



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Trabajo Académico

Conocimiento de las medidas de bioseguridad y su práctica en el profesional de enfermería del servicio de cuidados de intensivos del Hospital Nacional III-2,

Lima 2024

Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos

Presentado por:

Autora: Prudencio Coronel, Clara

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1001-7271>

Asesora: Mg. Matos Valverde, Carmen Victoria

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0748-3848>

Lima – Perú

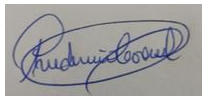
2024

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Clara Prudencio Coronel egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “Conocimiento de las medidas de bioseguridad y su práctica en el profesional de enfermería del servicio de cuidados de intensivos del Hospital Nacional III-2, Lima 2024.” Asesorado por el docente: Mg Carmen Matos Valverde DNI 15729278 ORCID...0000-0002-0748-3848 tiene un índice de similitud de (18) (Dieciocho) % con código OID: 14912:414991167 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

Nombres y apellidos del Egresado :Clara Prudencio Coronel
 DNI:41274537




.....
 Firma

Nombres y apellidos del Asesor: Mg. Matos Valverde Carmen
 DNI: 15729278

Lima, 09 de diciembre de 2024

Es obligatorio utilizar adecuadamente los filtros y exclusión del turnitin: excluir las citas, la bibliografía y las fuentes que tengan menos de 1% de palabras. EN

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

caso se utilice cualquier otro ajuste o filtros, debe ser debidamente justificado en el siguiente recuadro.

<p>_____ SE EXCLUYE LA FRASEOLOGIA NORMAL</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia y a mis hijos ya que son ellos son mi fuerza motivación para seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios ya que por el seguimos aquí a la universidad Norbert Wiener por tener unos docentes muy capacitados y con conocimiento y a mi familia por ser mi motor y motivo.

JURADOS:

Presidente: Dra. Milagros Lizbeth Uturnco Vera

Secretario : Mg. Maria Rosario Mocarro Aguilar

Vocal : Mg. Elsa Magaly Yaya Manco

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
INFORME DE TURNITIN	¡Error! Marcador no definido.
ÍNDICE GENERAL	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	ix
1. EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema general	3
1.2.2. Problemas específicos	4
1.3. Objetivos	4
1.3.1. Objetivo general.....	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación	5
1.4.1. Teórica	5
1.4.2. Metodológica	5
1.4.3. Práctica.....	5
1.5. Delimitación de la investigación.....	6
1.5.1. Temporal.....	6
1.5.2. Espacial	6
1.5.3. Unidad de análisis	6
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes de la investigación	7
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	7
2.1.2. Antecedentes nacionales	9
2.2. Bases teóricas.....	12
2.3. Formulación de hipótesis	17
2.3.1. Hipótesis general.....	17
2.3.2. Hipótesis específicas	17
3. METODOLOGÍA.....	18
3.1. Método de investigación	18
3.2. Enfoque de investigación.....	18

3.3. Tipo de investigación.....	18
3.4. Diseño de investigación	18
3.5. Población, muestra y muestreo	19
3.5.1. Población.....	19
3.5.2. Muestra	20
3.5.3. Muestreo	20
3.6. Variables y operacionalización	25
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26
3.7.1. Técnica.....	26
3.7.2. Descripción de los instrumentos	26
3.7.3. Validación.....	27
3.7.4. Confiabilidad.....	28
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	28
3.9. Aspectos éticos.....	29
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	30
4.1. Cronograma de actividades.....	30
4.2. Presupuesto	31
5. REFERENCIAS.....	32
6. ANEXOS	40
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	40
Anexo 2: Instrumentos.....	42
Anexo 3: Consentimiento informado.....	47

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación significativa entre conocimiento de las medidas de bioseguridad y su práctica en el profesional de enfermería del servicio de cuidados de intensivos del Hospital nacional nivel III-2 , Lima, 2024. Metodología: La investigación seguirá un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental y de corte transversal. Se utilizará un alcance descriptivo-correlacional para identificar y analizar las relaciones entre las variables. La población del estudio incluye a 55 profesionales de enfermería que trabajan en la UCI, utilizando un muestreo censal. Se emplearán dos instrumentos de recolección de datos: un cuestionario para medir el conocimiento sobre medidas de bioseguridad y una guía de observación para evaluar las prácticas. Los datos se analizarán utilizando la prueba de Chi-cuadrado, debido a la naturaleza categórica de las variables.

Palabras claves: Conocimiento, bioseguridad, práctica, enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos

ABSTRACT

Objective: To determine the significant relationship between knowledge of biosafety measures and their practice in nursing professionals in the intensive care service of the Hospital nacional nivel III-2 , Lima, 2024. **Methodology:** The research will follow a quantitative approach with a non-experimental, cross-sectional design. A descriptive-correlational scope will be used to identify and analyze the relationships between variables. The study population includes 55 nursing professionals working in the ICU, utilizing a census sampling method. Two data collection instruments will be employed: a questionnaire to assess knowledge of biosafety measures and an observation guide to evaluate practices. The data will be analyzed using the Chi-square test due to the categorical nature of the variables.

Keywords: Knowledge, biosecurity, practice, nursing, intensive care unit

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Las medidas de bioseguridad catalogadas como conductas esenciales que se deben asumir para reducir o eliminar los riesgos para el personal, la comunidad y el medio ambiente. La implementación de medidas de bioseguridad en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es crucial para prevenir infecciones nosocomiales a los pacientes como al personal sanitario. Un estudio en el 2022, realizado en Yemen, en el suroeste de Asia, mostró que más de la mitad 55% enfermeros(as) en cuidados críticos no seguían adecuadamente las guías de práctica para la succión endotraqueal, lo que aumentó considerablemente el riesgo de infecciones nosocomiales y solo el 45% puntuó como moderado en adherencia 50 a 75%, y ninguno alcanzó un nivel deseable >70% (1).

Asimismo, la falta del cumplimiento de directrices de bioseguridad en hospitales de países de bajos ingresos tuvo consecuencias graves. Según un estudio en el 2022, realizado en Etiopía, el 63% de los profesionales en enfermería en hospitales públicos en Addis Abeba tenían conocimientos deficientes de técnicas de prevención de infecciones urinarias de catéteres y el 47.8% presentaban prácticas deficientes. Estas deficiencias aumentaron la incidencia de infecciones hospitalarias, prolongan los tiempos de hospitalización y sobrecargan los sistemas de salud (2).

Mientras tanto, en un estudio en el 2023, realizado en Finlandia halló que el 55% de enfermeros(as) no conocían adecuadamente las prácticas correctas de eliminación de residuos y el 45% no utilizaban correctamente las barreras protectoras; por tanto, esta falta de conocimiento y práctica adecuada incrementó riesgos de exposición a patógenos peligrosos. Sin embargo, no todas las necesidades de los pacientes son críticas, pero todas son importantes (3).

Así mismo, en Etiopia el 2023, encontraron que los factores asociados entre enfermeras que trabajan en UCI no solo incrementaban los riesgos de salud para los pacientes vulnerables, sino también en los enfermeros(as), quienes trabajan en condiciones subóptimas y bajo una presión constante; por tanto, en un entorno donde la formación y la adherencia a los protocolos son cruciales para prevenir el contagio de enfermedades, esta deficiencia en la educación y práctica de bioseguridad crea un círculo vicioso de riesgo constante (4).

Por consiguiente, es esencial reducir la incidencia de las infecciones existentes. Según un estudio en el 2024, realizado en Indonesia, se ha demostrado que solo el 20% de las infecciones nosocomiales son prevenibles. Esta problemática se ve agravada por la creciente prevalencia de microorganismos multirresistentes, que complican el tratamiento e incrementan la mortalidad de los pacientes hospitalizados (5).

Por otra parte, en un estudio en el 2021, presentado por el Consorcio Internacional de Control de Infecciones Nosocomiales, las tasas de infecciones en las UCI estudiadas fueron de 75% más altas que las reportadas en Estados Unidos, a pesar de que el uso de dispositivos médicos fue similar, notan que tener infecciones aumenta considerablemente en un 67% en los pacientes el tiempo de hospitalización; además, aunque las tasas de infección han sido altas, se han observado mejoras gracias a las estrategias de prevención implementadas (6).

En el 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer que el 70% de infecciones nosocomiales pueden prevenirse con programas efectivos de prevención de infecciones que incluyen prácticas como higiene de manos y acceso de servicio al agua, higiene de alta calidad y saneamiento (7). En el mismo año, la OMS declaró que un aproximado de 15% de los pacientes en hospitales de cuidados agudos adquieren al menos una infección relacionada con la atención sanitaria durante su estancia, comparado con el 7% en países de ingresos altos (8).

