

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**“HEPATITIS B: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MEDIDAS DE
PREVENCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA.
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA, 2014”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA: Bach. Enf. LIZETH MARDELY CORVERA FIGUEROA

ASESORA: M. Cs. DELIA ROSA YTURBE PAJARES

**CAJAMARCA - PERÚ
DICIEMBRE - 2014**

DEDICATORIA

A Dios, mi padre celestial y amigo por guiar mi vida a cada instante, porque cada éxito, es más suyo que mío y a la Virgen María, mi madre divina, por cuidarme y protegerme.

A mis padres Roger y Celmira, por su infinito amor, comprensión y confianza; por sus noches en vela cuando era pequeña, por todos los momentos en familia, por su tiempo; por creer en mí, por darme más de lo que necesito, por estar siempre ahí. Muchos de mis logros se los debo a ellos, entre los que se incluye éste

A mis hermanas Zaira, Lesly y Dayana, a mi sobrino Patryck, a Roxana y Yamaly, por ser una parte importante de mí; cada uno, a su manera, ha aportado grandes cosas en mi vida, cada uno es, parte importante dentro de mis logros.

A Eduardo, por apoyarme en todos mis proyectos y locuras, por estar conmigo en las buenas y malas; por su amor sincero, por consentirme y tratarme como una princesa.

A Kathy, por su influencia en éste trabajo, por ser como mi hermana mayor, mi ejemplo a seguir; por su confianza, amistad, buena vibra y largas charlas.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Cajamarca, por haberme acogido durante mi etapa de preparación, por haberme abierto sus aulas, por ese lema que llevaré siempre en mi mente: “Consagrar la vida a la búsqueda y defensa de la verdad”.

A la Escuela Académico Profesional de Enfermería, por el soporte institucional brindado para la realización de éste trabajo y a los docentes que durante mi permanencia en los claustros universitarios, compartieron sus conocimientos y experiencias; por haberme enseñado lo valiosa que es nuestra carrera, por no sólo haber impartido conocimientos, sino lecciones de vida. A mi grupo de estudio, quien durante mi permanencia en estas aulas, fue mi segunda familia.

A mi asesora de tesis, M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares, por sus apreciados y relevantes aportes, críticas, comentarios y sugerencias durante el desarrollo de esta investigación, por su constante y paciente seguimiento, por su apoyo y amistad que me permitieron aprender mucho más de lo estudiado en éste proyecto.

Al jurado evaluador: Dra. María Eugenia Urteaga Becerra, M.Cs. Gladys Sagástegui Zárate y M.Cs. Petronila Ángela Bringas Durán, por sus valiosos aportes y colaboración desinteresada.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

RESUMEN

La presente investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal; cuyo objetivo fue identificar el nivel de conocimiento en medidas de prevención sobre el virus de la hepatitis B, que tienen los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014. Para la recolección de la información se utilizó como técnica la entrevista, y como instrumento un cuestionario con respuestas cerradas; la muestra estuvo constituida por 78 estudiantes de enfermería, matriculados en el año 2014, II periodo; del tercer, cuarto y quinto año de estudios; (3ero=30, 4to=24 y 5to=24), para la obtención de la muestra se empleó la fórmula para población conocida. Los datos se procesaron empleando el software SPSS versión 22. Los resultados más relevantes fueron: El nivel conocimientos sobre el virus de la hepatitis B, fue bajo, en más de la mitad de los alumnos (66,7%); en la práctica de lavado de manos, tuvieron un nivel de conocimiento alto – medio, ya que estos rangos fueron casi equitativos para las dos variables (51,3% y 48,7% respectivamente); en el uso de barreras protectoras, presentan nivel de conocimiento alto en más del dos tercios de la muestra (80,8%); en inmunización contra el virus de la hepatitis B, fue de nivel de conocimiento medio, más de la mitad de los estudiantes presentaron éste resultado (61,5%); también mostraron un nivel medio de conocimiento sobre los accidentes laborales (51,3%) y finalmente un nivel medio – alto en conocimiento en desecho de material cortopunzante (43,6% y 41,0% equitativamente)

Palabras clave: Hepatitis B, nivel de conocimientos en prevención, estudiantes de enfermería.

ABSTRACT

This research is quantitative, descriptive and cross-sectional; aimed to identify the level of knowledge on prevention on hepatitis B with students Academic Professional School of Nursing, Faculty of Health Sciences, National University of Cajamarca, 2014. To collect information was used as interview technique, and an instrument a questionnaire with closed answers; The sample consisted for 78 nursing students enrolled in 2014, II period; the third, fourth and fifth year of study; (3rd = 30, 4th and 5th = 24 = 24), to obtain the sample formula known population was employed. The data were processed using the SPSS software they release 22. The main results were: The level of knowledge about hepatitis B virus was low, more than half of the students (66.7%); in the practice of handwashing, had a high knowledge level - medium, since these ranges were almost equitable for both variables (51.3% and 48.7% respectively); use of protective barriers have high knowledge level in more than two thirds of the sample (80.8%); in immunization against hepatitis B, was a medium level of knowledge, more than half of the students present this result (61.5%); also showed an average level of knowledge on occupational accidents (51.3%) and finally a medium - high level knowledge in sharps waste materials (43.6% and 41.0% equally)

Keywords: Hepatitis B, level of knowledge on prevention, nursing students.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I.....	5
1.1 DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
1.3.1. Objetivo General	9
1.3.2. Objetivos Específicos.....	9
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	9
CAPÍTULO II	11
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	11
2.1.1. Internacionales.....	11
2.1.2. Nacionales	15
2.2 TEORÍA SOBRE EL TEMA	18
2.3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	19
2.3.1. NIVEL DE CONOCIMIENTOS.....	19
2.3.2. HEPATITIS B	23
2.3.3. MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE HEPATITIS B	36
2.4 VARIABLE.....	50
2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	51
CAPÍTULO III	54
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	54
3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO.....	54
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	55
3.3.1. Población:.....	55
3.3.2. Muestra:.....	55
3.4. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	57
3.5. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN... ..	57
3.6. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	58
3.7. ANÁLISIS DE DATOS	58
3.8. ASPECTOS ÉTICOS	58
3.9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	59

CAPÍTULO IV	60
Tabla 1. Características socio-demográficas de los estudiantes de enfermería. Universidad Nacional de Cajamarca, 2014 – II periodo	60
Tabla 2. Nivel de Conocimientos sobre Hepatitis B de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014.....	61
Tabla 3. Nivel de Conocimientos en la práctica de lavado de manos y uso de barreras protectoras de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014.....	63
Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre inmunización contra la hepatitis B de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014	66
Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre los accidentes laborales y desecho de material cortopunzante que tienen los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014	67
Tabla 6. Nivel de conocimiento en medidas de prevención sobre Hepatitis B, que tienen los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014	70
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS.....	89
ANEXO N° 01	89
ANEXO N° 02	90
ANEXO N° 03	98
ANEXO N° 04	99
ANEXO N° 05	100
ANEXO N° 06	100
ANEXO N° 07	102
ANEXO N° 08	103
ANEXO N° 09	104

INTRODUCCIÓN

La prevención, es la “herramienta” más importante que tiene el personal de salud para protegerse contra las enfermedades, una de las enfermedades que causa más riesgo para éste grupo es la hepatitis B.

La Hepatitis B es una infección vírica del hígado, potencialmente mortal, constituye un importante problema de salud a nivel mundial y es el tipo más grave de hepatitis viral; puede causar hepatopatía crónica y conlleva un alto riesgo de muerte por cirrosis y cáncer hepático; por el tipo de transmisión de ésta enfermedad, se ha identificado que podría existir un importante riesgo de accidentes de origen biológico en los estudiantes de enfermería, esto por varios factores, como el contacto permanente con pacientes en turnos de 6 horas diarias, la falta de habilidad para realizar procedimientos propios de la profesión, la falta de adherencia a las medidas de bioseguridad, la escasa experiencia y restar importancia al contagio de Hepatitis B, además la mayoría de los estudiantes en un accidente laboral, temen contagiarse del Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) y no se les cruza por la cabeza la idea del contagio por esta patología y la gravedad que esto implica. Además investigaciones anteriores muestran que los estudiantes de enfermería tienen conocimientos deficientes en cuanto a prevención contra ésta enfermedad.

El propósito de la investigación, es identificar, analizar y discutir el nivel de conocimiento en medidas de prevención sobre el virus de la hepatitis B, que tienen los estudiantes de enfermería; la posibilidad latente que estos adquieran ésta enfermedad, como resultado de un accidente biológico, sucedido durante la práctica clínica, es un problema de gran magnitud, pues el centro de salud solamente cubre, de manera parcial las contingencias derivadas de un accidente de trabajo, pero no de una futura enfermedad laboral y sus consecuencias a nivel físico, psicológico y social.

Estructuralmente el presente estudio consta de 4 capítulos:

Capítulo I; define y delimita el problema de investigación, su formulación, los objetivos y justificación.

Capítulo II; éste capítulo corresponde al marco teórico, en donde se presentan los antecedentes del problema tanto a nivel internacional, nacional, la teoría científica en la que se fundamenta el trabajo, los fundamentos teóricos finalizando con las variables y operacionalización de las mismas.

Capítulo III; muestra la metodología empleada en el desarrollo del trabajo de investigación.

Capítulo IV; presenta los resultados de la investigación, análisis e interpretación, los que se muestran en tablas simples. Finalizando con las conclusiones y recomendaciones básicas del trabajo, se complementa con las referencias bibliográficas y anexos

Esperando que el mismo motive a nuevas investigaciones y permita establecer comparaciones posteriores.

La autora

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

De los numerosos virus capaces de provocar hepatitis, el virus de la hepatitis B (VHB) es el que supone la mayor carga para la salud pública.¹ La hepatitis B, es una infección vírica del hígado que puede dar lugar tanto a un cuadro agudo como a una enfermedad crónica y es un problema de salud pública mundial que todos los años afecta a millones de personas y causa discapacidad y muerte.²

Entre los síntomas cabe citar ictericia, malestar, anorexia, náuseas, vómitos, fiebre y dolor muscular. Pueden ser leves o, estar totalmente ausentes. La infección se transmite por la exposición a la sangre u otros líquidos corporales de una persona infectada, como en el contacto sexual, por una herida en la piel, o por el uso de una jeringuilla o aguja infectada y, en el caso de los lactantes, por contagio durante el parto si la madre está infectada. El efecto más temido del VHB es la infección crónica, que dura toda la vida y puede llevar a la muerte por cirrosis o cáncer de hígado.³

El VHB es entre 50 y 100 veces más infeccioso que el VIH y es capaz de sobrevivir durante más de una semana en superficies ambientales contaminadas. Existe evidencia suficiente de que los pinchazos con agujas hipodérmicas con sangre contaminada pueden transmitir la infección por VIH, hepatitis C y B. Se ha calculado que el riesgo de contagio después de una exposición de este tipo es en promedio de 0,3% para sangre contaminada con VIH, 1,8% para hepatitis C, y entre 6% y 30% para hepatitis B. La diferencia se explica en parte por la mayor viabilidad de los virus de la hepatitis en el ambiente, y por la infectividad inherente de cada agente.⁴

Millones de personas viven con hepatitis B y otros millones se encuentran en situación de riesgo, lamentablemente la mayoría de los infectados desconocen que la padecen, por tanto, se encuentran en alto riesgo de transmitir involuntariamente la infección. Adicional a esto, la Comunidad Internacional no ha prestado la atención debida, por esto, el problema no ha sido abordado a tiempo, entre las principales razones tenemos: descubrimiento relativamente reciente de los virus responsables, carácter silencioso de la enfermedad en las primeras fases, y la manera insidiosa en la que causa enfermedad hepática crónica.⁵

Unas 600000 personas mueren cada año como consecuencia de la VHB, alrededor de 2000 millones de personas están infectadas por el VHB en el mundo, más de 240 millones padecen infección crónica por el VHB y aproximadamente 1000000 de personas mueren anualmente (2,7% del total de fallecimientos) por afecciones hepáticas. Además, se estima que el 57% de los casos de cirrosis hepática y el 78% de los casos de cáncer hepático primario son consecuencia de la infección por el VHB.⁶

La hepatitis B es endémica en China y otras zonas de Asia, en donde la mayoría de las infecciones se producen durante la infancia, además 8%-10% de la población adulta está infectada de forma crónica. También hay tasas elevadas de infección crónica en la cuenca del Amazonas y en el sur de Europa oriental y central. Se calcula que un 2%-5% de la población general de Oriente Medio y del subcontinente indio padece infección crónica. En Europa occidental y Norteamérica, la población con infección crónica no llega al 1%.⁷

Publicaciones recientes en la página del Ministerio de Salud, indican que el Perú es un país endémico para hepatitis B, alrededor de 7% de los fallecidos corresponden a enfermedades hepáticas relacionadas a infección por hepatitis B; se calcula que en el Perú por cada 100,000 habitantes, 11 mueren por cirrosis hepática y 1 de cáncer al hígado. Se estima que en el Perú existen aproximadamente 560,000 portadores crónicos de hepatitis B que progresivamente desarrollarán cirrosis o cáncer de hígado.⁸

Sin embargo; Cabezas indica que los estudios de Hepatitis B en Perú, nos indican que las prevalencias son significativamente diferentes entre las tres regiones geográficas y aún dentro de ellas en los diferentes poblados, así, en la selva la endemicidad está entre media y alta con prevalencias que van de 2,5% en población de Iquitos, hasta 83% en población indígena y en la costa, prevalencias entre 1 y 3,5%.⁹

De otro lado, el personal de salud, a pesar de ser categorizado como uno de los grupos con más riesgo para ésta enfermedad, no suele cumplir con las medidas de prevención adecuadas (lavado de manos, uso de barreras protectoras, desecho adecuado de material cortopunzante; inmunizaciones y denuncia oportuna de exposición accidental), a esto se suma que las instituciones de salud no cuentan con sistemas de atención oportuno de accidentes, ni llevan un registro adecuado, y tampoco se preocupan con concientizar y capacitar al personal ante éste riesgo inminente.¹⁰

La revista de Medicina de Urgencias, expone que la práctica del lavado de manos en el servicio de urgencias de México, es bajo, y se asocia a cultivos de las manos altamente positivos con gérmenes patógenos; las causas atribuidas son múltiples, entre las que se mencionan: la carga de trabajo en las salas de urgencias, la irritación de las manos por jabón o soluciones antisépticas y la falta de conocimientos sobre la importancia de ésta; menciona también que la práctica del lavado de manos es sin embargo, un procedimiento que incluso en países desarrollados resulta ser baja y muestra respuestas lentas a programas de capacitación y concientización del personal de salud.¹¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, de los 35 millones de trabajadores de la salud a nivel mundial, alrededor de 3 millones han experimentado anualmente exposición percutánea a patógenos sanguíneos; de estos, 2 millones se vieron expuestos al VHB, 0.9 millones a Virus de la Hepatitis C (VHC) y 170.000 a VIH. Más del 90% de estas infecciones suceden en países en vías de desarrollo.¹²

Los pinchazos accidentales representan un grave peligro laboral para los trabajadores sanitarios. Se calcula que en la Unión Europea se producen más de un millón de pinchazos por aguja cada año.¹³ Un estudio realizado en tres hospitales brasileños apunta que 68,5% de las notificaciones de accidentes de trabajo, entre profesionales de la salud, se refieren a accidentes punzo cortantes.¹⁴

En el año 2006 se realizó un trabajo de investigación en nuestro país, con el fin de evaluar el grado de aplicabilidad de las normas de bioseguridad, evaluándose el conocimiento por medio de un cuestionario y una guía de observación; arrojando los siguientes resultados: el grado de conocimiento acerca de las normas de bioseguridad por el equipo de enfermería en los licenciados es 61,5% y en los técnicos 82,5%. También manifiesta que 47% ha tenido contacto una sola vez con objetos o secreciones contaminadas, 63% del personal de enfermería, ha sufrido pinchazos, seguido del 47% que han tenido salpicaduras de sangre o fluidos del paciente, 37% han sufrido cortes, 26% tuvo contacto con membranas y mucosas y 13% ha tenido contacto con la piel lesionada.¹⁵

Encontramos también que; en la unidad de epidemiología del Hospital Belén de Trujillo en el año 2012, se registraron un total de 45 accidentes laborales de tipo biológico, de ellos 4 accidentes fueron reportados en enfermeras y 5 en internas de

enfermería; de los accidentes presentados 93% fue por lesión punzocortante, 5% por salpicadura y 2% por corte; en el porcentaje según sexo 80% es masculino y 20% es femenino; se encontró una mayor incidencia de accidentes en el área de hospitalización con un total de 11 ocurrencias.¹⁶

Cabezas menciona que, el riesgo de infección por HBV cambia en el tiempo, pues es mayor durante los primeros años de trabajo y varía en los distintos servicios de un hospital (de acuerdo al tipo de exposición), también influye el sistema de rotación del personal por los diferentes servicios (mientras más tiempo se encuentra en un servicio, éste se adecúa a los procedimientos y los realiza con destreza, lo que disminuye el riesgo de infección).¹⁷

A pesar de la existencia de la Norma Técnica de Salud N°092-MINSA, la cual ordena aplicar la vacuna contra VHB en 3 dosis, según Esquema Nacional de Vacunación a: todo personal de salud, obligatoriamente al ingreso a trabajar a una institución que brinda servicios de salud y a todo estudiante de ciencias de la salud, obligatoriamente al ingreso a prácticas clínicas; no se han registrado datos estadísticos del cumplimiento de ésta, pues en la mayoría de los centros de salud o facultades de salud, ésta no es una exigencia para ingresar a laborar o realizar las prácticas.¹⁸

Se estima que los internos de enfermería, a pesar de tener conocimientos sobre los riesgos biológicos, tienen prácticas inadecuadas sobre las medidas de bioseguridad, necesarias al momento de atender a la persona a su cuidado, de esta forma no previene las enfermedades infectocontagiosas causadas por estas. También existe un inadecuado manejo del material punzocortante, ausencia del lavado de manos antes y después de cada procedimiento, no se hace el uso correcto de guantes al momento de manejar materiales biológicos y /o realizar procedimientos invasivos.¹⁹

Por la problemática expuesta anteriormente sobre la exposición al riesgo biológico en los estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas y sus graves consecuencias, además, los escasos estudios investigativos sobre el tema dirigido a la población objeto de estudio, se desarrollo ésta investigación, la que buscó responder a la siguiente interrogante:

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento en medidas de prevención sobre Hepatitis B de los estudiantes de enfermería de la UNC 2014?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Identificar el nivel de conocimiento en medidas de prevención sobre la hepatitis B, que tienen los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería , Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014

1.3.2. Objetivos Específicos

- A.** Caracterizar sociodemográficamente a los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014.
- B.** Identificar el nivel de conocimiento sobre la hepatitis B de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014.
- C.** Identificar el nivel de conocimiento en la práctica de lavado de manos y uso de barreras protectoras de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014.
- D.** Identificar el nivel de conocimiento sobre inmunización contra la hepatitis B de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014.
- E.** Identificar el nivel de conocimiento sobre los accidentes intrahospitalarios y desecho de material cortopunzante que tienen los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014

1.4 JUSTIFICACIÓN

Mundialmente la hepatitis B representa la principal causa de incapacidad prolongada del personal de salud como consecuencia de exposición laboral.²⁰ Esta enfermedad

también presenta el mismo o mayor peligro para los estudiantes de enfermería; por ser poco difundida y de proceso silencioso, a esto se añade la escasa experiencia de los estudiantes ante los procedimientos con material cortopunzante, el poco conocimiento y práctica en medidas de prevención de la enfermedad, y la falta de decisión a denunciar un accidente con exposición a fluidos corporales si lo tuvieran, ya que estudios anteriores muestran que la mayoría de estudiantes teme o no le parece importante notificarlos. La hepatitis B es una enfermedad laboral que se puede evitar, exigiendo la vacunación completa previa a las prácticas pre profesionales, además los conocimientos sólidos con los que debería contar el alumno de enfermería son un medio de estar preparado para evitar contagiarse de ésta enfermedad, estos conocimientos deberían ser recalcados durante la formación profesional.

El presente trabajo de investigación se orientó a saber cuál es el nivel de conocimiento que presentan los estudiantes de enfermería durante los años de tercer, cuarto y quinto; pues es durante ésta etapa en la que se inician las prácticas pre-profesionales, por ende la exposición a fluidos y el constante peligro a infectarse de ésta enfermedad es mayor.

