institucionales reportados, como la inauguración de nuevas salas y campañas del "Plan Recupera tu Salud" para reducir la lista de espera quirúrgica (12), existe una realidad operativa compleja. Sin duda, esta presión por la producción quirúrgica colisiona con denuncias de precariedad en el periodo 2023-2024, donde se ha expuesto la falta de inversión real en insumos básicos y materiales fungibles, lo que podría comprometer la esterilidad de los ambientes (13). En relación con la problemática expuesta, el personal de enfermería del Centro Quirúrgico se encuentra en una encrucijada, debiendo garantizar la seguridad del paciente en un entorno de alta demanda y recursos limitados. Se ha observado empíricamente una variabilidad en las prácticas diarias, desde el lavado de manos hasta el manejo de campos estériles. En este sentido, esta variabilidad sugiere que la falta de recursos materiales y la sobrecarga laboral pueden inducir a la omisión involuntaria de pasos críticos en los protocolos de asepsia, vulnerando la seguridad del paciente (14).

En resumen, la problemática no se limita únicamente a si el enfermero "sabe" teóricamente cómo realizar un lavado de manos o cómo vestir una mesa de mayo, sino a si aplica ese conocimiento de manera consistente bajo presión y con las limitaciones del entorno. La disociación entre el conocimiento teórico (que suele ser alto en las evaluaciones escritas) y la práctica real (que a menudo presenta fallas observables) es un fenómeno documentado en la literatura internacional y nacional que requiere ser estudiado en este contexto específico. En el Hospital PNP, donde la jerarquía y la disciplina son valores institucionales, resulta paradójico que puedan existir brechas en el cumplimiento de normas tan estandarizadas como las de asepsia, lo que obliga a indagar en los factores cognitivos y procedimentales que están influyendo en este comportamiento.

Por lo tanto, resulta imperativo realizar una evaluación objetiva y rigurosa que correlacione el nivel cognitivo con la ejecución práctica de las medidas asépticas en este grupo profesional. La relevancia de este estudio radica en que, al identificar las áreas específicas donde el conocimiento no se traduce en práctica, se podrán diseñar estrategias de intervención focalizadas; ya sea educativas, de gestión o de abastecimiento, que permitan cerrar estas brechas y garantizar que la "modernización" del hospital no sea solo de fachada, sino que se refleje en la seguridad de cada acto quirúrgico.

Debido a este contexto, la realidad motiva la necesidad de evaluar a fondo si los conocimientos actualizados y, más importante aún, si la práctica diaria se aplica correctamente en el personal de enfermería, que labora en el Centro Quirúrgico de un hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025; para así proponer mejoras que salvaguarden la vida y la recuperación de los efectivos policiales y sus familias.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre el conocimiento y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre el conocimiento en la dimensión conocimiento teórico de las medidas asépticas y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025?

¿Cuál es la relación entre el conocimiento en la dimensión conocimiento cognitivo-técnico en prácticas de asepsia y las prácticas de medidas asépticas del personal

de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025?

¿Cuál es la relación entre el conocimiento en la dimensión conocimiento del manejo de complicaciones relacionadas con la asepsia y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar el conocimiento en la dimensión conocimiento teórico de las medidas asépticas y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025.

Identificar el conocimiento en la dimensión conocimiento cognitivo-técnico en prácticas de asepsia y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025.

Identificar el entre el conocimiento en la dimensión conocimiento del manejo de complicaciones relacionadas con la asepsia y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

El sustento teórico de esta investigación radica en la exploración de la discrepancia crucial entre el dominio conceptual y la aplicación operativa del procedimiento de asepsia en el ejercicio de la enfermería perioperatoria, situación que impacta negativamente en la protección del paciente. Se busca generar evidencia empírica con el fin de optimizar los procedimientos de cuidado asistencial y consolidar la seguridad del paciente. Esto posibilitará que el Hospital de la Policía Nacional diseñe e implemente estrategias de capacitación y soporte logístico que aborden las fragilidades identificadas con precisión.

La realización del estudio proporcionará al equipo de enfermería una realimentación objetiva concerniente a su desempeño y dominio conceptual, estableciendo los cimientos para la optimización continua y la validación de los instrumentos que utilizan en su labor diaria. El dominio cognitivo (conocimiento) trasciende la simple retención de datos, implicando la interiorización profunda de los principios de esterilización. Esta comprensión avanzada faculta a la enfermera para ir más allá de la pauta protocolaria, facilitando la toma de decisiones flexible y con criterio, lo cual es indispensable para la ejecución segura de los procedimientos asépticos. Benner sostiene que el conocimiento en la disciplina de enfermería no es un constructo estático; por el contrario, se consolida y se afina mediante la praxis clínica, progresando desde una visión rígida y reglamentada del "Novato" hasta una comprensión intuitiva y adaptable propia del "Experto" (15).

El desempeño (práctica) no se limita a una serie de acciones rutinarias, sino que involucra la aplicación rigurosa y constante de protocolos sustentados en la mejor evidencia científica, lo que salvaguarda la seguridad del usuario asistencial. La pertinencia de la investigación se halla

en la medición del cumplimiento de estos procedimientos, en línea con la evidencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual indica que la implementación estricta de tales medidas produce un beneficio de costo-efectividad directo, llegando a disminuir los índices de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) hasta en un 40% (16). La variable de Prácticas Asépticas se fundamenta en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem (17), la cual establece que la enfermera asume la Agencia de Cuidado Terapéutico, aplicando un Sistema Totalmente Compensatorio para el paciente anestesiado, quien carece de la capacidad de autocuidado biológico. (17).

1.4.2. Metodológica

Metodológicamente, este trabajo asegura la idoneidad de sus mediciones a través de la utilización de instrumentos que han sido sometidos a rigurosos procesos de validación y que poseen adaptación a la idiosincrasia sanitaria peruana, lo que confiere alta fidedignidad a los datos recolectados. Se utilizará un cuestionario estructurado con el fin de determinar el dominio conceptual y, como eje central, se aplicará un listado de verificación para la observación directa del desempeño in situ. Este enfoque de triangulación metodológica es vital para contrastar el conocimiento declarado por el profesional con su ejecución efectiva, lo cual resulta imprescindible para reducir el sesgo de deseabilidad social inherente a los procedimientos de autoevaluación. Además, los instrumentos elegidos satisfacen los criterios de validez y fiabilidad establecidos previamente a nivel nacional por Lupaca Paredes, Jhennifer del Rosario, y su equipo en el año 2025. Dichas herramientas se ajustaron al presente estudio para lograr los hallazgos proyectados (18).

1.4.3. Práctica

El valor práctico de este trabajo se centra en la identificación y cuantificación de la discrepancia entre la base teórica y el desempeño del personal de enfermería en técnicas de asepsia. Esta información es crucial para la seguridad del paciente miembro de la institución policial, dado que permite a la entidad hospitalaria trascender la mera autoevaluación y señalar con exactitud las deficiencias que acrecientan el riesgo de Infecciones del Sitio Quirúrgico (ISQ). Los resultados obtenidos no solo ratificarán la imperiosa necesidad de intervención, sino que también objetivarán las barreras de orden extrínseco. Estos descubrimientos servirán como una directriz para los profesionales de enfermería, guiando la elaboración de programas de formación rigurosos y la reevaluación de los protocolos y listas de verificación existentes, asegurando que la eficiencia operativa no ponga en riesgo la seguridad del procedimiento quirúrgico.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

La ejecución del estudio abarca un lapso de tiempo de seis meses, iniciándose en noviembre del año 2025 y concluyendo en abril del 2026.

1.5.2. Espacial

El ámbito geográfico del estudio se circunscribe a la Avenida Brasil, en la cuadra 26, ubicada en el distrito de Jesús María, Provincia de Lima, Perú.

1.5.3. Población o unidad de análisis

La unidad de análisis seleccionada está integrada por el conjunto de profesionales de enfermería que ejercen funciones en el Centro Quirúrgico de un hospital adscrito a la Policía de Lima.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. A nivel internacional

Saddique y Khan (19), durante el 2023 en Pakistán, llevaron a cabo un estudio cuyo propósito central fue "evaluar el conocimiento y las prácticas de las enfermeras de quirófano con respecto a las técnicas asépticas para la prevención de infecciones en un hospital de atención terciaria". Respecto a la metodología, se utilizó un diseño de carácter descriptivo y de corte transversal. Contó con la participación de 130 enfermeras (130), seleccionadas a través de un esquema de muestreo intencional. El instrumento empleado consistió en una evaluación del dominio cognitivo, estructurada con ítems de selección múltiple o formato dicotómico (verdadero/falso). Los hallazgos revelaron que, a pesar de que el 94% del personal de enfermería afirmó ejecutar de forma rutinaria las técnicas de esterilidad y el 91% indicó cumplimiento con los protocolos de higiene de manos, se identificaron discrepancias significativas a nivel conceptual. Específicamente, únicamente el 60% estaba consciente de que la vestimenta quirúrgica se considera estéril solo en áreas delimitadas, y un 54.6% entendía cabalmente el riesgo de contaminación asociado a la caída de los paquetes estériles. En síntesis, la investigación demostró que, si bien el nivel de desempeño reportado es elevado, subsiste una falta de concordancia con el conocimiento teórico de base. Esto induce a pensar que parte de las prácticas ejecutadas pueden ser de carácter meramente mecánico y no sustentadas en un razonamiento reflexivo.

Almeida y su equipo (20), en Colombia, durante el 2023, ejecutaron un estudio enfocado en "determinar el nivel de cumplimiento de las prácticas de bioseguridad del personal de enfermería en áreas críticas y quirúrgicas". Metodológicamente, se implementó un diseño

descriptivo, transversal y de índole no experimental. Participaron 65 profesionales de enfermería (N=65), constituyendo una muestra de 65 sujetos. Se utilizaron un cuestionario y una lista de verificación por observación. Los resultados indicaron que las prácticas de bioseguridad mostraron un nivel apropiado en zonas de menor peligrosidad (88.7%). Sin embargo, se evidenció una disminución de este nivel en las áreas quirúrgicas y en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). El 55% de los participantes exhibió un nivel de cumplimiento de medio a bajo en las prácticas de barrera y desinfección. La conclusión estableció una correlación inversa entre la exigencia asistencial y el cumplimiento de las técnicas asépticas, poniendo de manifiesto que la adhesión a los protocolos resulta vulnerable a las condiciones del entorno de trabajo.

Hernández y López (21) realizaron una investigación en México en 2024, orientada a "evaluar la adherencia del personal de enfermería a la técnica de higiene de manos en el área quirúrgica y sus factores asociados". Metodológicamente, se empleó un diseño observacional y descriptivo. La muestra abarcó 85 momentos de observación (N=85), involucrando a 35 profesionales de enfermería (n=35), a quienes se les aplicó la lista de verificación de higiene de manos de la OMS. Los resultados arrojaron que el cumplimiento global de la técnica se situó en el 71.8%.

Pérez-García y colaboradores, (22), en el 2022, en España, desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue "analizar el nivel de conocimiento y la calidad de la práctica de las medidas de asepsia por el personal de enfermería en quirófanos de traumatología". En el aspecto metodológico el diseño aplicado fue correlacional y transversal; asimismo, participaron 110 profesionales de enfermería (N=110) a quienes se le aplicó un cuestionario validado de conocimiento y una escala de observación de la práctica. Los resultados muestran que el 78% de los participantes tuvo un nivel de conocimiento alto o aceptable sobre los principios de

esterilización. No obstante, el 32% de los profesionales evidenció prácticas inadecuadas, siendo el fallo más frecuente la manipulación incorrecta de los paquetes estériles. Además, se encontró que solo el 6% de los profesionales fue clasificado como "experto" en la práctica aséptica. En conclusión, la presencia de conocimiento teórico no garantiza una práctica aséptica efectiva, subrayando la necesidad de auditorías de competencia práctica.

