

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE POSGRADO



TESIS

Cuidado enfermero en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico de un Hospital Nivel III Chiclayo – 2022.

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
“ÁREA DE CUIDADO PROFESIONAL: ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN
CUIDADOS CRÍTICOS CON MENCIÓN EN ADULTO”**

Investigadoras:

Lic. Enf. Paula Gonzales Pisfil.

Lic. Enf. Jessica Aracely Gutierrez Graus.

Asesora:

Dra. Clarivel de Fátima Diaz Olano.

Lambayeque, Perú

2022

TESIS APROBADO POR LOS MIEMBROS DEL JURADO:



Dra. Efigenia Rosalía Santa Cruz
Revilla
Presidenta



Dra. Jovita Jesús Palomino Quiroz
Secretaria



Dra. Rosa Candelaria Alcalde Montoya
Vocal



Dra. Clarivel de Fátima Díaz Olano
Asesora



ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL N°023-2022-UI-FE



Siendo las 3 pm del día 16 de diciembre del 2022, se reunieron vía plataforma virtual, <https://drive.google.com/file/d/1EEm450YtTGRA5Rsu45HYcGHwID0BwtCU/view>, los miembros de jurado evaluador de la tesis titulada: CUIDADO ENFERMERO EN LA PREVENCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA AL PACIENTE ADULTO CRÍTICO DE UN HOSPITAL NIVEL III CHICLAYO – 2022”, designados por RESOLUCIÓN N° 058-2020-UI-FE de fecha 02 de marzo del 2020 con la finalidad de Evaluar y Calificar la sustentación de la tesis antes mencionada, conformados por los siguientes docentes:

Dra. Efigenia Rosalía Santa Cruz Revilla **Presidente**

Dra. Jovita Jesús Palomino Quiroz..... **Secretario**

Dra. Rosa Candelaria **Alcalde** Montoya **Vocal**

Dra. Clarivel de Fátima Díaz Olano **Asesora**

El acto de sustentación fue autorizado por RESOLUCIÓN N° 351-V-2022-D-FE de fecha 16 de diciembre 2022.

La tesis fue presentada y sustentada por las Lic. **Enf. Paula Gonzales Pisfil** y **Jessica Aracely Gutierrez Graus** y tuvo una duración de (40') minutos. Después de la sustentación, y absueltas las preguntas y observaciones de los miembros del jurado; se procedió a la calificación respectiva, otorgándole el calificativo de (16.4) dieciséis con mención **BUENO**

Por lo que quedan APTAS para obtener el Título Segunda Especialidad: “Área del Cuidado Profesional: Especialista en Enfermería en Cuidados Críticos con Mención en Adulto” 2019: de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y la normatividad vigente de la Facultad de Enfermería y la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Siendo las 16.30 horas, se dio por concluido el presente acto académico, con la firma de los miembros del jurado.

Dra. Efigenia Rosalía Santa Cruz Revilla
Presidente

Dra. Jovita Jesús Palomino Quiroz
Secretaria

Dra. ROSA CANDELARIA ALCALDE MONTOYA
Vocal

Dra. Clarivel de Fátima Díaz Olano
Asesor

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo Dra. Clarivel de Fátima Díaz Olano, Docente, Asesora de Tesis de las estudiantes, titulada: “Cuidado enfermero en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico de un Hospital Nivel III Chiclayo – 2022”. Luego de la revisión exhaustiva del documento constato que la misma tiene un **índice de similitud de 6%, verificable** en el reporte de similitud del programa Turnitin. La suscrita analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituye plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Lambayeque, diciembre del 2022



DRA. CLARIVEL DE FÁTIMA DÍAZ OLANO
ASESORA
0000-0002-9218-2168
Cod. ORCID
DNI 16401737

DEDICATORIA

*A DIOS por ser el guía espiritual,
en cada paso acontecido, por
darme la fuerza necesaria y no
desmayar ante los sucesos que se
me presentaron en mi formación.*

*A mis padres Asunción y Josefa del
Carmen (Q.E.P.D) pilares
fundamentales en mi vida, con su
digno ejemplo a seguir, a mi hermano
Santiago, gracias por todo su amor,
apoyo, enseñarme a no desfallecer, ni
rendirse en las adversidades, por ser
mis guías en cada paso que doy en la
vida.*

*A mis hermanos (as) por sus
ejemplos de perseverancia,
palabras de aliento para seguir
en este proceso de formación, en
especial a Carina, por su apoyo
incondicional, cariño y un digno
ejemplo a seguir para salir
adelante.*

DEDICATORIA

Al PADRE CELESTIAL que día a día me llena de bendiciones y me fortalece en las dificultades que se suscitan en el transcurrir de nuestro desempeño profesional.

A mi madre Yolanda que es mi mejor amiga y sus consejos y oraciones me han dado siempre la fortaleza para no darme por vencida. A mi padre Fidel que siempre ora por mí y me motiva para seguir cumpliendo mis objetivos.

A mi compañero de siempre, mi hermano Pedro que cada día se esfuerza por ser mejor y también lograr sus metas trazadas, y juntos ser el orgullo de nuestros padres que han dado todo su esfuerzo en nuestra educación.

JESSICA

AGRADECIMIENTO

A Dios por darnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra carrera, siendo nuestra fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizajes, experiencias para llegar hasta donde hemos llegado y por hacer realidad este sueño tan anhelado de cumplir una meta más en nuestras vidas.

A las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos, quienes nos apoyaron para poder hacer efectiva la investigación, sin su ayuda no hubiera sido posible.

Esta investigación es el resultado del esfuerzo conjunto de todos los que formamos el equipo de trabajo. Especial reconocimiento merece el interés mostrado por nuestro trabajo y las sugerencias recibidas de la asesora: Dra. Clarivel de Fátima Díaz Olano, por su participación activa, disponibilidad de tiempo, paciencia y valiosa orientación en el desarrollo de esta investigación.

A nuestros miembros del jurado por su esmero, paciencia y rigurosidad en aras de fortalecer nuestro perfeccionamiento con sus observaciones acertadas y muy valiosas para nuestra investigación.

A nuestras profesoras de la segunda especialidad por sus enseñanzas impartidas en este proceso de formación y finalmente un infinito agradecimiento a nuestra prestigiosa universidad y en especial a la Facultad de Enfermería, nuestra alma mater, que nos albergó durante un año formándonos personal y profesionalmente competentes.

INDICE

ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	2
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO.....	6
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPITULO I: BASE TEÓRICA	14
1.1. Antecedentes de la Investigación.....	14
1.2. Base Conceptual.....	15
CAPITULO II: MÉTODOS Y MATERIALES.....	33
2.1. Proceso de investigación	33
2.2. Población, muestra y muestreo	33
2.3. Técnicas de recolección de datos	34
2.4. Procesamiento de la información	36
2.5. Principios éticos.....	37
CAPITULO III: RESULTADOS	38
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	41
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

ANEXOS.....	54
Anexo N° 01 Validación de Investigación Científica	54
Anexo N° 02 Consentimiento Informado	56
Anexo N° 03 Lista de Chequeo	57
Anexo N° 04 Validación Científica por Jueces	59
Anexo N° 05 Resultados por Tablas.....	63
Anexo N°06 Turnitin: recibo digital, constancia de similitud.	66

RESUMEN

El cuidado es la esencia de la profesión de enfermería, donde se ejecutan intervenciones basadas en conocimiento científico - tecnológico y humanístico para garantizar las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia del cuidado de pacientes críticos, los cuales se encuentran sometidos a dispositivos invasivos que pueden generar procesos infecciosos; siendo primordial prevenir dichas complicaciones, siendo la más recurrente las neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAVM).

Se realizó esta investigación con el objetivo general de: Determinar el Cuidado enfermero en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico de un Hospital Nivel III Chiclayo. 2022.

La investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, la población en estudio estuvo conformada por enfermeras de un Hospital Nivel III de una unidad crítica en el servicio de UCI. La muestra fue constituida por 50 enfermeras de un Hospital Nivel III de una unidad crítica en el servicio de UCI; teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión; la recolección de datos se cumplió con el rigor científico y los principios bioéticos, siendo la técnica realizada a través de una lista de Chequeo observacional, cuya confiabilidad fue obtenida por juicio de expertos.

Los resultados revelan que el cuidado de enfermería en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica brinda un cuidado parcial con el 54%, cuidado óptimo con el 44% y solo 2% un cuidado deficiente. En las dimensiones: cuidado enfermero en las medidas de bioseguridad, el cuidado es parcial con un 50%, cuidado óptimo con un 39%, por último un cuidado deficiente con el 11%.

Otra dimensión es: cuidado enfermero en las intervenciones de enfermería, aquí el cuidado es parcial con el 52%, seguido del cuidado óptimo con un 40%, y un 8% con cuidado deficiente.

Finalmente la conclusión fue que el cuidado de enfermería en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico es un cuidado parcial con un 54%.

Palabras Claves: cuidado enfermero, neumonía, ventilación mecánica, paciente crítico.

ABSTRAC

Care is the essence of the nursing profession, where interventions based on scientific - technological and humanistic knowledge are carried out to guarantee the conditions of safety, quality and efficiency of care for critical patients, who are subjected to invasive devices that can generate infectious processes; It is essential to prevent these complications, the most recurrent being pneumonia associated with mechanical ventilation (NAVVM).

This research was carried out with the general objective of: To determine the nursing care in the prevention of pneumonia associated with mechanical ventilation to the critical adult patient of a Chiclayo Level III Hospital. 2022.

The research was quantitative, descriptive, cross-sectional, the sample was made up of 50 nurses who met the inclusion and exclusion criteria, the data collection was met with scientific rigor and bioethical principles, it was carried out through an observational checklist, whose reliability was obtained by expert judgment.

The results reveal that nursing care in the prevention of pneumonia associated with mechanical ventilation provides partial care with 54%, optimal care 44% and only 2% poor care. In the dimensions: nursing care in biosafety measures, care is partial care with 50%, optimal care with 39%, and finally, poor care with 11%.

Another dimension is: nursing care in nursing interventions which partial care by 52%, followed by optimal care with 40%, and 8% poor care.

Whose conclusion was that nursing care in the prevention of pneumonia associated with mechanical ventilation in critical adult patients is a partial care with 54%.

Keywords: nursing care, pneumonia, mechanical ventilation, critical patient.

INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería ejecuta intervenciones basadas en conocimiento científico - tecnológico y humanístico para garantizar las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia del cuidado de pacientes críticos, los cuales se encuentran sometidos a dispositivos invasivos que pueden generar procesos infecciosos; siendo primordial prevenir dichas complicaciones, siendo la más recurrente las neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAVVM), la cual debemos evitar para contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad. ⁽¹⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la NAVVM se define como una infección del parénquima pulmonar que aparece en pacientes después de estar sometidos a 48 horas de ventilación mecánica, que no estaba en proceso de incubación y no presentaba sintomatología de neumonía en el momento de la intubación; o diagnosticada en las 72 horas siguientes de la extubación y retirada de la ventilación mecánica. ⁽²⁾ La neumonía aumenta con el tiempo de ventilación invasiva, si este es menor de 24 horas, los pacientes tienen un riesgo 3 veces mayor de presentar neumonía que aquellos que no reciben este tratamiento, mientras que si este es superior a 24 horas el riesgo se incrementa entre 6 y 21 veces. ⁽³⁾

En las unidades críticas, el 50% de las complicaciones ocurren alrededor del día 4 del inicio de la VM; y el riesgo de adquirir NAVVM es de 3% por día durante los primeros 5 días de VM, desciende a 2 % entre el quinto y décimo día, y al 1 % a partir del onceavo día. La NAVVM precoz ocurre dentro de los cuatro primeros días de la intubación orotraqueal, y tiene un mejor pronóstico; en cambio, la NAVVM tardía, acontece más allá del día 5 desde el inicio de la VM, y se asocia a mayor morbilidad y mortalidad ⁽²⁾. La OMS muestra que las infecciones nosocomiales a nivel mundial han aumentado del 5 al 15% en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI); en esta unidad la NAVVM es la segunda causa más frecuente de las infecciones nosocomiales. ⁽⁴⁾ La mortalidad atribuible a NAVVM se estima entre un 20-65%, variando considerablemente en diferentes tipos de pacientes. ⁽⁵⁾

En Cuba, investigaciones sobre el tema informan que la NAVVM se asocia a altas tasas de morbilidad y mortalidad. En una UCI del Hospital Provincial Docente “Doctor León Cuervo Rubio”, de julio de 2017 a julio de 2018. Se encontró, que en casos de NAVVM, el 53,57 % predominó en el sexo femenino y el 64,88% en la edad de 70 años a más. Fue más frecuente

la neumonía tardía con 67,86% y como factor de riesgo predominante estuvo la edad mayor a 65 años que se presentó en el 82,14%. El 65,48% de pacientes egresaron fallecidos ⁽⁴⁾.