Este estudio es de importancia colectiva para ampliar conocimientos, canalizar dudas e incertidumbres con respecto al nivel de conocimientos en medidas para prevenir la Hepatitis B, también permite a los alumnos de enfermería la toma de conciencia sobre la adopción de medidas preventivas para evitar contraer ésta enfermedad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Internacionales

Yuste H., Varcárcel Y. y Gil A. (2006), en su tesis de maestría “Estado vacunal y conocimiento de la vacuna de hepatitis B en los alumnos de enfermería” (Madrid – España), tuvieron como objetivo evaluar conocimientos de hepatitis B y su vacunación; obteniendo como resultados: Sólo la mitad de encuestados (56,6%) reconoció la hepatitis B como la enfermedad de más fácil transmisión por exposición percutánea. En general los alumnos desconocían el significado de marcadores serológicos, sólo 34,4% identificó HBsAg como marcador de infecciosidad para hepatitis B, sin embargo 64,8% identificó correctamente la presencia de anti Hbs positivo como indicador de vacunación. Sólo el 52,7% de encuestados conocía todas las pautas a seguir ante un pinchazo y según resultados de la encuesta se comprobó que sólo 4,7% adoptaba medidas suficientes para prevenir contagio. En relación al riesgo de contagio la mitad de encuestados consideran que es alto en profesionales sanitarios y sólo 49,6% de encuestados consideran que el riesgo de contagio en sus prácticas es elevado, sin embargo 44,6% de encuestados ya había tenido exposiciones accidentales durante sus prácticas. La mayoría de alumnos conocía la existencia de la vacuna de hepatitis B y la consideraron muy necesaria. El total de alumnos correctamente vacunados fue 86,7%. Sólo un tercio de encuestados conocía que la vacuna de hepatitis B tiene inmunidad de por vida y más de la mitad pensaba que dura entre 5 y 10 años.²¹

Bueno L.et al (2007); en su estudio “Prevalencia de Lesiones por Objetos Cortopunzantes en el Personal de Enfermería de Unidades de Terapia y Quirúrgicas”, (La Habana- Cuba); con el objetivo de determinar prevalencia de lesiones cortopunzantes en personal de enfermería de unidades de terapia y quirúrgica del hospital clínico-quirúrgico La Habana, se encuestaron a 62 enfermeros(as), 14 (22,6 %) tuvieron una lesión cortopunzante, más frecuente en las unidades quirúrgicas (33,3 %) que en las terapias (15,8 %). En general no reportan el accidente 64,3 %; 72,6 % reencapuchan las agujas; 87,1 % está

inmunizado contra la hepatitis B; 53,2 % refieren dominar la técnica de una mano; 30,6 % no domina el procedimiento correcto posterior a una lesión, el personal más joven e inexperto se expone más frecuentemente al riesgo de lesiones, y los de más experiencia en el servicio tienen mayor riesgo de tener accidentes. Se demostró una elevada prevalencia de lesiones cortopunzantes, observándose un deficiente funcionamiento de vigilancia de lesiones y desconocimiento de las prácticas de prevención de lesiones.²²

Ardila A. y Alba I. (2006), en su estudio “Bioseguridad con énfasis en contaminantes biológicos en trabajadores de la salud, facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia”, con el objetivo de caracterizar al personal de salud y evaluar las medidas de bioseguridad en el área de urgencias, obtuvieron los resultados: caracterización sociodemográfica: 74% de trabajadores de sexo femenino, predominantemente en área de enfermería (profesional y auxiliar) y 26% de sexo masculino (médicos, terapeutas, entre otros); edad entre 20-35 años (predominante en todo el personal); Cargos: 58 correspondía auxiliares de enfermería (41,7%), enfermeras jefes 17, médicos 23 y otras disciplinas (45); el periodo de tiempo laborado en el área de urgencias es relativamente corto, correspondiendo a 80.6% menos de cinco años de servicio, en cuanto a la capacitación, se evidencia que 55.4% ha recibido capacitación en bioseguridad y 44.6% no la ha recibido; práctica del lavado de manos antes y después de cada procedimiento 57.6% cumplían con los parámetros impuestos por la norma y 42.4% no lo aplicaban; en relación con el descarte de material cortopunzante, 69% no realiza ese procedimiento especialmente el grupo de enfermeras auxiliares, 31% que realiza este procedimiento manual correspondió a enfermeras y médicos; 52.6% de los diferentes profesionales, en caso de accidente de trabajo con material cortopunzante lo reportan inmediatamente y 47.4% dice no haber sufrido accidente con material cortopunzante; se presentaron ocho 8 accidentes de riesgo biológico, seis de los cuales corresponden a pinchazos con agujas contaminadas y dos corresponden a salpicaduras con sangre o fluidos corporales durante el periodo del estudio; en relación a aplicación del esquema de vacunación contra Hepatitis B, 100% de los trabajadores lo tienen completo, sin embargo, en éste estudio no se realizó las pruebas que especifiquen títulos de los anticuerpos.²³

Téllez J. y Tovar M. (2007), “Medidas de bioseguridad que aplica el profesional de Enfermería y la accidentabilidad laboral en la unidad quirúrgica, Hospital “Dr. José María Vargas”, en el segundo semestre de 2007.” (Venezuela). La población estuvo conformada por 93 profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Quirúrgica. La muestra, la constituyó el 30% de la población objeto de estudio. Los resultados indican que: el personal no está inmunizado, no hacen un buen manejo de desechos y no usan en las medidas de bioseguridad en general. Lo más alarmante es referido a la no utilización de lentes protectores, de zapatos cerrados y uñas cortas. Se evidenció que existe una importante incidencia de accidentes laborales en la unidad quirúrgica la mayoría por punciones percutáneas y cortaduras. Por otra parte no se sigue en la mayoría de los casos el protocolo ante accidentes laborales.²⁴

Warley E., et al (2009); “Exposición Ocupacional a Sangre y Fluidos Corporales en el Personal de Enfermería de un Hospital de Referencia de Buenos Aires, Argentina” ; tuvieron como objetivo determinar la frecuencia de exposición ocupacional a sangre y fluidos corporales en el personal de enfermería del Hospital Dr. Diego Paroissien, de Buenos Aires, analizar posibles factores de riesgo asociados y evaluar el nivel de conocimientos sobre normas vigentes de prevención y control después de exposición. Resultados: se analizaron 186 encuestas, de ellas 77,7% correspondían a mujeres; edad promedio de $44,6 \pm 8,9$ años y antigüedad en la institución de $13,3 \pm 6,4$ años. De los encuestados, 91 (48,9%) refirieron haber sufrido alguna vez un accidente cortopunzante y 33 (17,7%) de ellas ocurrieron el año previo; 73% afirmó disponer de los elementos adecuados para cumplir con normas de precaución universal siempre o casi siempre; 76,2% tuvo conocimientos adecuados, aunque 56,3% afirmó no haber recibido una capacitación adecuada; 94,1% refirió estar vacunado contra hepatitis B; las situaciones señaladas con mayor frecuencia que atentaban contra el cumplimiento de precauciones universales fueron: sobrecarga de trabajo (54,5%), insuficiente capacitación (21,8%) y carencia de los elementos de protección necesarios (18,8%).²⁵

Lozano C., González A. y Cadena L. (2011); realizaron el estudio, “Caracterización de los Accidentes por Exposición a Agente Biológico en una Población de Estudiantes de Medicina de Bucaramanga”2011, con el objetivo de Caracterizar los accidentes biológicos de estudiantes de medicina de la Universidad Privada de Bucaramanga durante el primer semestre; obtuvieron como resultados: incidencia de accidentes biológicos 6,8%, lo que da 3,42 accidentes por cada mil semanas-estudiante; de los 23 eventos caracterizados, 9 (39,1%) fueron pinchazos, 7 (30,4%) salpicaduras en piel no intacta, 5 (21,7%) salpicaduras en mucosas, y 2 (8,7%) cortaduras; 277 (66,4%) encuestados informaron un esquema completo de vacunación contra hepatitis B, el 33,6% restante tienen al menos una dosis; 251 (59,9%) respondieron recibir algún tipo de capacitación sobre bioseguridad; 5 estudiantes de ciencias básicas y clínicas médicas presentaron más de un evento en el semestre.²⁶

Orozco M. (2013), “Accidentalidad por riesgo biológico en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A, Bogotá, Colombia”; tuvo como objetivo caracterizar los accidentes por riesgo biológico en las prácticas clínicas e identificar los conocimientos sobre accidentalidad en los alumnos de Enfermería de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A; los resultados muestran 15% de accidentes en las prácticas asistenciales, el tipo de exposición más frecuente fueron las lesiones percutáneas o pinchazos con elementos cortopunzantes (40%) y las salpicaduras (30%), la actividad de enfermería más relacionada con la exposición fue la administración de medicamentos (70%) y la causa principal del accidente, el estrés y la alta carga de actividades al ofrecer el cuidado de Enfermería (70%). Se resalta la importancia del autocuidado y las medidas de bioseguridad, como herramienta fundamental frente a la prevención de la exposición biológica.²⁷

2.1.2. Nacionales

Valga E. (2004), “Prevalencia de infección de hepatitis B y factores de riesgo asociados en estudiantes de medicina de primero, tercero y sexto año de la UNMSM. Lima”; tuvo como objetivo determinar la prevalencia de infección de hepatitis B entre estudiantes de medicina de la UNMSM pertenecientes al 1er, 3er y 6to año y factores de riesgo asociados; el resultado fue: prevalencia para la infección por el virus de la hepatitis B 0%; 8% de los participantes manifestaron provenir de zonas de riesgo de nuestro país para la infección por hepatitis B; 8% de alumnos de 1er año tuvieron factor de riesgo relacionado con actividades de carrera, frente al 91% expresado por alumnos de 6to año; 50,6% manifestó haber tenido contacto cercano con alguna persona de hepatitis B en el ambiente hospitalario o académico; 22,4% sufrieron algún tipo de accidente con objetos punzocortantes dentro de su ambiente de práctica.²⁸

Segovia M. (2007), “Nivel de conocimiento que tienen las enfermeras que laboran en áreas críticas, sobre el manejo de la exposición accidental a riesgos biológicos; hospital nacional Hipólito Hunánue”- Lima (tesis de especialidad en enfermería intensivista); encontró que 61.1% (22) tiene un conocimiento medio, 25% (9) tiene un nivel de conocimiento bajo y 13.9% (5) tiene un nivel de conocimiento alto en cuanto a medidas profilácticas frente a exposiciones con fluidos sanguíneos, el mayor porcentaje de enfermeras que tienen un conocimiento medio son enfermeras que oscilan entre 25 a 40 años y con un tiempo de servicio de 1 a 5 años. Llegando a la conclusión que el nivel de enfermeras que laboran en áreas críticas sobre manejo en exposición accidental a riesgos biológicos fue medio, al igual que los conocimientos que tienen sobre medidas profilácticas a agentes de transmisión sanguínea.²⁹

Cuyamba N. (2007), “Relación entre los niveles de Conocimientos y las actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad, en los servicios de mayor riesgo del Hospital Feliz Mayorca Soto - Tarma”; en una población total de 40 profesionales de salud, de ambos sexos, con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las actitudes hacia la aplicación de medidas de bioseguridad. Se encontró que: el nivel de relación que existe entre el nivel de conocimientos y las actitudes del personal de

salud hacia la aplicación de medidas de bioseguridad, no es significativa. 35% de los trabajadores de salud tienen un nivel de conocimiento regular a bajo; según el tipo de profesión 44,4% de los enfermeros tiene un nivel de conocimientos regular y 40,9 % de los médicos tiene un nivel bajo; según los servicios 55,6% del personal en el servicio de Neonatología tienen un nivel de conocimiento medio, seguido del 50% de UCI con un nivel de conocimiento regular; según el tiempo de servicio, de 1 a 3 años el 50% tiene un nivel de conocimiento regular, a diferencia de 7 a más años de servicio, el 41,2% presentan un nivel de conocimiento bajo; y según sexo se observa que 40% en ambos grupos tienen un nivel de conocimiento bajo.³⁰

Gutiérrez C., Alarcón J, Sánchez S. y Carrión M. (2008), en su estudio, “Prevalencia y factores asociados a heridas punzo-cortantes en trabajadores de salud del primer nivel de atención. Dirección de Salud V Lima Ciudad, 2008”, en donde tuvo como objetivo, determinar la prevalencia de heridas punzo-cortantes entre trabajadores de salud del primer nivel de atención de la DISA V Lima Ciudad e identificar factores asociados a su ocurrencia; se obtuvieron los siguientes resultados: se entrevistó un total de 203 trabajadores (28.5% varones), con una edad promedio de 45.9 ± 8.3 años y tiempo de trabajo de 17.1 ± 7.8 años. Durante los últimos cinco años el 34.0% refirió haber sufrido al menos una herida punzo-cortante (IC95% 27.5%-40.5%). Las ocupaciones con mayor prevalencia de heridas punzo-cortante fueron tecnólogos de laboratorio (50.0%) y técnicos de enfermería (40.3%). Los objetos más frecuentemente involucrados fueron agujas de inyectable (69.6%) y agujas de sutura (20.3%). La mayoría de las heridas (52.2%) fueron de profundidad intermedia (2 a 5mm, escaso sangrado); las heridas superficiales (menos de 2mm, sin sangrado) fueron el 40.6% y las profundas (5mm o más, sangrado profuso) el 7.2%. El 69.6% de trabajadores que sufrieron una herida punzo-cortante no la notificaron, sólo el 27.5% de los trabajadores accidentados se realizó una prueba para VIH y el 7.2% para hepatitis B. Solo un trabajador recibió profilaxis con antirretrovirales. De los factores estudiados, solo se encontró una asociación significativa con la edad para los menores de 45 años.³¹

Mayorca A. (2010), “Conocimientos, actitudes y prácticas de medidas de bioseguridad, en la canalización de vía venosa periférica que realizan las internas de enfermería” (Universidad Nacional de San Marcos – 2010), estudió a una población de 36 internos de enfermería para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que sobre las medidas de bioseguridad en la canalización de la vía venosa periférica que realizan las internas de enfermería de la Universidad Mayor de San Marcos, obtuvo como resultados: el conocimiento de los internos de enfermería sobre las medidas de bioseguridad en el procedimiento de canalización de vía venosa periférica es de nivel medio en 61%, alto en 22% y bajo el 17%; en la actitud de los internos de enfermería frente a aplicación de medidas de bioseguridad, 39% posee actitud favorable, 33% actitudes indiferentes y 28% actitudes desfavorables; prácticas sobre las medidas de bioseguridad en la canalización de vía venosa periférica que realizan las internas de enfermería, se encontró que 56% presenta prácticas correctas y 44% prácticas incorrectas. Concluyendo que el conocimiento de los internos de enfermería del grupo estudiado sobre las medidas de bioseguridad en el procedimiento de canalización de vía venosa periférica es predominantemente de nivel intermedio, con una actitud indiferente y desfavorable frente a la aplicación de las medidas de bioseguridad, lo que las convierte en un grupo potencial de riesgo.³²

Paúcar J. y Samamé D. (2008), en su estudio “Conocimientos y actitudes sobre aplicación de las precauciones estándar” (Universidad de Lima – 2008), con el objetivo de determinar los conocimientos y actitudes sobre la aplicación de las precauciones estándar durante los procedimientos de enfermería; menciona que: en lo referente a conocimientos sobre precauciones estándar 59% presenta un nivel de conocimiento medio y 28% nivel de conocimiento bajo, en cuanto a actitudes frente a la aplicación de precauciones estándar; determinó que 51.2% presentan actitudes indiferentes y en igual proporción favorables y desfavorables 24.4%.³³

2.2 TEORÍA SOBRE EL TEMA

El presente estudio se rige en el modelo de Prevención y Promoción de la Salud, el que es propuesto por la PhD en Psicología y Educación, Nola J. Pender, quién además se desarrolló la carrera de enfermería, fue presidenta por dos años en American Academy of Nursing.³⁴

Ella elaboró éste modelo con el objetivo de integrar tanto a la enfermera como a la persona respecto a las conductas que promueven el bienestar humano tanto físico, mental y social; ya que el profesional en enfermería debe ser el principal motivador para los pacientes en cuánto a mantener su salud personal. El mismo se desarrolla en cuatro aspectos; la persona, el cuidado de enfermería, salud y entorno; el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J. Pender se basa en la educación de las personas, sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivo - perceptuales que son modificados por las características situacionales, personal e interpersonal, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud, cuando existe una pauta para la acción.³⁵

Este es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. De distinta manera a los modelos orientados a la evitación, que se basan en el miedo para la salud como motivación para la conducta sanitaria, el MPS tiene una competencia o un centro orientado al enfoque. La promoción de salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano.³⁶

Este modelo se utilizará en el presente estudio porque nos guía en el proceso sobre cómo lograr la prevención de la hepatitis B en el grupo estudiado, tomando a los estudiantes de enfermería (quienes se encuentran constantemente expuestos a contraer la enfermedad) como la “persona”; el nivel de conocimiento y las medidas de prevención sobre hepatitis B son los factores cognitivos-preceptuales, los que dan como resultado que los estudiantes autoatribuyan mecanismos preventivos, autoevaluando los riesgos a los que se encuentran expuestos durante sus prácticas en los centros de salud, siendo capaces de participar en conductas favorecedoras de la salud, lo cual disminuirá el riesgo de contraer la hepatitis B.³⁷

2.3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.3.1. NIVEL DE CONOCIMIENTOS

A. Definición de conocimiento

Es un flujo en el que se mezclan la experiencia, valores importantes, información contextual y puntos de vista de expertos, que facilitan un marco de análisis para la evaluación e incorporación de nuevas experiencias e información. Se origina y es aplicado en la mente de los conocedores. En las organizaciones, a menudo, se encuentra no sólo en los documentos, sino también en las rutinas organizativas, procesos, prácticas y normas.³⁸

a. Como se adquiere el conocimiento

Está claro que el conocimiento es un producto de la actividad social que se produce, se mantiene y se difunde en los intercambios con los otros. Un individuo aislado no puede desarrollarse como ser humano y los hombres y mujeres dependemos de los demás para la mayor parte de nuestras actividades. Los conocimientos son producidos por los individuos y están acumulados de alguna forma en lo que puede llamarse la mente de los individuos, pero se generan en los intercambios con los otros, se comunican a los otros y se perfeccionan en el comercio con los demás, en el proceso de compartirlos y contrastarlos con lo que piensan o saben hacer los demás. Los individuos pueden producir conocimientos que antes no existían, pero la mayoría de los conocimientos los recibimos de los otros o los adquirimos a través de nuestra actividad en los intercambios sociales.³⁹

En la mayor parte de las sociedades se acumulan también de una forma más permanente mediante ayudas exteriores como son los productos de la actividad cultural, entre los que se cuentan las herramientas, las construcciones, esculturas o dibujos, y todos los resultados de la actividad tecnológica. Pero además se ha logrado producir en bastantes sociedades métodos más permanentes de conservación del conocimiento, como el lenguaje escrito y otros sistemas simbólicos que permiten transmitir los conocimientos a individuos, de tal forma podemos aprender de personas que desaparecieron hace mucho o que viven en lugares muy alejados.⁴⁰

De estas observaciones parece desprenderse que la idea más simple y aparentemente obvia acerca de cómo se adquiere el conocimiento es que éste se toma de fuera, está en la sociedad, lo poseen los otros y nosotros nos apoderamos de él y nos lo incorporamos. La mayor parte de la gente no produce conocimientos que sean nuevos para la humanidad y se limita a utilizar conocimientos que otros ya tienen. La palabra "aprender", que usamos habitualmente para referirnos a la adquisición de saberes, transmite la idea de ese proceso mediante el cual "cogemos" o "nos apoderamos" de algo que está ahí a nuestra disposición o que los otros nos dan. La acción opuesta a aprender es "enseñar", que etimológicamente significa dejar una "seña" o "marca", indicando que al enseñar dejamos una marca en el que aprende.⁴¹

De acuerdo con esta concepción, la actividad educativa consistiría en transmitir los conocimientos al alumno, que los aprendería y quedaría marcado por ellos. La mayor parte de los individuos serían puros consumidores de conocimientos y solo algunos los fabricarían o producirían. Esta teoría concuerda muy bien con el sentido común y parece explicar satisfactoriamente lo que sucede todos los días delante de nosotros cuando una persona aprende algo que le resulta nuevo. Lo que presupone es que el conocimiento está hecho y terminado fuera del sujeto y pasa a adentro; puede venir de los otros o de la misma realidad, que el sujeto copiaría. Es una concepción que está emparentada con el "empirismo", según esta doctrina, que fue propuesta y defendida inicialmente por los filósofos ingleses como Locke, Berkeley y Hume, cuando nacemos nuestra mente es una como una pizarra en blanco, sobre la que se va escribiendo el resultado de nuestras experiencias, que de esta forma se irían acumulando en nuestra mente. Niega, por tanto, la existencia de ideas innatas y todo nuestro conocimiento sería el resultado del contacto con una realidad que incluye a los otros y que está dada y es exterior a nosotros. El conocimiento sería una copia de la realidad y sería mejor cuanto más fiel resulte la copia.⁴²

B. Tipos de conocimiento

Los tipos del conocimiento son: empírico, científico, filosófico y teológico⁴³

a. Conocimiento Empírico

Se le llama también "vulgar" o "popular" y se obtiene por azar, luego de innumerables tentativas cotidianas. Es ametódico y asistemático. Permite al hombre conducirse en la vida diaria, y manejar los asuntos de rutina. Una característica de éste conocimiento es el ser indispensable para el comportamiento diario y por lo mismo a él recurren todos por igual. El conocimiento vulgar no es teórico sino práctico; no intenta lograr explicaciones racionales; le interesa la utilidad que pueda prestar antes que descifrar la realidad. A través del conocimiento empírico el hombre común conoce los hechos y su orden aparente y surte respuestas (explicaciones) concernientes a las razones de ser de las cosas, pero muy pocas preguntas acerca de las mismas; todo ello logrado por experiencias cumplidas al azar, sin método, y al calor de las circunstancias de la vida, por su propio esfuerzo o valido del saber de otros y de las tradiciones de la colectividad. Su fuente principal son los sentidos. Toda esta clase de conocimientos es lo que puede catalogarse también como "saberes". Podría quizás catalogarse como subclases del conocimiento vulgar la superstición y la sabiduría popular.⁴⁴

b. Conocimiento Científico

Va más allá del empírico; por medio de él, trascendido al fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. El conocimiento científico elabora y utiliza conceptos, desterrando así las ambigüedades del lenguaje cotidiano. El conocimiento científico es objetivo, racional, sistemático, general, falible, metódico. Además, son sus características el desinterés y el espíritu crítico. El carácter abierto del conocimiento científico lo aparta considerablemente de todo dogma o verdad revelada, con pretensiones de infalibilidad. Es rasgo esencial del conocimiento científico su afán de demostración. La ciencia y el pensamiento científico no toleran las afirmaciones gratuitas.⁴⁵

c. Conocimiento Filosófico

Se distingue del científico por el objeto y por el método. El objeto de la filosofía son las realidades inmediatas no perceptibles por los sentidos (suprasensibles), que trascienden la experiencia (método racional). Se parte de lo concreto material hacia lo concreto supramaterial, de lo particular a lo universal. El conocimiento filosófico es un interrogar, un continuo cuestionar sobre sí y sobre la realidad. No es algo hecho, acabado. Es una búsqueda constante de sentido, de justificación, de posibilidades, de interpretación al respecto de todo aquello que rodea al hombre y sobre el hombre mismo, en su existencia concreta. La esencia de la filosofía es la búsqueda del saber y no su posesión. El conocimiento filosófico procura comprender la realidad en su contexto más universal. No da soluciones definitivas para un gran número de interrogantes, pero habilita al hombre en el uso de sus facultades para ver mejor el sentido de la vida concreta. En el campo del conocimiento filosófico siempre estarán en juego las categorías de esencia, universalidad, necesidad, fundamental, etc.⁴⁶

d. Conocimiento Teológico

Es un conocimiento revelado, que implica siempre una actitud de fe y ocurre cuando, sobre algo oculto o un misterio, hay alguien que lo manifiesta y alguien pretende conocerlo. El misterio, aquello oculto que provoca curiosidad y lleva a la búsqueda, puede estar ligado a datos de la naturaleza, de la vida futura, de la existencia de lo absoluto, etc. Aquel que manifiesta lo oculto es el revelador. Podrá ser el propio hombre o Dios. Aquel que recibe la manifestación tendrá fe humana si el revelador es algún hombre; tendrá fe teológica si es Dios el revelador. El conocimiento revelado relativo a Dios, aceptado por fe teológica constituye el conocimiento teológico. A ese conjunto de verdades el hombre llega, no con el auxilio de su inteligencia sino por aceptación de los datos de la revelación divina. Se vale del argumento de autoridad. Son los conocimientos adquiridos a través de los libros sagrados y aceptados racionalmente después de haber pasado por la crítica histórica más exigente.⁴⁷

2.3.2. HEPATITIS B

I. Definición de hepatitis B

Es una enfermedad en la que se producen inflamación y destrucción de las células hepáticas como consecuencia de la infección crónica por el virus de la hepatitis B (VHB). Si la situación se mantiene en el tiempo, se instaura un proceso de cicatrización o fibrosis cuyo último estadio es la cirrosis hepática. Una vez establecida la cirrosis, cada año un 1-2% de los pacientes puede desarrollar un tumor hepático. No obstante, la infección crónica por VHB y su consecuencia, la hepatitis crónica B, son procesos complejos, que pasan por distintas fases que se van sucediendo a lo largo de la evolución y por ello no todos los pacientes están en la misma situación, ni en todos ellos es igual el ritmo de progresión de la enfermedad. Un hecho fundamental, del que va a depender que la enfermedad progrese, es la presencia de replicación activa del virus, es decir, la producción de nuevas partículas virales completas, capaces de infectar nuevas células hepáticas. El mejor método para determinar la presencia y la magnitud de la replicación viral es la determinación en sangre del ácido nucleico del VHB (ADN-VHB).⁴⁸

Existen tres antígenos y cada uno se asocia al anticuerpo correspondiente:⁴⁹

- El antígeno de superficie (HBsAg) indica una infección actual, y el anticuerpo de superficie (HBsAc) indica inmunidad.
- El antígeno E (HBeAg) indica replicación viral activa y alta infectividad. El anticuerpo E (HBeAc) indica eliminación del antígeno HBe.
- El antígeno del core no se encuentra en el suero. El antígeno frente al core del VHB (HBcAc, IgM) suele indicar infección en los 10 primeros meses previos. El anti-HBc de tipo IgG indica infección pasada