2.1.2. A nivel nacional

Aguirre y Paitán, (23), 2024 en Trujillo, desarrollaron una investigación con el objetivo de "determinar el nivel de conocimiento y prácticas de medidas de bioseguridad en el personal de salud del Centro de Salud La Libertad". El diseño metodológico fue descriptivo, correlacional y transversal, con una muestra de 100 trabajadores de salud seleccionados por conveniencia. Para la recolección de datos, se utilizaron dos instrumentos: un Cuestionario para evaluar el conocimiento y una Guía de Observación para medir las prácticas de bioseguridad. Los resultados mostraron un panorama donde el 58% del personal tenía un nivel de conocimiento medio y un 42% evidenció prácticas inadecuadas, encontrándose una relación significativa entre el bajo conocimiento y las prácticas deficientes. Se concluyó que las brechas de conocimiento se traducen directamente en riesgos durante la atención, recomendando programas de capacitación intensivos.

Parí y Castillo, (24), en el 2023, en Lima, desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue "determinar la relación entre las prácticas de bioseguridad del personal de enfermería y la seguridad del paciente en el servicio de UCI y Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Arzobispo Loayza". En el aspecto metodológico el diseño aplicado fue descriptivo-correlacional y transversal; asimismo, participaron 85 profesionales de enfermería (N=85) a quienes se le aplicó un cuestionario y una guía de observación. Los resultados muestran que el nivel de

prácticas de bioseguridad fue mayoritariamente medio (58%); también, en cuanto a las Prácticas Asépticas, el 45% informaron prácticas inadecuadas, siendo el manejo incorrecto de desechos punzocortantes el fallo más común. Se concluyó que existe una relación significativa entre las prácticas de bioseguridad y la seguridad del paciente, indicando que el déficit en la práctica aumenta el riesgo asistencial.

Quiroga y Quispe (25), en Arequipa durante el 2024, realizaron una investigación con el objetivo de “evaluar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) y sus medidas preventivas en un hospital de tercer nivel”. El diseño metodológico fue de naturaleza descriptiva y no experimental. La participación incluyó 120 profesionales de enfermería (N=120), a quienes se les administró un cuestionario validado que contenía 20 ítems. Los resultados muestran que el nivel de conocimiento general fue catalogado como regular en el 62% de los participantes; también, en cuanto al Conocimiento de Medidas Asépticas, el 48.3% demostró desconocimiento sobre la duración correcta del lavado quirúrgico y los principios de la técnica estéril. Se concluyó que existe una deficiencia significativa en el conocimiento teórico de las IAAS, lo cual impacta directamente en la calidad de las prácticas preventivas.

Sánchez y Rivera, (26), en el 2023, en Lima, desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue “establecer la correlación entre la capacitación recibida y las prácticas de manejo de material estéril por enfermeras instrumentistas en un hospital del Seguro Social (EsSalud)”. En el aspecto metodológico el diseño aplicado fue correlacional, longitudinal; asimismo, participaron 60 enfermeras instrumentistas (N=60) a quienes se le aplicó una escala de evaluación de prácticas y un registro de capacitación. Los resultados muestran que, a pesar de que el 90% había recibido capacitación formal en los últimos seis meses, el 35% continuó con prácticas de

manejo de material estéril inadecuadas. También, se encontró que el conocimiento no se correlacionó fuertemente con la práctica, sugiriendo que la experiencia clínica y las condiciones de trabajo tienen mayor peso. Se concluyó que la capacitación teórica por sí sola es insuficiente para modificar las prácticas de asepsia si no se complementa con entrenamiento práctico continuo y mejora de las condiciones laborales.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Variable 1: Conocimiento sobre medidas asépticas

Definición de Conocimiento

El conocimiento es un concepto fundamental en la epistemología y la ciencia del cuidado. Desde una perspectiva clásica, Bloom, en su taxonomía cognitiva revisada en el 2021, lo define como la capacidad de recordar o reconocer información relevante previamente aprendida, constituyendo el nivel más básico de la competencia cognitiva, indispensable para el desarrollo de habilidades superiores como la comprensión y la aplicación (27). En un contexto más contemporáneo, Alcalá en 2023, establece que el conocimiento es un proceso activo de construcción y procesamiento mental de datos, hechos o ideas, que, una vez internalizado, permite al individuo interpretar, predecir y modificar su entorno. En el ámbito sanitario, el conocimiento es la herramienta esencial que valida la justificación de cada acción profesional (28).

Conocimiento en Enfermería

El conocimiento en enfermería va más allá de la simple retención de datos; constituye la ciencia subyacente al arte del cuidado. Carper en 2018, lo describió a través de sus patrones fundamentales, donde el conocimiento empírico (basado en la ciencia y la investigación) es crucial, pero debe complementarse con el conocimiento ético, estético y personal. Esto significa

que la enfermera no solo sabe qué hacer, sino por qué y cómo impacta al paciente (29). Fawcett en 2020, lo reafirma al situar el conocimiento como el eje central del metaparadigma, argumentando que la base conceptual y teórica es lo que distingue el cuidado de enfermería de otras disciplinas sanitarias. Por lo tanto, el nivel de conocimiento determina la calidad de la toma de decisiones clínicas y la competencia profesional (30).

Conocimiento sobre Medidas Asépticas

El conocimiento sobre medidas asépticas se define como el cúmulo de información validada, principios científicos y protocolos normativos que el profesional de enfermería adquiere y utiliza para planificar, ejecutar y evaluar las técnicas destinadas a prevenir la transferencia de microorganismos patógenos al paciente en el ambiente quirúrgico (31). Este conocimiento es la base cognitiva que permite la comprensión del riesgo y la justificación del procedimiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo enmarca dentro de la competencia esencial en el Control de Infecciones, estableciendo que la capacitación del personal debe ser continua y basada en evidencia para asegurar la aplicación correcta de las barreras microbiológicas (32). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) subraya que la comprensión profunda de los cinco momentos de la higiene de manos no es solo un acto de memorización, sino un ejercicio de juicio clínico que previene la diseminación de patógenos en la región (33).

Dimensiones de la variable

Dimensión 1: Conocimiento Teórico de las Medidas Asépticas

Liao y otros, lo definen como “la comprensión conceptual y la base racional detrás de las directrices y protocolos establecidos para el control de infecciones, incluyendo la microbiología básica, la epidemiología de las IAAS y los fundamentos de la esterilización y desinfección. Este

conocimiento sienta las bases para justificar la práctica (34).

Definición y Principios de Asepsia y Antisepsia

Asepsia: Concepto que engloba la totalidad de protocolos y técnicas destinadas a preservar la esterilidad de un entorno, impidiendo el acceso de agentes patógenos a un área previamente descontaminada (35). En el contexto quirúrgico, el objetivo primordial es la creación y el mantenimiento de un campo estéril (36).

- Principios de Asepsia: Si la integridad de un paquete estéril está comprometida (rasgado, húmedo o abierto), se considera contaminado (37). Los artículos estériles deben manipularse manteniéndose por encima del nivel de la cintura y a la vista (36). El borde de un envase estéril (generalmente un margen de 2.5 cm se considera no estéril después de ser abierto (35).

Antisepsia: La antisepsia es el uso de agentes químicos (antisépticos) para inhibir o destruir microorganismos en los tejidos vivos o la piel (38).

- Principios de Antisepsia: La eficacia de un antiséptico depende directamente del tiempo de contacto y de la concentración utilizada (39). La antisepsia de la piel preoperatoria debe realizarse desde el centro del sitio de la incisión hacia la periferia (40). El conocimiento sobre la selección adecuada del agente es fundamental para asegurar el máximo efecto antimicrobiano (38).

Clasificación de Áreas según Riesgo de Contaminación La clasificación de las áreas hospitalarias es un conocimiento esencial para el personal de enfermería, ya que establece los protocolos de circulación, vestimenta y limpieza necesarios para controlar la contaminación microbiana (41).

- Área Negra (Zona no Restringida): Permite la circulación de personal con vestimenta

de calle (41).

- Área Gris (Zona Semirestringida): Requiere el uso de uniforme quirúrgico completo.

Incluye pasillos y la central de equipos y esterilización (CEYE) (42).

- Área Blanca (Zona Restringida o Estéril): Corresponde al espacio del quirófano en sí.

En este entorno, la rigurosidad en los protocolos asépticos es absoluta e innegociable para garantizar la seguridad del acto quirúrgico (43).

Protocolos de Esterilización y Desinfección El conocimiento riguroso de los protocolos garantiza la disponibilidad de instrumental libre de microorganismos patógenos y esporas.

- Esterilización: La esterilización es el proceso que destruye toda forma de vida microbiana, incluyendo las esporas bacterianas (36).

- Los métodos físicos El calor húmedo (autoclave) es el método más común, efectivo y económico para instrumental termo-resistente. El personal debe conocer los parámetros críticos (tiempo, temperatura y presión) para asegurar la letalidad microbiana (38).

- Métodos Químicos: Utilizados para materiales termosensibles (ej. óxido de etileno, peróxido de hidrógeno). El conocimiento debe enfocarse en los ciclos de aireación necesarios para eliminar los residuos tóxicos.

- Control de Esterilización: El conocimiento de los indicadores (químicos y biológicos) es vital. La enfermera debe saber interpretar estos indicadores antes de usar el instrumental en el paciente (43).

- Desinfección: Elimina la mayoría de los microorganismos patógenos de objetos inanimados, pero generalmente no destruye las esporas (44).

- Clasificación de Desinfectantes: El personal de enfermería debe conocer la clasificación de Spaulding (alto, intermedio y bajo nivel) que guía el uso de

desinfectantes en función del riesgo de infección del material (44).

Dimensión 2: Conocimiento cognitivo-técnico en prácticas de asepsia

Para Tiwari y otros en el 2022 (44), esta dimensión representa el puente entre el conocimiento teórico y la ejecución práctica. Se define como la habilidad del personal de enfermería para aplicar el saber (teoría) en el saber hacer (procedimiento) (44). En el centro quirúrgico, esta dimensión evalúa la comprensión de la secuencia estandarizada, la destreza manual y el juicio para mantener un entorno estéril durante la preparación y la asistencia quirúrgica (45).

Secuencia Correcta de Lavado de Manos Quirúrgico

El lavado de manos quirúrgico es reconocido como la medida más crítica para prevenir la transmisión de microorganismos del personal al paciente durante la cirugía. La competencia técnica en este procedimiento abarca tanto la selección del método como la adherencia estricta a la secuencia y el tiempo estipulado (46).

- **Fundamento de la Técnica:** La finalidad de este procedimiento radica en disminuir la carga microbiana (tanto transitoria como residente) en las extremidades superiores hasta niveles seguros, paso previo indispensable al calzado de los guantes quirúrgicos (47).

- **Procedimiento Estandarizado:** La enfermera debe conocer y ejecutar la secuencia correcta:

- Limpieza inicial: Retiro de joyas y limpieza de uñas.
- La enfermera debe ejecutar la limpieza inicial, fregado o lavado minucioso de manos, dedos, espacios interdigitales y antebrazos, a menudo en tres tercios (manos, tercio inferior del antebrazo y tercio superior (48).
- El tiempo varía (típicamente entre 2 a 5 minutos) dependiendo del agente

antiséptico (ej. Clorhexidina o Povidona Yodada) y las directrices institucionales, conocimiento que es vital para la eficacia (49)

- El aclarado debe hacerse de manos a codos, manteniendo las manos elevadas por encima del nivel de los codos para que el agua fluya de la zona más limpia a la menos limpia, y sin contacto con ninguna superficie hasta el secado con toalla estéril (48).

Uso y Retiro de Barreras Estériles

Las barreras estériles (batas, guantes y campos) son la principal defensa física contra la contaminación exógena del sitio quirúrgico. La competencia cognitiva-técnica se manifiesta en la capacidad de vestirse de manera aséptica y preservar la esterilidad de la barrera. (50).

- Colocación Aséptica (Vestirse): Implica la técnica de calzarse la bata quirúrgica sin tocar la superficie exterior, el uso de la técnica de guantes cerrada para evitar el contacto de la piel con la parte exterior del guante, y la asistencia para anudar la bata (50).

- Mantenimiento de la Esterilidad: La enfermera debe conocer las áreas estériles de la barrera: la parte frontal de la bata, desde el nivel del pecho hasta la cintura, y las mangas desde el puño hasta 5 cm por encima del codo. Cualquier otra zona (espalda, axilas, cuello) se considera no estéril (51).

- Retiro Seguro (Contaminación): El retiro de las barreras debe hacerse de forma que se evite la exposición del personal a la contaminación microbiana. Esto incluye el retiro de guantes y batas contaminadas volteándolas de adentro hacia afuera antes de desecharse, minimizando la dispersión de aerosoles y el contacto con la ropa exterior (52).