En Perú, pese a ser pocos los estudios sobre NIH, las autoridades del Hospital Nacional Cayetano Heredia reportaron una incidencia de 17% de NIH en pacientes críticos con un 53% de mortalidad. Otro estudio realizado en el Hospital Belén de Trujillo en pacientes hospitalizados en UCI, el área de investigación reportó una incidencia del 22% de NIH ⁽¹⁾. Un estudio epidemiológico del Hospital Regional de Ayacucho encontró que, en pacientes con VM, el 12% tuvieron NAVM. En Lima, datos estadísticos del hospital Nacional Daniel Alcides Carrión registró en el 2017 un 56% de pacientes con NAVM ⁽⁶⁾.

En la Región Lambayeque, en el año 2018 los pacientes de un hospital nivel III, en la UCI, de un total de 20 diagnósticos de egreso más comunes, el 2.85% representa los casos de neumonía, ubicándose en el séptimo lugar, y el ítem otras enfermedades respiratorias en el octavo lugar con un 2,71%. En la etapa adulta las enfermedades respiratorias representaron un 8.13%, de un total de 184 casos, siendo en los adultos mayores las enfermedades respiratorias el 5.92% y las neumonías correspondían al 9.19%, cabe destacar que las NAVM en esta etapa ocupan el segundo lugar dentro de los 20 diagnósticos más frecuentes ⁽⁷⁾. Además, estadísticas evidenciaron en los meses de enero a diciembre del 2018, que de un total de 27 pacientes con diagnóstico de neumonía, el 52% eran por NAVM; y la mortalidad estaba representada por el 54% ⁽⁸⁾.

Se ha observado que en las UCI existe una gran complejidad y diversidad de patologías en el paciente crítico que requiere de un cuidado especializado y que demanda tener en cuenta la aplicación de medidas de bioseguridad sin embargo, la carencia de insumos, la actitud negativa de dar cumplimiento a los principios de bioseguridad, falta de tiempo, impiden cumplir con estas medidas, predisponiendo en los pacientes a presentar neumonía además de incrementar la estancia hospitalaria, asimismo, el ingreso de los familiares que incumplen con estas medidas incrementa este riesgo.

El lavado de manos, no se realiza de manera estricta, el uso de guantes no se aplica con previo lavado de manos y su uso no es por paciente, además el uso de mascarilla no se practica durante la interacción con el paciente, lo que conlleva a infecciones cruzadas y riesgo de adquirir NAVM ⁽⁸⁾.

El protocolo de cuidados al paciente en estado crítico abarca un conjunto de procedimientos como la medición del balón de neumotaponamiento, que no es insuflado durante el lavado bucal para la prevención de micro aspiraciones, no se mide el residuo gástrico antes de la alimentación enteral; referente a la aspiración de secreciones no se realiza bajo condiciones estériles; y los cambios de posición que no se realizan de forma continua, o no se mantiene la posición adecuada para evitar el reflujo gástrico y las micro aspiraciones ⁽⁹⁾.

Por ello el personal de salud que labora en las unidades críticas, debe ser decisivo en la prevención de las NAVM, siendo las enfermeras las que brindan el cuidado, y previenen complicaciones, con el fin de reducir significativamente los índices de la morbilidad y el riesgo en los pacientes a contaminarse, y adquirir una NAVM, ante esta realidad las investigadoras se plantean las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son los cuidados de enfermería en la prevención de neumonía al paciente en ventilación mecánica? ¿Cuánto conocen las enfermeras sobre los protocolos para la prevención de las NAVM? ¿Practica la enfermera las medidas de prevención contra las NAVM? ¿Se cuenta con los insumos necesarios para cumplir con estas medidas de prevención?

¿Cuáles son los Cuidado de enfermería en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico de un Hospital Nivel III Chiclayo - 2022?

Por lo que se plantea el siguiente objetivo general: Determinar el Cuidado enfermero en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico de un Hospital Nivel III Chiclayo. 2022. Y como objetivos específicos:

- Determinar el cuidado enfermero en las medidas de bioseguridad, para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico de un Hospital Nivel III Chiclayo - 2022.

- Determinar el cuidado enfermero, en las intervenciones de enfermería para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico de un Hospital Nivel III Chiclayo - 2022.

CAPÍTULO I: BASE TEÓRICA

1.1 Antecedentes de la Investigación:

- Antecedentes internacionales:

Barona J. (2018) ⁽²⁾ En su investigación “Guía de cuidados de enfermería para la prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica en pacientes de cuidado intensivo en el hospital provincial Puyo”. Ecuador.

El Objetivo fue: diseñar una Guía de Cuidados de Enfermería para la prevención de Neumonía asociada a la ventilación mecánica en pacientes de Cuidado Intensivo en el Hospital Provincial Puyo en el período mayo 2017 – abril 2018. En los resultados existe una dicotomía entre la encuesta y la guía de observación, debido a los siguientes análisis: ¿Valora, constantes vitales mientras aspira secreciones? encuesta: 100%, observación: 36%. ¿Aspira secreciones consecutivamente? encuesta: 27%, observación: 55%. ¿Aspira secreciones solo/a o con ayuda de otro profesional? encuesta: 64% con ayuda, observación: 100% con ayuda. ¿Utiliza el equipo de bioseguridad para el manejo del paciente? encuesta: 100%, observación: 36%. ¿Se lava las manos antes y después del manejo del paciente? encuesta: 100%, observación: 45%, por último, sólo el 9% de profesionales de enfermería realiza el aseo bucal y dental de los pacientes con ventilación mecánica.

Se concluyó finalmente, y tras el diseño de la presente guía de cuidados de enfermería se logra brindar conocimientos científicos, concientizar y obtener un cambio en la actitud del personal de salud para prevenir la neumonía asociada a la ventilación mecánica en pacientes de cuidado intensivo del Hospital Provincial Puyo.

- Antecedentes Nacionales:

Díaz Y ⁽¹⁰⁾. En su investigación titulada “Práctica de bioseguridad y cuidados en prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica, enfermeras servicio de emergencia, hospital nacional C.A.S.E. ESSALUD. Arequipa 2017”. El Objetivo fue: determinar la relación de la práctica de bioseguridad con los cuidados de enfermería en la prevención de neumonía en pacientes con ventilación mecánica del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo.

Los resultados en relación a la variable cuidados en la prevención de la NAVM en las dimensiones necesidad de ventilación (48.2%), aspiración de secreciones (46.5), necesidad de higiene (51,7%) y a nivel global la mayoría de la población en estudio (51,7%) brindan nivel parcial de cuidado, seguido del óptimo nivel con el (41,4%) y solo la minoría (6,9%) muestran deficiente nivel. Se concluyó respecto a la variable cuidados en la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica en las dimensiones necesidad de ventilación, aspiración de secreciones, necesidad de higiene y a nivel global la mayoría de la población en estudio brindan nivel parcial de cuidado, seguido del óptimo nivel con él y solo la minoría muestran deficiente nivel.

1.2 Base Conceptual

Siendo nuestro objeto de estudio el cuidado enfermero, es importante definir el cuidado:

El cuidado significa “asistir, guardar, conservar, mirar uno por su salud, preocuparse de algo o prevenirse contra algo”. En este sentido, Colliere, especifica que “es asegurar la continuidad de la vida del grupo, y de la especie. Es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación ⁽¹¹⁾.

La esencia de la Enfermería es el respeto a la vida y el cuidado del ser humano; correspondiéndole realizar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud presentes o potenciales ⁽¹²⁾.

Acerca del cuidado Bof. ⁽²⁾ citado por Waldo afirma, que el cuidado incluye dos significaciones básicas, íntimamente ligadas entre sí: La primera, es la actitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro; y la segunda, de preocupación y de inquietud, porque la persona que brinda el cuidado se siente comprometida y afectivamente unida al otro ⁽¹²⁾. Además, intervienen algunos aspectos, como: religiosos, culturales, de género, políticas entre otros. El cuidado humano lucha por ser ejercido en medio de una realidad que parece agresiva, deshumanizada, lentificada frente a los avances de la tecnología y la modernización, intereses políticos, financieros, empresariales entre otros, se debe oponer a ellos o suavizarlos, ello significa rescatar el cuidado. ⁽¹⁴⁾

Para López In Meyer, el cuidado, es el resultado de un saber acumulado, de disciplinas que descubren las relaciones humanas y el contacto con el otro, además de experiencias construidas en las prácticas efectivas, aprendidas y transmitidas que ayudan a curar o vivir mejorar los límites impuestos por la enfermedad ⁽¹⁰⁾.

Jean Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial–fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras; es relacional, transpersonal e intersubjetivo ⁽¹³⁾. Además, Watson J. construye conceptos con base ontológica, ética y epistemológica; confirma que el cuidado está intrínsecamente relacionado con la curación. “La ética y la escala de valores de cuidado, curación y salud comprende el contexto profesional y la misión de la enfermera para la sociedad” ⁽¹³⁾.

Para Watson, “cuidar es el acto inicial de toda persona y es una parte fundamental del ser para llegar a ser”. Para lograr un cuidado humanizado, es ineludible no solo brindar una buena atención sino también satisfacer al paciente en todas sus necesidades, debemos tener en cuenta que existen aspectos de mayor profundidad los cuales dejan claro que existe un otro que necesita ser cuidado. ⁽¹²⁾

El cuidar del ser humano conlleva un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de su dignidad y la conservación de su vida ⁽¹³⁾. Por tanto, el cuidar, es una

actividad indispensable para la supervivencia, y es la esencia de la profesión de enfermería, el cual podemos definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado al restablecimiento y autocuidado de la vida. Este repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para lograr resultados tales como: la satisfacción, el alta, menor estancia hospitalaria, mayor productividad, y el mantenimiento de la calidad de la atención a través de un cuidado humanizado, es decir con base científica y moral ⁽¹¹⁾.

Prevenir enfermedades, fomentar, mantener o reestablecer la salud requiere de cuidados de calidad y eficientes en función de las necesidades y deseos de la persona, buscando formas de incrementar la satisfacción al administrar cuidados de salud. La implementación del PCE permite a los profesionales de enfermería brindar un cuidado tanto a nivel biomédico, como de respuestas humanas, por ello, deberán capacitarse y desarrollar el conocimiento científico, que fundamente su profesión a través de sus cuidados. ⁽¹⁴⁾

Dentro de nuestro quehacer diario, realizamos actividades encaminadas a brindar bienestar al paciente, las cuáles denominamos Intervenciones de enfermería, cuya definición según NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería): La define como todo tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente, contando con las dimensiones: física, psicológica, social y espiritual. ⁽²²⁾

Las intervenciones de cuidado van dirigidas directamente a la prevención de NAVM; éstas se han encaminado a evitar la transmisión cruzada y a optimizar el uso de los dispositivos invasivos. Estas intervenciones son lideradas por el profesional de enfermería siendo unas de sus funciones principales la prevención, buscando siempre una buena evolución y recuperación del paciente, y minimizando así el riesgo de sufrir complicaciones.

El proceso de cuidado de enfermería es una herramienta fundamental para proporcionar una atención de calidad al paciente crítico. La etapa de planeación y ejecución contempla una serie de intervenciones dependientes, independientes e interdependientes para la prevención

de la NAVM y sus complicaciones en el paciente, con ello, disminuir días de estancia hospitalaria, bajar los costos de la institución; y por ende mejorar la calidad del cuidado.

Una infección intrahospitalaria común en las UCI, es la Neumonía asociada a ventilación mecánica. La neumonía, es una infección respiratoria aguda que inflama los sacos aéreos de uno o ambos pulmones y que es causada por bacterias, virus u hongos. La neumonía se transmite generalmente por contacto cercano con personas enfermas, también algunos virus se pueden transmitir por contacto con superficies contaminadas con estas secreciones respiratorias. ⁽¹⁶⁾

Se conoce que, por encima de las cuerdas vocales, el tracto Aero digestivo está fuertemente colonizado por bacterias. Asimismo, un individuo adulto normal aspira frecuentemente secreciones durante el sueño. Sin embargo, los sujetos sanos mantienen las vías aéreas y el parénquima pulmonar estéril, gracias a los mecanismos de defensa respiratorios.

