

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**



TESIS

“Estilos de cuidar de los enfermeros en la prevención de neumonía a pacientes hospitalizados sometidos a ventilación mecánica. Servicio UCI Hospital del Minsa, Chiclayo - 2018”.

**Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional Enfermería en Cuidados
Críticos y Emergencia**

AUTORA:

Lic. Enf. Coyco Piscoya, Florencia Eugenia Giovanna

ASESORA:

Dra. Aranda Moreno, Lucía

LAMBAYEQUE – PERÚ

2018

“Estilos de cuidar de los enfermeros en la prevención de neumonía a pacientes hospitalizados sometidos a ventilación mecánica. Servicio UCI Hospital del Minsa, Chiclayo - 2018”.

PRESENTADA POR:

Lic. Enf. Coyco Piscoya, Florencia Eugenia Giovanna
AUTORA

Dra. Aranda Moreno, Lucía
ASESORA

APROBADA POR EL JURADO:

Dra. Barrueto de Larrea, Olvido Idalia
PRESIDENTA

Mg. Romero Sipión, María Isabel
SECRETARIA

Esp. Larios Ayala, Rosa Augusta del Carmen
VOCAL

ACTA DE SUSTENTACION



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2018-SINEACE/CDAHP

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Libro de Acta N°: 03 Expediente: N° 47-2019-UP-FE Folio N° 189
Licenciada: Florencia Beatriz Gironna Lopez Pineda en la
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 11.00 am
horas del día 18 de Enero del 2019, Los señores Miembros del Jurado designados
mediante Resolución N° 059 - 2018 - D - FE
PRESIDENTE: Dr. Orlando Idalia Barrios de Jara
SECRETARIO: Dr. Mario Trobel Nuevo Repón
VOCAL: Dr. Ben Segura del Valmor Jara Ayala

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

"Estilos de vida de los enfermeros en la Promoción de Salud a pacientes hospitalizados admitidos a Unidad de Medicina Interna, Hospital del Hueso, Chiclayo 2018"

(a) Dr. Luis A. Frando Moreno patrocinada por el profesor

Presentada por el (los) Licenciados (as):

Florencia Beatriz Gironna Lopez Pineda

Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad de:

Enfermería en cuidados críticos y Emergencias

Sustentada la Tesis, formuladas las Preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar, declaró Aprobado por unanimidad la tesis con el calificativo de MUY BUENO, debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

Orlando Idalia Barrios de Jara
PRESIDENTE

Mario Trobel Nuevo Repón
SECRETARIO

Ben Segura del Valmor Jara Ayala
VOCAL

Luis A. Frando Moreno
PATROCINADOR

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo. LIC. ENF. COYCO PISCOYA, Florencia Eugenia Giovanna, investigadora principal y Lucia Aranda Moreno, asesora del trabajo de Investigación: “Estilos de cuidar de los enfermeros en la prevención de neumonía a pacientes hospitalizados sometidos a ventilación mecánica. Servicio UCI Hospital del MINSA, Chiclayo - 2018”, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrara lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar, que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 26 de diciembre de 2018.

LIC. ENF. COYCO PISCOYA, Florencia Eugenia Giovanna

Dra. Lucía Aranda Moreno
ASESORA

DEDICATORIA

*A mis padres, por su confianza puesta en
mí, por su inmenso amor, comprensión, su
gran sacrificio y apoyo en cada momento*

*A mis hijos, nietos y hermanos por estar
conmigo y apoyarme siempre.*

*A mis hermanas religiosas San José de
Tarbes.*

Florencia

AGRADECIMIENTO

A Dios y a la Virgen, quienes están siempre fortaleciéndome y ayudándome en el presente trabajo.

A mis padres quienes en todo momento me incentivaron con su valioso apoyo y amor incondicional.

A mi querida asesora Dra. Lucía Aranda Moreno, que, con su paciencia y sapiencia, supo guiarme en la realización de este trabajo.

A todas las personas que de alguna u otra manera han contribuido en la realización del presente trabajo de investigación.

Florencia

INDICE

ACTA DE SUSTENTACIÓN	iii
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
INDICE	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CAPITULO I	
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Base Teórica – Conceptual	10
CAPITULO III	
MARCO METODOLÓGICO	22
3.1. Tipo de Investigación	22
3.2. Abordaje de la Investigación	22
3.3. Población y Muestra	28
3.4. Procedimiento de Recolección de Datos	28
3.5. Técnicas e Instrumentos de la Investigación	29
3.6. Análisis de Datos	30
3.7. Principios Éticos	30
3.8. Rigor Científico	34
CAPITULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	37
4.1. Presentación de Categorías y Subcategorías	37
4.2. Discusión de las Categorías y Subcategorías	39
CAPITULO V	
CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES	60
5.1. Consideraciones Finales	60
5.2. Recomendaciones	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	
APÉNDICE “A”	74
APÉNDICE “B”	75