En pleno 2024, la tasa de mortalidad vinculada a la sepsis asociada a la atención sanitaria fue notablemente elevada, con más del 24% de los pacientes afectados falleciendo anualmente. Este dato subraya tanto la gravedad de la afección como la imperiosa necesidad de implementar mejores prácticas de prevención, diagnóstico y tratamiento. En otras palabras, la sepsis no solo pone en riesgo la vida, sino que también ejerce una enorme presión sobre los recursos del sistema de salud en los pacientes (9).

Por consiguiente, en un estudio en el 2020, presentado en un hospital nacional de EsSalud en Perú, el 81% de enfermeros(as) cumplían adecuadamente con las medidas de bioseguridad, mientras que solo el 75% cumplían con las medidas de control de infecciones. Sin embargo, el 19% presentaban un cumplimiento inapropiado de las medidas de bioseguridad, el 25% tenían deficiencias de control de infecciones, y lo que incrementa significativamente los riesgos para la salud (10).

Se ha observado que, a pesar de la capacitación teórica, muchos profesionales enfrentan desafíos al implementar estas medidas en la práctica diaria. Informes recientes indican que las brechas de conocimiento de protocolos de bioseguridad pueden estar relacionadas con factores como la falta de recursos, la sobrecarga laboral y la escasa supervisión. Investigar este tema permitirá identificar las áreas de mejora en la práctica de los enfermeros, así como desarrollar estrategias efectivas para garantizar un ambiente seguro en las unidades de cuidados intensivos.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación significativa entre el conocimiento de las medidas de bioseguridad y su práctica en el profesional de enfermería del servicio de cuidados de intensivos del Hospital Nacional nivel III-2, Lima 2024?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la relación significativa entre la dimensión universalidad del conocimiento de las medidas de bioseguridad y su práctica en el profesional de enfermería en el servicio de cuidados de intensivos?

¿Cuál es la relación significativa entre la dimensión barreras protectoras del conocimiento de las medidas de bioseguridad y su práctica en el profesional de enfermería en el servicio de cuidados de intensivos?

¿Cuál es la relación significativa entre la dimensión eliminación de residuos del conocimiento de las medidas de bioseguridad y su práctica en el profesional de enfermería en el servicio de cuidados de intensivos?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación significativa entre el conocimiento de las medidas de bioseguridad y su práctica en el profesional de enfermería en el servicio de cuidados de intensivos.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar la relación significativa entre la dimensión universalidad del conocimiento de las medidas de bioseguridad y su práctica en el profesional de enfermería en el servicio de cuidados de intensivos.

Identificar la relación significativa entre la dimensión barreras protectoras del conocimiento de las medidas de bioseguridad y su práctica en el profesional de enfermería en el servicio de cuidados de intensivos.

Identificar la relación significativa entre la dimensión eliminación de residuos del conocimiento de las medidas de bioseguridad y su práctica en el profesional de enfermería en el servicio de cuidados de intensivos.

1.4. Justificación

1.4.1. Teórica

La investigación es esencial para entender cómo los principios teóricos de la bioseguridad se aplican en la práctica clínica. Es decir, aporta a la literatura de identificar existientemente las brechas entre el conocimiento teórico como de Ajzen sobre la teoría del comportamiento planeado, de Becker sobre las creencias de salud, de Pender sobre la promoción de la salud y de Sackett sobre la medicina basada en evidencia en los profesionales de enfermería.

1.4.2. Metodológica

Esta investigación utiliza un alcance correlacional que permite identificar relaciones significativas. Así mismo el uso correcto de cuestionarios validados asegura la recolección de información fiables y comparables. Por último, este proceso es pertinente para identificar patrones y tendencias en el conocimiento de la bioseguridad en UCI.

1.4.3. Práctica

Al reconocer las deficiencias, es fundamental diseñar e implementar programas de capacitación específicos. Estas iniciativas no solo disminuirán el riesgo de infecciones nosocomiales, sino que también fortalecerán la cultura de seguridad dentro del hospital, promoviendo un entorno más seguro para los pacientes y enfermeros(as).

1.5. Delimitación de la investigación

1.5.1. Temporal

El estudio se realizará de junio a octubre del año 2024. Además, este marco temporal permitirá una observación exhaustiva y detallada de las prácticas de bioseguridad en la UCI.

1.5.2. Espacial

Es espacialmente en la UCI del Hospital nacional nivel III-2, del Cercado de Lima – Perú. Esta delimitación permite un enfoque específico en un entorno de alta complejidad y riesgo, proporcionando datos relevantes y aplicables directamente a ese contexto.

1.5.3. Unidad de análisis

Se incluyen 55 profesionales de enfermería que laboran actualmente en la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Nacional III-2, del Cercado de Lima.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Aftab et al. (11), en Pakistán 2023, presentaron como objetivo “evaluar la adherencia y prácticas de las precauciones estándar (PE) entre las enfermeras de una UCI”. La metodología tuvo representada por un alcance descriptivo correlacional, con una muestra referencial de 150 enfermeros(as). En el resultado, el 84.7% de las enfermeras mostraron adherencia a las precauciones estándar y el 52.7% practicaron las precauciones estándar que incluyen medidas como la higiene de manos, el uso rutinario de equipos de protección personal dependiendo de la exposición anticipada. Asimismo, no hubo correlación significativa entre la práctica y la adherencia, con un valor ($p > 0.50$). En conclusión, aunque un alto porcentaje de enfermeras mostró adherencia, esto no necesariamente se tradujo en una práctica regular y consistente de esas precauciones.

Sobeh et al. (12), en Egipto 2023, presentaron como objetivo “conocer el conocimiento y la práctica de las enfermeras sobre las medidas de control de infecciones *en una UCI*”. La metodología tuvo representada por un alcance descriptivo correlacional, con una muestra referencial de 174 enfermeros(as). En el resultado, el 89.1% de las enfermeras presentaron un nivel satisfactorio de conocimiento, 80.5% un nivel satisfactorio de práctica y un 100% de nivel satisfactorio de medidas de control de infecciones, pero 70% tuvo recursos humanos insatisfactorios. Asimismo, hubo correlación negativa baja, con un valor de ($r = -.095$; $p < .000$). En conclusión, cuando el conocimiento sobre las medidas de control de infecciones aumenta, la práctica de estas medidas tiende a disminuir, y viceversa.

Maldonado y Plascencia (13), en Ecuador 2022, presentaron como objetivo “examinar el conocimiento y las prácticas de medidas de bioseguridad en enfermeras de una UCI”. La metodología tuvo representada por un alcance descriptivo, con una muestra referencial de 20 enfermeros(as). En el resultado, la mayoría de las enfermeras mostraron un buen nivel de conocimiento en el manejo de material punzocortante 60% y lavado de manos 65%; y uso de guantes de 50%. Por otro lado, en el lavado de manos antes y después de haber tenido con el paciente fue realizado siempre solo por el 50%, mientras que el uso de batas desechables ante riesgos de fluidos corporales fue observado nunca por el 75%, lo que indica una importante área de mejora en esta práctica. En conclusión, las enfermeras mostraron un buen conocimiento en las medidas de bioseguridad, especialmente en el uso de uniformes hospitalarios. Sin embargo, las prácticas no siempre reflejan este conocimiento, particularmente en el uso de batas desechables y el lavado de manos, sugiriendo la necesidad de mejorar la adherencia a estas medidas cruciales para prevenir infecciones en la UCI.

Becerra (14), en Ecuador 2020, presentó como objetivo “evaluar el nivel de frecuencia del conocimiento de bioseguridad en el personal de salud de una UCI”. La metodología tuvo representada por un alcance descriptivo, con una muestra referencial de 20 profesionales de enfermería y médicos. En el resultado, el 100% de enfermeras y médicos identificaron correctamente las fuentes de exposición a riesgos biológicos y confirmaron conocer las vías de ingreso de estos riesgos a su organismo. Además, todos aplicaron medidas de bioseguridad hospitalaria en la práctica, realizaron el lavado de manos antes y después, y utilizaron correctamente las agujas descartables en los pacientes. También, la mayoría participó en programas de vigilancia de salud y vacunación, recibiendo inmunizaciones contra enfermedades clave como la hepatitis A (20%), hepatitis B (15%), meningococo (20%), tétanos (20%) e influenza (25%). En conclusión, los

profesionales demostraron un nivel sobresaliente de conocimiento y prácticas en bioseguridad, con un cumplimiento del 100% en la identificación de riesgos biológicos, aplicación de medidas de bioseguridad y participación en programas de vacunación.