Manejo y Transferencia de Equipos Estériles

Este concepto se enfoca en las habilidades de la enfermera instrumentista y circulante

para manipular y mover equipos, instrumental y soluciones dentro y hacia el campo estéril, sin comprometer la asepsia (53).

- **Manipulación de Envases:** La técnica requiere la apertura de paquetes estériles manteniendo los brazos sobre el campo, evitando que las manos pasen sobre la zona estéril y abriendo las esquinas del envoltorio lejos del cuerpo (51).

- **Transferencia de Instrumental:** La transferencia de instrumental y material (ej. suturas, gasas) debe hacerse de forma segura y controlada, generalmente utilizando el método drop and go (dejar caer) o presentando el material de tal forma que el instrumentista pueda tomarlo sin tocar el borde no estéril (53).

- **Manejo de Soluciones Estériles:** Implica la técnica de verter soluciones, asegurando que solo se vierta una pequeña cantidad en el receptáculo (a fin de limpiar el borde) antes de verter el volumen deseado, manteniendo el borde del envase alejado del borde del recipiente estéril (54). La enfermera debe saber que las botellas de líquidos, una vez abiertas, dejan de considerarse estériles después de un tiempo corto o si son dejadas fuera del campo estéril (51).

Dimensión 3: Conocimiento del Manejo de Complicaciones Relacionadas con la Asepsia

Ghebremedhin y otros (2017) lo conceptualizan como la capacidad cognitiva para identificar, evaluar y responder adecuadamente a las fallas o rupturas de la técnica aséptica, así como el conocimiento de los protocolos post-exposición y el manejo inicial de signos y síntomas de infección post-procedimiento. (55)

Identificación de Signos de Infección (IAAS)

El conocimiento sobre la vigilancia activa y la identificación temprana de los signos y síntomas de infección es fundamental para el manejo postoperatorio del paciente.

- Infección del Sitio Quirúrgico (ISQ): El personal de enfermería debe conocer la definición operativa de la ISQ según los criterios internacionales y nacionales como el Ministerio de Salud (56). Los signos incluyen: Rubor, calor, dolor, edema e induración (57).

- Signos Sistémicos: Conocimiento para detectar signos que sugieren una infección sistémica o sepsis, como fiebre inexplicable, taquicardia o hipotensión, que requieren acción inmediata (58)

- Vigilancia Postoperatoria: El conocimiento se extiende a la comprensión del período de incubación (típicamente 30 días postcirugía o hasta un año si se coloca implante), que define el tiempo durante el cual la vigilancia es obligatoria (56).

Procedimientos ante la Ruptura de la Técnica Estéril

La ruptura de la técnica estéril es un evento crítico que requiere una acción inmediata y estandarizada para mitigar el riesgo de contaminación y la consecuente ISQ (59).

- Detección y Reconocimiento: La competencia cognitiva implica la capacidad de identificar rápidamente el momento y la causa de la ruptura, ej. guante perforado, material estéril tocado por personal no estéril, o contacto con área húmeda o contaminada (60).

- Intervención Correctiva Inmediata: Conocer los protocolos de sustitución (reemplazo de instrumental, cambio de guantes/batas (61). Si una solución no estéril salpica el campo, el área debe ser aislada y cubierta (62)

Protocolos de Notificación de IAAS

El conocimiento del sistema de notificación es una responsabilidad administrativa y epidemiológica esencial que permite la vigilancia y la implementación de acciones correctivas a nivel institucional (63).

- Obligatoriedad de la Notificación: La enfermera debe conocer el marco legal y los

lineamientos del Ministerio de Salud (MINSA) de Perú que establecen la obligatoriedad de notificar las IAAS detectadas (63).

- Sistema de Vigilancia Epidemiológica: El personal debe conocer el proceso para documentar y notificar los casos de ISQ al Comité de Control de Infecciones o a la Oficina de Epidemiología del hospital. Esto incluye el llenado correcto de los formatos y el reporte de la información pertinente (tipo de cirugía, microorganismo, factores de riesgo del paciente) (64).

- Análisis de Causa Raíz: El conocimiento de que la notificación conduce a un análisis retrospectivo es vital. Esta información se utiliza para identificar fallos sistémicos o en los protocolos, lo cual es la base para futuras acciones de mejora de la calidad y seguridad (64).

Teoría de Enfermería

Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, (65). El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) se centra en las variables cognitivo-perceptuales que influyen en las conductas de salud. La adhesión rigurosa a las medidas asépticas por parte de los profesionales de enfermería puede considerarse una Conducta de Promoción de la Salud. El Conocimiento sobre Medidas Asépticas (Variable Independiente) se relaciona directamente con el constructo "Beneficios Percibidos de la Acción" y "Percepción de Autoeficacia" del modelo. Un conocimiento robusto permite al personal entender los beneficios claros (prevención de IAAS y reducción de costos) y aumenta su Autoeficacia (la creencia en su capacidad para ejecutar la técnica estéril sin errores), lo cual es un predictor clave de la Adherencia Consistente a la Práctica Aséptica.

Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, (66). Sostiene la dimensión cognitiva a través del concepto de "Agencia de Enfermería". Orem postula que el rol de enfermería surge cuando existe un déficit de autocuidado en el paciente. En el contexto

intraoperatorio, el paciente se encuentra bajo efectos anestésicos y en una situación de indefensión total frente a las agresiones del medio ambiente (microorganismos), presentando un déficit de autocuidado absoluto. Por tanto, el profesional de enfermería debe activar su "Agencia de Enfermería", que es la capacidad compleja y adquirida de realizar acciones de cuidado especializadas. El conocimiento profundo sobre medidas asépticas es el componente intelectual esencial de esta agencia; sin este conocimiento, la enfermera no puede suplir la necesidad de protección del paciente, fallando en su rol compensatorio. El sistema de enfermería en quirófano es, por definición, "totalmente compensatorio", y la calidad de esa compensación depende directamente del acervo de conocimientos del profesional.

2.2.2 Variable 2: Prácticas de medidas asépticas

Definición de Prácticas

El término práctica según el diccionario Filosófico, 1965, se refiere generalmente al conjunto de actividades, acciones o ejercicios que se realizan en la vida real, en contraste con la teoría o la especulación. Desde una perspectiva filosófica y sociológica, se vincula con la actividad transformadora del ser humano. La práctica es la actividad humana sensible y objetiva que se lleva a cabo para interactuar, modificar y transformar la realidad. Es el criterio fundamental de la verdad del conocimiento, ya que toda teoría nace sobre la base de la práctica y se verifica por ella (66).

Práctica en Enfermería

La práctica en enfermería, Reyes-Maldonado en el 2025, (67) va más allá de la mera ejecución de tareas; se define por su enfoque en el cuidado integral, el uso de evidencia científica y la autonomía profesional. La práctica profesional de enfermería es un ejercicio disciplinar que se centra en el cuidado integral del ser humano, considerando sus dimensiones biológica,

psicológica, social, cultural y espiritual. Esta práctica implica la gestión del cuidado, el liderazgo en equipos de salud, el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia clínica disponible, y la promoción de entornos seguros para el bienestar del paciente Prácticas de medidas asépticas.

La práctica de medidas asépticas

La práctica de medidas asépticas de acuerdo a Torres-García, en el 2024, se define como el conjunto sistemático de acciones y procedimientos que el personal de enfermería ejecuta con el objetivo de interrumpir la cadena de transmisión de microorganismos y prevenir la introducción de patógenos en áreas o tejidos estériles del paciente durante cualquier procedimiento invasivo o crítico (68).

Las prácticas se definen como la ejecución observable, objetiva y sistemática de los procedimientos técnicos y conductuales destinados a mantener la esterilidad y prevenir la contaminación en el entorno quirúrgico. Representan la operacionalización del conocimiento en el "saber hacer". Autores como Benner destacan que la práctica no es solo la aplicación mecánica de reglas, sino una actuación situada que responde a las contingencias del momento, en el quirófano, una práctica aséptica adecuada es aquella que mantiene la cadena de esterilidad sin interrupciones, desde el lavado de manos hasta el cierre de la herida. (69).

Dimensiones de la variable

Dimensión 1: Higiene de manos.

Es la medida más esencial y eficaz, se define como el frotado de manos con una solución a base de alcohol o el lavado con agua y jabón, destinado a reducir la flora transitoria y evitar la transmisión de microorganismos entre pacientes y entre áreas hospitalarias. Esta dimensión evalúa la adherencia técnica y la comprensión de los momentos críticos en los que debe realizarse

este procedimiento por parte del personal de enfermería (70).

Oportunidad y Momento del Lavado de Manos

- La OMS ha estandarizado el concepto de "oportunidad" de la higiene de manos para garantizar que esta se realice exactamente en los momentos de mayor riesgo de transmisión de patógenos. El conocimiento de estos momentos es vital para la seguridad del paciente (71).

- Los Cinco Momentos de la Higiene de Manos: El personal de enfermería debe conocer y aplicar el modelo de la Organización Mundial de la Salud, que identifica las cinco indicaciones clave, particularmente relevantes en el entorno quirúrgico: 1. Antes del contacto con el paciente, 2. Antes de realizar una tarea limpia/aséptica (crucial antes de la preparación de materiales o colocación de campos estériles), 3. Después del riesgo de exposición a fluidos corporales, 4. Después del contacto con el paciente, 5. Después del contacto con el entorno del paciente (71).

- Relevancia en Cirugía: En el Centro Quirúrgico, la oportunidad se extiende a momentos específicos como la colocación de guantes estériles (precedida por el lavado quirúrgico) y después del retiro de las barreras estériles, antes de abandonar el área blanca (72).

Técnica Correcta de Lavado (Duración y Áreas)

La eficacia de la higiene de manos depende directamente de la adhesión a la técnica estandarizada, incluyendo la duración adecuada y el cubrimiento de todas las áreas de la mano y el antebrazo (73).

- Lavado de Manos Social/Clínico: Implica el uso de agua y jabón simple, destinado a remover la flora transitoria. La duración recomendada es de 40 a 60 segundos, cubriendo palma, dorso, dedos, espacios interdigitales y pulgares, y el correcto secado con toalla de un solo uso (73).

- Lavado de Manos Quirúrgico: Este procedimiento es más riguroso y busca reducir

tanto la flora transitoria como la residente en manos y antebrazos antes de procedimientos invasivos. El tiempo recomendado varía, pero las guías recientes sugieren un mínimo de 2 a 5 minutos, dependiendo del agente antiséptico (74). La técnica se extiende hasta los antebrazos, con el objetivo de eliminar patógenos hasta por encima del codo, y debe realizarse manteniendo las manos elevadas para evitar la contaminación por reflujo (75).

Uso Adecuado de Solución Hidroalcohólica

El uso de soluciones hidroalcohólicas (SHA) es el método de elección para la mayoría de los momentos de higiene de manos en el hospital debido a su rapidez y alta eficacia germicida, siempre y cuando no haya suciedad visible (76).

- **Indicaciones Específicas:** La enfermería debe conocer cuándo es apropiado usar el SHA (ej. antes de una tarea limpia/aséptica, después de tocar el entorno del paciente) versus el lavado con agua y jabón (cuando las manos están visiblemente sucias o después del contacto con esporas) (77).

- **Técnica de Frotado:** La técnica de frotado con SHA es estandarizada, cubriendo toda la superficie de las manos hasta que el alcohol se haya secado completamente. La cantidad de producto debe ser suficiente para cubrir ambas manos, y el tiempo de frotado debe ser de 20 a 30 segundos (76).

- **Concentración:** Es vital conocer que las soluciones deben contener preferentemente un 60% a 80% de alcohol (etanol, isopropanol o n-propanol) para garantizar la máxima actividad antimicrobiana (78).

Dimensión 2. Uso de indumentaria Estéril

Comprende el uso de batas, guantes, mascarillas y gorros estériles- Aguilar-López, 2022. Su función es crear una barrera bidireccional que impida el paso de microorganismos de la piel

y cabello del personal hacia el paciente, y viceversa, protegiendo las zonas corporales estériles durante procedimientos (79). El conocimiento y la aplicación correcta de las técnicas de vestido son cruciales para mantener la integridad del área estéril. (80).