RESUMEN

El presente estudio titulado “Estilos de cuidar de los enfermeros en la prevención de neumonía a pacientes hospitalizados sometidos a ventilación mecánica. Servicio UCI Hospital del MINSA, Chiclayo- 2 018” se realizó dadas las circunstancias y estado crítico del paciente. El objetivo que guió la investigación fue Analizar y comprender los estilos de cuidar de los enfermeros en la prevención de neumonía a pacientes hospitalizados sometidos a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital MINSA. La muestra estuvo conformada por las enfermeras que trabajan en la UCI del hospital en estudio. Los resultados fueron tratados por análisis temático. Los principios éticos se tuvieron en cuenta en todo momento de la investigación. Como resultados emergieron las categorías: Estilo de cuidar previniendo complicaciones con énfasis a la permeabilización de las vías aéreas y la práctica de medidas de bioseguridad, otro estilo fue el Estilo de cuidar ayudando a la satisfacción de las necesidades donde prioriza la higiene, alimentación y la movilidad del paciente. Finalmente, emergió el estilo de cuidar el aspecto espiritual al paciente y familia, lo cual indica una visión integral a la persona en estado crítico. Por tanto, se recomienda a la Facultad de Enfermería le sirva de base para otros estudios y quizá con otras metodologías y a las enfermeras del servicio de UCI, reflexionen sobre los resultados y continúen con el cuidado humanizado enfatizando la pandimensionalidad de los pacientes de la UCI.

Palabras clave: Estilos, cuidar, neumonía, ventilación mecánica.

ABSTRACT

The present study entitled "Styles of caring for nurses in the prevention of pneumonia in hospitalized patients undergoing mechanical ventilation. Service UCI Hospital of the MINSA, Chiclayo – 2018" was performed given the circumstances and critical condition of the patient. The objective that guided the investigation was to analyze and understand the styles of care of nurses in the prevention of pneumonia to hospitalized patients undergoing mechanical ventilation in the Intensive Care Unit of a MINSA hospital. The sample consisted of nurses working in the ICU of the hospital under study. The results were treated by thematic analysis. The ethical principles were taken into account at all times during the investigation. As results reached, the following categories emerged: Caring style preventing complications with emphasis on airway permeabilization and the practice of biosecurity measures, another style was the style of caring, helping to meet the needs where priority is given to hygiene, nutrition and patient mobility. Finally, the style of caring for the spiritual aspect of the patient and family emerged, which indicates a comprehensive vision of the person in critical condition. Therefore, it is recommended that the Faculty of Nursing serve as a basis for other studies and perhaps with other methodologies and nurses in the ICU service, reflect on the results and continue with humanized care, emphasizing the pandimensionality of the UCI patients.

Keywords: Styles, caring, pneumonia, mechanical ventilation.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) es una de las complicaciones más frecuentes en las unidades críticas y su incidencia oscila entre el 27 y el 70%, representando el 80% de las infecciones respiratorias nosocomiales en pacientes intubados o traqueostomizados sometidos a ventilación mecánica (VM)¹. Es la primera causa de mortalidad en el grupo de las infecciones nosocomiales en la unidad de cuidados intensivos, y su incidencia oscila entre el 9 y el 67%, y se notifican de 4,4 a 15,2 casos por cada 1.000 días de ventilación mecánica, lo cual genera un importante aumento de la mortalidad, estancia media y costos hospitalarios.

Se estima que la tasa de ocurrencia de neumonías a nivel mundial oscila entre 5 a 10 casos por 1000 ingresos hospitalarios con un incremento de 6 a 20 veces en pacientes sometidos a ventilación mecánica; esta patología ocasiona elevada morbimortalidad en EE.UU. y causa la muerte de 30000 personas por año ¹.

En el Perú, existe también una alta tasa de incidencia en neumonías asociadas a VM. Según un informe emitido por el Comité de prevención y control de infecciones intrahospitalarias de la Oficina de Epidemiología – OGE del Hospital Santa Rosa ², existe una tasa de 48.8 casos por 1000 días de VM y; un estudio observacional retrospectivo realizado durante los años 2010 al 2012 en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, notificó un total de 28.6 casos por 1000 días de VM ³. Estas cifras estadísticas demuestran que es un problema de vigilancia en salud pública que ha llevado a generar guías y protocolos de intervención que permitan disminuir su incidencia y los factores de riesgo.

El paciente depende del cuidado de enfermería al no poderse comunicar verbalmente porque está intubado, aislado de su medio ambiente, sedado y relajado total

o parcialmente, encerrado en un cubículo de cuatro paredes, separado de los demás pacientes y restringido de las visitas de sus familiares ⁴.

El paciente también está subordinado a la enfermera (o) debido a que la enfermera (o) debe cuidar del funcionamiento del aparato de ventilación mecánica y llevar a cabo cuidados cotidianos para el bienestar y acoplamiento del cuerpo del paciente a la máquina: baño, cambio de ropa, aseo de la boca, aspiración de secreciones, cambio de posiciones corporales, etc., ya que el paciente con ventilación mecánica asistida, suele estar rodeado de luces y aparatos ruidosos que no puede controlar, lo que se le suman al estrés continuo por la situación que vive a diario por las medidas terapéuticas, lineamientos hospitalarios y a los procedimientos invasivos requeridos a cada instante para su mejoría y recuperación.⁵

Elorza et al⁶ en su investigación realizada consideró el cumplimiento de protocolos de cuidados para la prevención de la NAVM ha sido satisfactoria y la densidad de incidencia de NAVM ha sido relativamente baja. Raurell⁷ en su estudio español concluyó que las medidas preventivas disminuyen la incidencia de NAV en dos muestras de pacientes comparados en cuanto a factores de riesgo. Baez⁸ concluyó que el 41.7 % demostró conocimiento adecuado sobre las medidas de prevención y el 19.4 % tuvo conocimiento absoluto. Yucra⁹ en Arequipa obtuvo puntajes diana con una desviación moderada a leve promedio de rango normal del 84%.