Kalyan et al. (15), en la India 2020, presentaron como objetivo “presentar la asociación entre el conocimientos y prácticas de los profesionales de UCI”. La metodología tuvo representada por un alcance descriptivo correlacional, con una muestra referencial de 108 enfermeros(as). En el resultado, el 75.9% de enfermeras tenían un nivel de conocimiento medio, el 22.2% buen, y solo 1.8% insuficientes. En la evaluación de las prácticas, se observó que 94.4% tenían prácticas de nivel medio y únicamente 5.5% de enfermeras mostraron buenas prácticas. Asimismo, no se halló una correlación significativa entre los conocimientos y las prácticas, con un valor de ($p > 050$). En conclusión, aunque los enfermeros tenían conocimientos de promedio a buenos, sus prácticas no estaban alineadas con sus conocimientos.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Urquiaga y Chunga (16), en Trujillo 2022, presentaron como objetivo “establecer la relación entre el conocimientos y prácticas de bioseguridad en profesionales de salud de una UCIP”. La metodología tuvo representada por un alcance descriptivo, con una muestra referencial de 20 profesionales médicos y enfermeras. En el resultado, el 55% de médicos y enfermeras tuvieron un nivel bajo de conocimientos, 40% medio y 5% alto; además, el 70% tenía prácticas inadecuadas y 30% prácticas adecuadas. En conclusión, se destaca una necesidad crítica de mejorar tanto el conocimiento como las prácticas de bioseguridad en la UCIP para reducir los riesgos de infecciones y garantizar un ambiente más seguro para todos.

Cunya et al. (17), en Huancavelica 2022, presentaron como objetivo “examinar la relación entre el conocimiento y prácticas en bioseguridad e profesionales de enfermería de una UCI”. La metodología tuvo representada por un alcance descriptivo correlacional, con una muestra referencial de 20 enfermeros(as). En el resultado, el 60% de enfermeras tenían conocimientos regulares, 25% altos, 15% bajos; 70% prácticas medianamente adecuadas, 20% adecuadas, 10% inadecuadas. Asimismo, hubo una correlación positiva alta, con un valor de ($r = .865$; $p < .000$). En conclusión, a medida que el conocimiento sobre bioseguridad de las enfermeras aumenta, las prácticas de bioseguridad también mejoran significativamente.

Urquiaga (18), en Trujillo 2021, presentó como objetivo “establecer la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de bioseguridad en profesionales de salud en una UCIP”. La metodología tuvo representada por un alcance descriptivo correlacional, con una muestra referencial de 20 profesionales médicos y enfermeras. En el resultado, el 55% de profesionales tenían un nivel bajo de conocimiento, el 40% tenía un nivel medio y el 5% alto. En cuanto a las prácticas de bioseguridad, el 70% presentaba prácticas inadecuadas y el 30% adecuadas. Asimismo, hubo una correlación positiva alta, con un valor de ($r = .862$; $p < .000$). En conclusión, a medida que el nivel de conocimiento sobre bioseguridad de aumenta, las prácticas de bioseguridad también mejoran significativamente. Esto significa que una mayor formación y educación en medidas de bioseguridad están directamente asociadas con una mejor aplicación de estas prácticas en el entorno clínico.

Pari et al. (19), en Huancayo 2020, presentaron como objetivo “establecer la relación entre el conocimiento y las prácticas de medidas de bioseguridad en el cuidado del catéter venoso central por enfermeros(as) en UCI”. La metodología tuvo representada por un alcance descriptivo correlacional, con una muestra referencial de 30 enfermeros(as).

En el resultado, el 70%, de las enfermeras tenían un nivel bajo de conocimiento, el 26.7% medio y solo el 3.3% alto. En cuanto a las prácticas de bioseguridad, el 76.7% tenía un nivel bajo, el 23.3% medio y ninguno tenía un nivel alto. Asimismo, hubo una correlación positiva alta, con un valor de ($r = .703$; $p < .000$). En conclusión, a mayor conocimiento relacionado con las medidas de bioseguridad, mejor son las prácticas implementadas por los profesionales de enfermería.

Medina (20), en Lima 2020, presentó como objetivo “identificar la relación entre el conocimiento y prácticas en el uso de protección personal en enfermeros(as) en una UCIP”. La metodología tuvo representada por un alcance descriptivo correlacional, con una muestra referencial de 80 enfermeros(as). En el resultado, el 15% de enfermeras alcanzaron un nivel alto, el 67.5% medio y el 17.5% bajo de conocimiento. En cuanto a las prácticas de bioseguridad, el 46.3% de enfermeras demostraron un nivel óptimo, el 47.5% bueno y el 6.3% regular. Asimismo, hubo una relación positiva baja, con un valor de ($r = .340$; $p < .000$). En conclusión, cuando el conocimiento sobre bioseguridad de las enfermeras tiende a aumentar, las prácticas de bioseguridad también mejoran circunstancialmente.

En resumen, los estudios internacionales y nacionales sobre el conocimiento y las prácticas de bioseguridad en una UCI y UCIP muestran que, aunque un alto porcentaje de profesionales tiene un buen nivel de conocimiento, esto no siempre se traduce en prácticas consistentes. Internacionalmente, se ha observado que, a pesar de la alta adherencia a las precauciones estándar, la práctica regular y consistente de estas medidas no es proporcionalmente alta, indicando una desconexión entre conocimiento y práctica. Similarmente, en el contexto nacional, la mejora en la educación y formación continua en bioseguridad es crucial para asegurar prácticas efectivas y consistentes en el entorno clínico.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Conocimiento de medidas de bioseguridad

El conocimiento de medidas de bioseguridad es la comprensión y el entendimiento que los profesionales de la salud deben tener sobre las prácticas y procedimientos diseñados para proteger la salud humana (21). También, se define como el entendimiento teórico de las medidas requeridas para garantizar la seguridad en la UCI frente a agentes biológicos (22).

En UCI, el conocimiento de medidas de bioseguridad es crucial debido a una presencia regular de vulnerabilidad de los pacientes críticos y la necesidad de evitar infecciones nosocomiales. Este conocimiento incluye protocolos específicos para el manejo de pacientes con dispositivos invasivos y poner en práctica las medidas estrictas para prevenir la transmisión de agentes infecciosos (23).

2.2.2. Dimensiones del conocimiento de medidas de bioseguridad

2.2.2.1. Dimensión del conocimiento de universalidad

La dimensión de conocimiento de universalidad se refiere al entendimiento del uso adecuado de barreras protectoras, como guantes, mascarillas y batas, para prevenir la transmisión de agentes infecciosos. Esta universalidad implica la aplicación general y obligatoria de medidas de bioseguridad a todo el personal y procedimientos en la UCI, considerando todos los materiales biológicos como potencialmente infecciosos. Por tanto, todas las medidas deben aplicarse de forma sistemática y uniforme para todos los pacientes, independientemente de su diagnóstico, debido al riesgo constante de infecciones cruzadas (24).

Las medidas de bioseguridad son prácticas diseñadas para prevenir infecciones y proteger tanto al personal de salud como a los pacientes, incluyendo el uso de equipos de protección y protocolos para el manejo de materiales. Se sustentan en principios básicos que guían su aplicación en entornos clínicos y de laboratorio. Entre estas medidas están los líquidos de precaución universal, como sangre y otros fluidos biológicos, considerados potencialmente infecciosos, y las precauciones universales que comprenden higiene de manos, manejo de objetos afilados y uso de equipos de protección. El lavado de manos debe realizarse por 40-60 segundos para eliminar patógenos de manera efectiva, realizándose antes de procedimientos asépticos y tras exposición a fluidos corporales (25).

2.2.2.2. Dimensión del conocimiento de uso de barreras protectoras

La dimensión del conocimiento sobre el uso de barreras protectoras se refiere al manejo adecuado de equipos de protección personal, como guantes, mascarillas, batas y gafas, para prevenir la transmisión de agentes infecciosos. Este uso incluye la implementación de elementos adicionales como anteojos de seguridad, gorros, delantales, mandiles y botas, con el objetivo de proteger al personal de salud de posibles exposiciones biológicas. En la UCI, su aplicación es fundamental para proteger tanto al personal como a los pacientes frente a patógenos, especialmente durante procedimientos de alto riesgo de exposición (26).

La higiene de manos con el uso de guantes implica lavarse las manos antes y después de usarlos, ya que los guantes no eliminan completamente el riesgo de contaminación. En actividades sin contacto con fluidos corporales, como la consejería, no se requiere su uso. Las barreras protectoras de bioseguridad incluyen elementos como mandilón, botas, gorros y guantes, diseñados para minimizar la exposición a agentes infecciosos. La correcta colocación de gorros requiere su uso previo a la ropa quirúrgica y el cambio si se ensucian. Las mascarillas se emplean ante riesgo de salpicaduras de fluidos contaminados. Los

mandilones se utilizan durante procedimientos con fluidos y deben retirarse al abandonar el área de trabajo. Finalmente, las botas quirúrgicas se usan en áreas específicas para evitar la transferencia de contaminantes (27).

2.2.2.3. Dimensión de conocimiento de eliminación de residuos

La dimensión de conocimiento de eliminación de residuos se refiere a la comprensión y aplicación de métodos seguros para la gestión y eliminación adecuada de residuos biológicos y materiales peligrosos, asegurando su correcta descontaminación para prevenir la propagación de infecciones, especialmente en entornos de UCI (28).