II. Curso de la enfermedad de hepatitis B

Después de una infección aguda por hepatitis B, 90% de las personas que adquieren la infección en el periodo neonatal, 30% en la infancia temprana y 3% a 5% en la edad adulta pueden desarrollar una enfermedad crónica por hepatitis B. El curso de la hepatitis B crónica se puede dividir en cuatro fases, inmunotolerante, inactivo, portador inactivo y reactivación.⁵⁰

La fase inmunotolerante se identifica, principalmente, en las personas que adquieren la enfermedad en el nacimiento o en la infancia temprana; puede durar décadas y se caracteriza por altos niveles de ADN del virus B lo cual refleja alta replicación y mínima actividad inmune. Por esta razón, se observan enzimas hepáticas normales y baja actividad necroinflamatoria; el paciente está, usualmente, asintomático. Esta fase, generalmente, no se presenta en las personas que adquieren la infección en la adolescencia o posteriormente. Durante esta fase de la enfermedad, por lo general, no existe indicación para el manejo de los pacientes para hepatitis B.⁵¹

La segunda fase, o fase inmunoactiva, se caracteriza por la elevación de las transaminasas, los niveles fluctuantes de ADN del virus B y necroinflamación hepática, la cual puede tener duración variable, desde meses hasta años, lo cual se relaciona con la extensión del daño hepático y la reactivación puede ser lo suficientemente grave, como para provocar infección aguda fulminante. Durante esta fase, los pacientes son candidatos a tratamiento para hepatitis B. Los pacientes usualmente presentan HBeAg positivo, aunque existe un grupo de pacientes con HBeAg negativo, secundario a la presencia de variantes de VHB que son incapaces de expresar el HbeAg. La variante más habitualmente descrita tiene un cambio de guanina a adenosina en el nucleótido 1896 (G1896A) lo cual crea una parada en el codón en la región precore del genoma del VHB y elimina completamente la producción de HBeAg. Estas variantes del virus son más frecuentes en los países asiáticos o del Mediterráneo. Este grupo de pacientes presenta menor respuesta al tratamiento.⁵²

En la tercera fase, o fase de portador inactivo, los niveles de ADN viral disminuyen, y se presenta seroconversión del antígeno e (HBeAg), con producción de anticuerpos contra el antígeno e (AntiHBe) o desaparece su nivel sérico. Además, las transaminasas se normalizan y la patología hepática entra en fase quiescente. La seroconversión en adultos hacia la fase de portador inactivo ocurre a una tasa de 8% a 15% por año; aproximadamente, 300 millones de personas en el mundo son portadoras inactivas de HBsAg. Los pacientes portadores inactivos de HBsAg forman el grupo más grande de pacientes infectados crónicamente por VHB. El pronóstico de los portadores inactivos de HBsAg es bueno.⁵³

La última fase es la de reactivación, puede ocurrir espontáneamente o bajo condiciones de inmunosupresión y está asociada con elevación de la ALT y de los niveles de ADN viral. Aproximadamente, 20% a 30% de los pacientes portadores inactivos puede presentar reactivación espontánea de hepatitis B; por esta razón, estos pacientes requieren seguimiento a largo plazo.⁵⁴

III. Etiología de hepatitis B

La hepatitis B se puede transmitir por las siguientes vías:⁵⁵

- Sexual
- Percutánea (uso de drogas intravenosas)
- Perinatal
- Horizontal
- Transfusión
- Nosocomial (incluyendo lesiones por pinchazo de aguja)
- Trasplante de órganos

Existe una variación considerable en el predominio de los modos de transmisión en diferentes áreas geográficas: En zonas de baja prevalencia, como Europa occidental, las rutas de transmisión son sobre todo las relaciones sexuales sin protección y el consumo de drogas por vía intravenosa. En zonas de alta prevalencia, como el África subsahariana, la infección perinatal es el modo predominante de transmisión. En cambio la transmisión horizontal, sobre todo en la primera infancia, es considerada como la principal vía de transmisión en áreas de prevalencia intermedia.⁵⁶

a. Transmisión sexual

En áreas de baja prevalencia de transmisión sexual es la principal vía de transmisión. Aproximadamente el 40% de las nuevas infecciones por el VHB en los Estados Unidos se considera que se transmiten a través de relaciones heterosexuales, y el 25% ocurre en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Las medidas para prevenir la transmisión del VHB son la vacunación y el sexo seguro, es decir, el uso de condones. Sin embargo, hay un debate en curso sobre lo que se debe aconsejar a los pacientes con viremia baja.⁵⁷

b. Transmisión percutánea (uso de drogas intravenosas)

La transmisión percutánea parece ser un modo eficaz de la transmisión del VHB. La vía más importante es el hecho de compartir jeringas y agujas por parte de los consumidores de drogas intravenosas. En áreas de baja prevalencia, como Europa y los Estados Unidos alrededor del 15% de las nuevas infecciones por VHB son diagnosticadas en los usuarios de drogas inyectables (UDIs). El riesgo de transmisión del virus aumenta con el número de años de consumo de drogas, la frecuencia de inyección, y el intercambio de equipo de preparación de drogas. Otras situaciones con posible inoculación percutánea del VHB son compartir maquinillas de afeitar o cepillos de dientes, aunque el número exacto de contagios por esa vía no se conoce. Además, ciertas prácticas como la acupuntura, tatuajes y perforaciones en el cuerpo se han asociado con la transmisión de la hepatitis B. La educación en la salud pública y el uso de agujas o equipos desechables son métodos importantes de prevención.⁵⁸

c. Transmisión perinatal

La transmisión de una madre HBeAg-positiva a su bebé puede ocurrir en el útero, en el momento del nacimiento, o después del nacimiento. La tasa de infección puede llegar al 90%. Sin embargo, la vacunación neonatal es altamente eficaz (95%). Su eficacia indica que la mayoría de las infecciones se producen durante o poco antes del nacimiento. Por otro lado, la cesárea parece no ser tan protectora como lo es en otras enfermedades de transmisión vertical como el VIH. El riesgo de transmisión de madre a hijo se relaciona con la tasa de replicación del VHB en la madre.⁵⁹

Parece haber una correlación directa entre los niveles de ADN del VHB materno y la probabilidad de transmisión. En madres con alta replicación del VHB, el riesgo de transmisión puede ser de hasta 85 o 90%, y disminuye de manera directamente proporcional a los niveles de ADN del VHB inferiores. En algunos estudios, casi no ha habido transmisión perinatal si la madre no tiene en curso una replicación significativa (<105 log copias / ml).⁶⁰

Es posible reducir el riesgo de la transmisión perinatal de varias maneras. El primer paso es la identificación de las personas en situación de riesgo. La prueba para el HBsAg se debe realizar en todas las mujeres en la primera visita prenatal y repetirla más tarde durante el embarazo si se considera apropiado. Los recién nacidos de madres con VHB positivo pueden ser protegidos eficazmente por la inmunización pasiva-activa (tasa de protección >90%). La inmunoglobulina Hepatitis B para la inmunización pasiva se debe administrar tan pronto como sea posible (dentro de las 12 horas), pero se puede dar hasta siete días después del nacimiento si se detecta después la seropositividad de la madre. La inmunización activa sigue un régimen estándar y se administra en tres fases de tiempo y con la misma dosis (10 g en el día 0, al mes, y a los 6 meses).⁶¹

El tratamiento anti-VHB de la madre con análogos de nucleósidos puede ser considerado, especialmente en las madres con altos niveles de ADN del VHB, es decir, el ADN del VHB > 10⁶ copias / ml o 2 x 10⁵ UI / ml. En un estudio aleatorizado, prospectivo, controlado con placebo, el tratamiento de la madre con telbivudina dió como resultado la prevención de casi todos los casos de transmisión vertical en comparación con una tasa de transmisión vertical de alrededor de 10% en el grupo que recibió sólo la inmunización activa y pasiva. Telbivudina o tenofovir parecen ser el tratamiento de elección. Adefovir y entecavir no se recomiendan durante el embarazo. Como se mencionó anteriormente, la cesárea no debe realizarse de forma rutinaria, salvo en los casos de alta carga viral. Si el niño/a está vacunado/a puede ser amamantado/a.⁶²

d. Transmisión horizontal

Los niños pueden adquirir la infección por el VHB por transmisión horizontal a través de pequeños cortes en la piel o en las membranas mucosas o por estrecho contacto físico con otros niños. Además, el VHB puede sobrevivir fuera del cuerpo humano durante un período prolongado; como resultado, la transmisión a través de artículos de uso doméstico contaminados, tales como cepillos de dientes, maquinillas de afeitar e incluso juguetes puede ser posible. Aunque el ADN del VHB se ha detectado en varias secreciones corporales de portadores de hepatitis B, no hay evidencia firme de la transmisión del VHB a través de fluidos corporales distintos de la sangre.⁶³

e. Transmisión por transfusión de sangre

Los donantes de sangre se examinan rutinariamente para detectar antígeno de superficie de hepatitis B (HBsAg). Por lo tanto la incidencia de transfusiones relacionadas con la hepatitis B se ha reducido significativamente. El riesgo de adquirir la hepatitis B post-transfusión depende de factores como la prevalencia y las estrategias de screening de los donantes. En las zonas de baja prevalencia se estima que el riesgo está entre uno a cuatro por millón de bolsas de sangre transfundida. En zonas de alta prevalencia es mucho mayor (alrededor de 1 de cada 20.000). Existen diferentes estrategias para la selección de donantes. La mayoría de los países utilizan el HBsAg para la selección de los donantes. Otros, como los Estados Unidos, utilizan tanto el HBsAg y el anti-HBc. El screening de rutina del anti-HBc es controvertido, ya que la especificidad es baja y los pacientes con la hepatitis curada tienen que ser excluidos. La selección de muestras de sangre combinadas o incluso muestras individuales se puede mejorar aún más mediante técnicas de amplificación de ácidos nucleicos. Sin embargo, este es un tema de debate continuo debido a la reducción de riesgo relativamente bajo y los costes asociados.⁶⁴

f. Transmisión nosocomial

La infección nosocomial puede ocurrir de paciente a paciente, de paciente a trabajador de la salud y viceversa. En general, la infección nosocomial de la hepatitis B puede y debe evitarse. A pesar de las estrategias de prevención, se dan casos documentados de infecciones nosocomiales. Sin embargo, el riesgo exacto de la infección nosocomial es desconocida. El número de pacientes infectados reportados en la literatura es probable que sea una subestimación de las cifras reales ya que muchos pacientes infectados pueden ser asintomáticos y sólo una fracción de los pacientes expuestos es requerida para hacerles la prueba. Estrategias para prevenir la transmisión nosocomial de la hepatitis B son:⁶⁵

- El uso de agujas y equipo desechable.
- Esterilización de instrumentos quirúrgicos.
- Medidas de control de infecciones.
- La vacunación de los trabajadores sanitarios.

Debido a la implementación de la vacunación sistemática de los trabajadores sanitarios, la incidencia de la infección por VHB entre ellos es menor que en la población general. Por lo tanto, la transmisión de trabajadores de la salud a los pacientes es un evento raro, mientras que el riesgo de transmisión a partir de un paciente con HBV positivo a un sanitario parece ser más alto. Los trabajadores sanitarios positivos para la hepatitis B no tienen generalmente prohibido trabajar. Sin embargo, debe ser evaluada cada situación individual con el fin de decidir sobre las medidas necesarias. Tradicionalmente, se considera que los trabajadores de la salud HBeAg-negativos no son infecciosos, mientras que los trabajadores de salud HBeAg-positivos deben usar guantes dobles y no realizar ciertas actividades, que se definen de manera individual. Sin embargo, se han dado casos de transmisión de la hepatitis B a partir de cirujanos HBsAg positivos o HBeAg-negativos a los pacientes.⁶⁶

g. Trasplante de órganos

La transmisión de la infección por VHB se ha informado después de un trasplante de órganos extrahepáticos procedentes de donantes HBsAg-positivos (por ejemplo, riñón, córnea). Por lo tanto, los donantes de órganos son cribados rutinariamente para detectar HBsAg. El papel de los anti-HBc es controvertido por hacerse en el cribado de donantes de sangre. Las razones son la posibilidad de resultados falsos positivos, el potencial de pérdida de hasta el 5% de los donantes, incluso en zonas endémicas bajas, y la incertidumbre sobre la infectividad de los órganos, especialmente órganos extrahepáticos, de los donantes a los que se les han aislado anti-HBc. Hay un aumento del riesgo de infección por VHB para el receptor si los órganos de estos donantes se trasplantan, en comparación con los de los donantes anti-HBc-negativo.⁶⁷

IV. Cuadro Clínico de hepatitis B

Existen tres situaciones frecuentes en clínica:⁶⁸

- El portador crónico asintomático o “sano”
- El portador crónico con hepatopatía
- Hepatitis B aguda

La hepatitis puede manifestarse de forma aguda o crónica. La forma aguda supone que la patología comenzará y desaparecerá rápidamente; si, por el contrario, se cronifica, la enfermedad perdurará en el tiempo, pudiendo desembocar en una insuficiencia hepática e, incluso, en la aparición de cáncer. La gravedad dependerá de diversos factores, entre ellos el agente desencadenante de la patología (causa), o la presencia de otras enfermedades previas en el paciente. Los síntomas que pueden percibirse en los primeros momentos de la enfermedad (primeros 5-7 días tras la infección) son fácilmente confundibles con los de una gripe o cualquier otra enfermedad común; se observa:⁶⁹

- Malestar general, cansancio y falta de concentración.
- Febrícula (décimas) o fiebre de hasta 39°C.
- Dolor muscular y articular.
- Dolor de cabeza.
- Fotofobia (fobia a la luz).
- Síntomas digestivos, falta de apetito, náuseas, vómitos y diarreas.

Tras esa primera semana en la que se aprecian síntomas poco específicos, comenzarán a aparecer otros que empiezan a ofrecer pistas sobre el origen de la patología:⁷⁰

- Ictericia, apariencia amarillenta de la piel y las mucosas, fácilmente apreciable en la esclerótica del ojo. La ictericia ocurre por un aumento de bilirrubina en la sangre. En un hígado inflamado se producirá una alteración en las funciones enzimáticas, entre las cuales está la de disolver la bilirrubina para permitir su excreción como parte de los jugos biliares.
- Orina de color oscura y heces decoloradas o teñidas, como consecuencia de un trastorno en la circulación hepática. Mal aliento, sabor amargo en la boca.
- Picor.
- En ocasiones se produce dolor abdominal, en el lado derecho o en el izquierdo, dependiendo de si este dolor proviene del hígado o del bazo.
- Cirrosis, fibrosis del tejido hepático (depósito de fibras de colágeno), que tiene como consecuencia una alteración en la morfología del órgano y en la irrigación sanguínea del mismo.

La inflamación puede desaparecer por sí sola, pero si, por el contrario, perdura y se cronifica, puede originar un fallo hepático agudo o fulminante; caracterizado por la disminución de la producción de determinadas proteínas (como la albúmina y algunas proteínas implicadas en la coagulación), y por el desarrollo de encefalopatía hepática, que implica cambios en los patrones de sueño, confusión, alteraciones en la motilidad, e incluso coma.⁷¹

V. Diagnóstico de hepatitis B

De acuerdo a la Norma Técnica de Salud para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis B en el Perú (NTS N°092-MINSA), el diagnóstico confirmado de infección aguda por el VHB es la presencia de los siguientes marcadores: HBsAg y Anti IgM HBc. El diagnóstico confirmado de hepatitis B crónica es la persistencia de HBsAg por más de 6 meses.⁷²

El virus de la hepatitis B (VHB), un complejo virus ADN, produce numerosas proteínas con los anticuerpos correspondientes que permiten una evaluación diagnóstica exacta del paciente con sospecha de infección por VHB. De hecho, la evidencia serológica de infección aguda por el VHB antecede a la aparición de síntomas clínicos aproximadamente un mes. Como resultado, el antígeno de superficie de hepatitis B (HBsAg) casi siempre es detectable cuando la enfermedad ocurre por primera vez. El HBsAg desaparece en la infección aguda por el VHB después de la desaparición del virus.⁷³

Existe un intervalo conocido como “periodo de ventana”, en el cual HBsAg y los anticuerpos neutralizantes anti- HBsAg (anti-HBs) pueden ser inferiores al nivel de detección. El único marcador de infección aguda por VHB reciente (< 6 meses) es un anticuerpo IgM dirigido contra el antígeno central de la hepatitis B (IgM anti –HBc); la presencia de anti-HBs indica inmunidad. El HBsAg y el anti-HBs se pueden encontrar simultáneamente. Las razones para esto incluyen una infección aguda por VHB en resolución o un anticuerpo heterotípico no neutralizante dirigido contra el subdeterminante HBs que está ausente del Hba circulante.⁷⁴

La presencia de anti-HBs y anticuerpo central IgG antihepatitis B (IgG anti-HBc) sugiere que la inmunidad se obtuvo a través de la infección natural. Por otra parte, la inmunización contra la hepatitis B da como resultado solo producción de anti-HBs. Los niveles de IgM anti-HBc e IgG anti HBc se elevan precozmente en el curso de la infección por VHB, pero permanecen inferiores a los niveles de HBsAg. Después de alcanzar un nivel máximo, los títulos de IgM anti-HBc caen, pero el nivel de IgG anti HBc permanece elevado. El IgM anti-HBc no es un anticuerpo neutralizante. La ausencia de IgM anti-HBc indica que la infección por VHB no es aguda. La presencia de una IgG anti-HBc “aislado” (es decir, sin HBsAg) sugiere infección por VHB y declinación de IgM anti HBc hasta niveles indetectables, aunque persista inmunidad a VHB.⁷⁵

Los pacientes muy jóvenes y personas muy ancianas e inmunocomprometidas, incluyendo pacientes en hemodiálisis, tienen menor probabilidad de reponerse de hepatitis aguda por VHB y se encuentran en riesgo de permanecer infectados. La infección crónica por VHB se sugiere por la presencia de HBs Ag en suero durante por lo menos 6 meses y se confirma por la ausencia de IgM anti-HBc. Después que se haya determinado que la enfermedad por VHB es crónica, el nivel de actividad viral o replicación se evalúa examinando para detectar la presencia de antígeno e de hepatitis B (HBsAg) y hepatitis B ADN (VHB ADN) en el suero. Estos resultados proveen información pronóstica y ayudan a identificar los candidatos para terapia antiviral.⁷⁶

Evaluación Inicial que se debe realizar a un paciente con hepatitis B crónica:⁷⁷

- Historia clínica y examen físico completo, dirigido especialmente a detección de síntomas y signos de hipertensión portal (circulación abdominal colateral, esplenomegalia, hiperesplenismo) y falla hepática (ictericia, hematemesis, ascitis, encefalopatía).
- Exámenes de laboratorio: pruebas de función hepática (transaminasas, albúmina, protrombina)
- Pruebas de evidencia de replicación de VHB: HBeAg, antiHBe (anticuerpos contra el antígeno e), carga viral.
- Endoscopia de vías digestivas altas para búsqueda de varices esofágicas (opcional).

- Tamización para carcinoma hepatocelular con a-fetoproteína y ecografía hepática; repetir cada dos años.
- Tamización para coinfección con otros virus: anticuerpos contra el virus de hepatitis C (antiVHC), anticuerpos contra el virus de hepatitis D (antiVHD), anticuerpos contra el virus de hepatitis A (antiVHA), ELISA para VIH (virus de inmunodeficiencia humana)
- Biopsia hepática (opcional); es el indicador más sensible de enfermedad hepática, es útil para establecer el compromiso basal del paciente; sin embargo, no se practica en todos los pacientes porque se trata de un procedimiento invasivo.

VI. Tratamiento de hepatitis B

a. Tratamiento de la fase aguda:

El riesgo de hepatopatía crónica en casos de infección por hepatitis B es aproximadamente de 15% en adultos; ésta cifra es mayor en lactantes o niños pequeños. Estudios recientes han demostrado que la lamivudina, usada en hepatitis crónica para prevenir fibrosis hepática y cáncer, al suprimir la replicación viral y la integración del ADN viral al hepatocito, juega un papel importante en la fase aguda. En un caso reportado por Reshef y Cols., se administraron 100 mg diarios de lamivudina durante 4 semanas a un paciente con hepatitis B aguda. Las alteraciones de laboratorio disminuyeron gradualmente y desaparecieron al final del tratamiento. Dos meses después, no hubo niveles sanguíneos detectables de HbsAg.⁷⁸

b. Terapia Antiviral para la hepatitis crónica:

Para el VHB, los estudios en investigación de resultados han demostrado claramente que la terapia antiviral exitosa puede lograr los beneficios en la salud y calidad de vida si se lleva a cabo con la precocidad suficiente en el curso de la enfermedad. Es indispensable, por tanto que los médicos aprendan a identificar a los candidatos potenciales para la terapia antiviral y se familiaricen con las opciones terapéuticas disponibles. Una comprensión clara de éstas opciones requiere del reconocimiento de los marcadores serológicos utilizados en el diagnóstico de la hepatitis viral.⁷⁹

Antes de iniciar la terapia antiviral, se deben realizar estudios basales de laboratorio y considerar las importantes contraindicaciones. Los pacientes se deben monitorizar con regularidad y seguir estrechamente durante el tratamiento para poder detectar efectos adversos potenciales, incluyendo supresión de la médula ósea. La infección crónica por VHB se sugiere por la persistencia de antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) 6 meses después de la infección aguda.⁸⁰

Además puede haber evidencia serológica de replicación viral continua, que consiste en antígeno e de hepatitis B (HBeAg) detectable ADN VHB en ensayos cuantitativos o la presencia de marcadores bioquímicos (por ej., un nivel elevado de alanino-aminotransferasa [ALAT]). Los portadores de HBsAg que tengan replicación viral activa y un valor elevado de ALAT, se deben evaluar para posible terapia antiviral con el fin de prevenir las consecuencias potenciales de la infección crónica por el VHB. Los objetivos de la terapia viral en infección crónica por VHB son los siguientes: Normalización del nivel de ALAT, Reducción de la actividad necroinflamatoria histológica, pérdida sostenida de HBeAg y VHB ADN, desarrollo de anticuerpos a HBeAg (Anti-HBe); por último puede ocurrir la pérdida de HBsAg, con desaparición completa de la infección viral.⁸¹

Los médicos tienen la posibilidad de elegir entre dos agentes contra la infección por el VHB, que han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas de Estados Unidos (FDA). El tratamiento con interferón alfa-2b ha demostrado ser efectivo, pero requiere administración subcutánea o intramuscular y tiene numerosos efectos colaterales (ej., síntomas similares a la gripe, malestar, depresión). La lamivudina, un agente administrativo vía oral, es un avance importante en el manejo de la infección por VHB. La terapia debe constar de un agente o el otro; no se recomienda combinar el interferón con la lamivudina ni está aprobado por la FDA.⁸²

La lamivudina tiene algunas ventajas importantes, incluyendo facilidad de administración pocos efectos adversos y seguridad entre los pacientes con enfermedad hepática avanzada. Aunque se desconoce la duración óptima del tratamiento y las tasas de seroconversión son similares a las del tratamiento con

interferón alfa. Además los mutantes de escape causan cambios en la región YMDD (tirosina, metionina) del ADN VHB en 15% a 35% de los pacientes bajo monoterapia con lamivudina, dando como resultado reducción de la sensibilidad a lamivudina y reaparición del ADN VHB sérico. El significado clínico de estos mutantes es conocido, debido a que pueden representar una sepa menos virulenta que el tipo silvestre del virus. No es claro si se debe continuar la terapia con lamivudina después de que se desarrolle un virus YMDD mutante, pero los pacientes que estén considerando tomar el medicamento deben estar enterados de éste inconveniente potencial.⁸³

b.1. Terapias Futuras:

En estudios clínicos en ejecución, el adefovir dipivoxil, un análogo nucleótido, ha probado potente actividad contra el VHB, y parece ser efectivo contra los mutantes YMDD. En el futuro, los pacientes con infección crónica por VHB probablemente serán tratados con una combinación de análogos de nucleósido y nucleótido, pero todavía no se han realizado estudios de dichas combinaciones.⁸⁴

c. Metas de tratamiento

El objetivo de la terapia antirretroviral es suprimir la replicación viral de la hepatitis B y, de esta manera, prevenir la progresión a cirrosis que puede evolucionar a falla hepática o carcinoma hepatocelular y puede causar la muerte o la necesidad de trasplante hepático de las personas afectadas. Existen diferentes aspectos paraclínicos considerados para medir la respuesta en la hepatitis B crónica y se evalúan de la siguiente manera:⁸⁵

Respuesta bioquímica: disminución de las transaminasas al valor normal. Es una manera económica y simple para evaluar la respuesta, pero es insuficiente para evaluar el pronóstico. Respuesta serológica: pérdida de HBeAg en pacientes que fueron inicialmente positivos para HBeAg, con aparición de antiHBe; la desaparición de este antígeno se asocia con una tasa reducida de progresión a cirrosis y una reducida probabilidad de descompensación. Respuesta virológica: disminución de la carga viral a nivel indetectable. Respuesta histológica: disminución del índice de actividad histológica, por lo menos, dos puntos

comparado a la biopsia hepática previa al tratamiento. La biopsia hepática es un método ideal para valorar la respuesta al tratamiento, pero su invasividad y el riesgo de complicaciones pueden limitar el uso rutinario. Respuesta completa: criterios de completa respuesta virológica e histológica y pérdida del HBsAg. La respuesta al tratamiento en el tiempo se mide durante la terapia cada 3 a 6 meses, al final del tratamiento y 6 a 12 meses después de finalizar la terapia; esta última respuesta es llamada respuesta sostenida.⁸⁶

VII. Pronóstico de hepatitis B

Los pacientes con infección crónica por VHB se encuentran en mayor riesgo de cirrosis, carcinoma hepatocelular y falla hepática. En uno de los estudios prospectivos más extensos de carcinoma hepatocelular y VHB que involucró a más de 22,000 hombres con infección por VHB, el riesgo relativo de cáncer primario de hígado en pacientes infectados fue 233 veces mayor en controles no infectados.⁸⁷

2.3.3. MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE HEPATITIS B

A. Lavado de Manos

Es la eliminación de microorganismos que contaminan las manos. Se consigue utilizando un producto antiséptico (Solución alcohólica o jabón antiséptico). El establecimiento debe brindar las condiciones necesarias para que el personal pueda cumplir con esta actividad según las técnicas especificadas para cada actividad. El lavado de manos es un tema ciertamente importante, incluso una editorial del British Medical Journal señaló recientemente lo infrecuente y esporádico que es el lavado de manos entre los profesionales. Aunque los médicos estiman que se lavan las manos antes de inspeccionar a un paciente en un 73% de las ocasiones, la frecuencia observada es de sólo el 9%. Además existe una revisión sistemática sobre el lavado de manos que demuestra cómo el cumplimiento de esta medida puede reducir en más de un 50% las tasas de infección. La duración de este tipo de lavado de manos es de menos de 5 minutos.⁸⁸

Es una de las prácticas de antisepsia más importantes, ya que las manos son el principal vehículo de contaminación exógena de la infección intrahospitalaria. Las bacterias presentes en la piel se encuentran principalmente en la capa córnea, pero

también pueden estar presentes en otros estratos e incluso en los conductos y glándulas sudoríparas. Estas bacterias que viven en profundidad y que sólo comienzan a ser eliminadas después de 15 minutos de enérgico cepillado, determinan que sea imposible esterilizar la piel sin destruirla.⁸⁹ Se consideran dos tipos de lavado de manos: Clínico y quirúrgico

a. Lavado de manos clínico

Se realiza con agua y jabón neutro durante un tiempo que varía según los autores desde 20 segundos hasta los dos minutos y a continuación enjuague. El secado se debe realizar con toalla de papel⁹⁰

Este lavado se realizará todas las veces que sea necesario, en general siempre antes y después de entrar en contacto con cada paciente, y especialmente siempre que se den las siguientes circunstancias (es importante retirar todas las joyas, mantener las uñas cortas y sin esmalte):⁹¹

a.1. Técnica del lavado de manos clínico

1. Retire o súbale el reloj sobre la muñeca, retire anillos. Si tiene mangas largas súbalas hasta el codo.
2. Colóquese frente al lavamanos sin tocarlo con el cuerpo.
3. Abra la llave del agua, deje correr el agua hasta el final del procedimiento.
4. Moje bien las manos y muñecas.
5. Aplique jabón antiséptico en las manos.
6. Junte las manos, frótelas haciendo movimientos de rotación.
7. Entrelace las manos y frote los espacios interdigitales, haciendo movimientos hacia arriba y hacia abajo.
8. Friccione las yemas de los dedos, de una mano con la otra para lavar las uñas.
9. Frótese las muñecas.
10. Enjuague bien las manos bajo el chorro de agua teniendo presente tenerlas en declive (más bajas que los codos) con el fin de que el agua escurra hacia la punta de los dedos. No toque ni llave ni lavamanos, si esto sucediera debería volver a lavarse las manos.

11. Séquese bien con toalla de papel desechable desde la punta de los dedos hacia la muñeca, sin volver atrás.
12. Cierre la llave de agua con la toalla de papel desechable.
13. Elimine la toalla en el receptáculo, con tapa y pedal.

a.2. Momentos del lavado de manos clínico ⁹²

1. Antes del contacto con el paciente.
¿Cuándo? Al acercarse al paciente (al estrechar la mano, ayudar al paciente a moverse, realizar un examen clínico).
¿Por qué? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tenemos depositados en nuestras manos (libres o con guantes)
2. Antes de realizar tarea aséptica.
¿Cuándo? Inmediatamente antes de realizar la tarea (curas, inserción de catéteres, preparación de alimentos o medicación, aspiración de secreciones, cuidado oral/dental).
¿Por qué? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluido los gérmenes del propio paciente.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales
¿Cuándo? Inmediatamente después de exposición a fluidos orgánicos aunque se lleven guantes (extracción y manipulación de sangre, orina, heces, manipulación de desechos, aspiración de secreciones, cuidado oral/dental).
¿Por qué? Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.
4. Después del contacto con el paciente
¿Cuándo? Después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea (al estrechar la mano, ayudar al paciente a moverse, realizar un examen clínico).
¿Por qué? Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente.
¿Cuándo? Después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, incluso si no se ha tocado al paciente (cambiar la ropa de cama, ajustar la velocidad de perfusión).

¿Por qué? Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.

b. Lavado de manos quirúrgico

Está indicado en la realización de técnicas quirúrgicas o instrumentales específicas. Se utilizan antisépticos, siendo los más utilizados la clorhexidrina, y en algunos centros aun se usa la povidona yodada.⁹³

Se lavará hasta los codos manteniendo las manos siempre en alto para que el agua siempre fluya hacia abajo (de las manos a los codos). El secado será con compresas estériles y haciendo movimientos circulares empezando por las manos y acabando por los codos.⁹⁴

b.1. Indicaciones⁹⁵

- Antes de intervenciones quirúrgicas
- Antes de colocar un catéter venoso central
- Antes de cualquiera técnica o procedimiento invasivo en todo tipo de pacientes
- Antes de cualquier maniobra en pacientes inmunodeprimidos
- En prematuros y quemados
- Y en cualquier otra circunstancia que requiera un técnica estéril.

B. Uso de Barreras Protectoras

Las técnicas de barrera son procedimientos que implican el uso de ciertos dispositivos de Protección Personal como por ej: gorros, anteojos de seguridad, guantes, mandiles, delantales y botas, con el objeto de impedir la contaminación con microorganismos eliminados por los enfermos, y en otros casos que microorganismos del personal sanitario sean transmitidos a los pacientes.⁹⁶

Es necesario reconocer que tanto la piel, mucosas o cavidades del cuerpo, se encuentran siempre colonizadas por microorganismos conociéndose como flora endógena: virus bacterias, hongos, que no afectan al portador porque sus barreras defensivas se encuentran intactas, pero pueden ser introducidos y transformarse en patógenos en los tejidos de los mismos.⁹⁷

a. Barreras Primarias

Tal y como su nombre indica, las llamadas barreras primarias son la primera línea de defensa cuando se manipulan materiales biológicos que puedan contener agentes patógenos.⁹⁸

El concepto de barrera primaria podría asimilarse a la imagen de una "burbuja" protectora que resulta del encerramiento del material considerado como foco de contaminación. Cuando no es posible el aislamiento del foco de contaminación, la actuación va encaminada a la protección del trabajador mediante el empleo de prendas de protección personal.⁹⁹

a.1. Protección Corporal

La utilización de mandiles o batas es una exigencia multifactorial en la atención a pacientes por parte de los integrantes del equipo de salud.¹⁰⁰

Recomendaciones:

- Usar bata, chaqueta o uniforme dentro del centro de salud
- Esta ropa protectora deberá ser quitada inmediatamente antes de abandonar el área de trabajo.
- Deberá ser transportada de manera segura al lugar adecuado para su descontaminación y lavado en la institución.
- No se deberá usar en las "áreas limpias" de la institución.

a.2. Protección Ocular

La protección ocular tiene como objetivo proteger membranas mucosas de ojos, nariz durante procedimientos y cuidados de pacientes con actividades que puedan generar aerosoles, y salpicaduras de sangre. Los anteojos o lentes de seguridad:¹⁰¹

- Deben permitir una correcta visión.
- Deben tener protección lateral y frontal, ventilación indirecta, visor de policarbonato, sistema antirrayaduras y antiempañantes.
- Deben permitir el uso simultáneo de anteojos correctores.
- Deben ser de uso personal.

a.3. Tapaboca

- Debe ser de material impermeable frente a aerosoles o salpicaduras.
- Debe ser amplio cubriendo nariz y toda la mucosa bucal.
- Puede ser utilizado por el trabajador durante el tiempo en que se mantenga limpio y no deformado. Esto dependerá del tiempo de uso y cuidados que reciba.¹⁰²

a.4. Guantes

El uso de éstos debe estar encaminado a evitar o disminuir tanto el riesgo de contaminación del paciente con los microorganismos de la piel del operador, como de la transmisión de gérmenes del paciente a las manos del operador. Las manos deben ser lavadas según técnica y secadas antes de su colocación. De acuerdo al uso los guantes pueden ser estériles o no, y se deberá seleccionar uno u otro según necesidad.¹⁰³

- Plástico, protege frente a sustancias corrosivas suaves y sustancias irritantes.
- Látex, proporciona una protección ligera frente a sustancias irritantes, adecuado para la manipulación de sangre (algunas personas pueden tener una reacción alérgica al látex que puede acabar en un problema médico).
- Algodón, absorbe la transpiración, mantiene limpios los objetos que se manejan, retarda el fuego.
- Amianto, aislante o resistente al calor.

b. Barreras Secundarias

Contribuye a la protección del propio personal del servicio o unidad, proporciona una barrera para proteger a las personas que se localizan fuera del mismo (es decir, aquéllas que no están en contacto con los materiales biológicos como, por ejemplo, personal administrativo, enfermos y visitantes del Hospital) y protege a las personas de la comunidad frente a posibles escapes accidentales de agentes infecciosos. La barrera o barreras recomendadas dependerán del riesgo de transmisión de los agentes específicos.¹⁰⁴

Las características de diseño incluyen sistemas de ventilación especializados para asegurar el flujo de aire direccional, sistemas de tratamiento de aire para descontaminar o eliminar agentes del aire de escape, zonas de acceso controladas, esclusas de aire en las puertas de acceso al laboratorio o edificios o módulos separados para aislar al banco de sangre.¹⁰⁵

C. Desecho de Material Cortopunzante

Se deben tomar todas las precauciones necesarias para reducir al mínimo las lesiones producidas en el personal por pinchazos y cortes. Para ello es necesario:¹⁰⁶

- Tomar precauciones en la utilización del material cortante, de las agujas y de las jeringas durante y después de su utilización, así como en los procedimientos de limpieza y de eliminación.
- Los objetos punzantes y cortantes (agujas, jeringas y otros instrumentos afilados) deberán ser depositados en contenedores apropiados con tapa de seguridad, para impedir su pérdida durante el transporte, estando estos contenedores cerca del lugar de trabajo y evitando su llenado excesivo.

a. Manejo de material cortopunzante:

- No se debe recapuchar el material cortopunzante
- Se debe contar con una dotación suficiente de cajas para eliminación de material cortopunzante, para reposición en todas las áreas clínicas del hospital
- Las cajas de cortopunzante deben ubicarse en las áreas sucias delimitadas y estar cerca de los lugares donde se realizan procedimientos clínicos y donde permita eliminar en forma inmediata el elemento cortopunzante, idealmente deben estar contenidas por un envase firme de acrílico o metal.
- La aguja se debe desprender de la jeringa utilizando el orificio de la caja cortopunzante o con una pinza.
- La eliminación de material cortopunzante debe ser inmediatamente después de realizado el procedimiento
- La caja de eliminación de material cortopunzante se debe desechar cuando esté 3/4 de su capacidad
- Al retirar la caja de cortopunzantes el auxiliar de apoyo debe sellarla, con cinta engomada de papel, rotularla y dejarla en el área sucia para que la

empresa de aseo la retire en carro especial para el traslado a la central de residuos sólidos, para su eliminación.

- No se debe eliminar líquidos libres en la caja para cortopunzantes
- Se debe contar con caja de cartón con plástico en su interior para la eliminación de vidrios y/o ampollas no contaminadas. Estos deben sellarse cuando estén $\frac{3}{4}$ de su capacidad
- No pasar bisturí de mano a mano durante la cirugía, sino usar un receptáculo intermediario.¹⁰⁷

D. Inmunización contra la hepatitis B

La vacuna contra la hepatitis B es una preparación estéril constituida por una suspensión de partículas de antígeno de superficie de la hepatitis B producida por ingeniería genética, es altamente costo/efectiva para prevenir la infección aguda causada por todos los subtipos del virus de la hepatitis B en todas las edades, incluyendo la transmisión perinatal.¹⁰⁸

Un estudio de seroprevalencia contra sarampión, rubéola y hepatitis B en niños de 1 a 4 años del Perú indica que la vacuna de la hepatitis B tiene una eficacia hasta de 98%.¹⁰⁹ La vacunación completa induce anticuerpos que alcanzan concentraciones protectoras en más del 95% de los lactantes, niños y adultos jóvenes. La protección dura al menos 20 años y posiblemente persiste toda la vida.¹¹⁰

En 1982 se obtuvo la primera vacuna contra la hepatitis B, es decir la primera vacuna contra un cáncer humano. A lo largo del siguiente decenio, los estudios mostraron que la vacuna podría proteger a alrededor del 95% de los receptores frente a la infección por el virus. En 1992, la OMS hizo un llamamiento a todos los países para que utilizaran la vacuna en sus programas de inmunización sistemática.¹¹¹

En los lugares donde la transmisión durante el parto es común, como es el caso de varios países en desarrollo de la Región de Asia Sudoriental de la OMS, la primera dosis de vacuna debe administrarse a los bebés en las primeras 24 horas de vida. La OMS también insta a los países a que vacunen a los adultos expuestos a la infección, como el personal sanitario que manipula sangre u otros líquidos corporales, los pacientes de diálisis, los reclusos, los usuarios de drogas por vía intravenosa, los

contactos ordinarios y sexuales de las personas con infección crónica, y las personas con múltiples parejas sexuales.¹¹²

Durante el último decenio, los programas de inmunización han sumado vacunas nuevas o poco utilizadas a las seis iniciales (difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, poliomielitis y tuberculosis) que se administraban a los niños pequeños. Entre ellas figuran vacunas contra la hepatitis B, el *Haemophilus influenzae* de tipo b (Hib), la parotiditis, la enfermedad neumocócica, el rotavirus y la rubéola, y, en los países donde se necesita, contra la fiebre amarilla y la encefalitis japonesa.¹¹³

Se estima que gracias a la inmunización cada año se evita que mueran 2,5 millones de niños. Sin embargo, a pesar de los éxitos conseguidos, millones de niños de los países en desarrollo, casi el 20% del total de niños que nacen cada año, no completa el ciclo de inmunizaciones previstas durante el primer año de vida. Llegar a esos niños exigirá superar varias barreras importantes que hasta ahora han retrasado el avance. Una de las más importantes es la debilidad subyacente del sistema sanitario en muchos países en desarrollo. Otra es la dificultad de distribuir vacunas mediante una infraestructura y un sistema de apoyo logístico que a menudo están sobrecargados. Otra más es el desconocimiento de la importancia que tienen las vacunas, especialmente entre las poblaciones más pobres, lo que hace que éstas no demanden de forma activa el acceso a los servicios de inmunización.¹¹⁴

La inmunización figura entre las intervenciones sanitarias más eficaces en relación con el costo, pero ¿Cuánto cuesta la inversión? ¿Merece la pena? En los años ochenta, el promedio de gasto anual total en inmunización en los países en desarrollo fue de unos US\$ 3,50-5,00 por nacido vivo. Para 2000, la cifra había aumentado ligeramente, hasta unos US\$ 6,00 por nacido vivo. Desde 2000, el apoyo de la Alianza GAVI (conocida anteriormente como Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización) permitió que muchos países de ingresos bajos fortaleciesen sus sistemas ordinarios de administración de vacunas e introdujesen vacunas poco utilizadas, como las vacunas contra la hepatitis B, el Hib y la fiebre amarilla. Como era de esperar, el gasto en inmunización comenzó a subir de nuevo.¹¹⁵

Como indica el libro *Vacunas en Inmunización: Situación Mundial en 1993* el número de estados miembros de la OMS que utilizaba la vacuna de la hepatitis B era

cerca de 40, con un precio de más de 2 dólares cada una, en el año 2006 el número de estados miembros de la OMS que utilizaba la vacuna de la hepatitis B era cerca de 180, por lo que el precio de cada vacuna descendió a menos de 0,25 dólares cada vacuna monovalente (precio ponderado de UNICEF). A finales de 2008, gracias al apoyo de la GAVI, se calcula que más de 192 millones de niños habían sido inmunizados contra la hepatitis B. La adopción de la vacuna en los programas de inmunización sistemática tardó en despegar. En 1997, fecha que había fijado la OMS para la adopción universal de la vacuna en los programas de inmunización de lactantes, sólo 62 países habían incorporado la vacuna y sólo el 14% de los niños estaban recibiendo las tres dosis.¹¹⁶

Entre los principales obstáculos que se oponían a una introducción más generalizada de la vacuna figuran la falta de reconocimiento de la carga que suponía la infección por el VHB y la escasez de recursos para desplegar la vacuna. A lo largo de los años siguientes, las investigaciones patrocinadas por la OMS sobre la carga de la enfermedad en los países en desarrollo fue muy importante para aumentar la concienciación acerca de la infección y sus consecuencias. La creación de la Alianza GAVI en 2000 fue fundamental para salvar los obstáculos económicos que entorpecían la introducción de la vacuna, al menos para los países más pobres del mundo. A finales de 2007, 171 de los 193 Estados Miembros de la OMS estaban utilizando la vacuna en sus programas de inmunización de lactantes. La confianza cada vez mayor en la vacunación contra la hepatitis B ha llevado a la Región del Pacífico Occidental de la OMS, donde todos los países utilizan la vacuna, a establecer una meta de control del VHB. En 2008, el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico de la OMS recomendó encarecidamente que todas las regiones y países asociados fijasen metas para el control de la hepatitis B adaptadas a sus respectivas situaciones epidemiológicas.¹¹⁷

Según la NTS N°092-MINSA, se brinda: En el RN, en zonas endémicas como parte de la atención inmediata (0 meses), también se deberá aplicar 3 dosis más durante el primer año (2, 4 y 6 meses), al RN expuesto se aplicará la vacuna durante la atención inmediata y también Inmunoglobulina para Hepatitis Viral B (HBIG) dentro de las primeras 24 horas de nacido. De no contar con la HBIG realizar el seguimiento especializado al recién nacido. En vacunados expuestos a riesgo de infección por

VHB se puede aplicar una dosis de refuerzo de no contar con exámenes de laboratorio que aseguren la protección.¹¹⁸

El Ministerio de Salud incorporó en 1996 la vacuna contra la hepatitis B en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, para niñas y niños menores de 01 año residentes en áreas de alta endemicidad. Desde el 2003 se universalizó la vacunación contra hepatitis B para los menores de 1 año en el ámbito nacional. A pesar de este esfuerzo, si sólo se continuará con la vacunación regular a menores de 1 año, para reducir la tasa de portadores crónicos de hepatitis B de 10% a 1.2%, se requerirán de 70 años. Las complicaciones crónicas de la hepatitis B como el cáncer al hígado o cirrosis generan gastos al año de 50 mil dólares por persona.¹¹⁹

En el presente año, 2014; se ha realizado una campaña de vacunación de la hepatitis B, ésta campaña, por la magnitud y trascendencia para la población peruana, es presidida por el Presidente Constitucional del República, el Consejo de ministros en pleno, los Ministerios, la Organización Panamericana de la Salud, organismos internacionales y nacionales de salud, movimientos sociales, organizaciones de base, sociedades científicas, sociedad civil y ciudadanos, que asumen la responsabilidad de contribuir a la vacunación contra la hepatitis B. La campaña se realizó en 3 etapas, con una duración de 30 días cada una, para aplicar las 3 dosis de vacuna que son necesarias, y así, quedar protegidos. La primera etapa se inició en el mes de Abril con la primera dosis de la vacuna. La segunda etapa, en el mes de Junio con la aplicación de la segunda dosis. La tercera etapa, en el mes de Octubre para completar el esquema de vacunación, con la tercera dosis.¹²⁰

El ministerio de salud de Perú en 1996 incorporó la vacuna contra HBV en el programa ampliado de inmunizaciones para niños menores de 1 año residentes en áreas de mediana y alta endemicidad. Desde el 2003 se universalizó la vacunación contra la hepatitis B para los menores de un año en el ámbito nacional. También se incluyó un plan de vacunación a los trabajadores de salud en riesgo a exposición de sangre y otros fluidos.¹²¹

a. Personas que tienen que ser vacunadas

- Todos los bebés, al nacer
- Todos los niños de 0 a 18 años de edad que no han sido vacunados

- Personas de cualquier edad cuyos comportamientos los coloquen en un alto riesgo de infección por el VHB (principalmente personal de salud)¹²²

b. Esquemas de vacunación contra la Hepatitis B

El itinerario de vacunación más a menudo usado para los adultos y niños ha sido tres inyecciones administradas de forma intramuscular. La segunda dosis es administrada un mes después de la primera dosis y la tercera dosis es administrada a los 6 meses después de la primera. Recombivax hb® ha sido aprobada para dos dosis según el itinerario para personas entre las edades de 11 a 15 años de edad. Engerix-b® también ha sido aprobada como parte de un itinerario acelerado de cuatro dosis.¹²³

c. ¿Se pueden mezclar las vacunas de laboratorios?