En el departamento de Lambayeque, la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital del MINSA en estudio, no es ajena a esta realidad, pues según la Oficina de Estadística, durante los años 2015 - 2016 se reportaron 30 casos de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica y encontrándonos laborando en dicho servicio, se observa en el contacto diario

que existen diferentes estilos de cuidar al momento de brindar la atención a los pacientes conectados a ventilador mecánico.

Asimismo, desde la observación de la investigadora en el Servicio de UCI, pudo observar que algunos enfermeros se rutinizaron, convirtiendo sus cuidados en cuidados mecanizados, olvidándose que se trata de un ser biológico, psicológico, social y espiritual y centrándose en cuidados colaborativos, sin mayor autonomía en la toma de decisiones. En otros colegas, se visualiza un mayor compromiso durante el cuidado del paciente, mostrando actitudes de amor, establecen relaciones afectivas y de comunicación con el paciente; quienes en muchos casos al recuperarse corroboran esta relación de comunicación, manifestando que durante los cuidados pudieron escuchar todo lo que las enfermeras referían durante el reporte de enfermería.

Como investigadora, cabe preguntarse: ¿La enfermera realiza sus cuidados para evitar desencadenar en un cuadro de neumonía?; ¿Cada enfermera cuida a los pacientes de acuerdo a sus conocimientos o se siguen protocolos?; ¿Cómo se siente la enfermera frente a los casos mencionados?; ¿Por qué se presenta la neumonía? ¿Es que los cuidados no cubren todos los aspectos?

Frente a la situación mencionada surge el siguiente problema de investigación: ¿Cómo son los estilos de cuidar de los enfermeros en la prevención de neumonía a pacientes hospitalizados sometidos a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital MINSA, Chiclayo – 2018?; teniendo como objetivos: Analizar y comprender los estilos de cuidar de los enfermeros en la prevención de neumonía a pacientes hospitalizados sometidos a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital del MINSA.

La presente investigación basa su justificación en la alta tasa de incidencia de neumonías asociadas a ventilación mecánica, siendo la primera causa de morbilidad en el grupo de las infecciones nosocomiales en las unidades de cuidados intensivos; las mismas que con los cuidados adecuados pueden ser prevenidas.

Asimismo, a lo largo del tiempo en enfermería, no solo se ha considerado como una disciplina, una profesión, sino también una ciencia del cuidado de la salud del ser humano, ciencia en la que se conjuga el conocimiento; y se enfatiza la importancia de tener unas bases sólidas que respalden la práctica diaria, donde sin lugar a duda juega un papel importante la enfermera especialista para proporcionar un cuidado integral fundamentado, que aparte de satisfacer las demandas del paciente y su familia, promueva junto con su equipo de trabajo medidas de prevención, manejo y control frente a las infecciones nosocomiales.

El trabajo en equipo es importante para disminuir la incidencia, reducir los costos y la estancia hospitalaria; de esta forma se contribuirá al cumplimiento de estándares de calidad, los cuales tienen un gran impacto en la evaluación del desempeño de las instituciones; sin embargo quien trabaja las 24 horas del día es la enfermera; no obstante, muchas veces no se conoce ese trabajo por eso se justifica el presente estudio que pretende identificar, analizar y comprender los estilos del cuidado diario que realizan los profesionales de enfermería en el servicio de UCI.

Los resultados de la presente investigación permitirán una reflexión a las enfermeras y a partir de ellos, proponer estrategias de mejora de ser necesarias, fortaleciendo el ser y que hacer de enfermería y su esencia de cuidado, contribuyendo directa y/o indirectamente a disminuir la incidencia de neumonías.

Al mismo tiempo, estos resultados, también son importantes para la Institución, pues los cuidados de enfermería caen muchas veces en la rutina tornándose en cuidados mecanizados, disminuyendo así la calidad de atención; por lo que urge proponer y adoptar estrategias que ayuden a humanizar el cuidado, esencia de enfermería, con el único fin de garantizar una adecuada calidad de atención al paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital.

El presente informe se presenta en 6 capítulos. En el I se presenta la Introducción, En el II el marco teórico, en el III se encuentra el marco metodológico, luego en el IV se presentan los resultados y la discusión a la luz de la literatura; en el V las consideraciones finales y en el VI las recomendaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Se encontraron como antecedentes de investigación los siguientes:

A nivel internacional:

Silva, Ferreira y Apostolidis¹⁰ realizaron en 2 014 una investigación titulada “Estilos de cuidar de las enfermeras en la Terapia Intensiva mediados por la tecnología” realizada en Río de Janeiro, cuyo objetivo fue analizar las representaciones sociales de enfermeras de terapia intensiva sobre las prácticas de cuidado, frente a la tecnología. Los autores concluyeron que la tecnología organiza los estilos de cuidar de las enfermeras, que se construyen en la atención al cliente en el contexto del trabajo. Estos conducen las enfermeras y atribuyeron sentidos a sus prácticas, llevándolos a elaboración de maneras de actuar frente a las tecnologías.