El tratamiento de instrumentos contaminados y eliminación de desechos contaminantes comprende las etapas necesarias para asegurar su descontaminación y eliminación segura, incluyendo lavado, desinfección y esterilización, además del uso de bolsas rojas para desechos altamente contaminantes y negras para residuos comunes. La clasificación de residuos distingue entre biocontaminados, comunes y especiales, gestionando adecuadamente materiales como guantes y gasas en contacto con agentes infecciosos. La respuesta a una exposición accidental a material biológico implica lavar la herida con agua y jabón, desinfectar y notificar el accidente de manera inmediata (29).

2.2.3. Práctica de medidas de bioseguridad

La práctica de medidas de bioseguridad consiste en la aplicación correcta de protocolos y procedimientos en el entorno clínico, especialmente en la UCI, para proteger a profesionales de la salud y pacientes, mediante acciones rutinarias y el uso de equipos destinados a minimizar el riesgo de infecciones, poniendo en práctica el conocimiento teórico sobre bioseguridad y adhiriéndose a protocolos como la higiene de manos y el uso de equipos de protección personal (30).

2.2.4. Dimensiones de la práctica de medidas de bioseguridad

2.2.4.1. Dimensión de práctica de universalidad

La dimensión de práctica de universalidad se enfoca en la aplicación sistemática y consistente de los principios universales de bioseguridad en todas las prácticas clínicas y procedimientos, independientemente del entorno, garantizando su implementación en todas las actividades de la UCI (31).

2.2.4.2. Dimensión de práctica de uso de barreras protectoras

La dimensión de práctica de uso de barreras protectoras implica la implementación adecuada y constante de equipos de protección personal (EPP) para prevenir infecciones cruzadas y exposición a patógenos, asegurando su uso diario y correcto durante todas las interacciones con pacientes y procedimientos de riesgo biológico (32).

2.2.4.3. Dimensión de práctica de eliminación de residuos

La dimensión de práctica de eliminación de residuos se centra en la eliminación correcta de residuos biológicos y peligrosos, siguiendo procedimientos estrictos para su manejo, descontaminación y disposición final, con el objetivo de minimizar el riesgo de contaminación y propagación de infecciones (33).

2.2.4. Teoría relacionada a la enfermería

Para respaldar la teoría relacionada a las variables de investigación, se pueden considerar los siguientes enfoques teóricos y modelos de salud:

2.2.4.1. Modelo de precauciones universales

Este modelo establece que todas las prácticas de bioseguridad deben aplicarse de manera consistente a todos los pacientes, independientemente de su diagnóstico, para prevenir la transmisión de infecciones. Fue inicialmente desarrollado por los Centros para

el Control y la Prevención de Enfermedades y es una base fundamental para las prácticas de control de infecciones (34).

2.2.4.2. Teoría del comportamiento planificado de Ajzen

Esta teoría sostiene que el comportamiento de una persona está establecido por sus intenciones, y son influenciadas por sus normas subjetivas, actitudes y control percibido. En el contexto de la enfermería, se aplica para comprender cómo las actitudes hacia las medidas de bioseguridad, la percepción de apoyo social, y autoeficacia percibida que influyen en la adherencia a estas prácticas (35).

2.2.4.3. Modelo de creencias de salud de Becker

Este modelo se utiliza para predecir el comportamiento de salud a partir de las creencias personales sobre la susceptibilidad a una enfermedad, los beneficios de la acción, las barreras para la acción y la gravedad percibida. En el contexto de la bioseguridad, ayuda a explicar cómo las percepciones de riesgo y beneficios influyen en el uso de EPP (36).

2.2.4.3. Modelo de promoción de la salud de Pender

Este modelo enfatiza los factores individuales, sociales y ambientales en la promoción de conductas saludables. En la práctica de enfermería, se utiliza para diseñar intervenciones educativas que mejoren el conocimiento y práctica de las medidas de bioseguridad, promoviendo un entorno de trabajo seguro (37).

2.2.4.3. Enfoque de la práctica basada en evidencias de Sackett

Este enfoque promueve el uso de la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones clínicas. En el ámbito de la bioseguridad, implica la aplicación de directrices basadas en la evidencia científica para la prevención de infecciones nosocomiales y la protección del personal de salud (38).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H₁: Existe relación significativa entre el conocimiento de las medidas de bioseguridad y su práctica en el profesional de enfermería del servicio de cuidados de intensivos del Hospital Nacional nivel III-2, Lima 2024.

H₀: No existe relación significativa entre el conocimiento de las medidas de bioseguridad y su práctica en el profesional de enfermería del servicio de cuidados de intensivos del Hospital nacional nivel III-2, Lima, 2024.

2.3.2. Hipótesis específicas

H₁: Existe relación entre la dimensión del conocimiento de las medidas de bioseguridad universalidad y la práctica en el profesional de enfermería en el servicio de cuidados de intensivos.

H₂: Existe relación entre la dimensión del conocimiento de las medidas de bioseguridad barreras protectoras y la práctica en el profesional de enfermería en el servicio de cuidados de intensivos.

H₃: Existe relación entre la dimensión del conocimiento de las medidas de bioseguridad eliminación de residuos y la práctica en el profesional de enfermería en el servicio de cuidados de intensivos.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

El estudio seguirá un enfoque basado en el método hipotético-deductivo, partiendo de premisas generales para generar hipótesis específicas. Se evaluará si estas hipótesis pueden ser refutadas. Este método no solo expande el conocimiento teórico, sino que también proporciona soluciones prácticas (39).

3.2. Enfoque de investigación

En consideración se tendrá en cuenta el proceso de un enfoque cuantitativo, orientado al análisis detallado de datos numéricos para determinar con precisión la frecuencia de una situación específica. Este método permite cuantificar y evaluar con exactitud la ocurrencia de eventos dentro del ámbito de estudio (40).

3.3. Tipo de investigación

Se considerará de tipo aplicado, este tipo de investigación tiene como objetivo generar conocimientos que contribuyan a la resolución de problemas específicos o a la mejora de procesos y productos, con un impacto práctico en un área determinada (41).

3.4. Diseño de investigación

Asimismo, tendrá en cuenta un diseño no experimental y de corte transversal, lo que implica observar y medir fenómenos en un único momento en el tiempo. Este diseño permite describir las características de una población sin requerir un seguimiento prolongado (42).

De igual manera, se adoptará un alcance descriptivo-correlacional, que no solo se centra en describir las características de una población, sino que permite identificar patrones y relaciones entre variables (43).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

La población incluye en su mayoría a las unidades de análisis que cumplen con ciertos criterios específicos (40). En otras palabras, la población objetivo de esta investigación está compuesta por 55 profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de cuidados intensivos del Hospital nacional nivel III-2, Lima, 2024.

Criterios de inclusión:

- Enfermeros(as) que actualmente laboren con una experiencia mayor de 6 meses en la UCI del Hospital nacional de nivel III-2, Lima.
- Enfermeros(as) que voluntariamente acepten participar, proporcionando su consentimiento informado.
- Enfermeros(as) de ambos géneros sin restricciones de edad.
- Enfermeras que tengan más de 6 meses en la UCI.

Criterios de exclusión:

- Enfermeros(as) que no formen parte de la UCI en el hospital nacional especificado, es decir, que trabajen en otras áreas o departamentos.
- Enfermeros(as) que no deseen participar o que retiren su consentimiento durante el estudio.
- Enfermeros(as) en licencia (por cualquier motivo, como licencias por enfermedad o maternidad).
- Enfermeras que tengan menos de 6 meses en la UCI.

3.5.2. Muestra

Se tendrá en cuenta un muestreo censal, lo que implica que todos los miembros de la población objetivo serán incluidos en la muestra (44). Es decir, se seleccionarán como muestra a los 55 profesionales de enfermería que trabajan en una UCI del Hospital nacional nivel III-2, Lima, 2024.

3.5.3. Muestreo

Se utilizará el muestreo censal, porque todos los profesionales de enfermería que conforman la población objetivo serán incluidos en el estudio. Esto se debe a que el tamaño de la población es suficientemente manejable para permitir la inclusión de todos sus miembros, garantizando así una evaluación completa y precisa de las variables de interés en el contexto de una UCI del hospital estudiado.