Cuando se compromete esta función de defensa, se genera un inadecuado aporte de oxígeno e intercambio gaseoso, que pone en peligro la vida de la persona. El paciente crítico usualmente presenta alguna disfunción que directa o indirectamente, va a provocarle esta falta de aporte de oxígeno, por falla en la incorporación, distribución o transporte de éste, o incluso por un aumento de las demandas metabólicas. ^(4, 17)

Por tanto, la neumonía es una infección aguda, ocasionada por un desequilibrio entre las defensas del huésped y la patogenicidad e invasividad del agente causal. Los agentes patógenos ingresan a la vía aérea (por aspiración, inhalación) o por diseminación hematológica, y deben superar los mecanismos de defensa del tracto respiratorio: mecanismos de barrera e inmunológicos (humoral y celular). Los gérmenes que las superen, colonizan el parénquima pulmonar ocasionando inflamación del intersticio y/o de los alvéolos, con exudado de fluidos, que generan una disminución de la distensibilidad pulmonar, obstrucción de las vías aéreas pequeñas y alteración de la relación ventilación-perfusión. ⁽¹⁸⁾

Estar conectado a un dispositivo, genera algunos riesgos; como es el caso de la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM), presentan un riesgo de 3 a 21 veces mayor que los enfermos no ventilados. La incidencia oscila entre 7% y 65% en diversas situaciones y su densidad de incidencia se ha estimado entre 18 y 42 episodios por cada 1000 días de exposición a VM. Las cifras relacionadas a la mortalidad global entre 24% y 76%, mortalidad atribuible entre 13,5% y 17,5%, incremento de estancia en UCI entre 7,3 días y 9,6 días y por último incremento de coste. ⁽¹⁵⁾

La NAVM se define como: complicación pulmonar que se desarrolla después de 48 a 72 horas de la intubación endotraqueal, en pacientes sometidos a VM; o que es diagnosticada en las 72 horas siguientes de la extubación y retirada de la ventilación mecánica. Para identificar la NAVM existen signos principales de sospecha como son: hipertermia, secreción purulenta, infiltrado pulmonar que se corrobora con una placa de tórax o TAC torácica y leucocitosis $> 12.000/\mu\text{L}$, Leucopenia $< 4.000/\mu\text{L}$. Taquicardia, FR superior a 30 respiraciones por minuto. Shock: tensión arterial sistólica inferior a 90 mmHg. Necesidad de fármacos vasopresores. Y oliguria: diuresis horaria menor a 20 ml. ⁽²⁾

La NAVM se clasifica en: Precoz. Es la NAVM que inicia los primeros días de VM o en los primeros días desde el ingreso, entre el día 4 y 7 desde que el paciente es intubado y conectado a un ventilador mecánico con respiración artificial. Tardía: Es la NAVM que se desarrolla después de los 7 días posteriores a que el paciente es entubado y conectado a un VM con respiración artificial. ⁽²⁾

Tenemos como factores de riesgo de NAVM la intubación prolongada. Falta de aseo bucal y dental. Enfermedades crónicas como diabetes mellitus, EPOC, etc. Antibiótico-terapia prolongada, nutrición enteral, sondas nasogástricas, la aspiración de secreciones continuas, falta de asepsia durante el manejo del paciente, presencia del reflujo gastroesofágico y las secreciones acumuladas en el tubo endotraqueal. ⁽²⁾

Numerosos estudios han mostrado que la colonización de la orofaringe por bacteria gram negativas aerobias y Gram positivos como *Staphylococcus áureus* es muy común en

pacientes críticos en VM. Algunas circunstancias, como la posición en supino o la presencia de sonda nasogástrica que origina incompetencia del esfínter esofágico inferior, pueden favorecer el reflujo gastroesofágico y por consiguiente el paso de contenido gástrico colonizado por flora bacteriana a la orofaringe y pueden descender fácilmente hacia la glotis abierta y acumularse en el espacio subglótico sobre el balón de neumotaponamiento.⁽¹⁶⁾

Este neumotaponamiento está diseñado para aislar la vía aérea impidiendo la fuga de aire y evitando el paso de contenido de la orofaringe al tracto respiratorio. Sin embargo, este sellado de la tráquea no es estanco y entre el balón del neumotaponamiento y la mucosa traqueal se producen micro aspiración de secreciones que alcanzarán la vía aérea inferior.

Las causas de producción de la NAVM se pueden clasificar, según la vía de acceso de los microorganismos al tracto respiratorio inferior, en:

Vía exógena. Se puede presentar por algunos mecanismos como: Inhalación de aerosoles contaminados, entre los que se puede mencionar a los nebulizadores que se pueden contaminar e inocular con bacterias directamente a los pulmones originando infecciones respiratorias.⁽¹⁶⁾

Otro mecanismo es por inoculación directa procedente de los circuitos del ventilador u otros instrumentos utilizados para el diagnóstico o el soporte ventilatorio. Los condensadores de los circuitos del respirador pueden ser una fuente potencial de microorganismos. Craven y cols demostraron que las partes interiores del circuito del respirador más próximas al paciente tienen los índices más altos de contaminación y las concentraciones bacterianas más elevadas, estando colonizados el 80% de los circuitos del ventilador tras las primeras 24 horas de su funcionamiento. Además, en varios estudios se ha demostrado que la manipulación de los circuitos aumenta el riesgo de NAVM.⁽¹⁶⁾

El tubo endotraqueal puede ser un reservorio de microorganismos. El Biofilm es una compleja estructura formada por bacterias adheridas a la superficie interna del tubo

orotraqueal. Esta biopelícula es altamente resistente a los efectos de los antibióticos y puede representar un lugar persistente de colonización por gérmenes multirresistentes. ⁽¹⁶⁾

Velasco citado por García F. refiere que las medidas dirigidas al cuidado de la vía aérea evitando la presencia de secreciones, su contaminación, o el paso de ellas a la vía aérea inferior son potenciales objetivos para la prevención de la NAVM”. ⁽²⁰⁾

La principal vía de transmisión de fuentes exógenas son las manos del personal sanitario. Es conocido que los profesionales asistenciales en contacto directo con pacientes se colonizan sus manos de forma sistemática. La mayoría de los estudios reporta la detección de personal colonizado, de forma transitoria o permanente, por *Acinetobacter Baumann*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacteria spp.*, *Pseudomonas aeruginosa* o *Staphylococcus aureus*, especialmente *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM). Se ha demostrado que la higiene deficiente es la principal causa de transmisión cruzada, origen de brotes o epidemias y de episodios de NAVM. ⁽¹⁸⁾

Vega citado por Avalos M., refiere que el profesional de enfermería, debe realizar con gran responsabilidad las intervenciones para dar una atención de calidad, teniendo en cuenta la seguridad del paciente y prevenir infecciones. Estudios demuestran que durante la práctica de enfermería en las áreas de cuidado crítico a diario se puede observar, que un 42% de pacientes se encuentran con VM, todo personal de enfermería debería tomar conciencia que su labor es de suma importancia para la disminución de los casos de NAVM, y disminuir considerablemente la mortalidad por esta patología. ⁽⁵⁾

Por lo cual es importante que el profesional de enfermería participe activamente en la prevención de infecciones en los pacientes en estado crítico como son las NAVM, para ello debe conocer y valorar parámetros derivados de la anatomía y fisiología del aparato respiratorio ⁽⁵⁾, así también el conocimiento y adecuado manejo de la VM será fundamental en la prevención de neumonías en las unidades de cuidado crítico.

En las unidades de cuidado crítico es muy común el uso de distintos dispositivos, para brindar un soporte respiratorio tenemos la ventilación mecánica (VM), definida como la terapia de apoyo que ayuda a mantener un adecuado intercambio gaseoso a través del reemplazo respiratorio. Su objetivo es brindar soporte a la persona hasta que la disfunción se revierta, total o parcialmente, hasta que esta sea capaz de realizar por sí misma la función de respiración. ⁽⁵⁾

Sus objetivos fisiológicos para mantener, normalizar o manipular el intercambio gaseoso son: proporcionar una ventilación alveolar adecuada, mejorar la oxigenación arterial; incrementar el volumen pulmonar para abrir y distender la vía aérea y unidades alveolares y aumentar la capacidad residual funcional, impidiendo el colapso alveolar y el cierre de la vía aérea al final de la espiración. ⁽¹⁹⁾

Sus objetivos clínicos son: revertir la hipoxemia, corregir la acidosis respiratoria, aliviar la disnea y el sufrimiento respiratorio, prevenir o resolver atelectasias, revertir la fatiga de los músculos respiratorios, permitir la sedación y el bloqueo neuromuscular, disminuir el consumo de O₂ sistémico o miocárdico, reducir la presión intracraneal, y estabilizar la pared torácica. ⁽¹⁹⁾

La indicación de intubar o ventilar a un paciente es una decisión clínica que valora principalmente los siguientes criterios: Estado mental: agitación, confusión, inquietud, el excesivo trabajo respiratorio: Taquipnea, tiraje, uso de músculos accesorios, signos faciales, la fatiga de músculos inspiratorios: asincronía toracoabdominal, paradoja abdominal, el agotamiento general de paciente: imposibilidad de descanso o sueño. La hipoxemia: Valorar SatO₂ (< 60 mmHg) con aporte de O₂, la acidosis: pH < 7.25, la hipercapnia progresiva: PaCO₂ > 50 mmHg, la capacidad vital baja y la fuerza inspiratoria disminuida. ⁽¹⁹⁾

El destete es el proceso gradual de retirada de la VM mediante el cual el paciente recupera la ventilación espontánea y eficaz. Antes de iniciarse, el paciente debe mejorar de la Insuficiencia respiratoria aguda (IRA) y cumplir condiciones generales y respiratorias, llamadas criterios de destete. ⁽¹⁹⁾

Los criterios de destete valoran la función del centro respiratorio, del parénquima pulmonar y de los músculos inspiratorios, debe seguir un método, bien en respiración espontánea (tubo en T, CPAP) o en soporte ventilatorio parcial (SIMV, PS); lo más importante es la indicación del procedimiento, ya que todos presentan ventajas e inconvenientes. Si hay indicación de reconexión a la VM, el destete debe interrumpirse antes que el enfermo se agote, ya que los fracasos pueden prolongar la duración de la VM y aumentar la incidencia de complicaciones, entre ellas las NAVM. ⁽¹⁹⁾

Además, el cuidado enfermero está también encaminado a la Prevención de enfermedades, así como también de sus complicaciones. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas”. La prevención debe estar basada en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad o en cómo evoluciona un proceso patológico cuando no hay intervención médica de por medio. ⁽²⁹⁾

Cabe mencionar algunas medidas de prevención de las Neumonías asociadas al ventilador mecánico, entre las cuáles tenemos:

El lavado de manos; este se define como la remoción mecánica de suciedad y la reducción de microorganismos transitorios de la piel. Este lavado de manos requiere de jabón común, el que debe hacerse de forma vigorosa con una duración no menor de 40 a 60 segundos. ⁽²¹⁾.

Según Achury Saldaña, D ⁽⁴⁾, en su estudio “Intervenciones de enfermería para prevenir la neumonía asociada a ventilación mecánica en el adulto en estado crítico” nos describe que: El lavado de manos es el método más efectivo para prevenir la transferencia de microorganismos entre el personal de salud y los pacientes.

Para Florence Nightingale era muy importante el lavado de manos con frecuencia ya que la piel sucia interfería en el proceso de curación y el lavado de manos quitaba inmediatamente la materia nociva ⁽¹⁶⁾.

La colonización cruzada es un importante mecanismo en la patogénesis de la infección intrahospitalaria. Es así que el personal de salud efectúa actividades de cuidado al paciente en el medio hospitalario para proporcionar las medidas de seguridad que requiere y de este modo garantizar su recuperación como es el lavado de manos que debe considerarse una rutina necesaria e importante, sencilla, fácil, rápida, de bajo costo y con alta evidencia para prevenir las infecciones hospitalarias ⁽⁴⁾.

Según la OMS, describe cinco momentos del lavado de Manos ⁽²¹⁾, para la prevención de infecciones intrahospitalarias, aquí se mencionan:

1. Antes de tocar al paciente.
2. Antes de realizar una tarea limpia o aséptica.
3. Después de riesgo de exposición a líquidos corporales.
4. Después de tocar al paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente.

La OMS, recomienda seguir los 11 pasos de la técnica del lavado de manos ⁽²¹⁾, que debe durar entre 40 y 60 segundos, descritos a continuación:

1. Mojarse las manos con agua.
2. Depositar en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente.
3. Frotarse las palmas de las manos entre sí.
4. Frotarse la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa.
5. Frotarse las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
6. Frotarse el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
7. Frotarse con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
8. Frotarse la punta de los dedos de la mano derecha contra la mano izquierda,

con movimiento de rotación y viceversa. 9. Enjuagarse las manos con agua. 10. Secarse las manos con una toalla de un solo uso. 11. Utilice la toalla para cerrar el grifo.

Contamos también con la práctica de las medidas de bioseguridad ⁽⁸⁾, las cuáles son un conjunto de medidas mínimas a ser adoptadas, con el fin de reducir o eliminar los riesgos para el personal, la comunidad y el medio ambiente, que pueden ser producidos por agentes infecciosos, físicos, químicos y mecánicos.

Un principio es el uso de barreras ⁽⁸⁾: Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. La utilización de barreras no evita los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las consecuencias de dicho accidente. Entre estas barreras de protección podemos mencionar:

- Uso de guantes estériles: es una barrera de protección muy útil para la prevención de infecciones cruzadas.
- Uso de mascarilla: es un elemento importante para prevenir la transmisión de bacterias a través de las secreciones orales y de las gotitas de flush en el momento de manipulación de pacientes. Las mascarillas actúan como filtros y se usan para disminuir el peligro de transmitir microorganismos patógenos.