Colocación y Retiro Correcto de Guantes Estériles

El guante estéril es la barrera de contacto directo más importante entre las manos del personal y el campo quirúrgico. Su colocación y retiro deben seguir protocolos rigurosos para asegurar la asepsia.

- Técnica Aséptica - Colocación: El personal de enfermería debe conocer y aplicar la técnica de guantes cerrada o abierta según el procedimiento. La técnica cerrada es preferida al vestirse con bata estéril, ya que previene el contacto de la piel del profesional (considerada no estéril) con la superficie exterior del guante (81).

- El conocimiento implica que cualquier perforación o desgarró en el guante compromete inmediatamente la esterilidad, y su cambio debe ser prioritario (82). Además, el personal debe saber que el puño del guante debe cubrir el puño de la bata y que el cambio de guantes es obligatorio ante procedimientos prolongados o al sospechar de contaminación (83).

- Retiro Seguro - Técnica Guante con Guante: El retiro debe hacerse de forma segura y sin tocar la piel, utilizando la técnica de "guante con guante" para la primera mano y "piel con guante" para la segunda, previniendo la dispersión de microorganismos (84).

Uso y Manipulación de Batas Estériles

La bata estéril es una barrera fundamental para evitar la diseminación de la flora bacteriana de la ropa y el cuerpo del personal al campo quirúrgico.

- Colocación Aséptica: El personal debe conocer la secuencia para tomar la bata del paquete estéril sin tocar ninguna superficie no estéril, colocarse los brazos en las mangas sin tocar

el exterior, y ser asistido para el cierre trasero por el personal circulante no estéril (85).

- **Áreas Estériles de la Bata:** El conocimiento correcto define que solo la parte frontal de la bata (desde el nivel del pecho hasta la cintura) y las mangas (desde el codo hasta el puño) se consideran estériles. La espalda, el cuello y las axilas son consideradas áreas contaminadas y no deben orientarse hacia el campo estéril (86).

- **Manejo y Movimiento:** La enfermera debe ser consciente de que la esterilidad de la bata está comprometida si se moja o se entra en contacto prolongado con superficies no estériles, lo que obliga al cambio inmediato (80).

Uso Correcto de Mascarillas y Gorros/Cubrecabello

Estos elementos son cruciales para el control de la fuente, minimizando la diseminación de microorganismos procedentes de la orofaringe y el cabello del personal (87).

- **Función del Gorro/Cubrecabello:** La función principal del gorro es contener todo el cabello (incluyendo patillas, flequillos y vello facial corto) para evitar la caída de células de descamación de la piel y cabello, que son portadores de microorganismos, al campo estéril o instrumental (87).

- **Uso de la Mascarilla Quirúrgica:** Debe cubrir completamente la nariz y la boca, no debe manipularse ni retirarse parcialmente, debe cambiarse si se humedece (88).

- **Secuencia de Colocación:** La secuencia adecuada es colocarse primero el gorro y la mascarilla antes de realizar el lavado de manos quirúrgico y antes de entrar al área restringida (89).

Dimensión 3. Uso y Mantenimiento del campo Estéril

Es el área física delimitada que incluye la mesa de instrumental y la zona de operación, donde todo objeto debe ser estéril y solo puede entrar en contacto con otro objeto estéril. Su

mantenimiento exige una vigilancia constante para prevenir rupturas o contaminaciones accidentales (90). Esta dimensión evalúa el conocimiento de las técnicas para establecer, proteger y reaccionar ante la violación de esta zona de máxima seguridad (91).

Delimitación y Preparación del Campo Estéril

La preparación adecuada del campo es un proceso metódico que establece los límites y asegura la esterilidad del área donde se colocarán los instrumentos y materiales que contactarán directamente la herida quirúrgica.

- **Delimitación Física:** El personal de enfermería debe conocer y ejecutar la técnica de colocación de campos estériles sobre la mesa quirúrgica y alrededor del paciente. Estos campos actúan como barreras que cubren la piel y las superficies, aislando el sitio de la incisión de cualquier área contaminada (92).

- **Preparación del Paciente:** El conocimiento incluye la secuencia de la antisepsia de la piel del paciente antes de la colocación de los campos. Esto debe hacerse con movimientos controlados y el uso de antisépticos con tiempos de secado y contacto conocidos (ej., Clorhexidina alcohólica), para reducir la flora microbiana cutánea (93).

- **Principios de Manejo:** El conocimiento debe incluir la regla de que los campos deben colocarse desde el área más cercana al personal hacia el área más lejana, desplegándolos sin agitar, para evitar la dispersión de microorganismos (94).

Evitar Contacto con Áreas No Estériles

El mantenimiento del campo estéril requiere una vigilancia constante y el conocimiento de las reglas de oro de la asepsia, que definen qué áreas son seguras y cuáles no.

- **La Regla de la Distancia y la Altura:** El personal debe conocer que cualquier movimiento brusco o el paso de personal no estéril sobre un campo estéril lo compromete (95).

El material estéril siempre debe mantenerse a la vista y por encima del nivel de la cintura o de la mesa quirúrgica, pues cualquier objeto que caiga por debajo de este nivel se considera contaminado (92).

- Manejo de la Humedad: El conocimiento debe incluir la regla de la humedad: si un campo estéril se moja o se humedece, la esterilidad se pierde por capilaridad, ya que los microorganismos pueden pasar a través del material húmedo. Por lo tanto, los campos mojados deben ser cubiertos inmediatamente con material seco y estéril o reemplazados (96).

- Interacción Estéril-Estéril: El contacto solo debe ocurrir entre objetos y personal estériles. La enfermera circulante (no estéril) debe mantener una distancia de seguridad del campo y solo puede interactuar con la enfermera instrumentista (estéril) siguiendo protocolos específicos; ej., manejo de lazos de la bata. (97).

Actuación ante la Contaminación Accidental

Esta es la parte reactiva del conocimiento. Evalúa la capacidad de respuesta inmediata y la toma de decisiones para corregir una ruptura en la técnica estéril.

- Reconocimiento y Aislamiento: El conocimiento del protocolo obliga a la identificación inmediata y verbalización de la contaminación (ej., "Contaminado"), seguida del aislamiento físico del elemento u área contaminada para que no afecte el resto del campo (95).

- Procedimiento de Reemplazo: El personal debe conocer los pasos para retirar de manera aséptica el material contaminado (sea instrumental, solución o un segmento de campo) y su inmediata sustitución por elementos estériles, garantizando que el reemplazo no recontamine el área (97).

- Manejo de Fluidos: En caso de derrame de soluciones estériles o no estériles, el conocimiento debe incluir el protocolo para secar o cubrir el derrame con una toalla estéril

impermeable para restablecer la barrera de humedad (96).

Dimensión 4. Manejo de instrumentos Estériles

Se refiere a los procedimientos para asegurar que el material que será introducido en tejidos o cavidades corporales permanezca estéril (98). Un fallo en cualquiera de estos pasos compromete la asepsia y eleva el riesgo de una Infección del Sitio Quirúrgico (ISQ) (99).

Verificación de la Esterilidad del Empaque

Antes de que un instrumento sea introducido al campo quirúrgico, el personal de enfermería es responsable de confirmar que la esterilización ha sido exitosa y que la integridad del empaque se mantiene (100).

- **Integridad del Empaque:** El conocimiento incluye la capacidad de inspeccionar visualmente el empaque para detectar signos de compromiso físico, como rasgaduras, perforaciones, humedad o la presencia de suciedad. Un empaque dañado debe ser considerado contaminado, independientemente de la lectura de los indicadores (101).

- **Indicadores Químicos:** El personal debe conocer e interpretar los indicadores químicos externos e internos de los paquetes (ej. las cintas que cambian de color). Estos indicadores confirman que el paquete ha sido sometido al proceso de esterilización. Si el indicador químico externo no ha virado de color, el paquete no debe abrirse (102).

- **Fecha de Caducidad:** El conocimiento incluye la verificación de la fecha de caducidad o la fecha de caducidad relacionada con eventos, si el empaque ha sido manipulado excesivamente, se puede considerar contaminado antes de la fecha (103).

Apertura Aséptica del Material

La técnica de apertura aséptica es un procedimiento que previene la transferencia de

microorganismos desde las superficies no estériles, el exterior del empaque, al campo estéril el contenido. (100).

- **Secuencia de Apertura:** La enfermera circulante debe conocer la secuencia correcta para abrir los envoltorios. Generalmente, la primera solapa se abre alejándose del cuerpo del profesional (para evitar la contaminación de la ropa), y las solapas laterales y final se abren sin pasar las manos o brazos por encima del área estéril (104).

- **Mantener la Distancia de Seguridad:** Al abrir el material, la enfermera circulante (no estéril) debe mantener una distancia prudente para evitar contaminar con su cuerpo o ropa el campo interior o las manos de la enfermera instrumentista (105).

- **Transferencia de Visión:** El personal debe garantizar que el contenido estéril se exponga de manera que pueda ser tomado directamente por el personal estéril, o depositado en el campo sin contacto entre el envoltorio exterior y el contenido estéril (104).

Transferencia de Instrumentos

Este procedimiento se realiza bajo la regla de "estéril a estéril" y requiere una manipulación controlada y consciente.

- **Transferencia sin Contaminación:** La enfermera instrumentista debe tomar el instrumento de manera segura, asegurando que solo el área estéril del instrumento toque el campo estéril. En la transferencia de líquidos, se debe verter con precisión para evitar salpicaduras o goteos que comprometan el campo (106).

- **Principio de Asepsia Continua:** El conocimiento implica la conciencia de que los instrumentos que caen al piso o tocan cualquier superficie no estéril (incluyendo la piel o la ropa de la enfermera circulante) deben ser inmediatamente aislados y retirados del área (107).

- **Manejo de Contenedores:** Los instrumentos deben ser organizados en las mesas

estériles de forma que se optimice la seguridad y se minimice la manipulación excesiva, disminuyendo el riesgo de contaminación por contacto innecesario (105).

Descarte Correcto del Material

El manejo post-uso de los instrumentos es esencial para la prevención de punciones accidentales y la adecuada reprocesamiento del material.

- **Clasificación de residuos** El personal debe conocer y aplicar la normativa nacional (ej. MINSA) para la clasificación de residuos hospitalarios. Esto incluye la separación inmediata de objetos cortopunzantes (bisturíes, agujas) en contenedores rígidos y la clasificación del instrumental reusable para el envío a la CEYE (108).

- **Pre-limpieza y Envío:** Los instrumentos deben ser pre-limpiados y transportados a la CEYE en contenedores cerrados, evitando la exposición del personal de limpieza y del hospital a la sangre y fluidos corporales, este conocimiento es una medida de bioseguridad (109).

Teoría de Enfermería

Teoría de Patricia Benner: De Principiante a Experto

La teoría de Patricia Benner (110), Basándose en el esquema de los hermanos Dreyfus, Benner estructura el desarrollo profesional de la enfermera en una escala progresiva de cinco estadios. Esta evolución inicia en la fase de 'novato' y culmina en la de 'experto', pasando por etapas intermedias de competencia y eficiencia.

- El **Novato** se rige por reglas libres de contexto y su práctica aséptica puede ser rígida y lenta.

- El **Competente** (típicamente con 2-3 años de experiencia) organiza su trabajo con eficiencia y planificación consciente.

- El **Experto** posee un dominio intuitivo de la situación. En el quirófano, el enfermero

experto no necesita pensar conscientemente en cada paso de la asepsia; su cuerpo "sabe" cómo moverse para no contaminar. Detecta riesgos de infección sutiles que pasarían desapercibidos para el novato. Esta teoría explica por qué la experiencia clínica es un factor determinante en la calidad de las prácticas asépticas y cómo la falta de experiencia o la rotación de personal (común en hospitales públicos) puede degradar la seguridad del quirófano al "resetear" el nivel de competencia del equipo. (110).

Teoría del Entorno: Florence Nightingale

La Teoría del Entorno de Florence Nightingale (111). brinda el marco histórico y filosófico. Nightingale postuló que el rol esencial de la enfermería es "poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él". Identificó elementos del entorno (aire puro, agua pura, limpieza, luz) como determinantes de la salud. En la cirugía moderna, la asepsia es la forma más sofisticada de controlar el entorno: creamos un "micro-entorno" estéril (el campo quirúrgico) libre de agentes nocivos. Las prácticas de limpieza, desinfección y esterilización que realiza la enfermera son la aplicación directa del mandato nightingaleano de gestionar el entorno para prevenir el daño (infección) y favorecer la recuperación.