3.6. Variables y operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala medición	Escala valorativa
Conocimiento de medidas de bioseguridad	El conocimiento de medidas de bioseguridad es un conjunto de saberes teóricos sobre las medidas destinadas a prevenir y controlar infecciones en entornos clínicos y de laboratorio (25).	El conocimiento de medidas de bioseguridad se podrá medir a través del uso del instrumento presentado por Vega (2017).	Universalidad	Fundamentación universal	1,2,3,4,5,6,7	Ordinal	Nivel bajo (0-6) Nivel medio (7-13) Nivel alto (14-20)
			Uso de barreras protectoras	Fundamentación de protección y seguridad	8,9,10,11, 12,13,14,15		
			Eliminación de residuos	Fundamentación de riesgos	16,17,18,19, 20		
Prácticas de medidas de bioseguridad	Las prácticas de medidas de bioseguridad se definen como la aplicación práctica de los conocimientos teóricos sobre bioseguridad (25).	Las prácticas de medidas de bioseguridad se podrán medir a través del uso del instrumento presentado por Vega (2017).	Universalidad	Lavado de manos y uso de guantes	1,2,3,4,5,6,7	ordinal	Nivel bajo (0-5) Nivel medio (6-10) Nivel alto 11-15
			Uso de barreras protectoras	Medidas de protección	8,9,10,11		
			Eliminación de residuos	Eliminación y manejo de desechos	12,13,14,15		

Nota: Elaboración propia

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La investigación utilizará dos técnicas principales: la encuesta y la observación. La encuesta servirá para recolectar datos a través de preguntas estandarizadas, con el objetivo de obtener respuestas representativas sobre el conocimiento. En este caso, se aplicará un cuestionario específicamente diseñado para evaluar dicho conocimiento (45). Es importante mencionar que, previo a la aplicación del cuestionario y la observación, se solicitará el permiso correspondiente a la institución para garantizar el cumplimiento de los protocolos éticos y administrativos necesarios

Por otro lado, se empleará la observación para evaluar las prácticas. Esta técnica permitirá recopilar información directa y objetiva sobre cómo se implementan en la práctica diaria las medidas de bioseguridad, complementando los datos obtenidos mediante la encuesta (46).

3.7.2. Descripción de los instrumentos

Instrumento 1

El cuestionario para medir el conocimiento sobre las medidas de bioseguridad fue diseñado originalmente por Cuyubamba en el 2017 (47) y validado por Vega en el mismo año (48). Para esta investigación, se utilizará una versión actualizada y validada del cuestionario. Dicho instrumento representa 20 ítems, organizados en tres dimensiones: Conocimiento general de bioseguridad (7 ítems), uso de barreras protectoras (8 ítems) y eliminación de residuos (5 ítems).

Cada ítem se evalúa mediante opciones de respuesta múltiple, con cuatro alternativas posibles, de las cuales solo una es la correcta. La escala de calificación clasifica los

resultados en: Nivel bajo (desde 0 hasta el 6) - Nivel medio (desde el 7 hasta el 13) - Nivel alto (desde el 14 hasta el 20).

Instrumento 2

Una guía de observación, también desarrollada por Salas en el 2016 (49) y validado por Vega en el 2017 (48), se empleará para evaluar las prácticas de bioseguridad del personal asistencial. Este instrumento contiene 15 ítems, divididos en tres dimensiones: Universalidad (siete ítems), que incluye observaciones sobre prácticas como el lavado de manos adecuado y uso de guantes entre pacientes. Uso de barreras protectoras (cuatro ítems), que observa el uso correcto de guantes, batas, mascarillas y otros equipos de protección durante procedimientos específicos. Eliminación de residuos (4 ítems), que evalúa el manejo correcto de desechos bio contaminados y materiales punzocortantes.

Cada ítem es evaluado con una escala de "Adecuado" (1) o "Inadecuado" (0), y los resultados se agrupan en tres niveles de práctica: Bajo (desde 0 hasta el 5) - Medio (desde el 6 hasta el 10) - Alto (desde el 11 hasta el 15).

3.7.3. Validación

Instrumento 1

La validación del cuestionario fue presentada por Vega (2017) utilizando un análisis de 3 jueces expertos para asegurar la adecuación de los ítems. La mayor parte de los ítems mostraron una puntuación superior de 0.700 de V de Aiken (48).

Instrumento 2

La guía de observación fue validada de manera similar por Vega (2017), mediante 3 jueces expertos que evaluaron su capacidad para medir con precisión las prácticas de bioseguridad. El análisis identificó que la mayoría de los ítems mostraron una puntuación superior de 0.700 de V de Aiken (48).

3.7.4. Confiabilidad

Instrumento 1

La confiabilidad se evaluó con la prueba de consistencia interna con el coeficiente Kuder-Richardson 20. Este método es adecuado para instrumentos de respuesta dicotómica. En una prueba piloto realizada con 15 trabajadores asistenciales, el cuestionario de conocimiento alcanzó una puntuación de .820 para los 20 elementos evaluados. Este valor indicó una alta consistencia interna, lo que sugiere que el cuestionario es un instrumento fiable.

Instrumento 2

La ficha de observación utilizada para evaluar las prácticas de bioseguridad también fue sometida a una prueba de confiabilidad utilizando el coeficiente Kuder-Richardson 20. En el mismo estudio piloto con 15 participantes, se obtuvo una puntuación de .780 para los 15 elementos observados. Esto asegura que los ítems del instrumento miden de manera consistente las prácticas de bioseguridad observadas.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Los instrumentos se administrarán de manera presencial a los participantes, y los datos recopilados se ingresarán en Microsoft Excel para una primera organización y limpieza. Luego, estos datos serán importados al SPSS v27 para su análisis. Asimismo, se utilizará la prueba de Chi-cuadrado para examinar la independencia o asociación entre las variables.

La prueba de Chi-cuadrado es adecuada para este análisis porque se enfoca en variables categóricas y es utilizada para analizar si existe una asociación entre dos variables categóricas. A diferencia de las pruebas paramétricas que requieren la normalidad de los datos, la prueba de Chi-cuadrado no tiene este requisito, sino en las frecuencias esperadas y

observadas en una tabla de contingencia. Esto la hace especialmente útil en investigaciones como esta, donde el interés está en analizar relaciones entre categorías (por ejemplo, niveles de conocimiento bajo, medio y alto frente a prácticas adecuadas o inadecuadas) (40).

3.9. Aspectos éticos

En esta investigación, se han seguido estrictamente diversas normas éticas para garantizar su correcto desarrollo.

En primer lugar, se ha aplicado el principio de beneficencia, cuyo objetivo es generar conocimientos que contribuyan a mejorar las competencias del personal de enfermería y asegurar prácticas óptimas en el cuidado de los pacientes. Esto implica generar datos y recomendaciones que puedan ser utilizados para formar y capacitar al personal de enfermería, con el objetivo final de optimizar el cuidado de los pacientes y reducir el riesgo de infecciones nosocomiales.

Además, se ha respetado el principio de no maleficencia, basado en el precepto hipocrático de "primero, no hacer daño". Cumplir el principio de no maleficencia en el contexto de la investigación y el trabajo como enfermera en la UCI implica garantizar que ninguna de las medidas implementadas cause daño a los pacientes. Esto se refiere en la aplicación de protocolos de bioseguridad rigurosos y basados en evidencia, y en la capacitación adecuada del personal para evitar errores y minimizar riesgos.

Para finalizar, se ha observado rigurosamente el principio de autonomía, garantizando que todos los participantes pudieran tomar una decisión informada acerca de su participación. Este principio asegura que la participación sea voluntaria y respetuosa de los derechos y dignidad de los participantes se realice satisfactoriamente.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

Actividades	Año 2024							
	JUN	JUN	JUL	JUL	JUL	AGO	AGO	OCT
1. Identificación y definición del problema de investigación.								
2. Recolección de datos para fundamentar el marco teórico.								
3. Selección, análisis y ajuste de los instrumentos de investigación.								
4. Elaboración del documento del proyecto de tesis.								
5. Solicitud de autorización para la implementación del instrumento en la UCI.								
6. Implementación del instrumento de investigación.								
7. Análisis y procesamiento estadístico de los datos recolectados.								
8. Redacción del informe final de tesis.								

4.2. Presupuesto

Características	Cantidad	Precio por unidad	Precio final
Materiales			
Hojas bon	1 millar	0.10	1000
Internet			300
Fotocopia	200	0.20	300
Material de escritorio			200
Servicios			
Laptop	1	400 horas	1000
Impresiones	150		225
Anillados	02 ejemplares	1.5	50
Empastados	2		40
		25	
		20	
Pasajes			200
		Total	3,315

El presupuesto estimado para la investigación incluye diversos costos divididos en materiales, servicios y pasajes. Entre los materiales, se contempla la adquisición de un millar de hojas bond, servicios de internet para 200 horas, fotocopias, y materiales de escritorio, con un costo total de 1800. En cuanto a los servicios, se estima la utilización de una laptop, impresiones, anillados y empastados, con un costo total de 1315. Adicionalmente, se han considerado 200 para pasajes. El presupuesto total asciende a 3,315.