Técnica de colocación de mascarilla: lavarse las manos, tomar las asas de la mascarilla para sacarla del dispensador, colocar la mascarilla sobre la boca y nariz, atar las cintas de arriba a la parte de atrás de la cabeza, asegurándose de que las cintas pasan por encima de la parte superior de las orejas, atar las cintas inferiores de la mascarilla en la parte de atrás de la cabeza en la línea del cuello.

- Uso de protectores oculares: son protectores especiales que son usados para evitar salpicaduras de fluidos corporales producidos durante la atención y evitar el alcance de los ojos del personal de salud.

- Uso de batas: es una barrera de protección de la ropa que disminuye el riesgo de contaminación durante los procedimientos que puedan ocasionar salpicaduras de secreciones o excreciones infecciosas. Debe ser lo suficientemente largo para cubrir adecuadamente la ropa del personal, debe tener manga larga y puños elásticos. Colocarlo abierto de la bata hacia la espalda, lavarse las manos antes de ser colocada y después de retirarla. Debe ser utilizada una sola vez. ⁽⁵⁾
- Uso del gorro: es un protector que proporciona una barrera efectiva contra aerosoles y sangre que pueden ser lanzadas de la boca del paciente para el cabello del personal y a su vez las micropartículas se desprenden del cabello del profesional hacia el paciente o material estéril y así evitar la contaminación cruzada.

Dentro de la prevención, podemos citar algunas intervenciones de enfermería necesarias para evitar las NAVM y sus complicaciones, entre ellas tenemos:

La higiene de la cavidad oral ⁽¹⁰⁾, es importante considerar que la mucosa oral presenta gran colonización de microorganismos (bacterias comunes, principalmente) que actúan como reservorio (junto a las secreciones) y que pueden migrar hacia las vías respiratorias bajas y, así, favorecer la neumonía, por lo que una buena limpieza de la cavidad oral en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado crítico tiene un impacto muy importante en la prevención de NAVM.

La higiene oral, es una medida de prevención efectiva en NAVM, esto correlacionado con una correcta implementación de los métodos antisépticos, el enjuague bucal y un correcto cepillado. Por esta razón es fundamental educar al personal de salud, a fin de buscar una mejor calidad en sus cuidados, estandarizar protocolos en los servicios de cuidado intensivo y realizar un control de esta intervención ⁽¹⁰⁾.

Vergara T. ⁽⁴⁾, en su estudio: “Descontaminación oral en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica”, demostró que los pacientes tratados con limpieza oral presentaron menor incidencia de NAVM en comparación con los pacientes sin tratamientos con limpieza oral. Destacó el uso de antisépticos para el aseo de la cavidad oral con clorhexidina al 0.12%

con relación a la prevención de NAVM, ya que el número de bacterias potencialmente patógenas se reducen significativamente.

Otra intervención, es la aspiración de secreciones ⁽²⁾, es la extracción de las secreciones acumuladas en la vía respiratoria superior, por medio de succión y a través del tubo endotraqueal. Las secreciones bronquiales son un mecanismo de defensa de la mucosa bronquial que genera moco para atrapar partículas y expulsarlas por medio de la tos. En pacientes sometidos a ventilación mecánica hay inhibición de reflejo de la tos y requiere su extracción por medio de la succión manual.

Mantener la permeabilidad de la vía aérea mediante la aspiración de secreciones forma parte del cuidado del paciente con VM, y es una de las intervenciones interdependientes realizadas por el profesional de fisioterapia en conjunto con enfermería. En la actualidad existen dos sistemas de aspiraciones: el sistema cerrado y el sistema abierto. El primero ha demostrado que produce menos complicaciones para el paciente; sin embargo, no se han demostrado diferencias en cuanto a la disminución de la incidencia y prevalencia de NAVM. ⁽²⁾

La neumonía nosocomial se puede desencadenar por la inmovilidad del paciente crítico. Los cambios posturales, facilitan la movilización de las secreciones bronquiales, para ello se protocolizó el cambio postural realizado por enfermería cada 2 horas o según necesidad en las unidades de cuidados intensivos. ⁽²⁾

La posición semifowler ⁽²⁾; la elevación de la cabeza de 30° a 45 ° disminuye la NAVM, sobre todo en las primeras 24 horas pues reduce la incidencia de aspiración de secreciones y de contenido gástrico, sobre todo cuando el paciente está recibiendo nutrición enteral, sin olvidar que este es uno de los mecanismos que intervienen en la formación de la NAVM. Por lo tanto, siempre que no existan contraindicaciones, todos los pacientes se ubicaran en esta posición. La terapia de rotación lateral continua ha demostrado su eficacia para reducir la incidencia de la neumonía nosocomial, así como una disminución de la ventilación mecánica y de la duración de la estancia en la UCI y en el hospital ⁽²⁾.

Según Palomar M. en su estudio “prevención de la infección nosocomial en pacientes críticos” concluyó que la aparición de NAVM estaba relacionada con la incorrecta posición de los pacientes y mostraba que en los pacientes que se encontraban en la posición de 30° - 45° la incidencia fue tan solo el 8% mientras que en posición supina la incidencia fue del 34%. ⁽⁴⁾

Esta intervención es liderada y realizada por profesionales de enfermería en la práctica clínica, considerándose, la elevación de la cabecera un indicador de calidad en la unidad de cuidado intensivo, donde a través de su cumplimiento se busca aumentar la calidad de atención a los pacientes. ⁽⁴⁾

Una intervención muy importante también es el inflado del balón del neumotaponador ⁽²³⁾, un principio general de la NAVM es que las infecciones en la vía respiratoria inferior son precedidas por la colonización de la vía respiratoria superior: por lo que se han buscado métodos que reduzcan las infecciones de la vía respiratoria inferior.

Una función fundamental del neumotaponador del tubo endotraqueal es sellar la vía aérea de tal manera que no permita la fuga del aire exterior, que no afecte la perfusión de la mucosa traqueal y que impida el paso de secreciones subglóticas a la vía aérea inferior. Si no se mantiene una presión adecuada en el balón del neumotaponador, se va a producir la aspiración de las secreciones a su alrededor. Algunos estudios han reportado la tendencia de un mayor riesgo de NAVM cuando la presión del balón es menor de 20 cm H₂O, y se concluye que mantener la presión del balón entre 20-25 cm H₂O es un método sencillo y de bajo costo que resulta útil en la prevención de la NAVM. ⁽²³⁾

Cabe mencionar también como intervención, el mantenimiento de los circuitos del ventilador. ⁽⁴⁾ Para Gonzales R. La contaminación de los circuitos, por las secreciones de los pacientes, y su manipulación excesiva por los profesionales aumentan la NAVM. No existe consenso sobre cuál sería el tiempo óptimo de durabilidad del circuito respiratorio, aunque lo más aceptado sea el cambio semanal. El cambio de circuitos cada 24 horas aumenta el riesgo de NAVM.

Díaz L. ⁽⁴⁾, según su estudio: “Prevención no farmacológica de la neumonía asociada a ventilación mecánica” concluye que: “Se deben implementar procedimientos adecuados para drenar las secreciones y evitar que el personal de salud facilite su desplazamiento hacia la vía aérea inferior con los movimientos del paciente o de los circuitos. Por lo tanto, se recomienda cambiarlas cuando se encuentren visualmente contaminadas de sangre, vómito o secreciones purulentas”.

Prevenir algunas complicaciones sujeto a la complejidad de las patologías en el paciente crítico a través del cumplimiento de las medidas de bioseguridad e intervenciones de enfermería de forma óptima, es brindar un cuidado enfermero humanizado. ⁽¹²⁾

Paciente Crítico, se define como aquél que presenta alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad tal que representan una amenaza real o potencial para su vida y al mismo tiempo son susceptibles de recuperación. Por lo tanto, hay cuatro características básicas que definen al paciente crítico: enfermedad grave, potencial de revertir la enfermedad, necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuos, y necesidad de un área tecnificada (UCI). ⁽³⁰⁾

Las unidades de cuidados críticos, son áreas específicas del hospital donde participa el profesional de enfermería en el cuidado de pacientes en situación de gravedad, los cuales están provistos de un ventilador mecánico, como soporte respiratorio (como es la entubación endotraqueal) y soporte hemodinámico viéndose comprometido dos o más órganos llevando a un fallo que pone en riesgo la vida del paciente ⁽⁴⁾. Según Martínez, citado por Ríos S. ⁽²⁰⁾, define la UCI, como “Un sistema de asistencia clínica que atiende a personas en los que existe o pudiera existir un compromiso severo de las funciones vitales y el cual tiene que ser reversible”.

La enfermera desempeña un rol importante en la unidad de cuidados especiales, actúa en forma oportuna para prevenir complicaciones que ponen en peligro la vida del paciente, la cual debe seguir estrictamente los principios del cuidado, la aplicación de los protocolos de atención y la importancia de la valoración antes y después de realizar procedimientos ⁽¹⁵⁾.

La presente investigación fue guiada por la teorista Jean Watson, ella sostiene: el eje central de enfermería es el ejercicio de cuidar, por lo que se debe ofrecer un cuidado holístico, ya que el hombre es único e indivisible y ha de cuidarse en todas sus dimensiones.

Desde esta perspectiva se reafirma el rol propio de enfermería, teoría que es apoyada por Jean Watson en sus diferentes estudios del trato humanizado hacia los pacientes, considerando así al cuidado como cualidad única y auténtica que se sustenta en la calidad y reciprocidad del proceso; el cuidado transpersonal como eje de las acciones para protección y resolución de los problemas de salud de la población en general. ⁽¹²⁾

El cuidado humanizado se basa en promover, preservar la salud, tratar la enfermedad y asegurar que el ambiente brinde una vida saludable en los aspectos físico, emotivo, social y espiritual, es decir proporcionar una armonía entre mente, cuerpo y alma. El sentido humanístico y enfocado en la persona, también implica tener actitud, anhelo, compromiso con el acto de cuidar y conocimientos. ⁽¹²⁾

Es así que este trabajo de investigación se guió de esta teoría tomando en cuenta que para cuidar se deben priorizar todas las dimensiones del hombre, y destacar que la enfermera de cuidados críticos debe tener un sólido conocimiento científico y un trato humano para poder brindar un cuidado holístico.

En la Teoría Transpersonal que plantea Jean Watson sobre el Cuidado Humanizado, define 10 factores del cuidado ⁽¹³⁾, los cuales son: Formación de un sistema humanístico–altruista de valores, Inculcación de fe-esperanza, Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás, Desarrollo de una relación de ayuda y confianza, Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos, Utilización sistemática del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones, Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal, Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual, Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas, Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas.

Dentro de estos factores del cuidado lo que se relacionan con la presente investigación son:

El primer factor es “Formación de un sistema de valores humanístico y altruista: Que puede ser influenciado por enfermería, por medio de empatía, bondad, preocupación y amor, evidenciado en el cuidado cotidiano del paciente, es así que las enfermeras de UCI deben poner énfasis en brindar un cuidado especializado que demanda esmero y dedicación en su práctica diaria tratando de no causar daño, aplicando correctamente las medidas de bioseguridad e intervenciones de enfermería para la prevención de las NAVM.

Como tercer factor: “Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás”: Que permite la aceptación personal del profesional de enfermería como del paciente; es decir el trato digno al paciente expresa la sensibilidad de la enfermera durante sus cuidados, cuando proporciona al paciente confort, bienestar físico y espiritual, ello conlleva el reconocimiento de estos sentimientos por parte de la enfermera y por tanto estos sentimientos se afianzan y fortalecen la práctica y continuidad de los mismos.

Es indispensable cultivar valores en la práctica de enfermería para proporcionar un trato digno, bienestar, y un cuidado seguro mediante las medidas de prevención de complicaciones en las unidades críticas.

Sexto factor; el uso sistemático del método científico de la solución de problemas para la toma de decisiones: A través del proceso enfermero creativo, individualizado, participativo, sistemático y organizado, realizando un cuidado justo y responsable que aporte bienestar y satisfacción al paciente.

Este factor debe ser practicado durante el cuidado del paciente crítico, mediante la observación de sus manifestaciones físicas, valorando los posibles riesgos y evitándolos, practicando el lavado de manos, los cambios de posición dando confort, mantener inflado el balón de neumotaponamiento, realizando una buena higiene bucal, como parte de un cuidado responsable basado en el conocimiento de las medidas de prevención de las NAVM.

El octavo factor, Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual; aquí las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Para ello la enfermera debe brindar al paciente un ambiente limpio y agradable, no sólo cuidando la estética, sino además la seguridad del área donde se encuentra la persona de cuidado.

Noveno factor; Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas, con este factor la enfermera reconoce las necesidades biofísicas psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y del paciente, puede ser mediante la prevención de complicaciones evitando agravar el estado de salud brindando confort a través de los cambios de posición y a la vez previniendo la aparición de úlceras por presión, a través de la higiene y la práctica de las medidas de bioseguridad para evitar infecciones, previniendo el inicio y progreso de las neumonías intrahospitalarias debido al uso de gran número de dispositivos invasivos.