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

- Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento en la dimensión conocimiento teórico de las medidas asépticas y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025.
- Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento en la dimensión conocimiento cognitivo-técnico en prácticas de asepsia y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025.
- Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento en la dimensión conocimiento del manejo de complicaciones relacionadas con la asepsia y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

La investigación utilizó el método hipotético-deductivo, que avanza desde premisas generales hacia aspectos concretos: parte del marco teórico para plantear hipótesis previas y progresar hacia la obtención de datos empíricos en el Hospital PNP, con el fin de validar o descartar dichas hipótesis sobre la asociación entre conocimiento y desempeño práctico en ese entorno particular (112).

3.2. Enfoque de la investigación

La investigación asumirá un enfoque cuantitativo, cimentado en la cuantificación de las variables (el conocimiento se medirá en puntuaciones, y las practicas se determinará mediante escalas de cumplimiento). Se recurrirá a la estadística con el fin de perfilar patrones y someter a prueba las proposiciones teóricas. (113).

3.3. Tipo de investigación

La tipología de la investigación corresponde a la de tipo aplicada (o práctica) , dado que su finalidad primordial es encontrar solución a una problemática específica y generar hallazgos con aplicabilidad práctica directa en el ámbito de estudio (114).

3.4. Diseño de la investigación

- Se ha optado por un diseño no experimental, fundamentado en la ausencia de control o manipulación deliberada sobre las variables objeto de análisis. Los fenómenos serán observados en su manifestación natural, sin injerencia directa por parte del investigador (115).

- El estudio presenta un corte transversal, puesto que la evaluación de las variables clave (conocimiento y desempeño) se efectuará de forma concurrente en un único momento temporal, prescindiendo de lapsos de seguimiento longitudinal. (116).

- El nivel del estudio es correlacional, ya que persigue la medición de la vinculación entre el dominio cognitivo y las prácticas, determinando el coeficiente de asociación entre las

dos variables (117).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

Se estima una población referencial de 60 profesionales de enfermería, se define como el conjunto completo de individuos u objetos que forman parte del fenómeno bajo estudio y comparten una característica común que proporciona los datos para la investigación (118). En la presente investigación, la población estará constituida por la totalidad del personal profesional de enfermería que labora en el Centro Quirúrgico de un Hospital Nacional de la Policía Nacional en Lima. Basándose en la capacidad operativa y reportes previos del hospital.

Muestra

La muestra constituye un subconjunto finito y representativo que se extrae del universo de estudio mediante una técnica de selección específica (119). Considerando que el número de profesionales en el Centro Quirúrgico de una institución especializada como este Hospital PNP es reducido y altamente accesible, se ha determinado que la muestra será idéntica a la población referencial (N=60). Por consiguiente, se empleará un enfoque de muestreo censal o poblacional.

Muestreo

La técnica de selección aplicada a estos 60 profesionales de enfermería será el muestreo no probabilístico por conveniencia (o intencional). Esta modalidad se justifica porque se incluirá a todos los sujetos disponibles que cumplan con los criterios de selección y que se encuentren desempeñando activamente sus labores asistenciales en el servicio durante el periodo de recolección de los datos, y que además manifiesten su anuencia mediante la firma del consentimiento.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Profesionales con el título de Licenciado(a) en Enfermería que posean una relación contractual vigente (nombrado, CAS o contratado) en el Hospital PNP.
- Personal cuyo lugar de trabajo se encuentre adscrito al servicio de Centro Quirúrgico, lo cual comprende las áreas funcionales de quirófano, la sala de recuperación inmediata o la central de esterilización anexa.
- Personal que demuestre una experiencia laboral en el servicio superior a los 6 meses (condición establecida para asegurar que han superado el periodo inicial de adaptación y curva de aprendizaje)
- Profesionales que firmen el documento de consentimiento informado de manera completamente voluntaria.

Criterios de exclusión

- Personal que, durante la totalidad del periodo programado para la recolección de datos, se encuentre gozando de vacaciones, licencia por enfermedad, permiso personal o en comisión de capacitación fuera de la sede hospitalaria.
- Profesionales que desempeñen cargos estrictamente administrativos, sin tener una participación en las actividades de cuidado directo al paciente (es decir, que no estén expuestos a la ejecución rutinaria de procedimientos asépticos).
- Internos de enfermería o personal técnico de enfermería, dado que la finalidad del estudio se concentra en la función del profesional con grado de licenciado.

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Conocimiento sobre medidas asépticas

Variable 2: Prácticas de medidas asépticas

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición	Escala Valorativa (Niveles o Rangos)
Variable 1: Conocimiento sobre medidas asépticas	Cúmulo de información validada, principios científicos y protocolos normativos que el profesional de enfermería adquiere y utiliza para planificar, ejecutar y evaluar las técnicas destinadas a prevenir la transferencia de microorganismos patógenos al paciente en el ambiente quirúrgico (30).	Se medirá mediante la aplicación de un cuestionario de opción múltiple con puntaje total. Las dimensiones son: Conocimiento Teórico, Cognitivo-Técnico y Manejo de Complicaciones. El puntaje total determinará el Nivel de Conocimiento (Alto, Medio, Bajo).	1. Conocimiento Teórico de las Medidas Asépticas	Definición y principios de asepsia y antisepsia. * Clasificación de áreas según riesgo de contaminación. * Protocolos de esterilización y desinfección.	Intervalo y luego Ordinal	15 – 18: Nivel Alto 11 – 14: Nivel Medio < 10: Nivel Bajo
			2. Conocimiento Cognitivo-Técnico en Prácticas de Asepsia	Secuencia correcta de lavado de manos quirúrgico. * Uso y retiro de barreras estériles. * Manejo y transferencia de equipos estériles.	Intervalo y luego Ordinal	15 – 18: Nivel Alto 11 – 14: Nivel Medio < 10: Nivel Bajo
			3. Conocimiento del Manejo de Complicaciones relacionadas con la asepsia	* Identificación de signos de infección (IAAS). * Procedimientos ante la ruptura de la técnica estéril. * Protocolos de notificación de IAAS.	Intervalo y luego Ordinal	15 – 18: Nivel Alto 11 – 14: Nivel Medio < 10: Nivel Bajo
Variable 2: Prácticas de medidas asépticas	Conjunto sistemático de acciones y procedimientos que el personal de enfermería ejecuta con el objetivo de	Se medirá mediante la aplicación de una Lista de Cotejo de Observación Directa. Se registrará la práctica como Correcta (1)	1. Higiene de Manos	* Oportunidad y momento del lavado de manos. * Técnica correcta de lavado (duración y áreas). *	Ordinal	Adecuado >= 80% 10 a 23

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición	Escala Valorativa (Niveles o Rangos)
	<p>interrumpir la cadena de transmisión de microorganismos y prevenir la introducción de patógenos en áreas o tejidos estériles del paciente durante cualquier procedimiento invasivo o crítico (68).</p>	<p>o Incorrecta (0). La suma de los ítems correctos determinará el Nivel de Práctica (Adecuado, Inadecuado). Las dimensiones son: Higiene de Manos, Uso de Indumentaria Estéril, Uso y Mantenimiento del Campo Estéril y Manejo de Instrumentos Estériles.</p>		<p>Uso adecuado de solución hidroalcohólica.</p>		<p>Inadecuado < 80% 1 a 10</p>
			<p>2. Uso de Indumentaria Estéril</p>	<p>* Colocación y retiro correcto de guantes estériles. * Uso y manipulación de batas estériles. * Uso correcto de mascarillas y gorros/cubrecabello.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>(Se aplica la misma escala valorativa basada en la puntuación total de la lista de cotejo).</p>
			<p>3. Uso y Mantenimiento del Campo Estéril</p>	<p>* Delimitación y preparación del campo estéril. * Evitar contacto con áreas no estériles. * Actuación ante la contaminación accidental.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>(Se aplica la misma escala valorativa basada en la puntuación total de la lista de cotejo).</p>
			<p>4. Manejo de Instrumentos Estériles</p>	<p>* Verificación de la esterilidad del empaque. * Apertura aséptica del material. * Transferencia de instrumentos. * Descarte correcto del material.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>(Se aplica la misma escala valorativa basada en la puntuación total de la lista de cotejo).</p>

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnicas

- Para la Variable 1 (Conocimiento), se empleará la técnica de la encuesta, que permite obtener información estandarizada de un grupo numeroso de personas de manera eficiente.
- Para la Variable 2 (Prácticas), se empleará la técnica de la observación directa (no participante y estructurada). El investigador observará el desempeño del personal en situaciones reales de trabajo sin intervenir en ellas, registrando los hallazgos sistemáticamente.

3.7.2. Descripción de instrumentos

Instrumento de la variable 1: Cuestionario de Conocimientos sobre Medidas Asépticas.

Para la recolección de datos, se optó por adaptar la herramienta diseñada originalmente por Lupaca Paredes, la cual ya cuenta con validación previa dentro del contexto nacional. (18).

- Estructura: Constará de 18 preguntas cerradas de opción múltiple con una única respuesta correcta.
- Contenido: Las preguntas abordarán las tres dimensiones operacionalizadas: Conocimiento Teórico de las Medidas Asépticas (Del 1 al 6 Conocimiento para Aplicación de la Práctica de Asepsia (Del 7 al 12), Conocimiento del Manejo de Complicaciones Relacionadas con la Asepsia (Del 13 al 18).
- Puntuación: Se asignará 1 punto por respuesta correcta y 0 por incorrecta. El puntaje total oscilará entre 0 y 18.
 - 5 – 18: Nivel Alto
 - 11 – 14: Nivel Medio
 - < 10: Nivel Bajo

Instrumento de la variable 2: Lista de Cotejo de Prácticas Asépticas

Este instrumento también es una adaptación del modelo validado en investigaciones nacionales previas, específicamente del utilizado por la Lic. Jhennifer Del Rosario Lupaca Paredes en el 2025, en su trabajo académico (18).

- Estructura: Constará de 23 ítems de verificación dicotómica (ADECUADO, NO ADECUADO).
- Contenido: Los ítems seguirán la secuencia lógica de los procedimientos: Higiene de manos (Del 1 al 3), Uso de indumentaria estéril, (Del 4 al 10), Uso y Mantenimiento del campo estéril, (Del 11 al 19), Manejo de instrumentos estériles (Del 20 al 23),
- Puntuación: Se otorgará 1 punto por cada ítem cumplido correctamente. El puntaje se transformará porcentualmente para determinar la categoría (Adecuada/Inadecuada).
 - Adecuado $\geq 80\%$ 10 a 23.
 - Inadecuado $< 80\%$ 1 a 10.

3.7.3. Validación

Los instrumentos base seleccionados para esta investigación, el Cuestionario de Conocimiento de Medidas Asépticas y la Lista de Cotejo de Prácticas de Medidas Asépticas, cuentan con una sólida evidencia de validez y confiabilidad, establecida previamente en el contexto nacional.

La referencia principal para la base de ambos instrumentos es la investigación realizada por la Lic. Jhennifer Del Rosario Lupaca Paredes en el año 2025

-

Se decidió adoptar los instrumentos de medición de la Lic. Lupaca Paredes en el año 2025, sin modificaciones debido a su alta pertinencia y validez preestablecida. Esta decisión se justifica

en que el contexto del estudio base (personal de enfermería de Centro Quirúrgico) es funcionalmente idéntico al del Hospital de la Policía Nacional en Lima, además, dado que la referencia es reciente “2025”, se asume que los instrumentos ya incorporan y reflejan las normativas sanitarias actualizadas y las directrices de bioseguridad posteriores a la pandemia. Por ende, la herramienta es considerada directamente aplicable y confiable, eliminando la necesidad de validación con expertos o pruebas piloto adicionales.