Elorza et al.⁶, en el 2 011 nos presentan su investigación descriptiva realizada en 26 pacientes sobre “Valoración de los cuidados de enfermería en la prevención de la neumonía asociada a Ventilación Mecánica” consideró el cumplimiento de protocolos de cuidados para la prevención de la NAVM ha sido satisfactoria, la densidad de incidencia de NAVM ha sido relativamente baja situándose dentro de los rangos establecidos a nivel internacional.

Raurell⁷, en el 2 011 realizó un estudio observacional comparativo sobre “el impacto de los cuidados de enfermería en la incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica invasiva” cuya población estuvo compuesta por 71 pacientes, concluyó que las medidas preventivas disminuyen la incidencia de NAV en dos muestras de pacientes comparados en cuanto a factores de riesgo.

Baez⁸, en el 2 013 nos presenta su investigación observacional descriptivo de corte transversal sobre “conocimientos, actitudes y prácticas se personal de enfermería sobre medidas de prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica” en UCI Asunción; donde entrevistó a 70 profesionales concluyó que el 41.7 % demostró conocimiento adecuado sobre las medidas de prevención, el 19.4 % tuvo conocimiento absoluto.

A nivel nacional:

Vega¹¹ en el 2 013 realiza un estudio titulado “El cuidado de enfermería en pacientes con ventilación mecánica asistida”, que tuvo como objetivo describir y analizar los estilos de cuidar/cuidado que realizan las enfermeras para el paciente adulto con ventilación mecánica asistida. La autora mencionada, concluye que la categoría temática principal del estudio fue: Acoplamiento cibernético paciente-enfermera-máquina, con las subcategorías, acoplamiento paciente-máquina, acoplamiento paciente-enfermera(o) y acoplamiento familia-hospital. Se destaca cómo el cuidar-cuidado de enfermería se hace imprescindible para que dicho acoplamiento se pueda llevar a cabo.

Yucra⁹, en el 2 017 realizó un estudio de caso sobre “Cuidado de enfermería en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad” enfatizó en el cuidado que se brindó al paciente para mejorar la calidad de atención, obteniéndose puntajes diana con una desviación moderada a leve promedio de rango normal del 84 %.

2.2. BASE TEÓRICA-CONCEPTUAL:

A. CUIDADO:

El vocablo proviene del latín *coidar donde el* cuidado está relacionada con la conservación o perpetuación de la asistencia que se ofrece a otro ser vivo.¹²

Cuidar es una función humana que se describe como una correspondencia cuya meta va más allá de la enfermedad ¹³. También se considera como el alma de la ciencia que no compromete únicamente al receptor del cuidado, sino asimismo a la enfermera como transmisora de él.¹⁴

Para Watson ¹⁵, el cuidado se refleja en el ejercicio interpersonal, que considera como fin de impulsar la salud y el desarrollo de la persona. Es entonces que se puede decir que la enfermería se centra en el cuidado de la salud, en cuya base se erigen las tareas que se efectúan para la atención de los individuos de cuidado. ¹⁶

Entre una de las funciones que destacan a la enfermera es la de cuidar a todo individuo sano o enfermo, por medio de acciones que apoyen a conservar la salud ¹⁷.

a. Elementos que intervienen en la cimentación del cuidado:

- Conocimiento científico
- Tecnología
- Humanismo en enfermería

b. Componentes del cuidado humano:

Existen ocho componentes descritos en conocimiento, ritmos alternados, paciencia, sinceridad, confianza, humildad, esperanza, coraje ¹⁸.

Por otro lado, Boff ¹⁹ refiere que el cuidado es un «*modo-de-ser*» que llena toda la existencia humana y resuena en diversas actitudes. Es el Ser humano que debe ser cuidado, el mismo Boff ²⁰, refiere que debe ser como un todo vivo y orgánico, cuerpo-alma, cuidado esencial para la vida, porque a través del cuerpo se manifiesta la fragilidad humana, va perdiendo su capital energético, su equilibrio, enferma y muere.

La enfermedad, en el pensamiento, es un daño a la totalidad de la existencia, no es una parte la que se enferma, sino la vida en sus diferentes dimensiones en relación consigo mismo, el trabajo, la familia que constituye también el sujeto-objeto de atención de enfermería, que debe integrarse al ambiente hospitalario para participar en el cuidado del paciente ¹⁹.

En esta perspectiva, para que todas estas partes o componentes funcionen como un sistema, tendrían que estar interactuando de forma periódica, recursiva y sistemática hasta lograr una unión, una conexión entre todas ellas, para que finalmente a través del cuidado resulte el acoplamiento entre ellos para la conservación de la vida y recuperación de la salud del paciente. De otra manera el cuidado no se podría llevar a cabo o dejaría de ser cuidado y más aún el descuido o carencia de cuidado, podría provocar complicaciones adversas y contribuir a la muerte del paciente.