Además, Watson considera que la responsabilidad de la enfermera tiene que ir más allá de los 10 factores de cuidado y facilitar el desarrollo en el en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas. Lo cual es primordial durante la atención y cuidado del paciente en estado crítico, brindando confort y seguridad ante los riesgos intrahospitalarios como son las infecciones que pueden ser perjudiciales para la vida del paciente; ello determinará la esencia del cuidado humanizado.

CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES

2.1. Proceso de investigación:

Sustentadas en los planteamientos de Hernández, Fernández y Baptista ⁽²⁵⁾ este estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal.

Tipo: Cuantitativo, porque permitió recopilar, procesar y analizar datos cuantitativos sobre una variable determinada.

Diseño: descriptivo, porque permitió determinar las características de la variable tal como se presentaron, describiéndose así el cuidado enfermero en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico.

Fue de corte transversal porque se abordó el objeto de estudio en un tiempo determinado el cual fue en el mes de noviembre del 2022.

2.2. Población, muestra y muestreo:

La población en estudio estuvo conformada por enfermeras de un Hospital Nivel III de una unidad crítica en el servicio de UCI.

La muestra estuvo constituida por 50 enfermeras de un Hospital Nivel III de una unidad crítica en el servicio de UCI; teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios Inclusión:

Enfermeras con condición laboral contratada, nombrada.

Enfermeras que laboran más de 1 año en el servicio.

Profesional de enfermería que labora en el área.

Criterios de Exclusión:

Enfermeras con cargo administrativo

Enfermeras que estén de licencia por enfermedad o maternidad.

Enfermeras que se encuentren de vacaciones.

Enfermeras que solo ingresan para cubrir turnos.

Enfermeras que cursen estudios de segunda especialidad.

2.3. Técnicas de recolección de datos:

Según Sampieri ⁽²⁵⁾; “recolectar los datos implica elaborar un plan detallado de procedimientos que conduzcan a reunir datos con un propósito específico”. ⁽²⁵⁾

Según Hernández, Fernández y Baptista ⁽²⁵⁾ “la técnica indica cómo se va a recoger la información y el instrumento señala cual información seleccionar”

Entonces el instrumento que se empleó fue la lista de chequeo, y la técnica utilizada fue observacional. Se utilizó como instrumento la guía denominada: Cuidado enfermero en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico de un Hospital Nivel III Chiclayo - 2022 (ANEXO 03).

El instrumento de recolección de datos que se empleó fue la lista de Chequeo, la cual consiste en un listado de frases que expresan conductas positivas o negativas, secuencias de acciones, ante las cuales el observador tildará su presencia o ausencia. ⁽²⁶⁾

A través de esta lista de chequeo se verificó si la enfermera realiza o no la conducta observada o no procede, la realización del 100% de actividades se considerará nota aprobatoria.

Se encontró estructurado en 2 dimensiones: Medidas de bioseguridad e intervenciones de enfermería con un total de 18 indicadores.

La primera dimensión: medidas de bioseguridad, presenta 5 indicadores: los 4 primeros corresponden a lavado de manos, y 1 a barreras de protección.

La segunda dimensión: intervenciones de enfermería, presenta 13 indicadores: 2 de higiene de la cavidad bucal, los siguientes 6 corresponden aspiración de secreciones, 2 sobre

posición del paciente, 1 sobre inflado del balón del neumotaponador y 1 mantenimiento de los circuitos del ventilador mecánico

Este instrumento tuvo un valor en total de 36 puntos, dos puntos a cada indicador; el cual constará de 18 preguntas. Los resultados fueron catalogados según la escala de puntuación de: óptimo: 26-36, parcial: 14-24, deficiente: 0-12

Los resultados de cada dimensión fueron estipulados como:

- Medidas de bioseguridad: óptimo de 8 - 10 puntos; parcial de 4 - 6 y deficiente 0 – 2
- Intervenciones de enfermería: óptimo de 18 – 26 puntos; parcial de 10 - 16 y deficiente 0 – 8

Este instrumento estandarizado, que recolectó la información a través de la técnica de observación, por medio de ítems en un formato impreso, fue aplicado por las investigadoras, en los meses señalados a las enfermeras hospital nivel III Chiclayo, fue validado por juicio de expertos (ANEXO 01), opinión informada de personas con trayectoria en el tema.

Antes de la recolección de datos se solicitó permiso a la Unidad de Investigación del hospital nivel III Chiclayo en estudio, una vez autorizadas se coordinó con la jefa de enfermeras del hospital, donde nos delega hacia la jefa de la unidad de cuidados intensivos, coordinamos el ingreso a la uci , realizando la ejecución de la investigación, se les pidió su colaboración y se procedió a explicar sobre el objetivo del estudio de la investigación, previo a ello se les informó sobre el consentimiento informado (ANEXO 02), el cual fue firmado, donde las investigadoras informaron a los participantes y respetaron la decisión que éste tome de acuerdo con sus valores, como clara expresión de su autonomía moral.

No obstante, el documento escrito de consentimiento informado es una herramienta que facilita el proceso de comunicación y un complemento necesario a la información, previa a la auto aplicación de la lista de chequeo ⁽³⁶⁾.

Para medir los subdimensiones se empleó la siguiente puntuación:

1. Lavado de manos:

Clasificación: óptimo: 8, parcial: 4- 6, deficiente: 0-2.

2. Barreras de protección:

Clasificación: óptimo: 2, deficiente: 0

3. Higiene de la cavidad oral:

Clasificación: óptimo: 4, parcial: 2, deficiente: 0

4. Aspiración de secreciones:

Clasificación: óptimo: 10-12, parcial: 6-8, deficiente: 0-4

5. Posición del paciente:

Clasificación: óptimo: 4, parcial: 2, deficiente: 0

6. Inflado del balón del neumotaponador:

Clasificación: óptimo: 2, deficiente: 0

7. Mantenimiento de los circuitos del respirador:

Clasificación: óptimo: 4, parcial: 2, deficiente: 0

PUNTAJE TOTAL: óptimo: 26-36, parcial: 14-24, deficiente: 0-12

Luego se procedió a la aplicación de la lista de chequeo (ANEXO 03), por cada turno durante el desempeño de las actividades del personal enfermero asistencial. Este instrumento, que recolectó la información, por medio de ítems organizados en un formato impreso, fue aplicado a las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos en cada turno correspondiente.

2.4. Procesamiento de la información:

Los datos recolectados fueron codificados y luego ingresados a una base de datos a través del programa Microsoft Excel versión 2013, para su posterior análisis donde se obtuvo los cuadros estadísticos y gráficos ilustrativos que sintetizan sus valores correspondientes.

Para determinar el cumplimiento de los cuidados de enfermería en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica, se obtuvieron tablas de distribución de frecuencia según escala de clasificación del instrumento. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos. Se realizó el análisis de frecuencias de los resultados y fueron discutidos en base al marco teórico y a los antecedentes de investigación, utilizando el programa Microsoft SPS versión 22.

2.5. Principios éticos:

Según Belmont en esta investigación se identificaron tres principios éticos que propone:

Respeto a las Personas: El respeto a las personas incorpora cuando menos dos convicciones éticas: primero, que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y segundos, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas. Así, el principio de respeto a las personas se divide en dos exigencias morales separadas: la exigencia de reconocer autonomía y la exigencia de proteger a aquellos con autonomía disminuida ⁽²⁷⁾.

Durante el proceso de investigación y especialmente en la recolección de datos las enfermeras fueron tratadas con cortesía, respetadas, se procedió a la firma del consentimiento informado con cortesía, asegurando que sus derechos queden protegidos en su autonomía

Beneficencia: El concepto de tratar a las personas de una manera ética, no solo implica respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también asegurar su bienestar. Este trato cae bajo el principio de beneficencia. Con frecuencia, el término "beneficencia" se entiende como actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta obligación ⁽²⁷⁾.

Este principio se aplicó, a las enfermeras como sujetos de la investigación, fueron tratadas con ética respetando sus condiciones, es decir se les protegió durante el tiempo de estudio de la investigación, estableciendo una relación de confianza entre las personas investigadas y los investigadores. Esta investigación no supone daños físicos, ni psicológicos a los participantes, ya que la información obtenida solo se utilizará como fines investigativos.

Justicia: Se proporcionó un trato justo y equitativo durante su participación en el estudio, preservando así mismo su anonimato y confidencialidad de la información todo esto plasmado en una guía observacional cada uno de los sujetos en estudio, sin riesgo a ser cohesionados para que participen.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

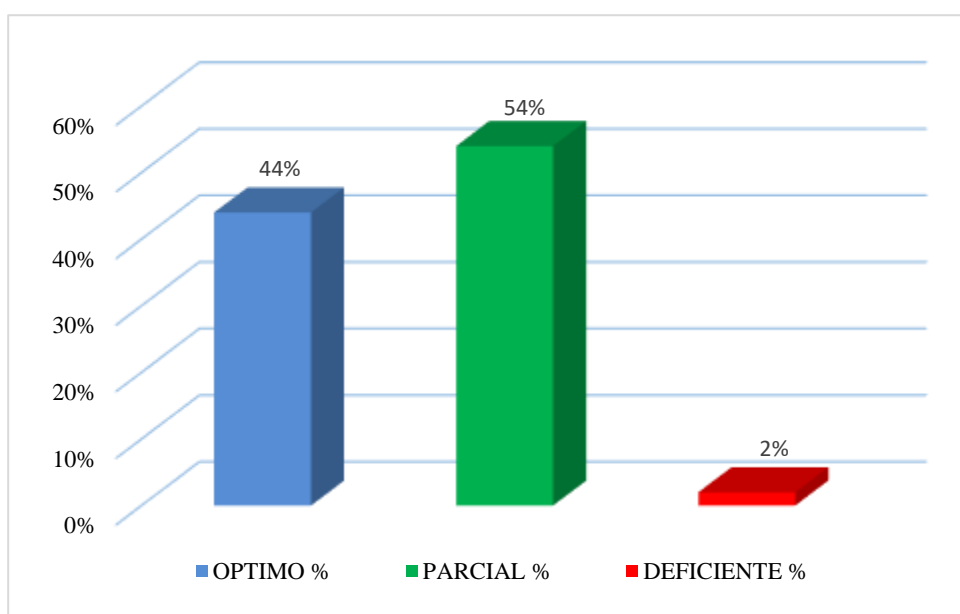
En la presente investigación los resultados encontrados en las enfermeras de unidad de cuidados intensivos son:

El 96% son mujeres y solo un 4 % hombre, característica muy común en una profesión con predominio femenino.

Los resultados se presentan en los siguientes gráficos de acuerdo a los objetivos de la investigación.

GRAFICO N°01

Cuidado de enfermería en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico de un Hospital Nivel III Chiclayo – 2022



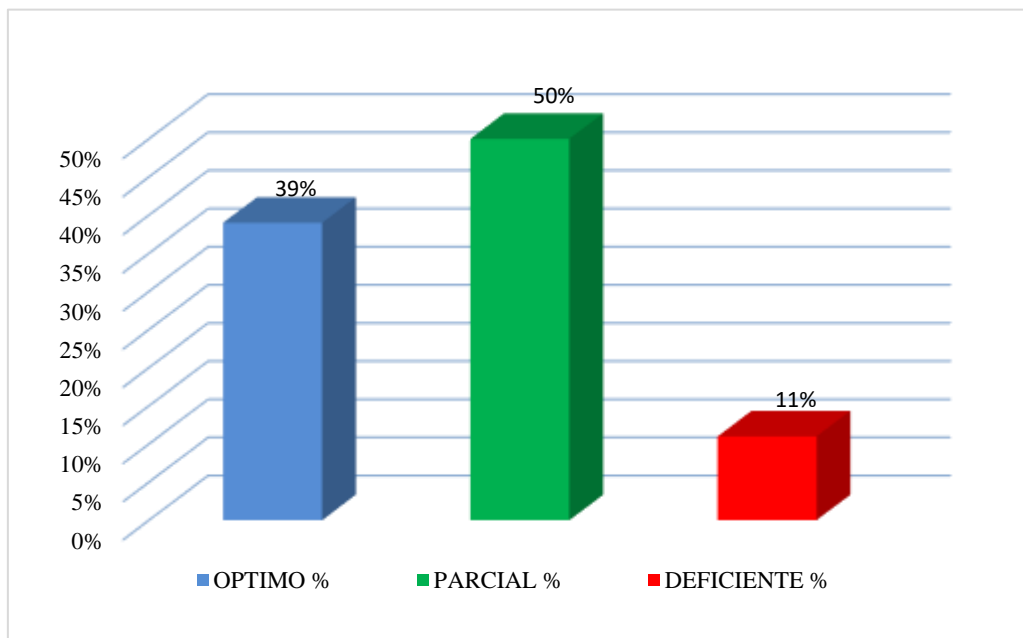
FUENTE: Información obtenida por las investigadoras – Lista de chequeo.