Sí. Se ha demostrado que la respuesta de inmunidad cuando una o dos dosis de una vacuna producidas por un fabricante seguidas por otras dosis de un fabricante diferente se pueden comparar con los resultados de una vacunación de un solo fabricante.¹²⁴

d. Interrupción entre una dosis y otra

Si la serie de vacunación es interrumpida después de la primera dosis, la segunda dosis debe ser administrada lo más pronto posible. La segunda y tercera dosis deben ser separadas por un intervalo de por lo menos 2 meses. Si solo la tercera dosis es retrasada, debe ser administrada cuando sea conveniente.¹²⁵

e. Administración de otras vacunas junto con la vacuna de Hepatitis B

Cuando la vacuna contra la hepatitis B ha sido administrada junto con otras vacunas, no se ha demostrado que exista interferencia con la respuesta de los anticuerpos de otras vacunas.¹²⁶

f. Tiempo que dura la protección contra hepatitis B tras la vacunación

Los estudios a largo plazo sobre adultos y niños saludables que han desarrollado anticuerpos adecuados del antígeno de superficie de la hepatitis B (anti-hbs), indican que la memoria inmunológica permanece igual por lo menos por 15 años

y brinda protección contra la enfermedad clínica (cuando se presentan los síntomas de la enfermedad) y una infección crónica por el VHB, a pesar de que los niveles de anti-hbs pueden bajar por debajo de los niveles detectables.¹²⁷

Actualmente la vacuna contra la Hepatitis B tiene un alto porcentaje de efectividad que oscila entre el 90 y 95 por ciento. Su moderna forma de elaboración mediante ingeniería genética asegura su inocuidad, por lo que no tiene contraindicaciones, inclusive para embarazadas.¹²⁸

g. ¿Cuándo se debe realizar una prueba después de la vacunación?

Se debe realizar una prueba posterior a la vacunación usando la prueba anti-HBs 1 a 2 meses después de completar la serie de vacunas - excepto bebés nacidos de madres HBsAg positivas. La prueba de estos bebés se debe hacer de 3 a 9 meses después de completar la serie de vacunación.¹²⁹

h. Vacunación durante el embarazo o lactancia

Ni el embarazo ni amamantar deben ser contraindicación a la vacunación de las mujeres. Según la experiencia limitada que existe en la actualidad, no hay riesgo aparente de efectos adversos en un feto en desarrollo cuando se administra la vacuna contra la hepatitis b a las mujeres embarazadas. La vacuna contiene partículas no infecciosas de hbsag y no debe provocar ningún riesgo para el feto. La hepatitis b en una mujer embarazada puede provocar enfermedades graves en la madre e infección crónica por el VHB en el recién nacido.¹³⁰

i. Importancia del análisis de hepatitis B en las mujeres embarazadas

Si el análisis de la hepatitis B, sale positivo en una mujer embarazada, es posible que le contagie el virus al bebé recién nacido durante el parto. Al conocer que la madre tiene hepatitis B, se debe disponer de los medicamentos adecuados en la sala de partos para prevenir que el bebé se infecte. Si no se siguen los debidos procedimientos, el recién nacido tendrá un 95 por ciento de probabilidades de desarrollar hepatitis B crónica.¹³¹

j. Contraindicaciones de la vacuna

Una reacción alérgica seria, ya sea a la primera dosis de la vacuna contra la hepatitis B o alguno de los ingredientes de la vacuna, es una contraindicación a las dosis adicionales de la vacuna contra la hepatitis B. Las vacunas recombinantes aprobadas para su uso en los estados unidos son sintetizadas usando *saccharomyces cerevisiae* (levadura común para cocinar), en el cual se ha insertado un plásmido que contiene el gen para el HBsAg. El HBsAg purificado se obtienen al lisar las células de levaduras y separar el HBsAg de los componentes de levaduras por medio de técnicas bioquímicas y biofísicas. Las personas alérgicas a la levadura no deben recibir vacunas que contienen levadura.¹³²

E. Exposición accidental

Se define como exposición accidental al virus B de la hepatitis (VHB) a una lesión percutánea (pinchazo o corte) o contacto de mucosa o piel no intacta (quemadura, dermatitis) con tejido, sangre u otro fluido corporal potencialmente infectante (semen, secreciones vaginales y líquidos cefalorraquídeo, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico y amniótico). Otros fluidos no se consideran con riesgo de transmisión salvo que estén contaminados con sangre (lágrimas, saliva, sudor), y en ese caso, el riesgo es extremadamente bajo.¹³³

Es importante recordar que el VHB sobrevive en sangre seca a temperatura ambiente por lo menos una semana. La transmisión endémica o epidémica del virus B a trabajadores de la salud fue la norma hasta el advenimiento de la vacuna. La introducción de ésta y las medidas de prevención contribuyeron, en los EEUU, a un 95% de descenso en la transmisión ocupacional del virus a trabajadores de la salud entre 1983 y 1995.¹³⁴

En el ámbito laboral, que es el mejor estudiado, la transmisión de agentes patógenos presentes en la sangre entre pacientes y trabajadores de la salud está relacionada con la frecuencia de exposiciones capaces de permitir la transmisión; la prevalencia de enfermedad en la población fuente; el tipo de exposición a la fuente infectada; la efectividad del manejo post-exposición. Los esfuerzos dirigidos a la prevención pueden reducir el riesgo, pero no lo eliminan. El reciente Consenso Europeo sugiere

que la infectividad de los portadores HBsAg (+) HbeAg (-) se descarte por métodos de detección del ADN (marcador genético) en suero, recomendándose el test de Monitor-Roche.¹³⁵

La transmisión se demuestra, idealmente, por comparación directa de la secuencia genómica entre el trabajador y el paciente receptor. La transmisión desde trabajadores infectados a pacientes es posible por el contacto de instrumental o guantes contaminados con sangre del trabajador, con una herida abierta del paciente.¹³⁶

Las recomendaciones generales de la OMS post-exposición al VHB, son: La Ig HB (0.06 ml/kg, IM) utilizada en casos de exposición accidental a una fuente HBsAg (+) ha demostrado una eficacia del 75% en prevención de la infección. Cuando sea necesario, se debe emplear dentro de las 24 hs de ocurrido el accidente y puede aplicarse al mismo tiempo que la primera dosis de vacuna, en otro lugar. Si el plan de vacunación ya había sido iniciado debe continuarse como estaba previsto.¹³⁷

a. Desencadenan un accidente cortopunzante

- Recapsular agujas posterior a su uso
- Cambio de agujas al tomar hemocultivos
- Procedimientos con paciente inquieto
- Falta de cooperación del paciente por información insuficiente
- Uso de elementos de protección de tamaño inadecuado (ej. guantes)
- No seguir paso a paso los procedimientos descritos¹³⁸

2.4 VARIABLE

2.4.1. Variable Independiente

- Nivel de conocimiento en medidas de prevención contra la hepatitis B

2.4.2. Variable Interviniente:

- Algunas características sociodemográficas de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, 2014

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	ITEM	CATEGORÍAS	INSTRUMENTO
Variable Independiente: Nivel de Conocimiento en medidas de prevención contra la hepatitis B	Conjunto de información sobre adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzca la Hepatitis B, y cuando se ha producido, tenga consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas; ésta información se almacena mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). (Delval Juan. Como se	1. Conocimiento sobre Hepatitis B	-----	5. Transmisión	<ul style="list-style-type: none"> • Alto: (7-9 respuestas correctas) • Medio: 6 • Bajo: 0-5 	Cuestionario: Comienza con la pregunta 5 y finaliza con la 13
				6. Evolución clínica		
				7. Marcadores sanguíneos de infecciosidad		
				8. Anticuerpos de superficie		
				9. Control sanguíneo en la mujer embarazada		
				10. Riesgo como profesional		
				11. Riesgo como personal de salud		
				12. Riesgo como estudiante		
		2. Conocimiento en Medidas de Prevención	A. Conocimiento en práctica de lavado de manos	14. Lavado de manos	<ul style="list-style-type: none"> • Alto: (2 respuestas correctas) • Medio: (1) • Bajo: (0) 	Cuestionario: Preguntas 14 y 15
				15. Momento de lavado de manos clínico		

<p>construye el conocimiento.) (Organización Mundial de la Salud, 2007)</p>			<p>B. Conocimiento en el uso de Barreras Protectoras</p>	16. Uso de guantes	<ul style="list-style-type: none"> • Alto: (5-6 respuestas correctas) • Medio: (4) • Bajo: (0-3) 	<p>Cuestionario: Comienza con la pregunta 16 y finaliza con la 21</p>
				17. Perforación o desgarro de guantes		
				18. Contagio con guantes		
				19. Uso de tapaboca descartable		
				20. Uso de vestimenta limpia		
				21. Cubrir heridas		
			<p>C. Conocimiento sobre desecho de material cortopunzante</p>	22. Eliminación de material cortopunzante después de procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Alto: (3 respuestas correctas) • Medio: (2) • Bajo: (0-) 	<p>Cuestionario: Comienza con la pregunta 22 y finaliza con la 24</p>
				23. Desecho de agujas		
				24. Desecho de caja de material cortopunzante		
			<p>D. Conocimientos sobre inmunización contra la Hepatitis B</p>	25. Vacuna	<ul style="list-style-type: none"> • Alto: (5-6 respuestas correctas) • Medio: (4) • Bajo: (0-3) 	<p>Cuestionario: Comienza con la pregunta 25 y finaliza con la 34</p>
				26. Tipo de vacuna en la actualidad		
				27. Nivel de efectividad		
				28. Dosis más usada		
				29. Tiempo de protección		
				30. Vacunación para alumnos de enfermería		

			E. Conocimiento sobre accidentes con material cortopunzante	31. Accidentes con material cortopunzante	<ul style="list-style-type: none"> • Alto: (3-4 respuestas correctas) • Medio: (2) • Bajo: (0-1) 	
				32. Exposición de accidentes		
				33. Denuncia de accidentes		
				34. Motivos por los que no denunciaría un accidente		

CONCLUYENDO:

- **Nivel Alto de conocimientos en medidas de prevención contra la hepatitis B:** 23 a 30 respuestas correctas
- **Nivel Medio de conocimientos en medidas de prevención contra la hepatitis B:** 16 a 22
- **Nivel Bajo de conocimientos en medidas de prevención contra la hepatitis B:** menor de 15

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	CATEGORÍA	INSTRUMENTO
Variable Interviniente: Algunas características sociodemográficas de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, 2014	Conjunto de indicadores que reflejan a una población y por tanto resumen parte de la situación de ese grupo y determinantes del proceso salud – enfermedad	Edad	a. Entre 16 – 19 años b. Entre 20 – 24 años c. 25 a más años	Cuestionario: Comienza con la pregunta 1 y finaliza con la 4
		Sexo	a. Femenino b. Masculino	
		Ocupación	a. Sólo estudiante b. Trabaja y estudia c. Madre o padre de familia y estudiante	
		Año de estudios	a. Tercer b. Cuarto c. Quinto	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal.

Cuantitativo: porque nos permitió evaluar los datos obtenidos de manera numérica.

Descriptivo: porque ilustró los resultados sin cambiar ni modificar datos de la situación actual de los alumnos de enfermería en cuanto a nivel de conocimiento en medidas de prevención sobre hepatitis B.

Transversal: porque midió un solo momento temporal (II periodo académico de los alumnos de enfermería matriculados en el presente año).

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio fue la Universidad Nacional de Cajamarca – Facultad de Ciencias de la Salud en la Escuela Académico Profesional de Enfermería.

La Universidad Nacional de Cajamarca se creó bajo el nombre de Universidad Técnica de Cajamarca, el 13 de febrero del año 1962 bajo la Ley N° 14015, el 14 de julio del mismo año inicia su funcionamiento, con una planificación de seis Escuelas, Medicina Rural, Agronomía, Medicina Veterinaria, Pedagogía, Minería y Metalurgia, Economía y Organización de Empresas; en nuestros días cuenta con otra estructura normativa, fundamentándose en la formación académica, investigación y proyección social; con diez facultades, Educación, Ingeniería, Ciencias Agrícolas y Forestales, Ciencias de la Salud, Ciencias Económicas, Contables y Administrativas, Ciencias Sociales, Ciencias Veterinarias, Zootecnia, Medicina Humana y Derecho y Ciencias Políticas; Su lema es: Consagrar la vida a la búsqueda y defensa de la verdad

La Facultad de Ciencias de la Salud nace como Programa Académico de Enfermería, el 26 de noviembre de 1966, siendo su primer Director el Dr. Juan Matías Atúncar. El 9 de diciembre de 1983, al promulgarse la Ley Universitaria N° 23733, nuestra Casa

Superior de Estudios cambia su denominación de Universidad Nacional Técnica de Cajamarca por Universidad Nacional de Cajamarca y regresa al sistema Facultativo. Como consecuencia de ello, se constituye la Facultad de Ciencias de la Salud, con las Escuelas Académico Profesionales de Enfermería y Obstetricia. Actualmente la Facultad de Ciencias de la Salud se conduce bajo la dirección de su Decana, la Dra. María Eugenia Urteaga Becerra.

La Escuela Académico Profesional de Enfermería forma profesionales del más alto nivel académico, con capacidad reflexiva y crítica que les permite atender al ser humano en las diferentes etapas de su vida, desde la etapa pre concepcional hasta la muerte, a través de los niveles de atención, prevención, promoción, recuperación y rehabilitación.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población:

Estuvo conformada por los estudiantes que cursaron tercer, cuarto y quinto año de la carrera de enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca matriculados en el año 2014, II periodo; un total de 135 alumnos; 52 se encontraron cursando el tercer año de Enfermería, 42 cursaron el cuarto año de Enfermería y 41 cursaron el quinto año de Enfermería; ésta información fue proporcionada por la oficina de Registro Central de la Universidad Nacional de Cajamarca.

3.3.2. Muestra:

La muestra fue de un total de 78 estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, matriculados en el año 2014, II periodo; del tercer, cuarto y quinto año de estudios; estuvo constituida por 30 estudiantes que cursaron el tercer año de Enfermería, 24 estudiantes que cursaron el cuarto año de Enfermería y 24 estudiantes que cursaron el quinto año de Enfermería; ésta fue una muestra estadística para población conocida:

Fórmula:

$$n = \frac{(Z_{(1-\alpha)})^2(P)(Q)(N)}{(E)^2(N - 1) + (Z_{(1-\alpha)})^2(P)(Q)}$$

Donde:

DESCRIPCIÓN	VARIABLE	VALOR
Tamaño de la Población	N	135
Nivel de Significación	A	0.05
Nivel de Confianza	1- α	0.95
Coefficiente de Confianza	$Z_{(1-\alpha)}$	1.96
Proporción de estudiantes con nivel de conocimientos aceptable	P	0.65
Proporción de estudiantes con nivel de conocimientos no aceptable	Q	0.35
Precisión o error de estimación	E	0.069

Desarrollo de la fórmula:

$$n = \frac{(Z_{(1-\alpha)})^2(P)(Q)(N)}{(E)^2(N - 1) + (Z_{(1-\alpha)})^2(P)(Q)}$$

$$n = \frac{(1.96)^2(0.65)(0.35)(135)}{(0.069)^2(135 - 1) + (1.96)^2(0.65)(0.35)}$$

$$n = \frac{117.980804}{151190588}$$

$$n = 78.0344898$$

Por lo que tenemos:

AÑOS DE ESTUDIO	POBLACIÓN	PROPORCIÓN	MUESTRA
Tercero	52	0.385	30
Cuarto	42	0.311	24
Quinto	41	0.304	24
Total	135	1.000	78

A. Unidad de Análisis

Constituida por cada estudiante de enfermería que cursó el tercer, cuarto y quinto año de estudios de la Universidad Nacional de Cajamarca y que se encontró matriculado en el año 2014, II periodo.

B. Criterios de inclusión:

Se incluyó en el estudio a todos los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, que cursaron el tercer, cuarto y quinto año de estudios, matriculados en el año 2014 - II periodo y que aceptaron participar voluntariamente.

3.4. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento, el cuestionario de preguntas cerradas elaborado por la autora en base a la literatura revisada y objetivos propuestos.

La recolección de datos se efectuó considerando los siguientes pasos:

- Se solicitó la autorización respectiva a la directora de la Escuela Académico Profesional de Enfermería.
- Se aplicó el cuestionario a los estudiantes matriculados en tercer, cuarto y quinto año de estudios del periodo académico 2014-II, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión ya descritos.
- Se entregó el cuestionario a cada estudiante dando un periodo de tiempo de 15 minutos aproximadamente, para que marcaran con una “x” la respuesta que consideraban correcta (solo una respuesta por pregunta).

3.5. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El instrumento para la recolección de datos fue el cuestionario de preguntas cerradas, el que estuvo compuesto de tres partes; la primera en la que se describieron las características sociodemográficas de la población, la segunda el nivel de conocimientos generales sobre Hepatitis B y la tercera el nivel de conocimientos sobre medidas de

prevención de Hepatitis B, dentro de ésta última parte se consideró conocimientos en: práctica de lavado de manos, uso de barreras protectoras, desecho de material cortopunzante, inmunización contra la Hepatitis B y accidentes laborales; éste cuestionario fue elaborado por la autora y validado con el 10% de la muestra y 5 docentes de la Universidad Nacional, especialistas en el tema.

3.6. PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez recogido los datos referentes al estudio se sometieron a un proceso de consistencia manual (antes de procesar los datos, éstos pasan por una revisión previa con la finalidad de detectar preguntas incompletas, erróneas o contradictorias) tratando de verificar su veracidad y confiabilidad, luego se asignó un punto a cada pregunta respondida correctamente, se sumó el puntaje por cada categoría y el puntaje total de cada cuestionario; posteriormente se codificaron y etiquetaron a fin de construir una base de datos usando para ello el software SPSS versión 22; el procesamiento culminó con la organización y sistematización de los datos en tablas simples, indicadores como frecuencias absolutas y porcentajes (estadística descriptiva).

3.7. ANÁLISIS DE DATOS

En base a las estadísticas obtenidas en el procesamiento de datos se describieron los resultados del presente estudio, y se contrastaron con el marco teórico y propias vivencias.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS

La recolección de datos les aseguró a los estudiantes la confidencialidad de sus respuestas, las mismas que fueron utilizadas exclusivamente para la investigación y no con otros fines; firmando voluntariamente la hoja de consentimiento informado.

El presente estudio se rige bajo el código de ética y deontología del enfermero, en cual guarda en el anonimato los datos de los voluntarios del cuestionario teniendo en cuenta los principios éticos, de beneficencia, autonomía y equidad; además los resultados presentados son tal cual se obtuvieron en el estudio.

3.9.LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Realizar la recolección de datos de los alumnos del quinto año fue laborioso, ya que éstos se encuentran realizando su internado en distintos establecimientos de salud.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En éste capítulo se presenta los datos recolectados para el estudio, los mismos que han sido agrupados y organizados en tablas, analizados e interpretados de acuerdo a los objetivos

Tabla 1. Características socio-demográficas de los estudiantes de enfermería. Universidad Nacional de Cajamarca, 2014 – II periodo

CARACTERISTICAS		N	%
Edad	Entre 16 -19 años	10	12.8
	Entre 20 - 24 años	63	80.8
	25 a más años	5	6.4
Sexo	Femenino	72	92.3
	Masculino	6	7.7
Ocupación	Sólo estudiante	60	76.9
	Trabaja y estudia	13	16.7
	Madre o padre de familia y estudia	5	6.4
Año de estudios	Tercer año	30	38.5
	Cuarto año	24	30.8
	Quinto año	24	30.8
TOTAL		78	100.0

Fuente: Cuestionario elaborado y aplicado por la autora

La tabla 1, muestra las características sociodemográficas de los estudiantes de enfermería matriculados en el tercer, cuarto y quinto año en el año académico 2014 – II de la Universidad Nacional de Cajamarca; donde 80,8% tiene entre 20 y 24 años; 92,3% son de sexo femenino; 76,9% solamente se ocupan de estudiar; y respecto al año de estudios 38,5% pertenece al tercer año, 30,8% al cuarto año y 30,8% quinto año.

El II Censo Nacional Universitario 2010; señala que 44,4% de estudiantes peruanos universitarios se encuentran en el rango de edad de 20 a 24 años y 90,7% de los estudiantes de enfermería son mujeres.

La edad promedio de los estudiantes de pregrado en el Perú se encuentra en el rango de 20 a 24 años, el presente estudio valida éste dato brindado por el II Censo Nacional Universitario; respecto al sexo de los estudiantes de enfermería, hace evidente la preferencia de las mujeres hacia profesiones identificadas con el rol tradicional de cuidado de la mujer; la ocupación de estudiantes resaltante en la investigación, muestra un factor adecuado para el desempeño estudiantil, ya que no distribuyen su tiempo con otras actividades que no sea la universidad; y respecto al año de estudios, éste porcentaje estuvo determinado por la muestra.

Tabla 2. Nivel de Conocimientos sobre Hepatitis B de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE HEPATITIS B	N	%
Alto	14	17.9
Medio	12	15.4
Bajo	52	66.7
TOTAL	78	100

Fuente: Cuestionario elaborado y aplicado por la autora

Los resultados de la tabla 2 reflejan que el nivel de conocimientos sobre la hepatitis B de los estudiantes de tercer, cuarto y quinto año en Escuela Académico Profesional de Enfermería, de la Universidad Nacional de Cajamarca, en el año académico 2014-II es bajo (66,7%)

En este estudio se ha podido observar (Anexo 03) que: 48,3% de los estudiantes (menos de la mitad), respondió que el Virus de la Hepatitis B se transmite más fácilmente por exposición sanguínea; mientras que 50% cree erróneamente que es el

VIH el que se transmite más fácilmente por ésta vía. La mayoría de estudiantes (73,1%), identifican que la evolución clínica de la hepatitis B se presenta en algunos casos sólo como enfermedad aguda mientras que otros puede ser crónica. Los estudiantes desconocían el significado de los marcadores serológicos que determinan la infecciosidad para Virus de la Hepatitis B pues sólo 33,3% eligió como respuesta al Antígeno de superficie de Hepatitis B. Sin embargo 52,6% reconoce acertadamente que la presencia de anti-Hbs positivo significa que se encuentra vacunado. 61,5%; consideró que el riesgo de contagio de hepatitis B en el personal de salud es alto. Menos de la mitad de los alumnos (48,7%) consideró que tiene un riesgo medio de contraer hepatitis B durante sus estudios. Finalmente, 56,4% respondió que la Hepatitis B es considerada como enfermedad profesional.

Los datos registrados tienen similitud con lo indicado por Yuste H., Varcárcel Y. y Gil A. (2006)¹³⁹; quienes señalan que 56,6% de su grupo estudiado de alumnos de enfermería, reconocen a la hepatitis B como la enfermedad de más fácil transmisión por exposición sanguínea; 34,4% identificó HBsAg como marcador de infecciosidad para hepatitis B; 64,8% respondió correctamente que la presencia de anti Hbs positivo es un indicador de vacunación; 53,5% consideró que el riesgo de contagio de la hepatitis B en el personal de salud es alto; y 49,6% de los estudiantes que realizaron el cuestionario cree que el riesgo de contagio del Virus de Hepatitis B durante las prácticas es alto.

Como se puede observar los resultados entre el estudio de Yuste H., Varcárcel Y. y Gil A. (2006) y los resultados actuales; son casi iguales, a pesar de la diferencia de tiempos en los que realizaron y la diferencia de entornos sociales (Madrid - España / Cajamarca- Perú).