5. REFERENCIAS

1. Alkubati S, Al-Sayaghi K, Alrubaiee G, Hamid M, Saleh K, Al-Qalah T, et al. Adherence of critical care nurses to endotracheal suctioning guidelines: a cross-sectional study. *BMC Nurs* [Internet]. 2022;21(1):1–8. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01092-w>
2. Teshager T, Hussien H, Kefyalew M, Wondimneh F, Ketema I, Habte S. Knowledge, practice and associated factors of nurses towards prevention of catheter-associated urinary tract infection in intensive care unit of public hospitals administered by Federal Government in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional institutional-. *BMC Nurs* [Internet]. 2022;21(1):1–10. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00968-1>
3. Munro C, Hope A. Current Trends in Critical Care Nursing Research. Editorial [Internet]. 2023;32(3):150–2. Available from: <https://doi.org/10.4037/ajcc2023943>
4. Bolado G, Ataro B, Gadabo C, Ayana A, Kebamo T, Minuta W. Stress level and associated factors among nurses working in the critical care unit and emergency rooms at comprehensive specialized hospitals in Southern Ethiopia, 2023: explanatory sequential mixed-method study. *BMC Nurs* [Internet]. 2024;23(1):1–15. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02004-w>
5. Sunarti LS. Hospital Acquired Infection Revisited: Route of Transmission. *Int J Pathog Res* [Internet]. 2024;13(3):24–35. Available from: <https://doi.org/10.9734/ijpr/2024/v13i3283>
6. Rosenthal V, Duszynska W, Ider B, Gurskis V, Al-Ruzzieh M, Myatra S, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 45 countries for 2013-2018, Adult and Pediatric Units, Device-associated Module. *Am J Infect Control* [Internet]. 2021;49(10):1267–74. Available from:

- <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.04.077>
7. Organización Mundial de la Salud [OMS]. WHO launches first ever global report on infection prevention and control [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 27]. Available from: <https://www.who.int/news/item/06-05-2022-who-launches-first-ever-global-report-on-infection-prevention-and-control>
 8. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Global report on infection prevention and control [Internet]. Who. 2022. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354489/9789240051164-eng.pdf?sequence=1>
 9. El Mundo. Sepsis: qué es, síntomas y grupos de edad más proclives a padecer esta afección [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 10]. Available from: <https://www.elmundo.es/como/2024/05/21/664c506121efa00d7b8b45b0.html>
 10. Uceda D, Meneses M. Healthcare-associated infection control and biosecurity measures for nurses in the emergency department of a National Essalud Hospital. *J Glob Heal Med* [Internet]. 2020;4(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.32829/ghmj.v4i1.185>
 11. Aftab A, Ghani M, Kausar S, Rahman T, Bibi T. Practices and Adherence of Nurses with Standard Precautions of Infection Control in Intensive Care Units of Public Sector Hospitals in Lahore. *BioMedica* [Internet]. 2023;39(4):161–7. Available from: <https://doi.org/10.24911/BioMedica/5-916>
 12. Sobeh D, Mahmoud S, Abdelkader H. Nurses Knowledge and Practice Regarding Infection Control Measures in Intensive Care Units. *Port Said Sci J Nurs* [Internet]. 2023;10(3):91–108. Available from: <https://doi.org/10.21608/pssjn.2023.171092.1234>
 13. Maldonado K, Plascencia A. Nivel de conocimiento y prácticas de medidas de bioseguridad del personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos de la clínica Aguilar de la ciudad de Machala [Internet]. Tesis de maestría, Universidad Regional

- Autonoma de los Andes; 2022. Available from:
<https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/17964>
14. Becerra S. Nivel de Conocimiento de las Medidas de Bioseguridad del Personal de Salud de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General del Sur – Delfina Torres de Concha en el 2019 [Internet]. Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2020. Available from:
<https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/38756>
 15. Kalyan G, Bibi R, Kaur R, Bhatti R, Kumari R, Rana R, et al. Knowledge and practices of intensive care unit nurses related to prevention of ventilator associated pneumonia in selected intensive care units of a tertiary care centre, India. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2020;25(5):369–75. Available from:
https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_128_18
 16. Urquiaga T, Chunga J. Conocimientos y prácticas de bioseguridad del personal de salud de una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Sciéndo* [Internet]. 2022;25(3):251–6. Available from: <https://doi.org/10.17268/sciendo.2022.030>
 17. Cunya J, Roque Y, Maldonado F. Conocimiento y practica en bioseguridad del profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Provincial Huancavelica 2022 [Internet]. Tesis de especialidad, Universidad Nacional del Callao; 2023. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12952/8065>
 18. Urquiaga T. Conocimientos y prácticas de bioseguridad del personal de salud, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Trujillo [Internet]. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Trujillo; 2021. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.14414/18006>
 19. Pari J, Tarazona S, Meza R. Conocimiento y prácticas de medidas de bioseguridad en el cuidado del catéter venoso central por el profesional de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Daniel Alcides Carrión – Huancayo, 2022 [Internet].

- Tesis de especialidad, Universidad Nacional del Callao; 2022. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12952/7421>
20. Medina P. Conocimientos y prácticas en bioseguridad del profesional de enfermería en las unidades de cuidados intensivos del Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja, 2021 [Internet]. Tesis de licenciatura, Universidad Norbert Wiener; 2022. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/6518>
 21. Wu C, Zhang H, Zhang Y, Hu M, Lin Y, He J, et al. The biosafety incident response competence scale for clinical nursing staff: a development and validation study. *BMC Nurs* [Internet]. 2024;23(1):1–18. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01848-6>
 22. Organización Mundial de la Salud. Manual de bioseguridad en el laboratorio [Internet]. 3rd ed. Ginebra; 2005. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43255/9243546503_spa.pdf?sequence=1
 23. Ball J, Dains J, Flynn J, Solomon B, Stewart R. Seidel's Guide to Physical Examination [Internet]. 2010 [cited 2024 Jul 30]. Available from: [https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=sELSEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Seidel%27s+Guide+to+Physical+Examination,+10th+Edition&ots=U5k0IYt7TZ&sig=tIgaynQALQpE_a2YWT3N78c8XkU#v=onepage&q=Seidel's Guide to Physical Examination%2C 10th Edition&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=sELSEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Seidel%27s+Guide+to+Physical+Examination,+10th+Edition&ots=U5k0IYt7TZ&sig=tIgaynQALQpE_a2YWT3N78c8XkU#v=onepage&q=Seidel's+Guide+to+Physical+Examination%2C+10th+Edition&f=false)
 24. Kollef M, Bedient T, Isakow W, Witt C. The Washington Manual of Critical Care. *Crit Care* [Internet]. 2009 [cited 2024 Jul 30];5. Available from: https://books.google.com/books/about/The_Washington_Manual_of_Critical_Care.html?hl=es&id=35NWps3hgIsC
 25. Organización Mundial de la Salud. Manual de bioseguridad en el laboratorio [Internet]. 4th ed. Ginebra; 2008. Available from:

- https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43255/9243546503_spa.pdf?sequence=1
26. Vincent J, Abraham E, Kochanek P, Moore F, Fink M. Textbook of Critical Care. 2009 [cited 2024 Jul 30]; Available from: https://books.google.com/books/about/Textbook_of_Critical_Care_E_Book.html?hl=es&id=uAl68tCzm5IC
 27. Australian Commission for Safety and Quality in Healthcare. Australian Guidelines for the Prevention and Control of Infection in Healthcare [Internet]. National Health Medical Research Council. National Health and Medical Research Council; 2010. Available from: http://www.legislationreview.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cd33_infection_control_healthcare.pdf
 28. Winstein R, Bonten M. Infection Control in the ICU Environment [Internet]. 2013 [cited 2024 Jul 30]. Available from: [https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=KNH-BGUzP2EC&oi=fnd&pg=PP11&dq=+Infection+Control+in+the+ICU+Environment.&ots=Ucn4c5s4Xo&sig=bydqyOjY46nATlbTJCsAzADoFiM#v=onepage&q=Infection Control in the ICU Environment.&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=KNH-BGUzP2EC&oi=fnd&pg=PP11&dq=+Infection+Control+in+the+ICU+Environment.&ots=Ucn4c5s4Xo&sig=bydqyOjY46nATlbTJCsAzADoFiM#v=onepage&q=Infection+Control+in+the+ICU+Environment.&f=false)
 29. World Health Organization. Safe management of wastes from healthcare activities [Internet]. 2nd ed. Switzerland; 2014. Available from: https://www.who.int/iris/bitstream/10665/85349/1/9789241548564_eng.pdf
 30. Díaz D, Díaz Y, Pinzón V, Díaz A, Guarín J, Chaparro Y, et al. COVID-19: Biosafety in the Intensive Care Unit. *Curr Trop Med Reports* [Internet]. 2020;7(4):104–11. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40475-020-00208-z>
 31. Nawaz F, Deo N, Surani S, Maynard W, Gibbs M, Kashyap R. Critical care practices in the world: Results of the global intensive care unit need assessment survey 2020. *World*