Es así, que existen diferentes estilos que el profesional de enfermería brinda durante la atención del paciente.

Estilo, proviene del latín *stilus*: modo, manera, forma de comportamiento, moda, uso, práctica, costumbre, de semejante manera, en forma parecida, conjunto de características que individualizan la tendencia artística de una época (DRAE, 2001) ¹². Para Erdmann ²¹, el proceso de cuidar-cuidado, constituye en el hacer de la enfermería un

estilo, modo, forma, manera, patrón, dimensión, sistema, estructura, proceso, con actitudes y estrategias formales e informales, visibles, sentidas, percibidas o no, que configura la práctica del ser-haciendo a través de la salud de los seres humanos en su proceso de vivir.

En relación con el cuidar-cuidado, Boff ²⁰, señala que en el cuidado encontramos el «ethos» de lo humano: los principios, los valores y las actitudes para el bien vivir y actuar. También refiere que cuidar, más que un acto, es una actitud, que a su vez es fuente de muchos actos. Cuidar significa tener una actitud de ocupación, preocupación, responsabilidad y compromiso afectivo con el otro.

Boff ¹⁹, al describir el cuidado como un “«*modo-de-ser*» se refiere al modo en que un ser se estructura, se da a conocer y se revela como ser humano. El cuidado es una forma de existir, de coexistir, de estar presente y presenta dos «*modos-de-ser*»: el «*modo-de-ser-trabajo*» y el «*modo-de-ser cuidado*». El primero es el que se da a través de la interacción e intervención. Mediante el trabajo se construye el «*hábitad*», se adapta el medio a los deseos y se ajustan los deseos al medio. Por medio del trabajo se participa en el proceso evolutivo, haciendo que naturaleza y sociedad con sus organizaciones entren en simbiosis. Así mismo, refiere que hoy en día, hay que articular lo biológico, lo mecánico y lo electrónico, que es lo que constituye la base de nuestras sociedades actuales.

El segundo «*modo-de-ser*», confiere al primero una tonalidad diferente, ya que gracias a este modo de cuidado podemos mirar y sentir a los seres como sujetos y no como objetos. Boff ²⁰, señala que, en este modo de ser, “*La relación no es de dominio sobre, sino de convivencia. No es pura intervención, sino interacción y comunión*”. Permite al ser humano experimentar el valor intrínseco de las cosas, surgiendo a partir de

él la alteridad, el respeto, la sacralidad, de reciprocidad y de complementariedad. “*La razón analítico-instrumental abre camino hacia la razón cordial, el esprit de finesse, el espíritu de la grandeza y el sentimiento profundo. El centro ya no está ocupado por la razón (logos) sino por el sentimiento (pathos)*”. Estos dos «modo-de-ser» se limitan mutuamente, pero a la vez, se complementan. El autor mencionado, afirma que a través del cuidado se busca el equilibrio y la coexistencia (armonía y convivencia). El cuidado se visibiliza y concretiza de alguna manera con el amor como fenómeno biológico, la caricia, la ternura, la justa medida, la amabilidad, la convivencialidad y la compasión; estando implícitas en aquellas, la hospitalidad, la cortesía, y la delicadeza, «modos-de-ser» mediante los cuales el ser humano garantiza su autopoiesis. Para Boff, estas resonancias son el eco del cuidado esencial.¹⁹

Para el cuidar-cuidado, el amor es importante, considerando lo que Boff ²⁰, señala: Tiene lugar en el dinamismo de la vida. El ser humano en la naturaleza se puede adaptar de dos maneras: una para la supervivencia, en donde todos los seres están interconectados y acoplados en sus respectivos ecosistemas, y la otra, espontánea, donde el acoplamiento entre los seres es dinámico, recíproco y por placer. El amor es siempre una abertura al otro, convivencia y comunión con él, es una manera de vivir juntos como seres sociales en el lenguaje. Se manifiesta como un proyecto de libertad, con una gran fuerza de cohesión, simpatía y de solidaridad.

También para el cuidar-cuidado, tiene significancia el sentido de la justa medida entre el «modo-de-ser trabajo y cuidado», pues se relaciona con tratar de encontrar la armonía entre ellos. La justa medida se alcanza a través del reconocimiento, aceptación, óptima utilización de los límites, confiriendo sostenibilidad a todos los fenómenos y

procesos, a la tierra, sociedades y personas. Es la búsqueda del equilibrio y autopoiesis. Es desarrollar actitudes de compasión.

La ternura vital es otro aspecto a considerar para el cuidado, ya que se puede traducir en el afecto que brindamos a las personas y el cuidado a las situaciones existenciales. Establece la comunión; es el deseo profundo de compartir caminos, por ejemplo, la angustia o la recuperación del otro. Es el espíritu de finesa, de delicadeza, de sensibilidad de cuidado ¹⁶.

La caricia para el cuidar-cuidado, es esencial cuando se transforma en una actitud, ennoblecce a la persona en su totalidad, en su psique, en su pensamiento, en su voluntad, en las relaciones que establece; toca lo profundo del ser humano cuando acariciamos el yo profundo. La persona que toca, luego arrulla, trae sosiego, revela un «modo-de-ser cariñoso», confiere reposo, integración y confianza; exige total altruismo y respeto por el otro y renuncia a cualquier intensión que no sea amar. La caricia es una mano cubierta de paciencia que toca sin herir y suelta para permitir la movilidad del ser con quien entramos en contacto. Constituye una de las expresiones máximas del cuidado. La mano que acaricia representa al «modo-de-ser cuidado» ²⁰.