Es importante resaltar que, el virus de la hepatitis B es entre 50 y 100 veces más infeccioso que el VIH y es capaz de sobrevivir durante más de una semana en superficies ambientales contaminadas; además puede convertirse en una enfermedad crónica, es un problema de salud pública mundial que todos los años afecta a millones de personas y causa discapacidad y muerte. La hepatitis B, puede o no presentar síntomas, por lo que el alumno de enfermería puede encontrarse como portador silencioso y cualquier procedimiento con exposición a fluidos se convierte en fuente de

contagio. Por estos motivos, ésta debería ser una de las enfermedades más temidas y por consiguiente una de las patologías más conocidas para el alumno, pues informarse es una de las principales formas de estar alertas ante la presencia de ésta enfermedad. Sin embargo, ante los resultados obtenidos vemos que los estudiantes de enfermería no tienen conocimientos sólidos sobre hepatitis B, de éste modo, le restan debida importancia al peligro al que se exponen, éstos resultados podrían deberse a la falta de concientización por parte del alumno y quizá a la falta de énfasis en el tema por parte de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Tabla 3. Nivel de Conocimientos en la práctica de lavado de manos y uso de barreras protectoras de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014

NIVEL DE CONOCIMIENTOS		N	%
Práctica de lavado de manos	Alto	40	51.3
	Medio	38	48.7
Uso de barreras protectoras	Alto	63	80.8
	Medio	11	14.1
	Bajo	4	5.1
TOTAL		78	100

Fuente: Cuestionario elaborado y aplicado por la autora

La tabla 3, refleja el nivel de conocimientos en la práctica de lavado de manos y uso de barreras protectoras de los estudiantes de Enfermería – UNC. 51,3% tienen un nivel de conocimientos alto en la práctica de lavado de mano con estrecha diferencia a un nivel medio (48,7%); y 80,8% nivel de conocimientos alto sobre el uso de barreras protectoras.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos con el instrumento aplicado (Anexo 04), vemos que: 98,7% de los alumnos considera que es necesario realizar el lavado de manos correctamente para evitar la hepatitis B, y 52,6% eligió correctamente la opción correspondiente a momentos en el lavado de manos clínico: antes de contacto con pacientes, antes de tarea aséptica, después de exposición a fluidos, después de contacto con pacientes.

Este último resultado es similar al descrito en la investigación de Ardila A. y Alba I. (2006)¹⁴⁰; los que indican que 57,6% del personal de salud del área de urgencias en el hospital de segundo nivel en Bogotá, dicen practicar el lavado de manos, cumpliendo con los parámetros impuestos por la norma. Muchas veces éste ítem, tiende a ser susceptible a un nivel de percepción equivocado por el entrevistado ya que investigaciones demuestran que los médicos estiman que se lavan las manos antes de inspeccionar a un paciente en un 73% de las ocasiones, pero la frecuencia real observada es de sólo el 9%. Téllez J. y Tovar M. (2007)¹⁴¹; indican que sólo 44% de los profesionales de Enfermería pertenecientes a la unidad quirúrgica del Hospital Vargas. Caracas, durante el segundo semestre practica el lavado de manos correctamente.

El lavado de manos constituye la principal medida de bioseguridad para evitar una enfermedad y es una de las prácticas de antisepsia más importantes, ya que las manos son el principal vehículo de contaminación exógena de la infección intrahospitalaria. Una revisión sistemática sobre el lavado de manos demuestra cómo el cumplimiento de esta medida puede reducir en más de un 50% las tasas de infección.

Respecto al uso de barreras (Anexo 05); 98,7% cree conveniente el uso de guantes; 96,2% asegura que si los guantes se desgarran o perforan durante la atención, éstos se deben descartar; 67,9% de los estudiantes considera que llevar las manos con guantes a los ojos y piel, o ajustarse el tapaboca o lentes puede ocasionar el contagio de hepatitis B; 78,2% resalta la importancia de usar tapaboca descartable para evitarla; 84,6% indicó que usando vestimenta limpia, adecuada y exclusiva para la atención del paciente es una forma de prevenir la enfermedad; y 100% refiere que de tener una herida no cicatrizada o lesión dérmica exudativa, es necesario cubrirla adecuadamente antes de iniciar el contacto con los pacientes para prevenir el contagio.

Éstos resultados son similares a los encontrados por Téllez J. y Tovar M. (2007)¹⁴²; quienes demostraron que los profesionales de Enfermería pertenecientes a la Unidad Quirúrgica del Hospital Vargas. Caracas, muestran las siguientes prácticas en barreras de protección: 98% usa guantes, 90% descarta los guantes ante el deterioro de éstos durante la ejecución de procedimientos; sin embargo, en el mismo estudio, hubieron hallazgos contradictorios al nuestro; donde, 73% se contamina mientras tiene los guantes puestos, 56% no usa mascarilla y 93% no utiliza lentes protectores y 66% utiliza vestimenta limpia, adecuada y exclusiva para la atención del paciente. Asimismo el estudio de Cuyamba Nilda. (2007)¹⁴³; también muestra resultados diferentes a los del presente estudio, pues 62,5% de trabajadores de salud del Hospital Feliz Mayorca Soto en Tarma registran nivel de conocimiento medio sobre barreras protectoras.

Los resultados encontrados en el presente estudio pueden deberse a la preocupación de los docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, por recalcar la importancia de las barreras protectoras, debido a que desde el inicio de la carrera de enfermería se imparten conocimientos sobre el tema.

Para prevenir la frecuencia de las exposiciones antes de comenzar una tarea, las enfermeras deben valorar la naturaleza del riesgo que está implica y seleccionar estrategias de prevención que pueden incluir barreras físicas como guantes y otro atuendo protector. Los trabajadores sanitarios deben valorar cada situación de cuidado para evaluar el riesgo y considerar los métodos que estén a su disposición. Al respecto podríamos decir que es necesario que los estudiantes de enfermería conozcan y utilicen las barreras protectoras y el lavado de manos para disminuir el riesgo de transmisión de Hepatitis B y así proteger la salud de éste grupo de futuros profesionales, de los pacientes y de la comunidad, con comportamientos encaminados a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo.

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre inmunización contra la hepatitis B de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE INMUNIZACIÓN	N	%
Alto	9	11.5
Medio	48	61.5
Bajo	21	26.9
TOTAL	78	100

Fuente: Cuestionario elaborado y aplicado por la autora

La tabla 4, evidencia que 61,5% de los estudiantes de enfermería matriculados en los años mencionados tienen un nivel medio en cuanto a conocimientos de inmunización contra la Hepatitis B,

Los resultados de éste ítem (Anexo 06), son: 97,4% respondió que el virus de la Hepatitis B cuenta con una vacuna específica; 66,7% consideraron equivocadamente que el tipo de vacuna contra la hepatitis B que actualmente se administra es de tipo atenuada, y sólo 32,1% dio una respuesta acertada: inactiva; 61,5% asegura que el nivel de efectividad de la vacuna contra el virus de la hepatitis B es alta; 89,7% indicó que el esquema de vacunación contra la Hepatitis B establecido por el MINSA más usado es el de 3 dosis; sobre el tiempo de protección que tiene la vacuna de la hepatitis B tras la vacunación; 67,9% eligió erradamente como respuesta entre 5 y 10 años y sólo 5,1% respondió adecuadamente eligiendo entre 15 a 20 años; finalmente 98,7% consideró necesaria la vacunación contra la Hepatitis B para los alumnos de enfermería.

Yuste H., Varcárcel Y. y Gil A. (2006)¹⁴⁴, encontraron resultados similares en los alumnos de enfermería (Madrid – España): 93,4% encuestados reconocen que la enfermedad de la Hepatitis B cuenta con una vacuna específica; 35,6% respondió que la vacuna actual de la Hepatitis B es inactivada; 73,4% consideró que el nivel de efectividad es alta; sólo 9,4% de los entrevistados indicaron que el tiempo de

protección que tiene la vacuna de la hepatitis B tras la vacunación es de 15 a 20 años; y 99,2% de los entrevistados cree que la necesidad de vacunar a los alumnos de enfermería es mucha.

Estos resultados resaltan el peligro al que se encuentran expuestos estos estudiantes, ya que al no conocer aspectos básicos sobre la vacunación contra la Hepatitis B, no brindan la verdadera importancia que ésta tiene para prevenir la enfermedad. En el colectivo sanitario la Hepatitis B es la infección profesional más frecuente, y es la vacunación la forma más eficaz de prevenir dicho contagio. En los alumnos de enfermería este riesgo de contagio se acentúa, porque se hallan en constante contacto con pacientes portadores del virus de la Hepatitis B por lo que tienen alto riesgo de infección accidental. De hecho la Hepatitis B es la infección más frecuente entre el personal de salud. El riesgo de que los profesionales de salud padezcan una infección es de 3 a 10 veces más elevado que en de la población general.

Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre los accidentes laborales y desecho de material cortopunzante que tienen los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014

NIVEL DE CONOCIMIENTO		N	%
Accidentes laborales	Alto	28	35.9
	Medio	40	51.3
	Bajo	10	12.8
Desecho de material cortopunzante	Alto	32	41.0
	Medio	34	43.6
	Bajo	12	15.4
TOTAL		78	100

Fuente: Cuestionario elaborado y aplicado por la autora

La tabla 5, refleja que 51,3% del grupo estudiado tiene un nivel medio de conocimientos sobre accidentes laborales y un nivel medio-alto de conocimientos de material cortopunzante (43,6% y 41% respectivamente)

En el Anexo 07, se puede observar que: 87,2% consideró a los pinchazos con agujas, cortes/heridas, salpicaduras de sangre, salpicaduras de otros fluidos y heridas; ocasionados en un establecimiento de salud como accidentes laborales; 94,9% cree que los accidentes con material cortopunzante durante las prácticas clínicas pueden exponerlo a contagiarse con el virus de la Hepatitis B; 35,9% denunciaría un accidente laboral si lo tuviera mientras que 59% lo denunciaría evaluando la gravedad de éste; cuando se pregunto cuál sería el motivo por el que no denunciaría un accidente laboral: 26,9% respondieron que no saben a quién denunciar este accidente, 29,5 % no le parece importante resaltarlo y 34,6% lo denunciaría siempre sin excepciones.

Con referencia a la denuncia de accidentes laborales, Bueno L., et al (2007)¹⁴⁵; encontraron resultados equivalentes en su estudio; 64,3% del personal de Enfermería de Unidades de Terapia y Quirúrgicas – Cuba, no reportan un accidente con material cortopunzante. Téllez J. y Tovar M. (2007)¹⁴⁶ también muestra que el 100% de personal de enfermería del Hospital Vargas. Caracas, tuvo alguna vez un accidente con material cortopunzante y de ellos, 44% lo notificó, pero sólo 10% se dirigió al departamento de infectología en donde le realizaron las pruebas de laboratorio para descartar Hepatitis B. Gutiérrez C., Alarcón J., Sánchez S. y Carrión M¹⁴⁷, evidencian en su estudio que 69.6% de los trabajadores de salud accidentados del primer nivel de atención en Lima no reportó la ocurrencia del hecho, 26,1% reportó el accidente a su jefe inmediato superior y solamente el 4,3% notificó el accidente al responsable de vigilancia epidemiológica de su establecimiento de salud; de éste grupo que notificó el accidente, sólo el 27,5% de los trabajadores se le realizó un análisis para determinar infección por VIH y 7,2% para infección por hepatitis. Valga E. (2004)¹⁴⁸; describe en su estudio que 22,4% de estudiantes de medicina de primero, tercero y sexto año de la UNMSM – Lima, sufrieron algún tipo de accidente con objetos punzocortantes dentro de su ambiente de práctica. De modo contrario, a todas las investigaciones antes mencionadas que corroboran lo encontrado en el presente estudio, Warley E., Pereyra N., Desse J., et al (2009)¹⁴⁹; señalan que 76,2% del personal de enfermería de un Hospital de Buenos Aires tuvo conocimientos adecuados en cuanto a normas vigentes

de prevención y control después de exposición de accidentes con material cortopunzante. Finalmente, Orozco M. (2013)¹⁵⁰; refleja que los estudiantes de enfermería de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A, Bogotá – Colombia: muestran 15% de accidentes en las prácticas asistenciales; el tipo de exposición más frecuente fueron las lesiones percutáneas o pinchazos con elementos cortopunzantes (40%) y las salpicaduras (30%); la actividad de enfermería más relacionada con la exposición fue la administración de medicamentos (70%) y la causa principal del accidente, el estrés y la alta carga de actividades al ofrecer el cuidado de Enfermería (70%).

Se puede decir que el grupo estudiado, identifica adecuadamente los accidentes cortopunzantes, sabe además que éstos pueden exponerlo a contagiarse de Hepatitis B, sin embargo sólo un tercio de ellos denunciaría lo accidentes laborales siempre y sin excepciones. Los resultados anteriores son preocupantes pues evidencian que a pesar de tener los conocimientos sobre accidentes laborales, en el momento de los hechos, no tomarían las decisiones adecuadas para denunciarlo ya sea por temor o porque no les parece importante resaltarlos; por lo tanto el protocolo ante un accidente laboral no se está cumpliendo; esto indudablemente constituye una falta grave a las normas de higiene y seguridad, pues ante el accidente deben seguirse una serie de pasos que tienen que ser conocidos y practicados por todos, éstos comienzan con la identificación y alerta ante la amenaza inminente que éste conlleva, sin miedo alguno; además de que la institución debe facilitar que se realicen a fin de proteger al personal y llevar un registro fidedigno que permitan orientar las acciones en materia de bioseguridad. En este sentido, si no se controla de forma adecuada estos factores, los futuros profesionales de enfermería pueden incrementar su riesgo de adquirir una enfermedad ocupacional como es la Hepatitis B.

Respecto al desecho de material cortopunzante, se puede ver que (Anexo 08): 98,7% considera que se debe eliminar el material cortopunzante inmediatamente después de realizar el procedimiento para evitar el contagio del virus de la Hepatitis B; sobre cuál es la forma correcta de desechar las agujas para evitar el contagio de VHB: 50% respondió incorrectamente al indicar que se debe reencapuchar y 48,7% considera que no se debe reencapuchar; respecto a, cuándo se debe desechar la caja de material cortopunzante, 76,9% respondió certeramente: cuando está llena $\frac{3}{4}$ de su capacidad.

Resultados equivalentes, encontró Segovia M. (2007)¹⁵¹ en los trabajadores del Hospital Hipólito Hunánue, en donde 61.1% tiene un conocimiento medio en desecho de material cortopunzante. Además Bueno L., et al (2007)¹⁵²; indican que 72,6 % del personal de enfermería de Unidades de Terapia y Quirúrgicas – Cuba, reencapuchan las agujas; un resultado similar muestran Téllez J. y Tovar M. (2007)¹⁵³; donde el personal de enfermería del Hospital Vargas – Caracas, muestra que: 76% refunda las agujas, y 69.6% refirió haber sufrido el accidente con una aguja para inyectables. Ardila A. y Alba I. (2006)¹⁵⁴; refiere que 42.4% de los trabajadores de la salud, facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, no realizan un buen descarte de material cortopunzante, contradictorio a éste estudio, Téllez J. y Tovar M. nos muestran que 85% del personal de enfermería del Hospital Vargas – Caracas, coloca material cortopunzante en envases rígidos.

Los resultados son preocupantes pues el reencapuchamiento es uno de los mecanismos más frecuentes de accidente, ésta es una práctica prohibida. De éste modo los futuros profesionales de enfermería ponen en riesgo su salud y su vida al no hacer un manejo de desechos basado en normas de higiene y seguridad aceptadas mundialmente, de manera que se hace necesario el planificar acciones tendientes a revertir la mencionada situación.

Sintetizando el análisis anterior, se presenta la siguiente tabla:

Tabla 6. Nivel de conocimiento en medidas de prevención sobre Hepatitis B, que tienen los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MEDIDAS DE PREVENCIÓN	N	%
Alto	15	19.2
Medio	57	73.1
Bajo	6	7.7
TOTAL	78	100.0

Fuente: Cuestionario elaborado y aplicado por la autora

En la tabla 6, observamos que los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014 tienen un nivel de conocimiento medio en medidas de prevención sobre el virus de la Hepatitis B, (73,1%).

Respecto a los datos encontrados, vemos que Paúcar J. y Samamé D. (2008)¹⁵⁵; describen que en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Lima: 59% presenta un nivel de conocimiento medio y 28% nivel de conocimiento bajo, en cuanto a la aplicación de bioseguridad. Mayorca A. (2010)¹⁵⁶; indica que el conocimiento de los internos de enfermería de la Universidad Mayor de San Marcos, sobre las medidas de bioseguridad en el procedimiento de canalización de vía venosa periférica es de nivel medio en 61%. Yuste H., Varcárcel Y. y Gil A. (2006)¹⁵⁷; observó que 93,3% de los alumnos de enfermería en Madrid – España, adoptaban un nivel medio de medidas preventivas para evitar el contagio de hepatitis B.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos propuestos en la presente investigación, se obtuvieron resultados que luego de ser analizados y discutidos, se presentan las siguientes conclusiones:

1. Las características sociodemográficas de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014 son: edad, entre 20 y 24 años; de sexo femenino; la mayoría se ocupan de estudiar.
2. El nivel de conocimiento sobre la hepatitis B de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014 fue bajo en más de la mitad de los alumnos.
3. En la práctica de lavado de manos, el grupo estudiado, tiene un nivel de conocimiento alto – medio (estos rangos fueron casi equitativos ambos); y un nivel de conocimientos alto en el uso de barreras protectoras, en más del dos tercios de la muestra.
4. El conocimiento sobre inmunización contra la hepatitis B, fue de nivel medio, éste resultado se dio en más de la mitad de los entrevistados.
5. Los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014, alcanzaron un nivel medio de conocimiento sobre los accidentes laborales (la mitad de alumnos entrevistados) y un nivel medio – alto en conocimiento en desecho de material cortopunzante.
6. En general, los estudiantes de enfermería, presentaron un nivel medio de conocimientos en medidas de prevención sobre hepatitis B; éste nivel correspondió a casi las 2 terceras partes de la población estudiada

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio, se recomienda:

1. A la Facultad de Ciencias de la Salud, se recomienda; incrementar programas de capacitación dirigidos al manejo de accidentes con riesgos biológicos y que la vacunación sea obligatoria antes de iniciar las prácticas clínicas.
2. Al Departamento de Enfermería, se propone, que de mano con epidemiología, elaboren protocolos de actuación o fluxogramas, que promuevan estrategias de educación continua y permanente orientado a facilitar la capacitación y actualización sobre medidas profilácticas en caso de accidentes con material cortopunzante.
3. A los docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería se recomienda: Concientizar a los estudiantes a cerca del riesgo biológico que presenta el virus de la hepatitis B, mediante seminarios reforzados con ayudas audiovisuales de casos reales, análisis de casos clínicos de pacientes portadores del virus y charlas periódicas; también potenciar el cumplimiento en las medidas de bioseguridad, trabajando en la práctica de forma permanente para así favorecer la formación de los alumnos; creando así buenos hábitos que más adelante se convertirán en su arma de protección frente al riesgo biológico. Así como publicar los resultados del presente trabajo a los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de una manera directa, para hacerlos conocedores de su propia realidad y ésta sirva de estímulo para el profundizar el tema.
4. A los alumnos de la carrera de Enfermería, se invita a realizar otros estudios de éste tipo y complementarios para analizar el nivel de conocimiento en medidas de prevención, no sólo sobre hepatitis B sino también de otras infecciones en los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS, UNICEF, Banco Mundial, Vacunas e inmunización: situación mundial, tercera edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
2. OMS. Hepatitis B. Nota descriptiva N° 204. Julio 2012
3. OMS. Hepatitis B. Nota descriptiva N° 204. Julio 2012
4. Araujo Miguel. Desechos Hospitalarios: Riesgos Biológicos y Recomendaciones Generales Sobre su Manejo. 1ª ed. Lima: Ministerio de Salud, 2006
5. OMS. Prevención y control de las Hepatitis virales: Marco para la acción mundial. 2012
6. OMS, UNICEF, Banco Mundial, Vacunas e inmunización: situación mundial, tercera edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
7. OMS, UNICEF, Banco Mundial, Vacunas e inmunización: situación mundial, tercera edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
8. Ministerio de Salud – Dirección General de Epidemiología. Análisis de la Situación de Salud del Perú. 1ª ed. Depósito legal de la biblioteca nacional del Perú. Lima Perú: Agosto 2010
9. Cabezas Sanchez César. Hepatitis Viral B y Delta en el Perú: Epidemiología y Bases para su control. 1ª ed. Lima: Depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2008-0399; 2008
10. Ministerio de Salud. NTS N° 092 – MINSA/DGSP-V.01 “NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B EN EL PERÚ”. Lima; 2011
11. Revista Mexicana de Medicina en Urgencias. Vol 1, N° 2, Abril – Junio 2007
12. OMS. Ayuda memoria en seguridad del personal de salud. Ginebra; 2007
13. Moreira A. y col. Situaciones de riesgo biológico presentes en la asistencia de enfermería en las unidades de salud de las familias (USF). Revista Latinoamericana En fermagem. [internet]. Brasil. Mai. – jun 2010 [Consultado el 04 de Setiembre de 2013]. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_11.pdf
14. Huaman H. Doris, Romero T. Laura. Nivel de conocimiento y práctica de medidas de bioseguridad en las enfermeras de los servicios de medicina del hospital belén de trujillo 2013. [tesis]. Trujillo Perú. Facultad de Ciencias de la Salud: Universidad Privada Antenor Orrego.