3.7.4. Confiabilidad

La confiabilidad de los instrumentos se sustenta en la validación previa realizada por Lupaca Paredes (18) en el año 2025 quien determinó la consistencia interna en un contexto hospitalario de similares características, mediante la aplicación del coeficiente Alfa de Cronbach, el Cuestionario de Conocimientos alcanzó un valor de 0.86, mientras que la Lista de Cotejo de Prácticas obtuvo un valor de 0.82, estos resultados demostraron una alta consistencia interna y la estabilidad de los ítems para medir el conocimiento y las practicas de asepsia en el personal de enfermería.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Se recopilará la información obtenida del Cuestionario de Conocimiento y la Lista de Cotejo de Prácticas, y se organizará en una base de datos haciendo uso del software Microsoft Excel para la depuración inicial. Asimismo, se procesará en el paquete estadístico SPSS, de donde se construirán tablas de frecuencia y gráficos (barras, circulares) para describir, analizar e interpretar las variables de forma individual (Conocimiento y Prácticas). Para el contraste de la hipótesis, se iniciará con la Prueba de Normalidad “Kolmogorov-Smirnov”. Posteriormente, se aplicará el coeficiente de correlación Rho de Spearman, si los datos no son normales o si se utilizan las escalas ordinales, o el Coeficiente de Correlación de Pearson, si los datos presentan distribución

normal, con el fin de establecer la fuerza y dirección de la asociación.

3.9. Aspectos éticos

La investigación se adherirá estrictamente a los principios éticos universales para la investigación en seres humanos (Informe Belmont) y a los reglamentos señalado por el Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener y del Hospital PNP.

Autonomía. Se respetará la decisión de los participantes mediante la aplicación de un Consentimiento Informado (Anexo 3) escrito, detallando los objetivos, procedimientos y la libertad de retirarse sin consecuencias.

Beneficencia. El estudio busca generar beneficios directos para la seguridad del paciente y la mejora profesional, maximizando el bien social.

No Maleficencia. Se garantiza que la observación y las encuestas no causarán daño físico, psicológico ni laboral a los participantes. La evaluación será anónima y no punitiva

Justicia. La selección de participantes será equitativa, brindando a todos los enfermeros del servicio la misma oportunidad de contribuir, sin discriminación.

Confidencialidad: Los datos se manejarán mediante códigos numéricos, asegurando el anonimato absoluto y protegiendo la privacidad de los profesionales evaluados.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2025 -2026					
	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.
Búsqueda de la realidad problemática	X					
Identificación de las fuentes bibliográficas	X					
Situación problemática y marco teórico	X	X				
Importancia y justificación de la investigación	X	X				
Planteamiento de problemas y objetivos		X				
Enfoque y diseño de investigación		X	X			
Población, muestra y muestreo		X	X			
Técnicas e instrumentos de recolección de datos		X	X			
Aspectos bioéticos			X			
Métodos de análisis de información			X	X		
Aspectos administrativos del estudio				X		
Elaboración de los anexos				X		
Aprobación del proyecto					X	X
Sustentación del trabajo						X

4.2. Presupuesto

Rubros	Unidad	Cantidad	Costo Unitario (S/.)	Costo Total (S/.)
I. Servicios				
Tipeo e impresiones de documentos	Hoja	500	0.50	250.00
Servicio de Internet y acceso a bases de datos	Horas	100	2.00	200.00
Encuadernación y empastado de tesis	Unidad	3	50.00	150.00
Asesoría estadística especializada	Servicio	1	500.00	500.00
Movilidad y viáticos para recolección de datos	Unidad	50	20.00	1,000.00
Subtotal Servicios				2,100.00
II. Recursos Materiales				
Papel bond A-4 (75gr)	Millar	2	30.00	60.00
Lapiceros, correctores y resaltadores	Set / Unidad	10	3.00	30.00
Archivadores, carpetas y tableros	Unidad	5	10.00	50.00
Memoria USB / Almacenamiento en nube	Unidad	1	50.00	50.00
Fotocopias de instrumentos (Cuestionarios/Listas)	Unidad	200	0.20	40.00
Subtotal Materiales				230.00
TOTAL, GENERAL				2,330.00

Financiamiento: El presente trabajo de investigación será autofinanciado en su totalidad por el autor.

5. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre prevención y control de infecciones: resumen ejecutivo. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240051253>.
2. Organización Mundial de la Salud. La carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthcare-associated-infections>.
3. Organización Mundial de la Salud. Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos y de su Uso (GLASS): Informe 2022. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062702>.
4. Lotfinejad N, Peters A, Tartari E, Fankhauser-Rodriguez C, Pires D, Pittet D. Hand hygiene in health care: 20 years of ongoing advances and perspectives. *Lancet Infect Dis.* 2021;21(8):e209-e221.
5. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos en las Américas: Informe Anual 2022. Washington D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/resistencia-antimicrobianos>.
6. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la implementación de los programas de optimización de antimicrobianos (PROA) en el ámbito hospitalario. Washington D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55986>.
7. Ministerio de Salud del Perú; Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico del Perú SE 52-2023: Vigilancia de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. Lima: MINSA; 2024. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2023/52.pdf>.

8. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria (ASIS-HO) 2023. Lima: HNHU; 2024. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/oficinas/epidemiologia/asis/>.
9. Ministerio de Salud del Perú. Informe Técnico: Evaluación de la adherencia a la higiene de manos en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) a nivel nacional, periodo 2023. Lima: MINSA; 2024. Disponible en: <https://www.gob.pe/minsa>.
10. Colegio de Enfermeros del Perú. Situación laboral y brechas de recursos humanos en enfermería: Informe estadístico 2023-2024. Lima: CEP; 2024. Disponible en: <https://cep.org.pe/publicaciones/>.
11. Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (SaludPol). Plan "Recupera tu Salud" logra incrementar producción quirúrgica en hospitales PNP [Nota de Prensa]. Lima: SaludPol; 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/saludpol>.
12. Defensoría del Pueblo. Reporte de Supervisión: Derecho a la salud y abastecimiento de medicamentos en establecimientos de salud de la Policía Nacional del Perú. Lima: Defensoría del Pueblo; 2023. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/informes/>.
13. Defensoría del Pueblo. Supervisión de los servicios de salud de la Policía Nacional del Perú: Informe de Adjuntía 2023-2024. Lima: Defensoría del Pueblo; 2024. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/informes/>.
14. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park (CA): Addison-Wesley Publishing Company; 1984.
15. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park (CA): Addison-Wesley Publishing Company; 1984.

16. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/>
17. Taylor SG, Renpenning KM, Geden EA, Albert M. Self-care deficit nursing theory: revised edition. New York: Springer Publishing Company; 2023.
18. Lupaca Paredes JDR. Conocimiento y práctica sobre las técnicas de asepsia en licenciados de enfermería que laboran en centro quirúrgico de un hospital público [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2025.
19. Almeida S, Ramos R, Vásquez M. Nivel de cumplimiento de las prácticas de bioseguridad del personal de enfermería en áreas críticas y quirúrgicas. *Rev Latinoam Enferm.* 2023;31(5):e03565.
20. Hernández J, López C. Adherencia del personal de enfermería a la técnica de higiene de manos en el área quirúrgica y sus factores asociados en México. *Enferm Global.* 2024;23(1):123-140.
21. Pérez-García D, Muñoz I, Díaz-Pérez L. Análisis del conocimiento y la calidad de la práctica de las medidas de asepsia por el personal de enfermería en quirófanos de traumatología. *Enferm Clin.* 2022;32(4):201-209.
22. Aguirre Arce EA, Paitan Poma TR. Nivel de conocimiento y prácticas de medidas de bioseguridad en el personal de salud del Centro de Salud La Libertad, 2023 [Tesis de Licenciatura]. Huancayo: Universidad Continental; 2024.
23. Parí M, Castillo A. Relación entre las prácticas de bioseguridad del personal de enfermería y la seguridad del paciente en el servicio de UCI y Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Peruana Invest Salud Enferm.* 2023;2(1):12-25.

24. Quiroga D, Quispe R. Nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) y sus medidas preventivas en un hospital de tercer nivel de Arequipa. *Rev Soc Peruana Med Interna*. 2024;37(2):180-190.
25. Sánchez L, Rivera H. Correlación entre la capacitación recibida y las prácticas de manejo de material estéril por enfermeras instrumentistas en un hospital de EsSalud, Lima. *Rev Invest Cienc Salud*. 2023;6(3):45-59.
26. Anderson LW, Krathwohl DR, Bloom BS. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives. New York: Longman; 2021.
27. Alcalá L. Epistemología del Cuidado en Enfermería: La construcción del conocimiento profesional. *Rev Enferm Univ*. 2023;20(1):102-115.
28. Carper B. Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *ANS Adv Nurs Sci*. 2018;1(1):13-24.
29. Fawcett J. The Structure of Contemporary Nursing Knowledge: Philosophical and Metaparadigm Perspectives. New York: Springer Publishing Company; 2020.
30. Castro R, Paredes S. Principios de Asepsia y Antisepsia en el Ambiente Quirúrgico. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2024.
31. Organización Mundial de la Salud. Estrategias de control de infecciones para hospitales. Ginebra: OMS; 2023.
32. Liao I, Chou W, et al. Knowledge, attitude, and practice of surgical aseptic technique among operating room nurses. *J Nurs Res*. 2019;27(1):1-8.

33. Asociación de Enfermeras Perioperatorias (AORN). Guías Prácticas para el Manejo de Campos Estériles. Denver, CO: AORN; 2023. Torres A, López M. Manual de Instrumentación Quirúrgica: Fundamentos de la Asepsia. 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2024.
34. Asociación de Enfermeras Registradas Perioperatorias (AORN). Guías para la práctica perioperatoria: Esterilidad y campo estéril. Denver, CO: AORN; 2024.
35. Gómez R, Dávila P. Control de infecciones y bioseguridad en el hospital. Rev Enferm. 2023;14(3):189-205.
36. Rutala WA, Weber DJ. Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities, 2017. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2019.
37. Block SS. Disinfection, Sterilization, and Preservation. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2023.
38. Organismo Nacional de Acreditación. Protocolo de Bioseguridad en Áreas Quirúrgicas: Antisepsia de la Piel. Lima: MINSA; 2021.
39. Vargas L, Soto E. Clasificación y Zonificación del Centro Quirúrgico: Protocolos de Bioseguridad. Rev Colomb Enferm. 2022;18(2):45-60.
40. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud N° 163-MINSA/2020/CDC: Guía Técnica para la Higiene de Manos. Lima: MINSA; 2020. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/>.
41. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC-MINSA). Protocolos de Esterilización y Uso de Indicadores en Establecimientos de Salud. Lima: MINSA; 2023.
42. Tiwari R, Rai S, et al. Knowledge and practice of aseptic techniques among nurses working in intensive care units. Int J Nurs Pract. 2022;28(2):e13028.

43. Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos para la higiene de manos en América Latina: Énfasis en la comprensión clínica. Washington D.C.: OPS; 2024.
44. Organización Mundial de la Salud. Guía de aplicación de la higiene de manos en cirugía. Ginebra: OMS; 2023.
45. Boyce JM, Pittet D. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2002;23(12 Suppl):S3-40.
46. Asociación de Enfermeras Registradas Perioperatorias (AORN). Recomendaciones sobre el fregado quirúrgico de las manos. 2023.
47. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Core Infection Prevention and Control Practices for Safe Healthcare Delivery. Atlanta (GA): CDC; 2022.
48. Ghebremedhin N, Assefa T. Surgical scrubbing and gowning techniques: Knowledge and practice among operating room professionals. *SAGE Open Nurs.* 2017;3:1-8.
49. Fuller J. *Surgical Technology: Principles and Practice.* 7th ed. St. Louis: Saunders; 2024.
50. Instituto Nacional de Salud. Guía para el uso y retiro de EPP y barreras en procedimientos de alto riesgo. Lima: INS; 2020.
51. Organización Panamericana de la Salud. Guías para el manejo seguro de instrumental quirúrgico. Washington D.C.: OPS; 2022.
52. Pérez J, Vidal M. *Práctica clínica estandarizada en instrumentación quirúrgica.* Barcelona: Editorial Masson; 2023.
53. [Referencia faltante para el texto original].

54. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Guía de Práctica Clínica para la Prevención de Infecciones del Sitio Operatorio (ISQ). Lima: MINSA; 2020.
55. Poveda M, Varela H. Detección y manejo de complicaciones postoperatorias: Enfoque en la Infección del Sitio Quirúrgico. *Rev Cirugía*. 2023;45(1):78-90.
56. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):801-10.
57. Smith J, Davis L. Protocolos de seguridad quirúrgica: Respuesta a la ruptura de la esterilidad. *J AORN*. 2024;119(4):390-405.
58. Organización Mundial de la Salud. Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la OMS: Guía de Implementación. Ginebra: OMS; 2023.
59. Prado-Gómez A, Lira-Sánchez CE. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Rev Cubana Enferm [Internet]*. 2017 [citado 24 Nov 2025];33(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
60. Jones V. Técnicas de Asepsia y Antisepsia en Procedimientos Invasivos. Barcelona: Editorial Masson; 2023.
61. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de IAAS: Lineamientos 2023. Lima: MINSA; 2023.
62. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC-MINSA). Guía para la Notificación y Análisis de Eventos Adversos. Lima: MINSA; 2022.
63. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health Promotion in Nursing Practice*. 8th ed. New York: Pearson; 2024.

64. Taylor SG, Renpenning KM, Geden EA, Albert M. Self-Care Deficit Nursing Theory: Revised Edition. New York: Springer Publishing Company; 2023.
65. Diccionario Filosófico (1965). Práctica. En: Filosofia.org [Internet]. [citado 10 Dic 2025]. Disponible en: <https://www.filosofia.org/>
66. Reyes-Maldonado D. La Práctica Profesional de Enfermería: Autonomía y Cuidado Basado en la Evidencia. Rev Cienc Enferm. 2025;2(1):15-30.
67. Torres-García S. Evaluación de la Adherencia a las Medidas Asépticas en Enfermería Quirúrgica. Enferm Hoy. 2024;5(2):45-60.
68. Benner P. Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2023.
69. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) / Ministerio de Salud (MINSAL). Guía de Implementación de Higiene de Manos en Servicios de Salud. Lima: MINSA; 2023.
70. Organización Mundial de la Salud. Los 5 momentos para la higiene de las manos. Ginebra: OMS; 2023.
71. Organización Mundial de la Salud. Guía para la Prevención de Infecciones del Sitio Quirúrgico. 2ª ed. Ginebra: OMS; 2024.
72. Pittet D, Allegranzi B, Storr J. Manual de la OMS sobre la higiene de las manos en la atención sanitaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
73. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones para el lavado de manos quirúrgico. Ginebra: OMS; 2023.
74. Asociación de Enfermeras Registradas Perioperatorias (AORN). Directrices Prácticas para el Fregado Quirúrgico. En: AORN Guidelines for Perioperative Practice. Denver, CO: AORN; 2024.

75. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Orientación para el uso de desinfectantes de manos a base de alcohol. Atlanta (GA): CDC; 2023.
76. Rutala WA, Weber DJ. Desinfección y Esterilización en Servicios de Salud: Protocolos y Evidencia. 7ª ed. Washington D.C.: American Public Health Association; 2024.
77. Organización Mundial de la Salud. Formulación recomendada para la desinfección de manos. Ginebra: OMS; 2023.
78. Aguilar-López I. Uso correcto de indumentaria estéril en el quirófano para la prevención de infecciones. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2022;30(3):145-156.
79. AORN. Guía de Práctica Clínica: Indumentaria Quirúrgica. Denver, CO: AORN; 2024.
80. Smith A, Johnson B. Técnicas de colocación de guantes estériles en el quirófano. *J AORN*. 2023;118(2):180-192.
81. Perfil de R, Torres M. Mantenimiento del campo estéril y respuesta a la perforación de guantes. *Rev Enferm Perioper*. 2022;15(1):30-45.
82. CDC. Guía para la prevención de infecciones del sitio quirúrgico, 2017. Atlanta (GA): CDC; 2019.
83. Organización Panamericana de la Salud. Protocolos de colocación y retiro seguro de EPP. Washington D.C.: OPS; 2023.
84. O'Brien C, Kelly T. Protocolo estandarizado para la colocación de batas quirúrgicas estériles. *J Surg Assist*. 2023;51(4):220-235.
85. AORN. Práctica Segura: Delimitación de Áreas Estériles en la Bata Quirúrgica. Denver, CO: AORN; 2024.
86. Association of Surgical Technologists (AST). Recomendaciones para el uso de gorros y cubrecabello en el entorno quirúrgico. Littleton, CO: AST; 2023.

87. Martínez L, Soto P. Uso y manejo adecuado de la mascarilla quirúrgica: Barrera esencial. *Rev Chil Cir.* 2023;75(1):12-20.
88. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Guía Técnica de Bioseguridad en Centros Quirúrgicos. Lima: MINSA; 2022.
89. Rivas-Castro M. Mantenimiento del Campo Estéril en Cirugía Laparoscópica. *Rev Enferm Quirúrgica.* 2021;18(1):50-65.
90. Asociación Española de Enfermería de Quirófano. Estándares de Monitorización del Campo Estéril. Madrid: AEEQ; 2024.
91. Ortega J, Ruiz E. Manual de Principios de Instrumentación Quirúrgica: Colocación de Campos. 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2023.
92. Barreto S, Gómez H. Antisepsia de la piel preoperatoria: Técnica y agentes recomendados. *J Hosp Infect.* 2024;119(4):301-315.
93. American College of Surgeons. Protocolos para el Mantenimiento del Campo Estéril en Cirugía. Chicago, IL: ACS; 2023.
94. Fullwood A, Thompson G. La regla de oro de la asepsia: Detección y respuesta a la contaminación. *Surg Technol.* 2023;52(1):45-56.
95. Hernández C, Pérez S. Manejo de la humedad y prevención de la contaminación por capilaridad en el campo quirúrgico. *Enferm Clin.* 2024;34(2):98-105.
96. O'Malley S. Interacción segura en el quirófano: Personal estéril y no estéril. *J Periop Nurs.* 2023;42(6):30-41.
97. Gómez-Silva F. Manejo Aséptico de Instrumentos Quirúrgicos: Guía para Enfermería Instrumentista. Bogotá: Editorial Interamericana; 2024.

98. Silva P, Ramos A. Impacto de los Fallos en el Manejo de Material Estéril sobre la Tasa de ISQ. *Rev Cirugía*. 2023;46(3):210-225.
99. CDC. Guías para la Esterilización y Desinfección de Materiales en Establecimientos de Salud, 2024. Atlanta (GA): CDC; 2024.
100. García R, Vidal I. Inspección de la integridad del empaque estéril: Protocolo y consecuencias de fallas. *Rev Esterilización*. 2023;30(1):5-14.
101. Asociación de Profesionales en Control de Infecciones y Epidemiología (APIC). Monitoreo de la Esterilización: Uso e Interpretación de Indicadores. Washington D.C.: APIC; 2024.
102. Rutala WA, Weber DJ. Almacenamiento y caducidad de artículos esterilizados. *Am J Infect Control*. 2022;50(3):250-258.
103. Fuller J. Manual de Tecnología Quirúrgica: Fundamentos de la Apertura Aséptica. 8ª ed. St. Louis: Elsevier; 2025.
104. AORN. Práctica Recomendada para la Transferencia Segura de Instrumentos. Denver, CO: AORN; 2024.
105. Pérez L, Díaz M. Principios de manipulación y transferencia de material estéril. *Enferm Quirúrgica*. 2023;14(2):65-78.
106. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Bioseguridad: Manejo de Contaminación Accidental y Material Caído. Lima: INS; 2022.
107. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Norma Técnica de Salud para la Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud. Lima: MINSA; 2024.
108. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el Pre-procesamiento y Transporte de Instrumental Quirúrgico a la CEYE. Washington D.C.: OPS; 2023.

109. Benner P. Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Inform Preceptor Practices in Clinical Settings. *J Nurs Educ.* 2023;62(5):269-275.
110. Nightingale F. *Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not.* New York: Dover Publications; 1969.
111. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la Investigación.* 7ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana; 2023.
112. Creswell J. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches.* 6ª ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2024.
113. Tamayo y Tamayo M. *El Proceso de la Investigación Científica.* 5ª ed. Ciudad de México: Limusa; 2023.
114. Polit D, Beck C. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* 11ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2024.
115. Babbie E. *The Practice of Social Research.* 16ª ed. Boston (MA): Cengage Learning; 2024.
- Kerlinger F, Lee H. *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales.* 4ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana; 2023

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Título de la investigación: Conocimiento y Prácticas en el manejo de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025.

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación entre el conocimiento y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025.</p>	<p>Variable 1</p> <p>Conocimiento sobre medidas asépticas</p> <p>Dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento Teórico de las Medidas Asépticas 2. Conocimiento cognitivo-técnico en prácticas de asepsia 3. Conocimiento del Manejo de Complicaciones Relacionadas con la Asepsia 	<p>Tipo de investigación</p> <p>Aplicada, Cuantitativa.</p> <p>Nivel</p> <p>Correlacional.</p> <p>Diseño</p> <p>No experimental, transversal.</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>- ¿Cuál es la relación entre el conocimiento en la dimensión conocimiento teórico de las medidas asépticas y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>- Identificar el conocimiento en la dimensión conocimiento teórico de las medidas asépticas y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025</p>	<p>Hipótesis específicas</p> <p>- H11: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento en la dimensión conocimiento teórico de las medidas asépticas y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025.</p>		

<p>- ¿Cuál es la relación entre el conocimiento en la dimensión conocimiento cognitivo-técnico en prácticas de asepsia y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025?</p> <p>- ¿Cuál es la relación entre el conocimiento en la dimensión conocimiento del manejo de complicaciones relacionadas con la asepsia y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025?</p>	<p>- Identificar el conocimiento en la dimensión conocimiento cognitivo-técnico en prácticas de asepsia y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025</p> <p>- Identificar el conocimiento en la dimensión conocimiento del manejo de complicaciones relacionadas con la asepsia y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025</p>	<p>- Hi2: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento en la dimensión conocimiento cognitivo-técnico en prácticas de asepsia y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025.</p> <p>- Hi3: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento en la dimensión conocimiento del manejo de complicaciones relacionadas con la asepsia y las prácticas de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025.</p>	<p>Variable 2</p> <p>Prácticas de medidas asépticas</p> <p>Dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Higiene de manos 2. Uso de indumentaria estéril. 3. Uso y mantenimiento del campo estéril. 4. Manejo de instrumentos estériles. 	<p>Población</p> <p>60 profesionales de enfermería</p> <p>Muestra</p> <p>Censal 60 profesionales de enfermería</p>
--	--	--	---	--

Anexo 2. Instrumentos

Instrumento 1: Cuestionario de conocimiento de medidas asépticas en Sala de **(Adaptado:** Lupaca Paredes, Lima, 2025)

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

DATOS GENERALES:

Apellidos y Nombres: _____

Edad: _____ **Tiempo de servicio en Centro Quirúrgico:** _____

PUNTAJE:

15 – 18: Nivel Alto

11 – 14: Nivel Medio

< 10: Nivel Bajo

I. MEDIDAS ASEPTICAS

1. Las técnicas asépticas se definen como:
 - a) Conjunto de medidas preventivas que protegen la salud y seguridad del personal, paciente y comunidad.
 - 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 y matar a gérmenes patógenos por medios eficaces, simples y económicos.
 - d) Conjunto de medidas preventivas que protegen la salud del personal y paciente.
2. La asepsia en centro quirúrgico se define como:

- a) Es una unidad operativa compleja, donde convergen acciones de varios servicios de una determinada institución.
 - b) Conjunto de medidas preventivas para proteger la salud y seguridad del personal sanitario y paciente aplicado por el profesional de enfermería frente a diversos riesgos biológicos, físicos, químicos, psicológicos y mecánicos.
 - c) El quirófano no es una zona de mayor bioseguridad dentro del área quirúrgica.
 - d) El manejo de bioseguridad no es principal en centro quirúrgico.
3. Las medidas asépticas son:
- a) Lavado de manos y antisepsia, uso de ropa y equipo estéril, preparación de la piel del paciente, esterilización de instrumentos quirúrgicos, control del ambiente quirúrgico y protocolos de entrada y salida.
 - b) Protección del personal, educación y capacitación continua, lavado de manos y antisepsia y preparación de la piel del paciente.
 - c) Asegurar la calidad de atención, lavado de manos, educación y esterilización de instrumentos quirúrgicos.
 - d) Eliminar desechos, protección del personal, lavado de manos y antisepsia, capacitación continua y esterilización de instrumentos quirúrgicos.
4. Para el lavado de manos quirúrgico se debe tener en cuenta lo siguiente:
- a) Mojar manos y antebrazos con agua, frotar y enjuagar.
 - b) Aplicar alcohol y secar.
 - c) Retire joyas, anillos y relojes, limpieza de las uñas, mojar manos y antebrazos con agua, aplicación jabón antiséptico, frotar manos y antebrazos, duración de fricción de 3 a 5 minutos y secar con toallas estériles.