La amabilidad, como resonancia para el cuidado también es fundamental, significa poseer «espíritu de delicadeza», es decir, capacidad para captar el valor presente en las personas y cosas; sentir el corazón del otro. La persona amable, ausculta, pega el oído a la realidad, presta atención y pone cuidado en todas las cosas ¹⁹.

La convivencialidad también resuena durante el cuidar-cuidado cuando se tiene la capacidad de hacer que convivan las dimensiones de producción y de cuidado, de efectividad y de compasión; modelar con solicitud todo lo que producimos, utilizando la creatividad, la libertad y la fantasía; la aptitud para mantener el equilibrio

multidimensional entre la sociedad y la naturaleza, reforzando el sentido de pertenecía mutua. Es combinar el valor técnico de la producción material con el valor ético de la producción social y espiritual ²⁰

La compasión, en el cuidar-cuidado, es la capacidad para compartir la pasión del otro y con el otro, sufrir con él, alegrarse con él, caminar junto a él y construir la vida en sinergia con él. Es una actitud que lleva a la renuncia de dominar, intenta construir la comunión a partir de los que sufren y son más castigados¹⁹.

En relación al cuidado, Figueiredo ²² señalan que, en la práctica hospitalaria, existe solo el modo biofisiológico como manera de cuidar el cuerpo enfermo, sin considerar otros aspectos que involucran la subjetividad. Dejan claro que para cuidar el cuerpo es necesario conocerlo en todas sus dimensiones y su historia.

También afirman que cuando el cuerpo es visto solamente desde la perspectiva biofisiológica –de los signos y síntomas– se pierde como cuerpo referente a diversas posibilidades: órgano en relación con la salud/enfermedad, educación, cuidado, trabajo, necesidades, deseos y movimientos. Acerca de la fisiología del cuerpo, explican que con tan solo mirar y tocar la piel se traza un saber, ya que se puede percibir la forma, dimensión, temperatura, respiración, excreción, regulación térmica por sudoración y equilibrio para que la temperatura del cuerpo se mantenga constante, independientemente de las variaciones externas. ²³

Todo lo que se encuentra fuera de esa apariencia y fisiología, puede indicar anormalidades o que el cuerpo está en desvío de su salud. Asimismo, refieren que con el uso de la tecnología, una máquina es parte y extensión del cuerpo, que no es capaz de autorregularse y que exige la presencia de la enfermera (o), de entender y conocer el funcionamiento de su mecanismo y de cómo cuidar de ella, para poder dar cuenta de ese

cuerpo revolucionado, formado por la máquina-humano, productor de deseos y subjetividades, queriendo estar en conexión con aquellos que lo cuidan.

Desde esta perspectiva, conceptualizan el cuerpo de la enfermera (o) como «instrumento de cuidado» en sus actividades cotidianas y estilos de cuidar. Entendiendo por esto, no al objeto, sino a algo en movimiento, expresión de vida, capaz de ejercer algo por sí mismo, con energía propia corporal y mental, que posee las características necesarias para la función de vincular y ayudar a otros cuerpos.

Un cuerpo que tiene como objetivo la presencia de la enfermera, con espíritu de disponibilidad para interactuar y tocar a otros. Tocar estimula los recuerdos, el olor y los sonidos. Sentir al otro se materializa al sentir el olor, el sonido de la voz y la mano. Las manos que tocan sean calientes, frías, húmedas o ásperas, pueden desequilibrar los campos de energía. Relación que se carga de sentidos, significados y representaciones por lo que aprendemos, vivimos y lo que nos dicen los otros cuerpos. Interactuamos por medio de expresiones verbales, no verbales y estéticas; creándonos imágenes propias para conducirnos en la vida, como las conductas propias de cuidar, las cuales dependen de nuestra historia, sentidos y experiencias. Los sentidos están presentes en las acciones humanas, porque el cuerpo funciona por medio de movimientos sensoriales capaces de captar como un “radar” los signos del cuerpo de otro que envía mensajes para otros.

Figueiredo et al ²², señalan que el cuerpo-instrumento del personal de enfermería que cuida, debe ejercitarse para adquirir sintonía fina, percibir sonidos, olores, ruido y presencia. El profesional entra en un juego subjetivo para captar lo que el cuerpo siente. Por ejemplo, se puede identificar el olor: heces, secreciones, gases, sangre, sudor, hálito, humedad de los pies, material contaminado, ropas mal lavadas, materiales del paciente como orinales y cómodos, cuando tratamos directamente con el cuerpo. La enfermera (o),

usa el olfato como un importante sentido-instrumento de identificación de signos clínicos para el diagnóstico y para la evolución del cuadro clínico, como el olor de la secreción que puede referir infección por pseudomona o bacilo de Koch.