- J Crit Care Med [Internet]. 2022;11(3):169–77. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40475-020-00208-z>
32. Wu Y, Zhang Z, Jiang B, Wang G, Wei H, Li B, et al. Current practice and barriers to ICU-acquired weakness assessment: a cross-sectional survey. *Physiother (United Kingdom)* [Internet]. 2021;112:135–42. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.physio.2021.01.002>
 33. Slutzman J, Bockius H, Gordon I, Greene H, Hsu S, Huang Y, et al. Waste audits in healthcare: A systematic review and description of best practices. *Waste Manag Res* [Internet]. 2023;41(1):3–17. Available from: <https://doi.org/10.1177/0734242X221101531>
 34. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC]. Google Libros. 1988 [cited 2024 Jul 30]. *Universal Precautions for Prevention of Transmission of HIV and Other Bloodborne Infections*. Available from: [https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=HDIENZxglqoC&oi=fnd&pg=PA6&dq=Centers+for+Disease+Control+and+Prevention+\(CDC\).+\(1988\).+Universal+Precautions+for+Prevention+of+Transmission+of+HIV+and+Other+Bloodborne+Infections.&ots=a_76yzxTbi&sig=yXbDT_Gr](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=HDIENZxglqoC&oi=fnd&pg=PA6&dq=Centers+for+Disease+Control+and+Prevention+(CDC).+(1988).+Universal+Precautions+for+Prevention+of+Transmission+of+HIV+and+Other+Bloodborne+Infections.&ots=a_76yzxTbi&sig=yXbDT_Gr)
 35. Azjen I. From intentions to actions: a theory of planned behavior. *Action Control* [Internet]. 1985;11–39. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-69746-3_2
 36. Becker M. The health belief model and personal health behaviour. *Health Educ Monogr* [Internet]. 1974;2:324–508. Available from: <https://sci-hub.ru/http://dx.doi.org/10.1177/109019817400200407>
 37. Srof B, Velsor B. Health promotion in adolescents: A review of Pender’s health promotion model. *Nurs Sci Q* [Internet]. 2006;19(4):366–73. Available from:

- <https://doi.org/10.1177/0894318406292831>
38. Sackett D, Rosenberg W, Gray M, Haynes B, Richardson S. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ Open* [Internet]. 1996;30–2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/pdf/bmj00524-0009.pdf>
 39. Sánchez F. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *Rev Digit Investig en Docencia Univ* [Internet]. 2019 Apr;13(1):102–22. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s2223-25162019000100008&script=sci_arttext
 40. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. México D.F.: Mc Graw Hill educación; 2018. Available from: <https://www.estudiojuridicolingsantos.com/2020/09/metodologia-de-la-investigacion-las.html>
 41. Nicomenes E. Tipos de investigación: Metodología de la Investigación. *Repos Inst USDG* [Internet]. 2018;1–4. Available from: <https://core.ac.uk/reader/236413540>
 42. Consejo Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación Tecnológica [CONCYTEC]. Proyectos de investigación y desarrollo (i & d). 2020; Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1423550/GUÍA PRÁCTICA PARA LA FORMULACIÓN Y EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO-04-11-2020.pdf.pdf>
 43. Ramos C. Alcances de una investigación. *CienciAmérica* [Internet]. 2020;9(3):1–6. Available from: <https://doi.org/10.33210/ca.v9i3.336>
 44. Mosteiro M, Porto A. La investigación en educación. *Notas teórico-metodológicas Pesqui em Educ concepções e trajetórias* [Internet]. 2017;13–40. Available from: <http://books.scielo.org/id/yjxdq/epub/mororo-9788574554938.epub>
 45. Feria H, Matilla M, Mantecón S. La entrevista y la encuesta: ¿Métodos o técnicas de

- indagación empírica? La contratación pública en América Lat [Internet]. 2020;73–83. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7692391.pdf>
46. Acosta S. Criterios para la selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos en las investigaciones mixtas. Honor Causa [Internet]. 2023;15(2):62–83. Available from: http://repo.iain-tulungagung.ac.id/5510/5/BAB_2.pdf
47. Cuyubamba N. Conocimiento y actitud del personal de salud, hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad del hospital Feñlix Mayorca Soto Tarma-2003 [Internet]. Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. Available from: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/8095/Monteza_rd - Resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
48. Vega J. Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad en el personal asistencial del centro materno infantil Santa Luzmila II, Comas-2017 [Internet]. Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo; 2017. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/14329>
49. Salas R. Conocimientos y aplicación de normas de bioseguridad del servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson, Callao 2016 [Internet]. Tesis de maestría, Universidad César Vallejo; 2016. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/7423>

6. ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	VARIABLES	Metodología
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	V1: Conocimiento de medidas de bioseguridad	Método de investigación: Hipotético y deductivo.
¿Cuál es la relación entre el conocimiento de las medidas de bioseguridad y su práctica en el profesional de enfermería del servicio de cuidados de intensivos del Hospital Arzobispo Loayza, Lima, 2024?	Determinar la relación entre el conocimiento de las medidas de bioseguridad y la práctica en el profesional de enfermería en el servicio de cuidados de intensivos.	H1: Existe relación significativa entre el conocimiento de las medidas de bioseguridad y su práctica en el profesional de enfermería del servicio de cuidados de intensivos del Hospital Arzobispo Loayza, Lima, 2024.	Dimensiones: – Universalidad. – Uso de barreras protectoras. – Eliminación de residuos.	Enfoque de investigación: Cuantitativo.
Problemas específicos	Objetivos específicos			Tipo de investigación: Básica.
¿Cuál es la relación entre la dimensión del conocimiento de las medidas de bioseguridad universalidad y la práctica en el profesional de enfermería en el servicio de cuidados de intensivos?	Determinar la relación entre la dimensión del conocimiento de las medidas de bioseguridad universalidad y la práctica en el profesional de enfermería en el servicio de cuidados de intensivos.	Ho: No existe relación significativa entre el conocimiento de las medidas de bioseguridad y su práctica en el profesional de enfermería del servicio de cuidados de intensivos del Hospital Arzobispo Loayza, Lima, 2024.	V2: Prácticas de medidas de bioseguridad	Diseño de investigación: No experimental y transversal.
		Hipótesis específicas		
¿Cuál es la relación entre la dimensión del conocimiento de las medidas de bioseguridad barreras protectoras y la práctica en el profesional de enfermería	Establecer la relación entre la dimensión del conocimiento de las medidas de bioseguridad barreras protectoras y la práctica en el profesional de enfermería	H1: Existe relación entre el conocimiento de medida de bioseguridad por universalidad y la práctica en el profesional de	Dimensiones: – Universalidad. – Uso de barreras	Alcance de investigación: Descriptivo correlacional.

en el servicio de cuidados de intensivos?	en el servicio de cuidados de intensivos.	enfermería en el servicio de cuidados de intensivos.	protectoras.
¿Cuál es la relación entre la dimensión del conocimiento de las medidas de bioseguridad eliminación de residuos y la práctica en el profesional de enfermería en el servicio de cuidados de intensivos?	Determinar la relación entre la dimensión del conocimiento de las medidas de bioseguridad eliminación de residuos y la práctica en el profesional de enfermería en el servicio de cuidados de intensivos.	H1: Existe relación entre la dimensión del conocimiento de las medidas de bioseguridad universalidad y la práctica en el profesional de enfermería en el servicio de cuidados de intensivos.	– Eliminación de residuos.
		H2: Existe relación entre la dimensión del conocimiento de las medidas de bioseguridad barreras protectoras y la práctica en el profesional de enfermería en el servicio de cuidados de intensivos.	
		H3: Existe relación entre la dimensión del conocimiento de las medidas de bioseguridad eliminación de residuos y la práctica en el profesional de enfermería en el servicio de cuidados de intensivos.	

Anexo 2: Instrumentos

Cuestionario de conocimiento de medidas de bioseguridad

El cuestionario se divide en dos secciones: información general y conocimientos. Por favor, lea detenidamente cada pregunta y marque con responsabilidad la respuesta que considere correcta.

Datos generales:

Edad:	a) Menos de 20 años b) Entre 21 y 30 años c) Más de 30 años	Sexo:	a) Masculino b) Femenino
Experiencia laboral en UCI	a) Mayor a 1 año b) De 1 a 3 años c) De 4 a 8 años d) Mayor a 8 años	Tiempo de la última capacitación de medidas de protección de seguridad personal:	a) 6 meses b) 1 año c) 2 años d) 3 años e) Otros: _____

Nivel de conocimiento de medidas de bioseguridad

Nº Dimensión 1: Universalidad.

1. Las medidas de bioseguridad se definen como:
 - a. Son medidas diseñadas para eliminar, inactivar o matar gérmenes patógenos.
 - b. Es un conjunto de medidas preventivas destinadas a proteger la salud de los pacientes y del personal de salud expuesta a agentes infecciosos.
 - c. Conjunto de procedimientos que se llevan a cabo para prevenir la instalación de gérmenes o de microbios.
 - d. N.A.
2. Los principios básicos de Bioseguridad son:
 - a. Universalidad, uso de barreras y medios de eliminación.
 - b. Descontaminación, desinfección y esterilización.
 - c. Lavado de manos, uso de mascarilla e inmunización.
 - d. Ninguna de las anteriores.
3. Los líquidos de precaución universal son:
 - a. Sangre y fluidos.
 - b. Sudor.
 - c. Orina.
 - d. N.A.