- d) Lavar cada 2 minutos con jabón antiséptico.
5. ¿Cuáles son las barreras estériles?
- a) Guantes, mascarillas y campo quirúrgico.
 - b) Guantes, mantillón, mascarillas y protectores faciales, gorros y cubre zapatos y campo quirúrgico.
 - c) Mantillón, mascarillas y protectores faciales, gorros y cubre zapatos.
 - d) Paños, instrumental y lámparas quirúrgicas.
6. ¿Cuál es la finalidad del uso de guantes estériles?
- a) Proteger las manos del personal quirúrgico y prevenir la transferencia de microorganismos a las áreas estériles y al paciente.
 - b) Proteger las manos del personal quirúrgico de cualquier cortadura.
 - c) Evitar que las gotas respiratorias del personal quirúrgico contaminen el área estéril y el sitio de la cirugía.
 - d) Proporcionar protección contra salpicaduras.
7. ¿Cuál es la finalidad del uso del mantillón estéril?
- a) Prevenir la transferencia de microorganismos entre el personal que realiza la cirugía.
 - b) Proteger al personal quirúrgico de cualquier salpicadura.
 - c) Evitar que las gotas respiratorias del personal quirúrgico contaminen el área estéril y el sitio de la cirugía.
 - d) Cubrir ropa y piel del personal quirúrgico minimizando la contaminación del campo de la sala de operaciones.

8. ¿Cómo debe ser el manejo de los instrumentos estériles por parte del enfermero instrumentista?
 - a) Transferir el instrumento asegurándose de no contaminar el campo estéril.
 - b) Manipularlo solo con guantes estériles.
 - c) Evitando el contacto con la ropa.
 - d) Verificar la fecha de la esterilidad, transferir el instrumento asegurándose de no contaminar el campo estéril, manipularlo solo con guantes estériles evitando el contacto con áreas no estériles.
9. ¿Cómo debe ser la preparación del campo estéril?
 - a) Mesa de operaciones y paciente esterilizado.
 - b) Haber realizado el lavado de manos, verificar la esterilidad de los materiales, mesa de operación estéril, instrumentos, suministros y soluciones esterilizados y ordenados, cobertura del paciente esterilizada y monitoreo del campo estéril.
 - c) Haber realizado el lavado de manos.
 - d) Cobertura del paciente esterilizada y monitoreo del campo estéril.
10. ¿Cómo debe realizarse la apertura de los paquetes esterilizados?
 - a) Sin tocar el interior o los contenidos con las manos desnudas y luego se coloca sobre la mesa de trabajo estéril con movimientos cuidadosos para evitar la contaminación.
 - b) Se limpia y desinfecta la bolsa sobre la mesa de trabajo en el momento de la cirugía.
 - c) Se limpia y desinfecta la bolsa sobre la mesa de trabajo durante la cirugía.
 - d) Se limpia y desinfecta la bolsa sobre la mesa de trabajo antes del lavado de manos.
11. ¿Cómo deben colocarse los campos estériles?
 - a) Se cubre solo el área donde están los instrumentos de trabajo.

- b) Los bordes de los campos no deben colgar demasiado para evitar que se toquen o se contaminen.
 - c) Deben cubrir completamente el área de trabajo y proporcionar una barrera adecuada contra la contaminación asegurándose que los bordes cuelguen demasiado para evitar ser tocados.
 - d) Deben cubrir completamente el área de trabajo y proporcionen una barrera adecuada contra la contaminación.
12. ¿Cómo debe realizar el manejo de instrumentos la enfermera instrumentista?
- a) Realizar un lavado de manos quirúrgico minucioso antes de tocar cualquier instrumento estéril, mantener los instrumentos dentro del campo estéril en todo momento, no dejar que los instrumentos toquen superficies no estériles y manipularlos con pinzas estériles para evitar el contacto directo.
 - b) Mantener los instrumentos dentro del campo estéril en todo momento.
 - c) Realizar conteos periódicos de la cantidad de instrumentos durante el procedimiento.
 - d) Chequear que todos los instrumentos estén en buen estado.
13. Para el uso de materiales punzocortantes, se debe tener en cuenta:
- a) Los guantes contaminados se eliminan en la bolsa negra.
 - b) Las agujas no usadas se descartan en la bolsa roja.
 - c) Las hojas de bisturí, agujas de sutura se descarta directamente al contenedor rígido para agujas.
 - d) Que no causen roturas en los guantes.

14. ¿Qué debe realizar la enfermera instrumentista para mantener la esterilidad durante el operatorio y prevenir infecciones?
- a) Pasar los instrumentos al cirujano utilizando técnicas que mantengan la esterilidad, como la entrega directa o la entrega en palma.
 - b) Disponer los instrumentos de manera organizada en el campo estéril.
 - c) Asegurarse de que todos los instrumentos estén fácilmente accesibles.
 - d) Cambiar los guantes y otros artículos de ropa estéril inmediatamente si se sospecha de contaminación.
15. ¿Cómo debe mantener el entorno para que sea estéril?
- a) Minimizar el movimiento innecesario dentro de la sala de operaciones para reducir el riesgo de contaminación.
 - b) Asegurarse de que el sistema de ventilación funcione adecuadamente para mantener un flujo de aire limpio y controlado.
 - c) Disponer los instrumentos de manera organizada en el campo estéril.
 - d) Minimizar el movimiento innecesario dentro de la sala de operaciones para reducir el riesgo de contaminación y asegurarse de que el sistema de ventilación funcione adecuadamente para mantener un flujo de aire limpio y controlado.
16. ¿Qué debe hacer la enfermera instrumentista si sospecha de contaminación en el área estéril?
- a) Controlar el flujo de aire limpio.
 - b) Colocar los materiales desechables contaminados en contenedores designados para residuos biológicos y alejados del campo estéril.
 - c) Cambiar los guantes y otros artículos de ropa estéril inmediatamente.

- d) Minimizar el movimiento innecesario dentro de la sala de operaciones para reducir el riesgo de contaminación.
17. ¿Cuál es el procedimiento que debe seguir la enfermera instrumentista para el manejo de los instrumentos en la sala de operación?
- a) Manipular todos los instrumentos con guantes estériles, pasar los instrumentos al cirujano utilizando la entrega directa o la entrega en palma y mantener los instrumentos dentro del campo estéril y evitando que toquen superficies no estériles.
 - b) Realizar conteos de instrumentos antes, durante y después del procedimiento para asegurar que todos los instrumentos estén presentes.
 - c) Disponer los instrumentos de manera organizada en el campo estéril.
 - d) Asegurarse de que todos los instrumentos estén fácilmente accesibles.
18. ¿Cuál es el procedimiento correcto para el manejo de complicaciones relacionadas con la asepsia?
- a) Ante la contaminación del campo quirúrgico se debe realizar cambio de guantes y mandilón, se reemplaza el campo estéril si es necesario, reportar incidentes de contaminación.
 - b) La circulante al alcanzar una sutura lo realiza cruzando la mesa de mayo.
 - c) La instrumentista en el acto operatorio siempre estará al costado del primer cirujano para proporcionar los instrumentos que necesita de inmediato.
 - d) El balde para desechar las gasas se tendrá junto a la instrumentista para ahorrar tiempo.

Instrumento 2: Lista de Cotejo de Prácticas de Asépticas (**Adaptado:** Lupaca Paredes, Lima, 2025)

A: Adecuado **B:** Inadecuado

PROCEDIMIENTOS OBSERVADOS	A	I
I. HIGIENE DE MANOS		
1. Realiza lavado de manos con jabón antiséptico por 5 minutos cubriendo hasta el antebrazo		
2. Reutiliza los guantes cuando están en buen estado		
3. Cuando se coloca los guantes cuida no tocar superficies no estériles		
II. USO DE INDUMENTARIA ESTÉRIL		
4. Se calza los guantes con la técnica cerrada sin rosar los dedos con los mismos		
5. Al ponerse el segundo guante utilizando la técnica de "mano a mano", asegurándose de que no haya contacto entre la piel desnuda y la parte externa de los guantes		
6. Cambia los guantes cuando sufren alguna rotura		
7. Se coloca la bata de forma que cubra completamente la ropa de trabajo, asegurándose de que el frente y las mangas estén cubiertos		
8. Durante el acto operatorio mantiene el mandilón cerrado y ajustado para evitar que se abra y exponga áreas no estériles.		
9. Utiliza cubre zapatos o calzado estéril apropiado para el quirófano		
10. Evitar cruzar áreas no estériles con el calzado utilizado en el quirófano		
III. USO Y MANTENIMIENTO DEL CAMPO ESTERIL		
11. Verifica que todos los paquetes y materiales estériles estén intactos y dentro de su fecha de caducidad		

12. Coloca el campo estéril sobre el área operativa del paciente de manera que cubra completamente la zona a intervenir		
13. Se asegura de que el campo estéril esté correctamente fijado y que no se mueva durante el procedimiento		
14. Vigila constantemente el campo estéril para detectar cualquier signo de contaminación o compromiso de la esterilidad		
15. Evita tocar el campo estéril con guantes u otros instrumentos no estériles.		
16. Mantiene un acceso controlado al campo estéril para evitar que personas no estériles lo crucen o lo toquen accidentalmente		
17. Reposiciona o ajusta el campo estéril según sea necesario durante el procedimiento para mantener la cobertura adecuada		
18. Se asegura de que no se acumulen pliegues en el campo estéril que puedan comprometer su esterilidad		
19. Si detecta alguna contaminación o compromiso del campo estéril lo reemplaza inmediatamente por uno nuevo		
IV. MANEJO DE INSTRUMENTOS ESTERILES		
20. Al recibir los instrumentos esterilizados del área de esterilización central o de la autoclave, verifica que los paquetes estén correctamente etiquetados y sellados		
21. Inspecciona visualmente cada paquete para asegurarse de que no haya signos de contaminación o daño en el empaque.		
22. Mantiene los instrumentos dentro del campo estéril en todo momento y evitar cualquier contacto con superficies no estériles		
23. Manipula los instrumentos estériles con cuidado y precisión, asegurándose de pasarlos al cirujano de manera que se mantenga la esterilidad.		

Anexo 3. Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Instituciones : Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadores : Lic. Doly Wendy Andamayo Pope

Título : Conocimiento y Prácticas en el manejo de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025

Propósito del estudio

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: “Conocimiento y Prácticas en el manejo de medidas asépticas del personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital de la Policía Nacional en Lima, 2025”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lic. Doly Wendy Andamayo Pope. El propósito de este estudio El propósito es generar evidencia que permita optimizar el cuidado y fortalecer la seguridad del paciente, permitiendo al Hospital de la Policía Nacional implementar capacitaciones puntuales y logísticas enfocadas en las debilidades específicas encontradas. Su ejecución permitirá al personal de enfermería obtener retroalimentación objetiva sobre sus prácticas y conocimiento, sirviendo de base para la mejora y validación de sus herramientas de trabajo.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente: Se explicará el procedimiento a realizar para la toma del instrumento, se firmará el consentimiento informado y se procederá con el llenado de los cuestionarios.

La entrevista/encuesta puede demorar unos 30 minutos, los resultados de la/los instrumentos se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos

Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario

Beneficios

Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación (de manera individual o grupal), que puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación. Tampoco recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente

Si usted se siente incómodo durante la aplicación del instrumento, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio.

Puede comunicarse con la Lic. Doly Wendy Andamayo Pope (No Cel.: 973742688) o al comité que validó el presente estudio, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. (+51) 924569790.

Correo electrónico: comite.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Nombres:

DNI

Investigador

Nombres:

DNI:




13% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 11%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 11%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 11% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 11% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	4%
2	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-03-01	2%
3	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-02-12	1%
4	Trabajos entregados	Universidad Tecnologica del Peru on 2023-01-30	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-02-28	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-03-30	<1%
7	Trabajos entregados	uwiener on 2025-01-20	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-03-15	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Privada Antenor Orrego 2025 on 2025-08-16	<1%
10	Internet	repositorio.unc.edu.pe	<1%
11	Internet	dspace.unitru.edu.pe	<1%