15. Panimboza C. Carmen y Pardo M. Luis. Medidas de bioseguridad que aplica el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria del paciente. “Hospital Dr. José Garcés Rodríguez”. Salinas 2012-2013. [tesis]. La Libertad – Ecuador. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud. Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2013
16. Huaman H. Doris, Romero T. Laura. Nivel de conocimiento y práctica de medidas de bioseguridad en las enfermeras de los servicios de medicina del hospital belén de trujillo 2013. [tesis]. Trujillo Perú. Facultad de Ciencias de la Salud: Universidad Privada Antenor Orrego.
17. Cabezas Sanchez César. Hepatitis Viral B y Delta en el Perú: Epidemiología y Bases para su control. 1ª ed. Lima: Depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2008-0399; 2008
18. Ministerio de Salud. NTS N° 092 – MINS/DGSP-V.01 “NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B EN EL PERÚ”. Lima; 2011
19. López A. Renzo y Lopez P. Mery. “Nivel de Conocimientos y Practicas de Medidas De Bioseguridad en Internos de Enfermeria Del Hospital MINS/II-2 Tarapoto Junio - Agosto 2012”. [tesis]. Tarapoto – Perú. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de San Martín; 2012
20. Cabezas Sanchez César. Hepatitis Viral B y Delta en el Perú: Epidemiología y Bases para su control. 1ª ed. Lima: Depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2008-0399; 2008
21. Yuste Helena, Varcárcel Y. y Gil A. Estado vacunal y conocimiento de la vacuna de la Hepatitis B en los alumnos de enfermería [tesis maestría]. Madrid – España. Unidad de docencia e investigación en Medicina Preventiva y salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud: Universidad Rey Juan Carlos; 2006
22. Bueno Marrero Luis E., Álvarez Toste Mireya, Guanche Garcell Humberto, García Arzola Esteban. Prevalencia de lesiones por objetos cortopunzantes en el personal de enfermería de unidades de terapia y quirúrgicas. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en Internet]. 2007 Ago [citado 2014 Jul 25]; 45(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000200004&lng=es.
23. Ardila Ana Maria, Muñoz Alba Idaly. Bioseguridad con énfasis en contaminantes biológicos en trabajadores de la salud. Ciênc. saúde coletiva [revista en internet]. 2009 Dic [citado 2014 Jul 25]; 14(6): 2135-2141. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

[81232009000600020&lng=en.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600020&lng=en)

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413->

[81232009000600020.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600020)

24. Téllez Julia y Tovar M. Medidas de bioseguridad que aplica el profesional de Enfermería y la accidentabilidad laboral en la unidad quirúrgica, hospital “Dr. José María Vargas” en el segundo semestre de 2007. [tesis]. Caracas – Venezuela. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería; 2007
25. Warley Eduardo, et al. Estudio sobre la exposición ocupacional a sangre y fluidos corporales en el personal de enfermería de un hospital de referencia de Buenos Aires, Argentina. Rev Panam Salud Publica [revista en internet]. 2009 Jun [citado 2014 Jul 25]; 25(6): 524-529. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000600009&lng=en.](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000600009&lng=en) [http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009000600009.](http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009000600009)
26. Lozano Camilo Eduardo, González Aylinn Gissella, Cadena Laura del Pilar. Caracterización de los accidentes por exposición a agente biológico en una población de estudiantes de medicina de Bucaramanga. Infect. [revista en Internet]. 2012 Dic [citado 2014 July 25]; 16(4): 204-210. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922012000400004&lng=en.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922012000400004&lng=en)
27. Orozco Margarita María. ACCIDENTALIDAD POR RIESGO BIOLÓGICO EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A, BOGOTÁ, COLOMBIA. rev.udcaactual.divulg.cient. [revista en internet]. 2013 Jun [citado 2014 Jul 25]; 16(1):27-33. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262013006000004&lng=en
28. Valga Amado Ernesto Francisco. Prevalencia de infección de Hepatitis B y factores de riesgo asociados en estudiantes de medicina de primero, tercero y sexto año de la UNMSM. Lima-Perú. 2004, [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2006
29. Lic. Segovia Ancco. María Elena Nivel de conocimiento que tienen las enfermeras que laboran en las áreas críticas, sobre el manejo de la exposición accidental de

- riesgos biológicos; hospital nacional Hipólito Hunánue 2007 [tesis especialidad]. Lima. Facultad de Medicina; 2008
30. Cuyamba Damián, Nilda Elena. Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad del Hospital Feliz Mayorca Soto Tarma 2007. [tesis de especialidad]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana – Unidad de Post grado; 2008.
 31. César Gutiérrez, Jorge Alarcón, Sixto Sánchez y Miguel Carrión. Prevalencia y factores asociados a heridas punzo-cortantes en trabajadores de salud del primer nivel de atención. Dirección de Salud V. Lima Ciudad. Revista Peruana de Epidemiología. Vol 12 No 2; Agosto 2008.
 32. Mayorca Y. Ana Milagros. Conocimientos, actitudes y prácticas de medidas de bioseguridad, en la canalización de vía venosa periférica que realizan las internas de enfermería, [tesis]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Enfermería; 2010
 33. Paúcar Berrocal y Samamé García. Conocimientos y actitudes sobre la aplicación de las precauciones estándar de en Estudiantes de Enfermería, [tesis]. Lima: Universidad de Lima. Facultad de Enfermería; 2008
 34. Marriner Tomey A, Raile Alligood M, Modelos y teorías en enfermería, 7a ed, Madrid: Elsevier España; 2011. Capítulo 21.
 35. Marriner Tomey A, Raile Alligood M, Modelos y teorías en enfermería, 7a ed, Madrid: Elsevier España; 2011. Capítulo 21.
 36. Marriner Tomey A, Raile Alligood M, Modelos y teorías en enfermería, 7a ed, Madrid: Elsevier España; 2011. Capítulo 21.
 37. Marriner Tomey A, Raile Alligood M, Modelos y teorías en enfermería, 7a ed, Madrid: Elsevier España; 2011. Capítulo 21.
 38. Segarra Ciprés, Mercedes y Bou Llusan Juan Carlos. Conceptos y Dimensiones del conocimiento. Universidad Jaume I Castellon. España: 2010.
 39. Segarra Ciprés, Mercedes y Bou Llusan Juan Carlos. Conceptos y Dimensiones del conocimiento. Universidad Jaume I Castellon. España: 2010.
 40. Segarra Ciprés, Mercedes y Bou Llusan Juan Carlos. Conceptos y Dimensiones del conocimiento. Universidad Jaume I Castellon. España: 2010.
 41. Segarra Ciprés, Mercedes y Bou Llusan Juan Carlos. Conceptos y Dimensiones del conocimiento. Universidad Jaume I Castellon. España: 2010.

42. Segarra Ciprés, Mercedes y Bou Llusan Juan Carlos. Conceptos y Dimensiones del conocimiento. Universidad Jaume I Castellon. España: 2010.
43. Lic. Segovia Ancco. María Elena Nivel de conocimiento que tienen las enfermeras que laboran en las áreas críticas, sobre el manejo de la exposición accidental de riesgos biológicos; hospital nacional Hipólito Hunánue 2007 [tesis especialidad]. Lima. Facultad de Medicina; 2008
44. Lic. Segovia Ancco. María Elena Nivel de conocimiento que tienen las enfermeras que laboran en las áreas críticas, sobre el manejo de la exposición accidental de riesgos biológicos; hospital nacional Hipólito Hunánue 2007 [tesis especialidad]. Lima. Facultad de Medicina; 2008
45. Lic. Segovia Ancco. María Elena Nivel de conocimiento que tienen las enfermeras que laboran en las áreas críticas, sobre el manejo de la exposición accidental de riesgos biológicos; hospital nacional Hipólito Hunánue 2007 [tesis especialidad]. Lima. Facultad de Medicina; 2008
46. Lic. Segovia Ancco. María Elena Nivel de conocimiento que tienen las enfermeras que laboran en las áreas críticas, sobre el manejo de la exposición accidental de riesgos biológicos; hospital nacional Hipólito Hunánue 2007 [tesis especialidad]. Lima. Facultad de Medicina; 2008
47. Lic. Segovia Ancco. María Elena Nivel de conocimiento que tienen las enfermeras que laboran en las áreas críticas, sobre el manejo de la exposición accidental de riesgos biológicos; hospital nacional Hipólito Hunánue 2007 [tesis especialidad]. Lima. Facultad de Medicina; 2008
48. Rodríguez García M.. Hepatitis crónica B. Rev. esp. enferm. dig. [revista en Internet]. 2004 Ago [citado 2014 Jul 26]; 96(8): 586-586. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082004000800009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082004000800009>.
49. Talley J. Nicholas, Segal Isidor, Weltman D. Martín. Gastroenterología y Hepatología. 1ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2010
50. Valderrama Sandra L, Cortés Jorge A, Cuervo Sonia I. Tratamiento para la infección por Hepatitis B Crónica. Infect. [revista en internet]. 2007 Dic [citado 2014 Jul 25]; 11(4): 201-210. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922007000400007&lng=en.

51. César Gutiérrez, Jorge Alarcón, Sixto Sánchez y Miguel Carrión. Prevalencia y factores asociados a heridas punzo-cortantes en trabajadores de salud del primer nivel de atención. Dirección de Salud V. Lima Ciudad. Revista Peruana de Epidemiología. Vol 12 No 2; Agosto 2008.
52. César Gutiérrez, Jorge Alarcón, Sixto Sánchez y Miguel Carrión. Prevalencia y factores asociados a heridas punzo-cortantes en trabajadores de salud del primer nivel de atención. Dirección de Salud V. Lima Ciudad. Revista Peruana de Epidemiología. Vol 12 No 2; Agosto 2008.
53. César Gutiérrez, Jorge Alarcón, Sixto Sánchez y Miguel Carrión. Prevalencia y factores asociados a heridas punzo-cortantes en trabajadores de salud del primer nivel de atención. Dirección de Salud V. Lima Ciudad. Revista Peruana de Epidemiología. Vol 12 No 2; Agosto 2008.
54. César Gutiérrez, Jorge Alarcón, Sixto Sánchez y Miguel Carrión. Prevalencia y factores asociados a heridas punzo-cortantes en trabajadores de salud del primer nivel de atención. Dirección de Salud V. Lima Ciudad. Revista Peruana de Epidemiología. Vol 12 No 2; Agosto 2008.
55. Cuyamba Damián, Nilda Elena. Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad del Hospital Feliz Mayorca Soto Tarma 2007. [tesis de especialidad]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana – Unidad de Post grado; 2008.
56. Cuyamba Damián, Nilda Elena. Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad del Hospital Feliz Mayorca Soto Tarma 2007. [tesis de especialidad]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana – Unidad de Post grado; 2008.
57. Cuyamba Damián, Nilda Elena. Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad del Hospital Feliz Mayorca Soto Tarma 2007. [tesis de especialidad]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana – Unidad de Post grado; 2008.
58. Cuyamba Damián, Nilda Elena. Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad del Hospital Feliz Mayorca Soto Tarma 2007. [tesis de especialidad]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana – Unidad de Post grado; 2008.
59. Cuyamba Damián, Nilda Elena. Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad del Hospital Feliz Mayorca Soto

- Tarma 2007. [tesis de especialidad]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana – Unidad de Post grado; 2008.
60. Cuyamba Damián, Nilda Elena. Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad del Hospital Feliz Mayorca Soto Tarma 2007. [tesis de especialidad]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana – Unidad de Post grado; 2008.
61. Cuyamba Damián, Nilda Elena. Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad del Hospital Feliz Mayorca Soto Tarma 2007. [tesis de especialidad]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana – Unidad de Post grado; 2008.
62. Cuyamba Damián, Nilda Elena. Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad del Hospital Feliz Mayorca Soto Tarma 2007. [tesis de especialidad]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana – Unidad de Post grado; 2008.
63. Cuyamba Damián, Nilda Elena. Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad del Hospital Feliz Mayorca Soto Tarma 2007. [tesis de especialidad]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana – Unidad de Post grado; 2008.
64. Cuyamba Damián, Nilda Elena. Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad del Hospital Feliz Mayorca Soto Tarma 2007. [tesis de especialidad]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana – Unidad de Post grado; 2008.
65. Cuyamba Damián, Nilda Elena. Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad del Hospital Feliz Mayorca Soto Tarma 2007. [tesis de especialidad]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana – Unidad de Post grado; 2008.
66. Cuyamba Damián, Nilda Elena. Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad del Hospital Feliz Mayorca Soto Tarma 2007. [tesis de especialidad]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana – Unidad de Post grado; 2008.
67. Cuyamba Damián, Nilda Elena. Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad del Hospital Feliz Mayorca Soto Tarma 2007. [tesis de especialidad]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana – Unidad de Post grado; 2008.

68. Cuyamba Damián, Nilda Elena. Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad del Hospital Feliz Mayorca Soto Tarma 2007. [tesis de especialidad]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana – Unidad de Post grado; 2008.
69. Cuyamba Damián, Nilda Elena. Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad del Hospital Feliz Mayorca Soto Tarma 2007. [tesis de especialidad]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana – Unidad de Post grado; 2008.
70. Cuyamba Damián, Nilda Elena. Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad del Hospital Feliz Mayorca Soto Tarma 2007. [tesis de especialidad]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana – Unidad de Post grado; 2008.
71. Cuyamba Damián, Nilda Elena. Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad del Hospital Feliz Mayorca Soto Tarma 2007. [tesis de especialidad]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana – Unidad de Post grado; 2008.
72. Cabezas Sanchez César. Hepatitis Viral B y Delta en el Perú: Epidemiología y Bases para su control. 1ª ed. Lima: Depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2008-0399; 2008
73. Cabezas Sanchez César. Hepatitis Viral B y Delta en el Perú: Epidemiología y Bases para su control. 1ª ed. Lima: Depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2008-0399; 2008
74. Cabezas Sanchez César. Hepatitis Viral B y Delta en el Perú: Epidemiología y Bases para su control. 1ª ed. Lima: Depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2008-0399; 2008
75. Cabezas Sanchez César. Hepatitis Viral B y Delta en el Perú: Epidemiología y Bases para su control. 1ª ed. Lima: Depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2008-0399; 2008
76. Postgraduate Medicine. Hepatitis Guía de tratamiento. 1ª ed. Lima Perú: PLM Perú S.A; 2004
77. César Gutiérrez, Jorge Alarcón, Sixto Sánchez y Miguel Carrión. Prevalencia y factores asociados a heridas punzo-cortantes en trabajadores de salud del primer nivel de atención. Dirección de Salud V. Lima Ciudad. Revista Peruana de Epidemiología. Vol 12 No 2; Agosto 2008.

78. Postgraduate Medicine. Hepatitis Guía de tratamiento. 1ª ed. Lima Perú: PLM Perú S.A; 2004
79. Postgraduate Medicine. Hepatitis Guía de tratamiento. 1ª ed. Lima Perú: PLM Perú S.A; 2004
80. Postgraduate Medicine. Hepatitis Guía de tratamiento. 1ª ed. Lima Perú: PLM Perú S.A; 2004
81. Postgraduate Medicine. Hepatitis Guía de tratamiento. 1ª ed. Lima Perú: PLM Perú S.A; 2004
82. Postgraduate Medicine. Hepatitis Guía de tratamiento. 1ª ed. Lima Perú: PLM Perú S.A; 2004
83. Postgraduate Medicine. Hepatitis Guía de tratamiento. 1ª ed. Lima Perú: PLM Perú S.A; 2004
84. Postgraduate Medicine. Hepatitis Guía de tratamiento. 1ª ed. Lima Perú: PLM Perú S.A; 2004
85. César Gutiérrez, Jorge Alarcón, Sixto Sánchez y Miguel Carrión. Prevalencia y factores asociados a heridas punzo-cortantes en trabajadores de salud del primer nivel de atención. Dirección de Salud V. Lima Ciudad. Revista Peruana de Epidemiología. Vol 12 No 2; Agosto 2008.
86. César Gutiérrez, Jorge Alarcón, Sixto Sánchez y Miguel Carrión. Prevalencia y factores asociados a heridas punzo-cortantes en trabajadores de salud del primer nivel de atención. Dirección de Salud V. Lima Ciudad. Revista Peruana de Epidemiología. Vol 12 No 2; Agosto 2008.
87. Postgraduate Medicine. Hepatitis Guía de tratamiento. 1ª ed. Lima Perú: PLM Perú S.A; 2004
88. Benguria D. Patricia, Escudero Z., Duoc Eliana. Guía: Lavado Clínico de manos, lavado quirúrgico de manos. 1ª ed. Minsal. Santiago Chile: 2013
89. Benguria D. Patricia, Escudero Z., Duoc Eliana. Guía: Lavado Clínico de manos, lavado quirúrgico de manos. 1ª ed. Minsal. Santiago Chile: 2013
90. Benguria D. Patricia, Escudero Z., Duoc Eliana. Guía: Lavado Clínico de manos, lavado quirúrgico de manos. 1ª ed. Minsal. Santiago Chile: 2013
91. Benguria D. Patricia, Escudero Z., Duoc Eliana. Guía: Lavado Clínico de manos, lavado quirúrgico de manos. 1ª ed. Minsal. Santiago Chile: 2013
92. http://www.who.int/gpsc/tools/Five_moments/en/ (pág. de la OMS), accedido el 15 de septiembre de 2014

93. Benguria D. Patricia, Escudero Z., Duoc Eliana. Guía: Lavado Clínico de manos, lavado quirúrgico de manos. 1ª ed. Minsal. Santiago Chile: 2013
94. Benguria D. Patricia, Escudero Z., Duoc Eliana. Guía: Lavado Clínico de manos, lavado quirúrgico de manos. 1ª ed. Minsal. Santiago Chile: 2013
95. Benguria D. Patricia, Escudero Z., Duoc Eliana. Guía: Lavado Clínico de manos, lavado quirúrgico de manos. 1ª ed. Minsal. Santiago Chile: 2013
96. Behnke Gutiérrez Ernesto. Norma Sobre Manejo de Material Cortopunzante y Fluidos Corporales para la Prevencion de Exposicion Laboral con Riesgo Biologico 2010. 1ª ed. Comité Infecciones Intrahospitalarias. Chile: 2010
97. Behnke Gutiérrez Ernesto. Norma Sobre Manejo de Material Cortopunzante y Fluidos Corporales para la Prevencion de Exposicion Laboral con Riesgo Biologico 2010. 1ª ed. Comité Infecciones Intrahospitalarias. Chile: 2010
98. Behnke Gutiérrez Ernesto. Norma Sobre Manejo de Material Cortopunzante y Fluidos Corporales para la Prevencion de Exposicion Laboral con Riesgo Biologico 2010. 1ª ed. Comité Infecciones Intrahospitalarias. Chile: 2010
99. Behnke Gutiérrez Ernesto. Norma Sobre Manejo de Material Cortopunzante y Fluidos Corporales para la Prevencion de Exposicion Laboral con Riesgo Biologico 2010. 1ª ed. Comité Infecciones Intrahospitalarias. Chile: 2010
100. Behnke Gutiérrez Ernesto. Norma Sobre Manejo de Material Cortopunzante y Fluidos Corporales para la Prevencion de Exposicion Laboral con Riesgo Biologico 2010. 1ª ed. Comité Infecciones Intrahospitalarias. Chile: 2010
101. Behnke Gutiérrez Ernesto. Norma Sobre Manejo de Material Cortopunzante y Fluidos Corporales para la Prevencion de Exposicion Laboral con Riesgo Biologico 2010. 1ª ed. Comité Infecciones Intrahospitalarias. Chile: 2010
102. Behnke Gutiérrez Ernesto. Norma Sobre Manejo de Material Cortopunzante y Fluidos Corporales para la Prevencion de Exposicion Laboral con Riesgo Biologico 2010. 1ª ed. Comité Infecciones Intrahospitalarias. Chile: 2010
103. Behnke Gutiérrez Ernesto. Norma Sobre Manejo de Material Cortopunzante y Fluidos Corporales para la Prevencion de Exposicion Laboral con Riesgo Biologico 2010. 1ª ed. Comité Infecciones Intrahospitalarias. Chile: 2010
104. Behnke Gutiérrez Ernesto. Norma Sobre Manejo de Material Cortopunzante y Fluidos Corporales para la Prevencion de Exposicion Laboral con Riesgo Biologico 2010. 1ª ed. Comité Infecciones Intrahospitalarias. Chile: 2010

105. Behnke Gutiérrez Ernesto. Norma Sobre Manejo de Material Cortopunzante y Fluidos Corporales para la Prevención de Exposición Laboral con Riesgo Biológico 2010. 1ª ed. Comité Infecciones Intrahospitalarias. Chile: 2010
106. Behnke Gutiérrez Ernesto. Norma Sobre Manejo de Material Cortopunzante y Fluidos Corporales para la Prevención de Exposición Laboral con Riesgo Biológico 2010. 1ª ed. Comité Infecciones Intrahospitalarias. Chile: 2010
107. Behnke Gutiérrez Ernesto. Norma Sobre Manejo de Material Cortopunzante y Fluidos Corporales para la Prevención de Exposición Laboral con Riesgo Biológico 2010. 1ª ed. Comité Infecciones Intrahospitalarias. Chile: 2010
108. UNAGESP- Instituto Nacional de Salud. Estudio de seroprevalencia contra sarampión, rubéola y Hepatitis B en niños de 1 a 4 años del Perú – Lima; 2012
109. Ministerio de Salud – Dirección General de Epidemiología. Análisis de la Situación de Salud del Perú. 1ª ed. Depósito legal de la biblioteca nacional del Perú. Lima Perú: Agosto 2010
110. OMS. Hepatitis B. Nota descriptiva N° 204. Julio 2012
111. OMS. Hepatitis B. Nota descriptiva N° 204. Julio 2012
112. OMS. Hepatitis B. Nota descriptiva N° 204. Julio 2012
113. OMS. Hepatitis B. Nota descriptiva N° 204. Julio 2012
114. OMS. Hepatitis B. Nota descriptiva N° 204. Julio 2012
115. OMS, UNICEF, Banco Mundial, Vacunas e inmunización: situación mundial, tercera edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
116. OMS, UNICEF, Banco Mundial, Vacunas e inmunización: situación mundial, tercera edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
117. OMS, UNICEF, Banco Mundial, Vacunas e inmunización: situación mundial, tercera edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
118. Ministerio de Salud. NTS N° 092 – MINSA/DGSP-V.01 “NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B EN EL PERÚ”. Lima; 2011
119. Ministerio de Salud. NTS N° 092 – MINSA/DGSP-V.01 “NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B EN EL PERÚ”. Lima; 2011
120. Ministerio de Salud. NTS N° 092 – MINSA/DGSP-V.01 “NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B EN EL PERÚ”. Lima; 2011

121. UNAGESP- Instituto Nacional de Salud. Estudio de seroprevalencia contra sarampión, rubéola y Hepatitis B en niños de 1 a 4 años del Perú – Lima; 2012
122. <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/258-vacuna-Hepatitis-b> (pág. del Ministerio de Salud), accedido el 15 de septiembre de 2014.
123. <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/258-vacuna-Hepatitis-b> (pág. del Ministerio de Salud), accedido el 15 de septiembre de 2014.
124. <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/258-vacuna-Hepatitis-b> (pág. del Ministerio de Salud), accedido el 15 de septiembre de 2014.
125. <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/258-vacuna-Hepatitis-b> (pág. del Ministerio de Salud), accedido el 15 de septiembre de 2014.
126. <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/258-vacuna-Hepatitis-b> (pág. del Ministerio de Salud), accedido el 15 de septiembre de 2014.
127. <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/258-vacuna-Hepatitis-b> (pág. del Ministerio de Salud), accedido el 15 de septiembre de 2014.
128. <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/258-vacuna-Hepatitis-b> (pág. del Ministerio de Salud), accedido el 15 de septiembre de 2014.
129. <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/258-vacuna-Hepatitis-b> (pág. del Ministerio de Salud), accedido el 15 de septiembre de 2014.
130. <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/258-vacuna-Hepatitis-b> (pág. del Ministerio de Salud), accedido el 15 de septiembre de 2014.
131. <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/258-vacuna-Hepatitis-b> (pág. del Ministerio de Salud), accedido el 15 de septiembre de 2014
132. <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/258-vacuna-Hepatitis-b> (pág. del Ministerio de Salud), accedido el 15 de septiembre de 2014
133. <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/258-vacuna-Hepatitis-b> (pág. del Ministerio de Salud), accedido el 15 de septiembre de 2014
134. <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/258-vacuna-Hepatitis-b> (pág. del Ministerio de Salud), accedido el 15 de septiembre de 2014
135. <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/258-vacuna-Hepatitis-b> (pág. del Ministerio de Salud), accedido el 15 de septiembre de 2014
136. <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/258-vacuna-Hepatitis-b> (pág. del Ministerio de Salud), accedido el 15 de septiembre de 2014
137. <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/258-vacuna-Hepatitis-b> (pág. del Ministerio de Salud), accedido el 15 de septiembre de 2014

138. <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/258-vacuna-Hepatitis-b> (pág. del Ministerio de Salud), accedido el 15 de septiembre de 2014
139. Yuste Helena, Varcárcel Y. y Gil A. Estado vacunal y conocimiento de la vacuna de la Hepatitis B en los alumnos de enfermería [tesis maestría]. Madrid – España. Unidad de docencia e investigación en Medicina Preventiva y salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud: Universidad Rey Juan Carlos; 2006
140. Ardila Ana Maria, Muñoz Alba Idaly. Bioseguridad con énfasis en contaminantes biológicos en trabajadores de la salud. *Ciênc. saúde coletiva* [revista en internet]. 2009 Dic [citado 2014 Jul 25]; 14(6): 2135-2141. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000600020>.
141. Téllez Julia y Tovar M. Medidas de bioseguridad que aplica el profesional de Enfermería y la accidentabilidad laboral en la unidad quirúrgica, hospital “Dr. José María Vargas” en el segundo semestre de 2007. [tesis]. Caracas – Venezuela. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería; 2007
142. Téllez Julia y Tovar M. Medidas de bioseguridad que aplica el profesional de Enfermería y la accidentabilidad laboral en la unidad quirúrgica, hospital “Dr. José María Vargas” en el segundo semestre de 2007. [tesis]. Caracas – Venezuela. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería; 2007
143. Cuyamba Damián, Nilda Elena. Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad del Hospital Feliz Mayorca Soto Tarma 2007. [tesis de especialidad]. Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana – Unidad de Post grado; 2008.
144. Yuste Helena, Varcárcel Y. y Gil A. Estado vacunal y conocimiento de la vacuna de la Hepatitis B en los alumnos de enfermería [tesis maestría]. Madrid – España. Unidad de docencia e investigación en Medicina Preventiva y salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud: Universidad Rey Juan Carlos; 2006
145. Bueno Marrero Luis E., Álvarez Toste Mireya, Guanche Garcell Humberto, García Arzola Esteban. Prevalencia de lesiones por objetos cortopunzantes en el personal de enfermería de unidades de terapia y quirúrgicas. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [revista en Internet]. 2007 Ago [citado 2014 Jul 25]; 45(2): Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000200004&lng=es.