Así mismo, la enfermera utiliza también la audición como instrumento de cuidado a fin de captar sonidos. Según comenta Figueiredo ²³ el oído permite escuchar los sonidos biológicos internos o externos del cuerpo: gases, eructos, estornudos y gritos, que pueden ser localizados y dependiendo del estado en que se encuentre una persona sana o enferma, pueden desencadenar irritación, incomodidad, imposibilidad de descansar, abatimiento y agresividad. Los sonidos pueden ser energía agradable o desagradable que invade el cuerpo. Escuchar cómo sentido de comunicación, debe ser algo dialógico, un arte, donde se precisa escuchar al otro, tener paciencia, esperar a que el otro hable en el tiempo que pueda, sin apresurarse a diagnosticar lo que quiere decir.

En los profesionales de enfermería, desarrollar el hábito de escuchar es una actitud esencial, solidaria, una actividad terapéutica y factor decisivo para el perfil cualitativo del cuidado. Otro instrumento que la enfermera (o) utiliza para cuidar es la visión. A través de ella, se puede mirar el mundo: colores, luz, formas, tamaños de los objetos, los movimientos de las personas.

Otro instrumento-cuerpo de la enfermera que usa como estilo para cuidar, es el tacto. Figueiredo et al ²³, expresan que Enfermería es una de las profesiones de la salud que más toca: para bañar, confortar, cambiar la ropa de cama, cambiar el cuerpo de posición, realizar la higiene oral, colocar sondas e inyecciones y muchas cosas más. Son acciones que tienen la intención de ser terapéuticas. El toque está relacionado con el propósito de curar, o contribuir a la cura, de ayudar, aliviar el dolor, tensiones físicas,

emocionales, de depresión y de desencadenar estímulos para vivir: de afecto, protección, evitar riesgos, comunicación, rezar, aliviar el pesado cuerpo en la cama.

Desde esa perspectiva, es importante reconocer entonces cómo el papel del profesional de enfermería puede llegar a ser tan importante al momento de brindar el cuidado y tener contacto con el paciente; cómo una mirada, un gesto, un dar la mano, una caricia, una palabra, etc pueden llegar a significar tanto en ese contacto diario a pesar de que el estado general del paciente pueda aparentemente encontrarse deteriorado.

El paciente depende del cuidado de enfermería al no poderse comunicar verbalmente porque está intubado, aislado de su medio ambiente, sedado y relajado total o parcialmente, encerrado en un cubículo de cuatro paredes, separado de los demás pacientes y restringido de las visitas de sus familiares. También, está subordinado a la enfermera (o) debido a que la enfermera (o) debe cuidar del funcionamiento del aparato de ventilación mecánica y llevar a cabo cuidados cotidianos para el bienestar y acoplamiento del cuerpo del paciente a la máquina: baño, cambio de ropa, aseo de la boca, aspiración de secreciones, cambio de posiciones corporales, etc., ya que el paciente con ventilación mecánica asistida, suele estar rodeado de luces y aparatos ruidosos que no puede controlar, lo que se le suman al estrés continuo por la situación que vive a diario por las medidas terapéuticas, lineamientos hospitalarios y a los procedimientos invasivos requeridos a cada instante para su mejoría y recuperación ⁵.

Los tipos de cuidados que se le brindan al paciente ventilado según Herrera²⁴, son dos: los cuidados generales, derivados del encamamiento e inmovilidad y los cuidados específicos, resultantes de la ventilación mecánica. Considera que la comunicación es un cuidado que estimula a la persona enferma. En general, enfatiza la importancia de la participación de la familia en el cuidado para la recuperación del enfermo; de cuidar en

un entorno de confortabilidad y bienestar buscando en lo posible minimizar y prevenir sucesos inesperados en el paciente. De la misma forma, considera otros aspectos del cuidado: la humanización en todo momento para no despersonalizarlo al comportarse de una manera insensible o indiferente; la interpretación y registro de los valores.

Desde esta perspectiva, es importante mencionar el rol que cumple el profesional de enfermería en el cuidar – cuidado de los pacientes hospitalizados, de manera que sus estilos de cuidado contribuyan a prevenir complicaciones y a la calidad de atención durante este proceso de cuidar – cuidado.

Para Waldow²⁵ el cuidado es un fenómeno existencial, relacional y contextual. Existencial porque forma parte del ser, relacional porque solo ocurre en relación al otro y contextual porque asume variaciones, intensidades, diferencias en sus maneras y expresiones de cuidar de acuerdo a su medio, al contexto en que se presenta.

El cuidado antecede a una acción, es un modo de ser; en realidad constituye la esencia del ser y el cuidar incluye comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones que son pertinentes, aseguradas por derecho y desarrolladas por competencia, lo que implica favorecer los potenciales de las personas para mantener o mejorar la condición humana durante el proceso de vivir y morir¹⁶. El cuidado es el fenómeno resultante del proceso de cuidar, el cual representa la forma que ocurre (o debería ocurrir) el encuentro o situación de cuidar entre la cuidadora y el ser cuidado.