4. Universalidad es considerar a todos los pacientes como potencialmente infectados.
 - a. A veces.
 - b. Siempre.
 - c. Nunca.
 - d. N.A.

5. El tiempo de duración de lavado de manos es de:
 - a. < 20 – 40 segundos.
 - b. > 2 minutos.
 - c. De 40 a 60 segundos.
 - d. N.A.

6. Las precauciones universales se refieren a:
 - a. Higiene de manos.
 - b. Manejar con cuidado los objetos afilados.
 - c. Descartar adecuadamente los materiales usados.
 - d. Uso de equipos de protección.
 - e. Todas.

7. Marque la alternativa correcta. El lavado de manos se da:
 - a. Antes y después del contacto con el paciente.
 - b. Antes de realizar una tarea aséptica.
 - c. Después del riesgo de exposición a fluidos corporales.
 - d. Todas las anteriores.

Dimensión 2: Uso de barreras protectoras.

8. El uso de barreras protectoras comprende:
 - a. Uso de gorros, anteojos de seguridad, guantes, mandiles, delantales y botas
 - b. Depósito y eliminación de materiales utilizados.
 - c. Inmunización activa.
 - d. Las alternativas a y c son correctas.

9. El uso de guantes sustituye la necesidad de la higiene de manos:
 - a. A veces.
 - b. Casi siempre.
 - c. Nunca.
 - d. N.A.

10. El uso de guantes se da, excepto en:
 - a. Cuando se brinda consejería.
 - b. Al realizar procedimientos que impliquen contacto con fluidos.

- c. Al realizar una punción venosa.
 - d. Al desinfectar material contaminado.
11. Las barreras protectoras de bioseguridad son:
- a. Mandilón, botas, gorros y guantes.
 - b. Mascarilla, bata estéril, gorro y botas.
 - c. Guantes, mandil, mascarillas, gorro y botas.
 - d. Mascarilla, mandilón, gorro y guantes.
12. En cuanto al uso de gorros, marque lo incorrecto:
- a. Se coloca después de la colocación de la ropa de cirugía.
 - b. Previene la caída de partículas contaminadas en la ropa quirúrgica.
 - c. Deberá cambiarse el gorro si accidentalmente se ensucia.
 - d. La b y c son correctas.
13. El uso de mascarillas está indicado cuando:
- a. Atendemos a todos los pacientes en general.
 - b. Existe riesgo de salpicaduras con fluidos contaminados.
 - c. Únicamente en la atención a pacientes con tuberculosis.
 - d. No debe usarse en ninguna circunstancia.
14. Referente al uso de mandilones, es correcto:
- a. Se debe usar en todo procedimiento donde haya exposición a fluidos.
 - b. Deberá de quitarse inmediatamente al abandonar el área de trabajo.
 - c. No es necesario que sea estéril.
 - d. Todas las anteriores.
15. En cuanto al uso de botas quirúrgicas, es correcto:
- a. Se limita a las áreas quirúrgicas.
 - b. Tienen que cubrir totalmente los zapatos.
 - c. Evita el transporte de virus, bacterias, contaminantes y microbios de un lugar a otro por las personas que caminan en el centro quirúrgico.
 - d. Todas las anteriores.

Dimensión 3: Eliminación de residuos.

16. El proceso de tratamiento de los instrumentos contaminados es:
- a. Aislamiento, limpieza y descontaminación.
 - b. Lavado, cepillado, secado y esterilización.
 - c. Lavado, descontaminación, desinfección y esterilización.
 - d. Esterilización, desinfección, secado y descontaminación.

17. Respecto a la eliminación de desechos, marque lo incorrecto:
- Los desechos altamente contaminantes se colocan en bolsa roja.
 - Los desechos de residuos comunes se colocan en bolsa negra.
 - Los elementos punzocortantes se colocan en bolsa amarilla.
 - Los residuos permanecen 8 horas en el cuarto temporal de almacenamiento.
18. Los residuos generados se clasifican en:
- Biocontaminados.
 - Comunes.
 - Especiales.
 - Todas las anteriores.
19. Señale cual corresponde a residuos biocontaminados:
- Guantes, baja lenguas, gasas, torundas, citocepillos, sonda vesical.
 - Sondas de aspiración, equipo de venoclisis, hisopos, apósitos.
 - Papel, máscaras de nebulización, bolsas de polietileno, frascos de suero, cajas de cartón.
 - La a y b.
20. Cuando se produce una exposición accidental a material biológico se debe:
- Lavar la herida con abundante agua y jabón sin frotar, durante 2-3 minutos.
 - Desinfectar la herida con gluconato de clorhexidina, u otro desinfectante.
 - Notificar el accidente biológico lo antes posible.
 - Todas las anteriores.

Ficha de observación de las prácticas de medidas de bioseguridad

Observación	¿Se cumple?	
	Adecuado (1)	Inadecuado (0)
Dimensión 1: Universalidad.		
1. Realiza el lavado de manos en el orden correcto.		
2. Se lava las manos al iniciar y finalizar cada procedimiento con la técnica correcta.		
3. Utiliza los materiales adecuados para el lavado de manos.		
4. Realiza el lavado de manos antes, durante y después de atender al paciente.		
5. Se toma el tiempo adecuado para el lavado de manos.		
6. Solo emplea guantes en procedimientos especiales.		
7. Utiliza guantes entre un paciente y otro, para evitar las infecciones intrahospitalarias.		
Dimensión 2: Uso de barreras protectoras.		
8. Utiliza guantes cuando está en contacto con fluidos corporales.		
9. Utiliza guantes al canalizar vías endovenosas y otros procedimientos especiales.		
10. Utiliza guantes, bata, mascarilla lente protector en procedimientos y cuidados de pacientes con actividades que puedan generar salpicaduras de sangre.		
11. Se cubre todo el cabello con el gorro.		
Dimensión 3: Eliminación de residuos		
12. Utiliza correctamente los recipientes para material contaminado.		
13. Utiliza la técnica correcta al eliminar el material punzocortante (aguja, bisturí, etc.).		
14. Elimina en forma adecuada los residuos biocontaminados.		
15. Identifica y clasifica los materiales de desecho empleados en la atención del paciente.		

Anexo 3: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadora: Prudencio Coronel Clara

Título: “Conocimiento de las medidas de bioseguridad y su práctica en el profesional de enfermería del servicio de cuidados de intensivos del Hospital Arzobispo Loayza, Lima, 2024”.

Propósito del Estudio:

Estamos invitando a usted a participar en un estudio llamado: “conocimiento de las medidas de bioseguridad y su práctica en el profesional de enfermería del servicio de cuidados de intensivos del Hospital Arzobispo Loayza, Lima, 2024”. Este es un estudio desarrollado por una investigadora de la Universidad Privada Norbert Wiener”. El propósito de este estudio es: “Determinar la relación significativa entre el conocimiento de las medidas de bioseguridad y su práctica en el profesional de enfermería del servicio de cuidados de intensivos del Hospital Arzobispo Loayza, Lima, 2024”. Su ejecución ayudará/permitirá que otras personas puedan seguir investigando y realizando más estudios.

Procedimientos:

Si desea usted participar en este estudio deberá realizar los siguientes pasos:

- Firmar el consentimiento informado.
- Responder todas las preguntas formuladas en la encuesta.
- Leer detenidamente el documento y participar voluntariamente.

La encuesta puede demorar unos 20 a 30 minutos y los resultados se le entregarán a usted de forma personalizada y respetando la confidencialidad y el anonimato.

Beneficios:

Usted se beneficiará al conocer los resultados obtenidos en esta investigación por los medios más adecuados (de forma personal o grupal) ya que le serán de gran utilidad durante el ejercicio profesional.

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 la identificación de usted. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Riesgos:

Ninguno, solo se le pedirá llenar el cuestionario.

Su participación en el estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

Costos e incentivos:

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

Derechos del participante:

Si usted se siente incómodo durante el llenado del cuestionario podrá retirarse en cualquier momento o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud y/o molestia no dude en preguntar al personal del estudio Prudencio Coronel Clara. Puede comunicarse al 982044830 y/o al Comité que validó el presente estudio Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, telf. 7065555 anexo 3285. comité.etica@uwiener.edu.pe.

CONSENTIMIENTO

Acepto libremente participar en este proyecto, entiendo que 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: _____

Nombre: _____

DNI: _____

Investigadora: _____

Nombre: _____

DNI: _____

● 18% Overall Similarity

Top sources found in the following databases:

- 15% Internet database
- 3% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database
- 17% Submitted Works database

TOP SOURCES

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	uwiener on 2024-03-29 Submitted works	4%
2	uwiener on 2024-04-23 Submitted works	2%
3	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	2%
4	uwiener on 2023-02-03 Submitted works	1%
5	uwiener on 2023-10-26 Submitted works	1%
6	uwiener on 2024-03-07 Submitted works	<1%
7	Universidad Wiener on 2024-03-15 Submitted works	<1%
8	uwiener on 2023-11-20 Submitted works	<1%