146. Téllez Julia y Tovar M. Medidas de bioseguridad que aplica el profesional de Enfermería y la accidentabilidad laboral en la unidad quirúrgica, hospital “Dr. José María Vargas” en el segundo semestre de 2007. [tesis]. Caracas – Venezuela. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería; 2007
147. César Gutiérrez, Jorge Alarcón, Sixto Sánchez y Miguel Carrión. Prevalencia y factores asociados a heridas punzo-cortantes en trabajadores de salud del primer nivel de atención. Dirección de Salud V. Lima Ciudad. Revista Peruana de Epidemiología. Vol 12 No 2; Agosto 2008.
148. Valga Amado Ernesto Francisco. Prevalencia de infección de Hepatitis B y factores de riesgo asociados en estudiantes de medicina de primero, tercero y sexto año de la UNMSM. Lima-Perú. 2004, [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2006
149. Warley Eduardo, et al. Estudio sobre la exposición ocupacional a sangre y fluidos corporales en el personal de enfermería de un hospital de referencia de Buenos Aires, Argentina. Rev Panam Salud Publica [revista en internet]. 2009 Jun [citado 2014 Jul 25]; 25(6): 524-529. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000600009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009000600009>.
150. Orozco Margarita María. ACCIDENTALIDAD POR RIESGO BIOLÓGICO EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A, BOGOTÁ, COLOMBIA. rev.udcaactual.divulg.cient. [revista en internet]. 2013 Jun [citado 2014 Jul 25]; 16(1):27-33. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262013006000004&lng=en
151. Lic. Segovia Ancco. María Elena Nivel de conocimiento que tienen las enfermeras que laboran en las áreas críticas, sobre el manejo de la exposición accidental de riesgos biológicos; hospital nacional Hipólito Hunánue 2007 [tesis especialidad]. Lima. Facultad de Medicina; 2008

152. Bueno Marrero Luis E., Álvarez Toste Mireya, Guanche Garcell Humberto, García Arzola Esteban. Prevalencia de lesiones por objetos cortopunzantes en el personal de enfermería de unidades de terapia y quirúrgicas. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en Internet]. 2007 Ago [citado 2014 Jul 25]; 45(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000200004&lng=es.
153. Téllez Julia y Tovar M. Medidas de bioseguridad que aplica el profesional de Enfermería y la accidentabilidad laboral en la unidad quirúrgica, hospital “Dr. José María Vargas” en el segundo semestre de 2007. [tesis]. Caracas – Venezuela. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería; 2007
154. Ardila Ana Maria, Muñoz Alba Idaly. Bioseguridad con énfasis en contaminantes biológicos en trabajadores de la salud. Ciênc. saúde coletiva [revista en internet]. 2009 Dic [citado 2014 Jul 25]; 14(6): 2135-2141. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000600020>.
155. Paúcar Berrocal y Samamé García. Conocimientos y actitudes sobre la aplicación de las precauciones estándar de en Estudiantes de Enfermería, [tesis]. Lima: Universidad de Lima. Facultad de Enfermería; 2008
156. Mayorca Y. Ana Milagros. Conocimientos, actitudes y prácticas de medidas de bioseguridad, en la canalización de vía venosa periférica que realizan las internas de enfermería, [tesis]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Enfermería; 2010
157. Yuste Helena, Varcárcel Y. y Gil A. Estado vacunal y conocimiento de la vacuna de la Hepatitis B en los alumnos de enfermería [tesis maestría]. Madrid – España. Unidad de docencia e investigación en Medicina Preventiva y salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud: Universidad Rey Juan Carlos; 2006

ANEXOS

ANEXO N° 01

HOJA DE CONCENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento hago constar que acepto participar en el estudio titulado: “HEPATITIS B: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA, 2014”, desarrollado por la alumna Lizeth Mardely Corvera Figueroa de la Escuela Académico profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Habiéndoseme informado que se trata de responder a un cuestionario, por lo cual no ocasionaré ningún gasto ni recibiré ningún tipo de compensación económica.

Quisiera pedir su ayuda para que conteste algunas preguntas de manera INDIVIDUAL. Sus respuestas serán CONFIDENCIALES y ANÓNIMAS.

En razón de lo anterior firmo el documento como prueba de aceptación.

Firma: _____

DNI: _____

Cajamarca, de del 2014

ANEXO N° 02

CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

“HEPATITIS B: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA, 2014”

INSTRUCCIONES

Buenos días (tardes):

Le pedimos nos apoye respondiendo al presente cuestionario, de carácter CONFIDENCIAL y ANÓNIMO, que nos permitirá reunir información para el estudio “Hepatitis B: Nivel de conocimiento en medidas de prevención de los estudiantes de enfermería. Universidad Nacional de Cajamarca 2014”.

Este cuestionario no es un examen, no queremos saber si sabe más o menos que otra persona. Es por eso que pedimos que la resuelva en forma INDIVIDUAL, y con la mayor SINCERIDAD posible. Por ello, lea con atención las siguientes preguntas y marque la opción que corresponda con su respuesta.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

1. Edad

- a) Entre 16 – 19 años ()
- b) Entre 20 – 24 años ()
- c) 25 a más años ()

2. Sexo

- a) Femenino ()
- b) Masculino ()

3. Ocupación
- a) Sólo estudiante ()
 - b) Trabaja y estudia ()
 - c) Madre o padre de familia y estudiante ()
4. Año de estudios
- a) Tercer ()
 - b) Cuarto ()
 - c) Quinto ()

II. CONOCIMIENTO SOBRE HEPATITIS B

5. ¿Cuál de estas enfermedades cree Ud. que se transmite más fácilmente por exposición sanguínea?
- a) Virus de Hepatitis B ()
 - b) Virus de Hepatitis A ()
 - c) Virus de Inmunodeficiencia Adquirida Humana ()
6. ¿Cuál es la evolución clínica de la Hepatitis B?
- a) Algunos casos sólo son agudos mientras que otros pueden ser crónicos()
 - b) Sólo es aguda ()
 - c) Sólo es crónica ()
7. ¿Cuáles son los marcadores sanguíneos de infecciosidad para la Hepatitis B?
- a) Antígeno de superficie de Hepatitis B (Hbs-ag) ()
 - b) Anticuerpo contra el antígeno para la Hepatitis C (Anti-Hbc) ()
 - c) Anticuerpo contra el antígeno para la Hepatitis B (Anti-Hbs) ()
8. ¿La presencia de anti-Hbs positivo (anticuerpo de superficie) le indica?
- a) Que se encuentra vacunado ()
 - b) Enfermedad aguda ()
 - c) Enfermedad Crónica ()

9. ¿Cuál es la finalidad del control sanguíneo de la Hepatitis B en la mujer embarazada?
- a) Evitar Hepatitis B crónica en el embarazo ()
 - b) Inmunizar al recién nacido ()
 - c) Programar una cesárea ()
10. ¿Qué tipo de Hepatitis considera de mayor riesgo en su profesión?
- a) Virus de Hepatitis A ()
 - b) Virus de Hepatitis B ()
 - c) Virus de Hepatitis D ()
11. ¿Cómo consideraría el riesgo de contagio de la Hepatitis B en el personal de salud?
- a) Alto ()
 - b) Medio ()
 - c) Bajo ()
12. ¿Cómo clasificaría el riesgo de contraer Hepatitis B en el periodo de prácticas durante sus estudios?
- a) Alto ()
 - b) Medio ()
 - c) Bajo ()
13. ¿Cree Ud. que la Hepatitis B está considerada como una enfermedad profesional?
- a) Sí ()
 - b) No ()
 - c) Desconoce ()

III. CONOCIMIENTO EN MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE HEPATITIS B

A) Conocimiento en práctica de lavado de manos

14. ¿Cree que es necesario realizar el lavado de manos correctamente para evitar la Hepatitis B?
- a) Sí ()
 - b) No ()
 - c) Desconoce ()
15. En sus prácticas clínica y comunitaria con pacientes, ¿en qué momentos cree Ud. que se debe lavar las manos para evitar la Hepatitis B?
- a) Antes del contacto con el paciente, después de una tarea aséptica, después de una exposición a fluidos corporales, después del contacto con el paciente y después del contacto con el entorno del paciente ()
 - b) Antes del contacto con el paciente, antes de una tarea aséptica, después de una exposición a fluidos corporales, después del contacto con el paciente y después del contacto con el entorno del paciente ()
 - c) Antes de cocinar, antes de comer, después de cambiar al bebé y después de ir al baño. ()

B) Conocimiento en el uso de Barreras Protectoras

16. ¿En la práctica clínica/comunitaria, es importante usar guantes antes de exposición a fluidos corporales para prevenir la Hepatitis B?
- a) Sí ()
 - b) No ()
 - c) Desconoce ()
17. Cree que, si durante la atención del paciente, los guantes se perforan o desgarran, ¿se deben descartar para evitar la Hepatitis B?
- a) Sí ()
 - b) No ()
 - c) Desconoce ()

18. Considera que ¿Durante la atención, llevar las manos con guantes a los ojos y piel, o ajustarse el tapaboca o lentes puede ocasionar contagio de Hepatitis B?

- a) Sí ()
- b) No ()
- c) Desconoce ()

19. Cree que, ¿usar tapaboca descartable cuando se expone a fluidos corporales es importante para evitar contraer Hepatitis B?

- a) Sí ()
- b) No ()
- c) Desconoce ()

20. ¿Usar vestimenta limpia, adecuada y exclusiva para la atención del paciente es una forma de prevenir contagiarse de la Hepatitis B?

- a) Sí ()
- b) No ()
- c) Desconoce ()

21. ¿Si tiene una herida no cicatrizada o lesión dérmica exudativa, cree necesario cubrirla adecuadamente antes de iniciar el contacto con los pacientes para prevenir el contagio de la Hepatitis B?

- a) Sí ()
- b) No ()
- c) Desconoce ()

C) Conocimiento sobre desecho de material cortopunzante

22. Considera que ¿Se debe eliminar el material cortopunzante inmediatamente después de realizar el procedimiento para evitar el contagio del virus de la Hepatitis B?

- a) Sí ()
- b) No ()
- c) Desconoce ()

23. ¿Cuál cree que es la forma correcta de desechar las agujas para evitar el contagio del virus de la Hepatitis B?
- a) Reencapucharlas y descartarlas en una caja resistente de cartón especial para descartarlas ()
 - b) No reencapucharlas y descartarlas en una caja resistente de cartón especial para descartarlas ()
 - c) No reencapucharlas y descartarlas en los residuos de material común ()
24. ¿Cuándo considera que se debe desechar la caja del material cortopunzante para evitar el contagio del virus de la Hepatitis B?
- a) Cuando está llena 2/4 de su capacidad ()
 - b) Cuando está llena 3/4 de su capacidad ()
 - c) Cuando está completamente llena ()

D) Conocimiento sobre inmunización contra la Hepatitis B

25. ¿Contra qué tipo de Hepatitis se dispone actualmente de vacuna específica?
- a) Virus de Hepatitis D ()
 - b) Virus de Hepatitis B ()
 - c) Virus de Hepatitis C ()
26. En la actualidad, ¿qué tipo de vacuna de Hepatitis B se administra?
- a) Atenuada ()
 - b) Inactiva ()
 - c) No sabe ()
27. ¿Cuál es el nivel de efectividad de la vacuna de Hepatitis B?
- a) Alta ()
 - b) Media ()
 - c) Baja ()

28. ¿Cuál es la dosis más usada que establece el esquema de vacunación del MINSA para alcanzar la protección contra la Hepatitis B?
- a) 3 dosis ()
 - b) 2 dosis ()
 - c) 1 dosis ()
29. ¿Cuánto tiempo dura la protección contra la Hepatitis B tras la vacunación?
- a) De 5 a 10 años ()
 - b) De por vida ()
 - c) De 15 a 20 años ()
30. ¿Considera necesaria la vacunación contra Hepatitis B para los alumnos de enfermería?
- a) Sí ()
 - b) No ()
 - c) Desconoce ()

E) Conocimiento sobre accidentes con material cortopunzante

31. ¿Cuáles son considerados accidentes laborales en un establecimiento de salud?
- a) Pinchazos con agujas, cortes/ heridas y dolores de cabeza; ocasionados en un establecimiento de salud. ()
 - b) Pinchazos con agujas, cortes/heridas, salpicaduras de sangre, salpicaduras de otros fluidos y heridas; ocasionados en un establecimiento de salud ()
 - c) Dolores de espalda, dolores de garganta, y estrés ()
32. ¿Cree que los accidentes con material cortopunzante durante las prácticas clínicas pueden exponerlo a contagiarse con el virus de la Hepatitis B?
- a) Sí ()
 - b) No ()
 - c) Desconoce ()

33. ¿Si tuviera un accidente laboral, lo denunciaría?

- a)** Siempre ()
- b)** Nunca ()
- c)** Depende de la gravedad de éste ()

34. ¿Cuál sería el motivo principal por el que Ud. no denunciaría un accidente laboral?

- a)** No le parece importante resaltarlo ()
- b)** Por temor a denunciarlos ()
- c)** No sabe a quién denunciar este accidente ()
- d)** Los denunciaría siempre, sin excepciones ()

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

ANEXO N° 03

Tabla 1. Nivel de Conocimientos sobre la Hepatitis B de los estudiantes de la escuela académico profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014

HEPATITIS B		N	%
¿Cuál de estas enfermedades cree Ud. que se transmite más fácilmente por exposición sanguínea?	Virus de Hepatitis B	38	48.7
	Virus de Hepatitis A	1	1.3
	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida Humana	39	50.0
¿Cuál es la evolución clínica de la hepatitis B?	Algunos casos sólo son agudos mientras que otros pueden ser crónicos	57	73.1
	Sólo es aguda	7	9.0
	Sólo es crónica	14	17.9
	Antígeno de superficie de Hepatitis B (Hbs-ag)	26	33.3
¿Cuáles son los marcadores sanguíneos de infecciosidad para la hepatitis B?	Anticuerpo contra el antígeno para la Hepatitis C (Anti-Hbc)	4	5.1
	Anticuerpo contra el antígeno para la Hepatitis B (Anti-Hbs)	48	61.5
¿La presencia de anti-Hbs positivo (anticuerpo de superficie) le indica?	Que se encuentra vacunado	41	52.6
	Enfermedad aguda	28	35.9
	Enfermedad Crónica	9	11.5
¿Cuál es la finalidad principal del control sanguíneo de la hepatitis B en la mujer embarazada?	Evitar hepatitis B crónica en el embarazo	46	59.0
	Inmunizar al recién nacido	26	33.3
	Programar una cesárea	6	7.7
¿Qué tipo de hepatitis considera de mayor riesgo en su profesión?	Virus de hepatitis A	5	6.4
	Virus de Hepatitis B	66	84.6
	Virus de Hepatitis D	7	9.0
¿Cómo consideraría el nivel de riesgo de contagio de la hepatitis B en el personal de salud?	Alto	48	61.5
	Medio	30	38.5
¿Cómo clasificaría el riesgo de contraer hepatitis B en el periodo de prácticas durante sus estudios?	Alto	38	48.7
	Medio	39	50.0
	Bajo	1	1.3
¿Cree Ud. que la hepatitis B está considerada como una enfermedad profesional?	Sí	44	56.4
	No	20	25.6
	Desconoce	14	17.9
Total		78	100.0

Fuente: Cuestionario elaborado y aplicado por la autora

ANEXO N° 04

Tabla 2. Nivel de Conocimientos en la práctica de lavado de manos de los estudiantes del grupo estudiado

LAVADO DE MANOS		N	%
¿Cree que es necesario realizar el lavado de manos correctamente para evitar la hepatitis B?	Sí	77	98.7
	No	1	1.3
En sus prácticas clínica y comunitaria con pacientes, ¿En qué momentos cree Ud. que se debe lavar las manos para evitar la hepatitis B?	Antes de contacto con pacientes después de tarea aséptica, después de exposición a fluidos, después de contacto con pacientes	30	38.5
	Antes de contacto con pacientes, antes de tarea aséptica, después de exposición a fluidos, después de contacto con pacientes	41	52.6
	Antes de cocinar, antes de comer, después de cambiar al bebe y después de ir al baño	7	9.0
Total		78	100.0

Fuente: Cuestionario elaborado y aplicado por la autora

ANEXO N° 05

Tabla 3. Nivel de Conocimientos en el uso de barreras protectoras de los estudiantes del grupo estudiado

USO DE BARRERAS PROTECTORAS	N	%	
¿En la práctica clínica/comunitaria, es importante usar guantes antes de exposición a fluidos corporales, para prevenir la hepatitis B?	Sí	77	98,7
	No	1	1,3
Cree que, si durante la atención del paciente, los guantes se perforan o desgarran, ¿se deben descartar para evitar la hepatitis B?	Sí	75	96,2
	No	3	3,8
Considera que ¿Durante la atención, llevar las manos con guantes a los ojos y piel, o ajustarse el tapaboca o lentes puede ocasionar contagio de hepatitis B?	Sí	53	67,9
	No	16	20,5
	Desconoce	9	11,5
Cree que, ¿Usar tapaboca descartable cuando se expone a fluidos corporales es importante para evitar contraer hepatitis B?	Sí	61	78,2
	No	10	12,8
	Desconoce	7	9,0
¿Usar vestimenta limpia, adecuada y exclusiva para la atención del paciente es una forma de prevenir contagiarse de la hepatitis B?	Sí	66	84,6
	No	12	15,4
¿Si tiene una herida no cicatrizada o lesión dérmica exudativa, cree necesario cubrirla adecuadamente antes de iniciar el contacto con los pacientes para prevenir el contagio de la hepatitis B?	Sí	78	100,0
Total	78	100	

Fuente: Cuestionario elaborado y aplicado por la autora

ANEXO N° 06

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre inmunización contra la hepatitis B de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014

INMUNIZACIÓN CONTRA EL VIRUS DE HEPATITIS B		N	%
¿Contra qué tipo de hepatitis se dispone actualmente de vacuna específica?	Virus de Hepatitis D	2	2.6
	Virus de Hepatitis B	76	97.4
En la actualidad, ¿Qué tipo de vacuna de hepatitis B se administra?	Atenuada	52	66.7
	Inactiva	25	32.1
	No sabe	1	1.3
¿Cuál es el nivel de efectividad de la vacuna de hepatitis B?	Alta	48	61.5
	Media	28	35.9
	Baja	2	2.6
¿Cuál es la dosis más usada que establece el esquema de vacunación del MINSA para alcanzar la protección contra la hepatitis B?	3 dosis	70	89.7
	2 dosis	4	5.1
	1 dosis	4	5.1
¿Cuánto tiempo dura la protección contra la hepatitis B tras la vacunación?	De 5 a 10 años	53	67.9
	De por vida	21	26.9
	De 15 a 20 años	4	5.1
¿Considera necesaria la vacunación contra hepatitis B para los alumnos de enfermería?	Si	77	98.7
	No	1	1.3
Total		78	100.0

Fuente: Cuestionario elaborado y aplicado por la autora

ANEXO N° 07

Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre los accidentes laborales que tienen los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014

CONOCIMIENTOS SOBRE ACCIDENTES LABORALES		N	%
¿Cuáles son considerados accidentes laborales en un establecimiento de salud?	Pinchazos con agujas, cortes/ heridas y dolores de cabeza ocasionados en un establecimiento de salud	9	11.5
	Pinchazos con agujas, cortes/heridas, salpicaduras de sangre, salpicaduras de otros fluidos y heridas	68	87.2
	Dolores de espalda, dolores de garganta, y estrés	1	1.3
¿Cree que los accidentes con material cortopunzante durante las prácticas clínicas pueden exponerlo a contagiarse con el virus de la hepatitis B?	Si	74	94.9
	No	3	3.8
	Desconoce	1	1.3
¿Si tuviera un accidente laboral, lo denunciaría?	Si	28	35.9
	No	4	5.1
	Depende de la gravedad de éste	46	59.0
	No le parece importante resaltarlo	23	29.5
¿Cuál sería el motivo principal por el que Ud. no denunciaría un accidente laboral?	Por temor a denunciarlos	7	9.0
	No sabe a quién denunciar este accidente	21	26.9
	Los denunciaría siempre, sin excepciones	27	34.6
Total		78	100.0

Fuente: Cuestionario elaborado y aplicado por la autora

ANEXO N° 08

Tabla 6. Nivel de conocimiento sobre desecho de material cortopunzante que tienen los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, 2014

DESECHO DE MATERIAL CORTOPUNZANTE		N	%
Considera que ¿Se debe eliminar el material cortopunzante inmediatamente después de realizar el procedimiento para evitar el contagio del virus de la hepatitis B?	Sí	77	98.7
	No	1	1.3
¿Cuál cree que es la forma correcta de desechar las agujas para evitar el contagio del virus de la hepatitis B?	Reencapucharlas y descartarlas en una caja resistente de cartón especial para descartarlas	39	50.0
	No reencapucharlas y descartarlas en una caja resistente de cartón especial para descartarlas	38	48.7
	No reencapucharlas y descartarlas en los residuos de material común	1	1.3
¿Cuándo considera que se debe desechar la caja del material cortopunzante para evitar el contagio del virus de la hepatitis B?	Cuando está llena 2/4 de su capacidad	11	14.1
	Cuando está llena 3/4 de su capacidad	60	76.9
	Cuando está completamente llena	7	9.0
Total		78	100.0

Fuente: Cuestionario elaborado y aplicado por la autora

ANEXO N° 09

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS					
1: (Nominal)	2: (Nominal)	3: (Nominal)	4: (Nominal)		
II. CONOCIMIENTOS SOBRE HEPATITIS B					
5: (a)	6: (a)	7: (a)	8: (a)	9: (b)	
10: (b)	11: (a)	12: (a)	13: (a)		
III. CONOCIMIENTOS EN MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE HEPATITIS B					
A) Conocimiento en práctica de lavado de manos					
14: (a)	15: (b)				
B) Conocimiento en el uso de barreras protectoras					
16: (a)	17: (a)	18: (a)	19: (a)	20: (a)	21: (a)
C) Conocimiento sobre desecho de material cortopunzante:					
22: (a)	23: (b)	24: (b)			
D) Conocimiento sobre Inmunización contra la hepatitis B					
25: (b)	26: (b)	27: (a)	28: (a)	29: (c)	30: (a)
E) Conocimientos sobre accidentes laborales					
31: (b)	32: (a)	33: (a)	34: (d)		