Se puede observar de las 50 enfermeras de la unidad de cuidados intensivos en estudio; que brindan un cuidado parcial con un 54% que oscila entre 14 y 24 puntos, por otro lado, un cuidado óptimo con 44% que oscila entre 26 y 36 puntos y una clasificación correspondiente al cuidado deficiente con un 2% cuyo punto estuvo comprendido entre 0 y 12.

En relación al cuidado enfermero se encuentra un mayor predominio en el cuidado parcial, mientras que un menor predominio en el cuidado óptimo y finalmente el cuidado deficiente con un mínimo porcentaje.

GRAFICO N°02

Cuidado enfermero en las medidas de bioseguridad, para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico de un Hospital Nivel III Chiclayo - 2022.



FUENTE: Información obtenida por las investigadoras – Lista de chequeo.

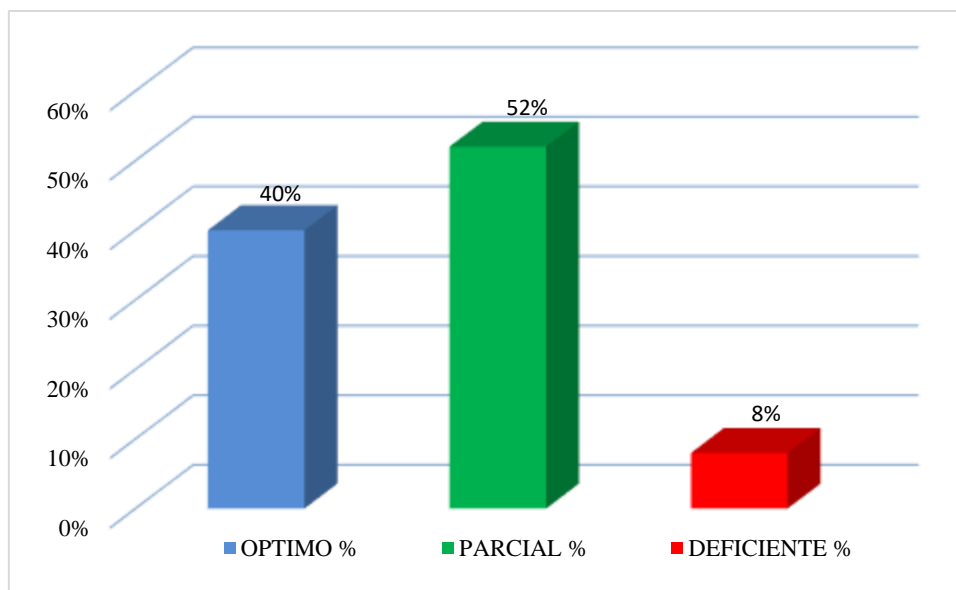
Con respecto al gráfico N° 02, en la dimensión medidas de bioseguridad se puede apreciar que de las 50 enfermeras de la unidad de cuidados intensivos en estudio, se encontró que dichas enfermeras brindan un cuidado parcial representado por un 50%, al cuidado óptimo con un 39%, por último un cuidado deficiente con un 11%.

Con respecto al cuidado parcial que fue puntualizado entre 4 y 6 puntos, el porcentaje del

cuidado óptimo con rango de referencia entre 8 y 10 puntos, seguido del cuidado deficiente entre 0 y 2 puntos.

GRAFICO N°03

Cuidado enfermero en las intervenciones de enfermería para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico de un Hospital Nivel III Chiclayo - 2022.



FUENTE: Información obtenida por las investigadoras – Lista de chequeo.

Referente al gráfico N° 03 en la dimensión intervenciones de enfermería se puede apreciar que, de las 50 enfermeras, hay un alto porcentaje de cuidado parcial con un 52% en relación al cuidado óptimo con 40 %, y un cuidado deficiente 8%.

Cabe resaltar que la prevalencia del cuidado parcial, es mayor con respecto al cuidado óptimo en las enfermeras en estudio, con un alto porcentaje diferencial, que es favorable.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

El cuidado del paciente es la esencia de la profesión de enfermería el cual influye en su quehacer diario, donde debe primar el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano en todas sus dimensiones. Por ello, cabe rescatar la importancia del cuidado de enfermería, puesto que éste repercute en la prevención de enfermedades y sus complicaciones, además forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para alcanzar algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción, menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros. ⁽²⁴⁾

Los hallazgos de la investigación sobre el Cuidado enfermero en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico se obtuvo como resultado que el mayor porcentaje lo representa el cuidado parcial con un 54%, seguido del cuidado óptimo con un 44%, y mínimamente con un cuidado deficiente con el 2%. Contribuye a este resultado, el estudio titulado “Práctica de bioseguridad y cuidados en prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica, enfermeras servicio de emergencia, hospital nacional C.A.S.E. ESSALUD. Arequipa 2017”, en el cual prevaleció también el cuidado parcial con un 51,7%, seguido del cuidado óptimo con un 41,4%. ⁽¹⁰⁾

Ante este panorama presentado en la investigación, donde hay un gran porcentaje de enfermeras que brindan un cuidado parcial, constituyendo un riesgo para el bienestar y recuperación del paciente, que puede generar mayor incidencia de casos de NAVM, mayor estancia hospitalaria, aumento de la morbilidad y saturación de los servicios sanitarios.

Una infección intrahospitalaria común en las UCI, es la Neumonía asociada a ventilación mecánica. La neumonía, es una infección respiratoria aguda que inflama los sacos aéreos de uno o ambos pulmones y que es causada por bacterias, virus u hongos. La neumonía se transmite generalmente por contacto cercano con personas enfermas, también algunos virus se pueden transmitir por contacto con superficies contaminadas con estas secreciones respiratorias. ⁽¹⁶⁾

Los gérmenes que las superen, colonizan el parénquima pulmonar ocasionando inflamación del intersticio y/o de los alvéolos, con exudado de fluidos, que generan una disminución de la distensibilidad pulmonar, obstrucción de las vías aéreas pequeñas y alteración de la relación ventilación-perfusión. ⁽¹⁸⁾

Velasco citado por García F. refiere que las medidas dirigidas al cuidado de la vía aérea evitando la presencia de secreciones, su contaminación, o el paso de ellas a la vía aérea inferior son potenciales objetivos para la prevención de la NAVM". ⁽²⁰⁾ Por lo cual cabe rescatar la importancia de que el profesional de enfermería debe estar capacitado para brindar un cuidado óptimo en las unidades críticas.

Al encontrar que estas profesionales no realizan un cuidado adecuado pone en tela de juicio su quehacer diario en las unidades de cuidado al paciente crítico, el cual es susceptible de contraer patologías sobreagregadas y agravar su condición, evidenciando que no se brinda un cuidado de calidad y humanizado.

Es por ello que surge la necesidad de las instituciones formadoras de la segunda especialidad, reforzar el conocimiento impartido en aulas, cultivar valores, y ética profesional para que las egresadas brinden un cuidado óptimo, basado en la investigación diaria, actualización y trabajo en equipo que regulen el ejercicio profesional de enfermería.

Con respecto al cuidado enfermero en las medidas de bioseguridad, donde es preocupante el predominio del cuidado parcial con un 50%, seguido del cuidado óptimo 39%, por último, un cuidado deficiente con un 11%.

Estos datos son alarmantes, puesto que la mitad de la población en estudio, brinda un cuidado parcial, lo que revela que hay poco interés, y falta mayor concientización de los y las profesionales de enfermería para brindar un cuidado humanizado en todos los ámbitos de la persona, la poca iniciativa para seguir estudiando y actualizándose para mejorar la calidad de dichos cuidados, y además denota que no hubo una formación sólida para desempeñarse como enfermera especialista de un área crítica, poniendo en tela de juicio, la praxis

profesional en sus cuidados, que por ser un área de mayor riesgo, deben ser realizadas con mayor ahínco y diligencia, demostrando vocación por la labor que realizan.

Las medidas de bioseguridad son conductas que el profesional adopta a diario durante el desempeño de sus actividades, las cuáles son un conjunto de medidas mínimas a ser adoptadas, con el fin de reducir o eliminar los riesgos para el personal, la comunidad y el medio ambiente, que pueden ser producidos por agentes infecciosos, físicos, químicos y mecánicos⁽⁸⁾, las cuales deben ser realizadas con esmero y responsabilidad ya que brindar un cuidado enfermero óptimo involucra algunos aspectos como conocimiento científico, la ética, la revisión de las normas técnicas vigentes, y otros como la accesibilidad y disposición de los insumos en el área de trabajo; todo ello enfocado a minimizar los riesgos hacia la persona cuidada.

En UCI se realizan diferentes procedimientos invasivos, condicionando al incremento de riesgos a desarrollar infecciones asociadas al cuidado en la salud. El enfermero está en permanente contacto con los pacientes y son los que lideran el cuidado, es por ello que, no debería ser admitido un cuidado parcial en un área de atención a pacientes vulnerables. Cabe destacar la importancia del lavado de manos en la prevención de las infecciones cruzadas de paciente a paciente, el cual deben realizar eficientemente para prevenir la aparición de infecciones agregadas como las NAVM, esto va a repercutir en la pronta recuperación del paciente crítico y promueve las buenas prácticas en la unidad de cuidado intensivo.

El lavado de manos; este se define como la remoción mecánica de suciedad y la reducción de microorganismos transitorios de la piel. Este lavado de manos requiere de jabón común, el que debe hacerse de forma vigorosa con una duración no menor de 40 a 60 segundos. ⁽²¹⁾.

Para Florence Nightingale era muy importante el lavado de manos con frecuencia ya que la piel sucia interfería en el proceso de curación y el lavado de manos quitaba inmediatamente la materia nociva ⁽¹⁶⁾.

Es así que el personal de salud efectúa actividades de cuidado al paciente en el medio hospitalario para proporcionar las medidas de seguridad que requiere y de este modo garantizar su recuperación como es el lavado de manos que debe considerarse una rutina necesaria e importante, sencilla, fácil, rápida, de bajo costo y con alta evidencia para prevenir las infecciones hospitalarias ⁽⁴⁾.

Asimismo, prevenir en cualquier nivel de atención es un rol primordial del enfermero (a), teniendo como medidas esenciales el uso de las barreras de protección y el correcto lavado de manos, determinando en este estudio que algunas enfermeras no realizan los pasos correctos, y no lo aplican en los momentos establecidos por la OMS, constituyendo a las medidas de bioseguridad como la piedra angular en la prevención de infecciones intrahospitalarias, siendo las más comunes las NAVM en las unidades de cuidados críticos.

Sin embargo, el cuidado enfermero en la dimensión: intervenciones de enfermería se obtuvo un alto porcentaje de cuidado parcial con un 52%, en relación al cuidado óptimo con 40%, y un cuidado deficiente con un 8%, por lo cual las enfermeras en estudio realizan un cuidado parcial orientado a la prevención de las NAVM.

Observando en estos valores que las enfermeras de Cuidados intensivos en estudio tienen tendencia a brindar un cuidado parcial en el desempeño de las intervenciones de enfermería relacionadas a la prevención de NAVM en el paciente crítico, por falta de tiempo, de recursos hospitalarios y de personal, de capacitaciones continuas al personal que labora en esas áreas, otro factor puede ser el estado crítico del paciente en UCI, lo que el profesional no se abastece para realizar un cuidado adecuado a su paciente, o el enfermero no se encuentra en las condiciones de salud para realizar de manera ideal sus labores.

Dentro de estas intervenciones podemos citar la higiene de la cavidad oral la cual es importante considerar que la mucosa oral presenta gran colonización de microorganismos (bacterias comunes, principalmente) que actúan como reservorio (junto a las secreciones) y que pueden migrar hacia las vías respiratorias bajas y, así, favorecer la neumonía ⁽¹⁰⁾; otra intervención es la aspiración de secreciones, mantener la permeabilidad de la vía aérea

mediante la aspiración de secreciones forma parte del cuidado del paciente con VM. ⁽²⁾

Además, realizar el inflado del neumotaponador, tiene como función sellar la vía aérea de tal manera que no permita la fuga del aire exterior, que no afecte la perfusión de la mucosa traqueal y que impida el paso de secreciones subglóticas a la vía aérea inferior para la prevención de las NAVM. La posición semifowler ⁽²³⁾; así también la elevación de la cabeza de 30° a 45 ° disminuye la NAVM, sobre todo en las primeras 24 horas pues reduce la incidencia de aspiración de secreciones y de contenido gástrico, Según Palomar M. en su estudio “prevención de la infección nosocomial en pacientes críticos” concluyó que la aparición de NAVM estaba relacionada con la incorrecta posición de los pacientes y mostraba que en los pacientes que se encontraban en la posición de 30° - 45° la incidencia fue tan solo el 8% mientras que en posición supina la incidencia fue del 34%. ^(2, 4)

Cabe mencionar también como intervención, el mantenimiento de los circuitos del ventilador. Para Gonzales R. La contaminación de los circuitos, por las secreciones de los pacientes, y su manipulación excesiva por los profesionales aumentan la NAVM. No existe consenso sobre cuál sería el tiempo óptimo de durabilidad del circuito respiratorio, aunque lo más aceptado sea el cambio semanal. El cambio de circuitos cada 24 horas aumenta el riesgo de NAVM. ⁽⁴⁾

Concluyendo que la enfermera desempeña un rol importante en la unidad de cuidados especiales, actúa en forma oportuna para prevenir complicaciones que ponen en peligro la vida del paciente, la cual debe seguir estrictamente los principios del cuidado, la aplicación de los protocolos de atención y la importancia de la valoración antes y después de realizar procedimientos ⁽¹⁵⁾.

Cabe destacar que el desarrollo de estas intervenciones, es fundamental para brindar un cuidado óptimo, las cuales no se están ejecutando en su totalidad, poniendo en riesgo la salud del paciente en estado crítico, contribuyendo al aumento de la morbilidad y mortalidad del hospital en estudio, lo cual genera una gran problemática de salud debido a la alta complejidad de la institución de salud, la cual debe albergar profesionales de gran capacidad resolutoria, en el

que debe primar la recuperación del paciente más vulnerable, destacando el cuidado humanizado en todas las dimensiones de la persona cuidada en la prevención de las NAVM.

Es elemental que el personal enfermero mantenga una buena comunicación y apoyo mutua durante el desempeño de sus intervenciones, puesto que por ser un área crítica se puede encontrar sobrecarga de actividades, y requerir la colaboración de los compañeros, es decir trabajo en equipo.

El profesional de enfermería en la rama del cuidado crítico, no sólo requiere el manejo de las bases teóricas, sino además necesita de una calidez humana, empatía, ya que somos formadas para brindar un cuidado humano, proporcionando bienestar al paciente y tomando las medidas indispensables para la prevención de enfermedades y sus complicaciones a través de intervenciones de enfermería con carácter de responsabilidad y conocimiento científico, esto se ve reflejado con los resultados anteriormente mencionados.

CONCLUSIONES

El cuidado de enfermería en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico es un cuidado parcial con un 54%.

En la dimensión cuidado enfermero en las medidas de bioseguridad, para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico el cuidado es parcial con un 50%.

En la dimensión cuidado enfermero en las intervenciones de enfermería para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico es parcial con un 52%.

RECOMENDACIONES

A las enfermeras, a seguir profundizando el conocimiento sobre el cuidado al paciente crítico y cumplir con sus deberes como futuros líderes del cuidado en las unidades de cuidado intensivo.

A la jefa del servicio de enfermería de UCI, incluir espacios de supervisión para la buena práctica del ejercicio de la profesión.

A la jefa del hospital nivel III de enfermería, establecer estrategias, que le permita a la enfermera a reforzar normas técnicas en esta área en cada unidad crítica, y realizar cursos de actualización continuos en el manejo del paciente crítico.

A la universidad formadora de especialistas en cuidado intensivo, implementar con material educativo, talleres, más horas de práctica hospitalaria y teórica, además de promover y profundizar el cuidado humanístico.

Al Colegio de Enfermeros que incluya dentro de sus actividades talleres de capacitación mediante los cuales brinden un conocimiento actualizado sobre el cuidado del paciente crítico, para así lograr obtener profesionales capaces y competentes que puedan desenvolverse y defenderse en el ámbito profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ESSALUD. Guía de práctica clínica para el manejo de neumonía intrahospitalaria y neumonía asociada a ventilador. Chiclayo: ESSALUD; [en línea]. 2019. [fecha de acceso 26 de noviembre del 2022]. Disponible en:
http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_NAV_NIH_Version_Extensa.pdf
2. Barona J. Guía de cuidados de enfermería para la prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica en pacientes de cuidado intensivo en el Hospital provincial Puyo. [Tesis pregrado]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2018. [fecha de acceso 20 de noviembre del 2022] Disponible en:
<https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/8648/1/PIUAENF005-2018.pdf>
3. Villamón M. Evaluación del cumplimiento de un protocolo de prevención de Neumonía asociada a Ventilación mecánica en una UCI polivalente. [en línea]. 2015. [fecha de acceso 26 de noviembre del 2022]; 14(38). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000200005
4. López N. Cumplimiento de la metodología Bundle en la prevención y control de la neumonía asociada a ventilación mecánica, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima.2017. [Tesis para especialidad]. Perú. 2019. [fecha de acceso 30 de diciembre del 2022].Disponible en:
http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/3987/NEYRA%20LOPEZ_MAESTRIA_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Miranda R. Neumonía asociada a la ventilación mecánica artificial. [en línea]. 2019. [fecha de acceso 30 de diciembre del 2022]; 18(3). Disponible en:
<https://revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/592/html#:~:text=La%20neumon%C3%ADa%20asociada%20a%20la%20ventilaci%C3%B3n%20mec%C3%A1nica%20artificial%20es%20la,modificables%20con%20la%20edad%20avanzada.>

6. Oficina de inteligencia sanitaria. Perfil epidemiológico de caso definitivo en hospitalización por ciclo de vida. Red salud Lambayeque. ESSALUD. 2018. grupo 270;(290-299).
7. ESSALUD. Registros de ingresos y altas hospitalarias de pacientes en unidad de cuidados intensivos. 2018.
8. MINSA. Manual de bioseguridad. [En línea] Lima. Ministerio de salud. 2017. [fecha de acceso 26 de octubre del 2022]. Disponible en: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/01/970188/rm_1295-2018-minsa.pdf
9. MINSA. Normas para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica. 2018. [en línea]. 2018. [fecha de acceso 26 de noviembre del 2022]. Disponible en: http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/instrumentos_de_gestion/normas_emitidas/r_dir/2019/05%20Mayo/RD_0094_2019_D_HNDM.pdf
10. Diaz Y. Práctica de bioseguridad y cuidados en prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica, enfermeras servicio de emergencia, hospital nacional C.A.S.E. ESSALUD. Arequipa 2017. Diaz. [Tesis para especialidad]. Arequipa: Universidad de San Agustín de Arequipa. 2018. [fecha de acceso 10 de setiembre del 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5987/ENSdicuyd.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Guevara B., Evies A., Rengifo J., Salas B., Manrique D., Palacio C., El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis. Enfermería Global. [en línea]. 2014. [fecha de acceso 09 de septiembre del 2022]; 13(33); 10. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/ensayo2.pdf>
12. Verástegui M. Significado del cuidado de enfermería otorgado por las enfermeras de un servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo 2012 [Tesis doctoral]. lima: universidad nacional mayor de San Marcos; 2014. [fecha de acceso 14 de noviembre del 2022] disponible en:

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3620/Verastegui_lm.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. Marriner, A; Raile, M. Modelos y teorías en enfermería. 5ªed. Madrid: Editorial Mosby. 2003

14. Balcázar M., Salazar W., Ramos D., Validación de una guía de cuidados de enfermería para la prevención de neumonía en pacientes en estado crítico con ventilación mecánica en la uci de un hospital nacional agosto – diciembre del 2018 – Perú. [Tesis doctoral]. Lima: Universidad Cayetano Heredia; 2018. [fecha de acceso 18 de agosto del 2022] Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/6549/Validacion_BalcazarOchoa_Mayra.pdf?sequence=1&isAllowed=y

15. Guía de Práctica Clínica Cuidados Críticos de Enfermería. [en línea]. Hospital Txagorritxu. 2004 [fecha de acceso 09 de mayo del 2022]. Disponible en: <https://elenfermerodelpendiente.files.wordpress.com/2018/04/criticos-seeiuc.pdf>

16. Núñez S., Pérez J., Alonso J., Soto M., Orozco O., Moina J., Cumplimiento de los cuidados de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. CONAMED. [fecha de acceso 05 de junio del 2022]; vol. 20, Suplemento 1 2015, págs. 7 - 15.2015.Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2015/cons151b.pdf>

17. MINSA. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de neumonía”. Lima: Ministerio de Salud. 2019. [fecha de acceso 09 de setiembre del 2022].Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>

18. García F., Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica: Papel de la aspiración de las secreciones subglóticas en su prevención e identificación de factores de riesgo. [Tesis Doctoral]. Madrid: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. 2011. [fecha de acceso 09 de noviembre del 2022]. Disponible en: repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/7321/41599_garcia_lopez_fernando.pdf

19. Armes A., Mosegue R., Galloway M., Ventilación Mecánica: Conocimientos Básicos. 2014. [fecha de acceso 03 de noviembre del 2022] URL disponible en: https://especialidades.sld.cu/enfermeriaintensiva/files/2014/04/vent_mecanic_princ_basico.pdf
20. Ríos C., Ríos M., Vargas S., Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado en una unidad de cuidados intensivos de un Hospital Nivel III, según Teoría transpersonal, setiembre - noviembre, 2018. [Tesis postgrado]. Lima: Universidad Cayetano Heredia. 2018. [fecha de acceso 09 de octubre del 2022]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/6542/Percepcion_RiosCruzado_Cintia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. MINSA. Guía técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud. 2017. [En línea] Lima. [fecha de acceso 1 de diciembre del 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3554.pdf>
22. Butcher H, Bulechek G, Dochterman JM & Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
23. Diaz E., Lorente L., Valles J., Rello J., Neumonía asociada a la ventilación mecánica. Elsevier.2022; 34(5):318–324. 2010. [fecha de acceso 09 de agosto del 2022].Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569110000896>
24. Juárez P., García M., La importancia del cuidado de enfermería. Medigraphic [en línea]. 2009. [Fecha de acceso junio del 2022]; 17 (2): 109-111. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
25. Hernández R. metodología de la investigación. 6ta ed. México: McGraw-Hill; 2010.
26. Campos G., Lule N., La observación, un método para el estudio de la realidad. México: Universidad Nacional autónoma de México. 2012. Vol. 7, Nº. 13, págs. 45-60. [fecha de acceso 09 de setiembre del 2022].Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3979972>

27. Universidad de Navarra. Informe Belmont, Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. [en línea]. España .2003. [consultado el 05 noviembre del 2022]. Disponible en: <https://uis.com.mx/assets/belmont.pdf>
28. Juárez P., García M., La importancia del cuidado de enfermería. Medigraphic [en línea]. 2019. [Fecha de acceso 08 de diciembre del 2022]; 17 (2): 109-111. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
29. Universidad en línea. La prevención en salud: importancia y tipos [en línea]. España .2021. [consultado el 25 setiembre del 2022].Disponible en: <https://www.unir.net/salud/revista/prevencion-en-salud/>
30. Aguilar C., Martinez C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. [en línea]. 2017. México [fecha de acceso 25 setiembre del 2022]; 31 (3). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171

ANEXOS

ANEXO N° 01

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERIA

UNIDAD DE POST GRADO

INSTRUMENTO PARA VALIDACION DE INVESTIGACION CIENTIFICA POR JUICIO DE EXPERTOS

INSTRUCCIONES:

Estimado (a):.....

Expresos a Ud., mi saludo cordial y a la vez solicito su colaboración, en calidad de experta en el Área de Cuidado Enfermero de Unidad Crítica, para validar el instrumento de recolección de datos para la investigación titulada **“CUIDADO ENFERMERO EN LA PREVENCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA AL PACIENTE ADULTO CRÍTICO DE UN HOSPITAL NIVEL III CHICLAYO - 2022”**

INVESTIGADORAS: **Lic. Enf. Gonzales Pisfil Paula.**

Lic. Enf. Gutiérrez Graus Jéssica Aracely.

GRADO ACADÉMICO: **Licenciadas en enfermería**

ESPECIALIDAD: **Enfermería en cuidados críticos con mención en adulto**

ASPECTO A EVALUAR	ADECUADO	INADECUADO
PERTINENCIA: Recoge la información de acuerdo al objeto de estudio.		
CLARIDAD: Lenguaje apropiado y específico.		
VIGENCIA: Adecuado al momento en que se aplique el instrumento.		
OBJETIVIDAD: Es posible de verificarse		
ESTRATEGIA: El método y técnica de recolección responde al propósito de estudio.		
CONSISTENCIA: Describe adecuadamente el objeto de estudio.		
ESTRUCTURA: Coherencia en el orden y agrupación de los ítems.		

SUGERENCIAS:.....
.....
.....

Firma y Sello

ANEXO N° 02



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE POST GRADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha-----

Hora.....

Por el presente:

Yo....., acepto participar libre y voluntariamente en la investigación titulada **“Cuidado enfermero en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico de un Hospital Nivel III Chiclayo - 2022”**. Mediante este documento declaro que fui informado de los siguientes aspectos: que tiene por objetivo general determinar el cuidado enfermero en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico de un Hospital Nivel III Chiclayo - 2022, si tengo dudas entonces las investigadoras me aclararán dudas respecto a ello.

Que los datos que proporcione serán exclusivamente usados en la presente investigación, que se conservará la confidencialidad de la información proporcionada. Que podré dar por terminada mi participación cuando lo considere oportuno y necesario.

Firma de enfermera

Firma de investigadora

ANEXO N° 03



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE POST GRADO



INSTRUMENTO: LISTA DE CHEQUEO

CUIDADO ENFERMERO EN LA PREVENCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA AL PACIENTE ADULTO CRÍTICO DE UN HOSPITAL NIVEL III. CHICLAYO - 2022

DATOS DEL ENFERMERO:		
I. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD		
1. LAVADO DE MANOS	SI	NO
-Se realiza la técnica correcta del lavado de manos establecidos por el MINSA.		
-Higiene de manos antes y después de manipular vía aérea y contacto con el paciente.		
-Higiene de manos antes y después de procedimientos relacionados con el paciente.		
- Utiliza el tiempo adecuado de 40 a 60 segundos		
2. BARRERAS DE PROTECCIÓN		
-Utiliza las barreras de protección: gorro, guantes, mascarillas, lentes y mandilón en cada uno de los procedimientos.		
II. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA		
3. HIGIENE DE LA CAVIDAD BUCAL		
-Realiza la higiene bucal con clorhexidina.		
-Coloca gasas protectoras en las comisuras labiales.		

4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES		
-Preparar material antes de aspirar secreciones		
-Realiza la oxigenación adecuada para proceder a realizar la aspiración de secreciones		
-Suspende la dieta para la aspiración de secreciones		
- Aspira las secreciones de la cavidad oral posteriormente a la aspiración de secreciones del tubo endotraqueal, con diferentes sondas.		
-Realiza una aspiración intermitente y suave de la misma en circuito cerrado y abierto durante 15 segundos en cada aspiración		
-Aspira las secreciones según necesidad		
5. POSICIÓN DEL PACIENTE		
-Realiza cambios posturales cada 2 horas o según necesidad.		
-Elevación de la cama del paciente sobre la cama entre 30° a 45°.		
6.PRESION DEL BALON DEL INFLADO DEL NEUMOTAPONADOR		
- Medición y mantenimiento del neumotaponador durante el turno.		
7. MANTENIMIENTO DE LOS CIRCUITOS DEL VENTILADOR MECANICO		
- Mantiene asepsia de los materiales antes de la conexión de los circuitos al paciente.		
- Cambia los corrugados según requerimiento.		

ANEXO N° 04



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE POST GRADO



INSTRUMENTO PARA VALIDACION DE INVESTIGACION CIENTIFICA
POR JUICIO DE EXPERTOS

INSTRUCCIONES:

Estimado (a): *Angela Glorita Jessenia Ripalda Huancor*

Expreso a Ud., mi saludo cordial y a la vez solicito su colaboración, en calidad de experta en el Área de Cuidado Enfermero de Unidad Crítica, para validar el instrumento de recolección de datos para la investigación titulada “CUIDADO ENFERMERO EN LA PREVENCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA AL PACIENTE ADULTO CRÍTICO DE UN HOSPITAL NIVEL III CHICLAYO. 2022”

INVESTIGADORAS: Lic. Enf. Gonzales Pisfil Paula.

Lic. Enf. Gutiérrez Graus Jéssica Aracely.

GRADO ACADÉMICO: Licenciadas en enfermería

ESPECIALIDAD: Enfermería en cuidados críticos con mención en adulto

ASPECTO A EVALUAR	ADECUADO	INADECUADO
PERTINENCIA: Recoge la información de acuerdo al objeto de estudio.	✓	
CLARIDAD: Lenguaje apropiado y específico.	✓	
VIGENCIA: Adecuado al momento en que se aplique el instrumento.	✓	
OBJETIVIDAD: Es posible de verificarse	✓	

ESTRATEGIA: El método y técnica de recolección responde al propósito de estudio.	✓	
CONSISTENCIA: Describe adecuadamente el objeto de estudio.	✓	
ESTRUCTURA: Coherencia en el orden y agrupación de los ítems.	✓	

SUGERENCIAS:.....

.....

.....

.....


 Lic. Eng. Angela M. J. Espinoza Llancor
 CEP, 61202 RNE: 11929

Firma y Sello



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE POST GRADO



INSTRUMENTO PARA VALIDACION DE INVESTIGACION CIENTIFICA
POR JUICIO DE EXPERTOS

INSTRUCCIONES:

Estimado (a): MARCOS JOEL ROSAS CASTRO
Expreso a Ud., mi saludo cordial y a la vez solicito su colaboración, en calidad de experta en el Área de Cuidado Enfermero de Unidad Crítica, para validar el instrumento de recolección de datos para la investigación titulada "CUIDADO ENFERMERO EN LA PREVENCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA AL PACIENTE ADULTO CRÍTICO DE UN HOSPITAL NIVEL III CHICLAYO. 2022"

INVESTIGADORAS: Lic. Enf. Gonzales Pisfil Paula.

Lic. Enf. Gutiérrez Graus Jéssica Aracely.

GRADO ACADÉMICO: Licenciadas en enfermería

ESPECIALIDAD: Enfermería en cuidados críticos con mención en adulto

ASPECTO A EVALUAR	ADECUADO	INADECUADO
PERTINENCIA: Recoge la información de acuerdo al objeto de estudio.	X	
CLARIDAD: Lenguaje apropiado y específico.	X	
VIGENCIA: Adecuado al momento en que se aplique el instrumento.	X	
OBJETIVIDAD: Es posible de verificarse	X	

ESTRATEGIA: El método y técnica de recolección responde al propósito de estudio.	X	
CONSISTENCIA: Describe adecuadamente el objeto de estudio.	X	
ESTRUCTURA: Coherencia en el orden y agrupación de los ítems.	X	

SUGERENCIAS:.....
.....
.....
.....

 **DIRECCIÓN REGIONAL DE SANIDAD SAN MARTÍN**
OFICINA ASISTENTE TECNICA, 25.2, TERCERA

Lic. Enf. Marcos J. Rojas Castro
ESP. CUIDADOS INTENSIVOS
CEP-48825 - REG: 25306

Firma y Sello

ANEXO N° 05

TABLA N°01

Cuidado de enfermería en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico de un Hospital Nivel III Chiclayo – 2022

	ÓPTIMO	PARCIAL	DEFICIENTE	TOTAL
	%	%	%	%
TOTAL DE ENFERMERAS	44%	54%	2%	100%

TABLA N°02

Cuidado enfermero en las medidas de bioseguridad, para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico de un Hospital Nivel III Chiclayo - 2022.

	ÓPTIMO	PARCIAL	DEFICIENTE	TOTAL
	%	%	%	%
TOTAL DE ENFERMERAS	39%	50%	11%	100%

TABLA N°03

Cuidado enfermero en las intervenciones de enfermería para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico de un Hospital Nivel III Chiclayo - 2022.

	ÓPTIMO	PARCIAL	DEFICIENTE	TOTAL
	%	%	%	%
TOTAL DE ENFERMERAS	40%	52%	8%	100%

TABLA N°04

Dimensión 01:

Cuidado enfermero en las medidas de bioseguridad, para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico de un Hospital Nivel III Chiclayo - 2022.

	LAVADO DE MANOS	%	BARRERAS DE PROTECCIÓN	%
ÓPTIMO	18	36%	19	38%
PARCIAL	26	52%	25	50%
DEFICIENTE	6	12%	6	12%

TABLA N°05

Dimensión 02:

Cuidado enfermero en las intervenciones de enfermería, para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico de un Hospital Nivel III Chiclayo - 2022.

	HIGIENE BUCAL	%	ASPIRACIÓN DE SECRECIONES	%	POSICIÓN DEL PACIENTE	%	PRESIÓN DEL CUFF	%	CIRCUITOS DEL VENTILAD OR MECÁNICO	%
ÓPTIMO	17	34%	19	38%	14	28%	16	32%	35	70%
PARCIAL	28	56%	24	48%	30	60%	25	50%	14	28%
DEFICIENTE	5	10%	7	14%	6	12%	9	18%	1	2%

ANEXO N° 06

Turnitin: Recibo digital, constancia de similitud.



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por **Turnitin**. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Paula. Gonzales Pisfil
Título del ejercicio:	Cuidado enfermero en la prevención de neumonía asociada ...
Título de la entrega:	Cuidado enfermero en la prevención de neumonía asociada ...
Nombre del archivo:	INFORME_CORREGIDO_25_OCTUBRE_2.docx
Tamaño del archivo:	1.07M
Total páginas:	65
Total de palabras:	13,411
Total de caracteres:	74,675
Fecha de entrega:	03-nov.-2022 02:53p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre...	1943725748

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSTGRADO



TESIS

Cuidado enfermero en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico de un Hospital Nivel III Chiclayo – 2022.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
"ÁREA DE CUIDADO PROFESIONAL: ESPECIALISTA EN CUIDADOS CRÍTICOS CON MENCIÓN EN ADULTO"

INVESTIGADORAS:
Lic. Enf. Paula Gonzales Pisfil
Lic. Enf. Jenifer Aracely Gutierrez Sierra

ASESORA:
Dra. Claribel de Fátima Díaz Olano

Lambayeque, Perú, 2022


DRA. CLARIBEL DE FÁTIMA DÍAZ OLANO
ASESORA
0000-0002-9218-2168
Cod. ORCID
DNI 16401737

Cuidado enfermero en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica al paciente adulto crítico de un Hospital Nivel III Chiclayo – 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%	4%	3%	%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Lourdes Benítez, Maite Ricart. "Patogénesis y factores ambientales de la neumonía asociada a ventilación mecánica", Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 2005 Publicación	1%
2	Teresa Margot Vergara Messina. "Descontaminación oral en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica", Medwave, 2010 Publicación	1%
3	zagan.unizar.es Fuente de Internet	1%
4	www.dykinson.com Fuente de Internet	<1%
5	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
	1library.co	

Clarivel

DRA. CLARIVEL DE FÁTIMA DÍAZ OLANO
ASESORA
0000-0002-9218-2168
Cod. ORCID
DNI 16401737

6	Fuente de Internet	<1 %
7	Alexandra Carolina Zambrano Menéndez, Cecilio Vera Núñez, Holguer Estuardo Romero Urréa, Marco Vera Nuñez et al. "Validación del cuestionario para la recolección de datos sobre las infecciones nosocomiales y su relación con el lavado de manos en el personal de salud de la sala post quirúrgica", Más Vita, 2022 Publicación	<1 %
8	www.unir.net Fuente de Internet	<1 %
9	repositorio.unprg.edu.pe:8080 Fuente de Internet	<1 %
10	docplayer.com.br Fuente de Internet	<1 %
11	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	repositorio.lamolina.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	www.revmie.sld.cu Fuente de Internet	<1 %
14	intellectum.unisabana.edu.co Fuente de Internet	<1 %

15	epdf.pub Fuente de Internet	<1 %
16	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1 %
17	Lucas Freitas Nogueira Souza. "Consórcio milho->i/i< na produtividade de milho e da soja em sucessão", Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA), 2020 Publicación	<1 %
18	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
19	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
20	go.gale.com Fuente de Internet	<1 %
21	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
22	Paolo Rigotti. "Gastrointestinal perforations in renal transplant recipients immunosuppressed with cyclosporin", World Journal of Surgery, 02/1986 Publicación	<1 %
23	repositorio.unillanos.edu.co Fuente de Internet	<1 %

- | | | |
|----|--|------|
| 24 | E. Álvarez, K. Uribe. "Hipnosis clínica para mejorar la disposición a la curación de un paciente en la unidad de cuidados intensivos", Enfermería Universitaria, 2016
Publicación | <1 % |
| 25 | Gonçalves, Fernanda Alves Ferreira, Virginia Visconde Brasil, Luana Cássia Miranda Ribeiro, and Anaclara Ferreira Veiga Tipple. "Nursing actions for the prevention of ventilator-associated pneumonia", Acta Paulista de Enfermagem, 2012.
Publicación | <1 % |
| 26 | repositorio.unan.edu.ni
Fuente de Internet | <1 % |
| 27 | worldwidescience.org
Fuente de Internet | <1 % |
| 28 | "Hemoptisis en un niño con malformación arteriovenosa cervical y pulmonar. Caso clínico", Archivos Argentinos de Pediatría, 2015
Publicación | <1 % |
| 29 | repositorio.unprg.edu.pe
Fuente de Internet | <1 % |
| 30 | repositorio.uroosevelt.edu.pe
Fuente de Internet | <1 % |
| 31 | repositorioinstitucional.uaslp.mx
Fuente de Internet | <1 % |



DRA. CLARIVEL DE FÁTIMA DÍAZ OLANO
ASESORA
0000-0002-9218-2168
Cod. ORCID
DNI 16401737

<1 %

32

www.revmultimed.sld.cu

Fuente de Internet

<1 %

33

docplayer.es

Fuente de Internet

<1 %

34

www.revactamedica.sld.cu

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Activo

DRA. CLARIVEL DE FÁTIMA DÍAZ OLANO
ASESORA
0000-0002-9218-2168
Cod. ORCID
DNI 16401737