Enfermero en el contexto del cuidado humano se define como el conocimiento, respeto, valores, afecto, por lo tanto el cuidado humano debe ser sentido, vivido y ejercido, haciéndose evidente en los actos profesionales que realiza la enfermera reflexionando siempre al momento de cuidar, este cuidado enfermero es considerado como un proceso interactivo, dinámico y reflexivo entre la persona cuidada y la persona

cuidante, permitiéndole construir una interacción humana solidaria que favorece el desarrollo de la persona aceptándola tal como son, con todas sus características y respetando su dignidad humana.²⁴

Waldow²⁵ delimita las definiciones de cuidar/cuidado, así el cuidar lo representa: como comportamientos y acciones que implican ciencia, valores, tecnología y actitudes, emprendidas en el sentido de favorecer las potencialidades de las personas para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir; y el cuidado: como fenómeno resultante de ese proceso de cuidar, en la que éste representa la forma cómo ocurre o debería ocurrir el cuidar entre cuidador y la persona que es cuidada.

Asimismo, la autora mencionada, Waldow²⁵ analiza la relación establecida entre enfermera/paciente. Para ella este papel se amplía e incluye eventualmente sentido de afección, preocupación, así como de responsabilidad por las personas necesitadas de cuidado. Se explica que el cuidar nace de un interés, de una responsabilidad, de una preocupación de un afecto con dos connotaciones el maternal y el ayudar a crecer. Con la amenaza de inseguridad frente a la enfermedad, la cuidadora (papel atribuido a la mujer) se dedica a proveer el confort y demás actividades que posibiliten el bienestar de la persona.

Desde esta perspectiva para lograr un cuidado de calidad son necesarios otros factores como un ambiente favorable, que sea afectuoso, cálido, atento, amoroso y que propicie crecimiento, alivio, seguridad, protección, bienestar; es decir, un ambiente en el cual la persona experimente el cuidado humano; es necesario también que se cuente con los equipos y la infraestructura adecuada para poder brindar una atención de calidad.²⁴

CAPÍTULO III

MARCO

METODOLÓGICO

III. MARCO METODOLÓGICO:

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN: Cualitativa - Estudio de caso.

La investigación cualitativa supone la recolección de datos de manera sistémica en la que se busca resolver problemas.²⁶

Este tipo de investigación recalca, sobre todo, los aspectos dinámicos, holísticos e individuales de la experiencia humana y trata de captar cada uno de estos aspectos en su totalidad y dentro del contexto de quienes lo viven, a la vez.

Se consideró conveniente realizar la presente investigación bajo el enfoque cualitativo porque se deseaba analizar, caracterizar y comprender los estilos de cuidado de los enfermeros en la prevención de neumonía a pacientes sometidos a ventilación mecánica en un hospital de MINSA, entendiendo al cuidado como un modo de ser que llena toda la existencia humana y resuena en diversas actitudes y comportamientos.

3.2. ABORDAJE DE LA INVESTIGACIÓN: Estudio de Caso

El estudio de caso es el estudio de un caso, sea simple y específico, como de una profesora competente, de una escuela pública o complejo y abstracto, como el de una enseñanza nocturna.²⁷

Para Eisenhardt, mencionado por Martínez²⁸, el estudio de caso es “una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares”, la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recogida de datos con el fin de describir, verificar o generar teoría.

El caso es siempre bien delimitado, debiendo tener sus contornos claramente definidos en el desarrollo del estudio, puede ser similar a otros, pero es al mismo tiempo distinto, pues tiene un interés propio, singular.²⁹

La presente investigación fue de tipo estudio de caso porque se pretendía conocer y analizar el estilo de cuidado de cada uno de los enfermeros en la prevención de neumonía a pacientes sometidos a ventilación mecánica, sin embargo, dicho estilo es diferente en cada uno de ellos puesto que sus realidades y contextos son también distintos.

Nisbet y Watt, citados por Ludke ²⁹ caracterizan el desarrollo del estudio de caso en tres fases:

La Fase Exploratoria:

El estudio de caso comienza con un plan muy incipiente, que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio. Pueden existir inicialmente algunas preguntas o puntos críticos que van siendo explicados, reformulados o eliminados en la medida en que se muestren más o menos relevantes en la situación estudiada. Estas preguntas o puntos críticos iniciales pueden tener origen en el examen de la literatura pertinente, pueden ser producto de observaciones y declaraciones hechas por especialistas sobre el problema, pueden surgir de un contacto inicial con la documentación existente y con las personas ligadas al fenómeno estudiado o pueden ser derivadas de especulaciones basadas en la experiencia personal del investigador (o grupos de investigadores).²⁹

La fase exploratoria es fundamental para la definición más precisa del objeto de estudio. Es momento de especificar las cuestiones o puntos críticos, de establecer los contactos iniciales para entrar en el campo, de localizar los informantes y las fuentes de

datos necesarios para el estudio. Esta visión de apertura intenta captar a la realidad como ella es realmente, y no como se quisiera que fuese.²⁹

En la presente investigación este primer paso se llevó a cabo al buscar e identificar la población que cumpla con los criterios de inclusión en el Servicio de UCI – Hospital MINSA para informarles sobre el proyecto a realizar y obtener de ellos sus horarios de trabajo para las próximas entrevistas.

Delimitación del estudio:

Una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, el investigador puede proceder a recolectar sistemáticamente las informaciones, utilizando instrumentos más o menos estructurados, técnicas más o menos variadas, cuya elección será determinada por las características propias del objeto de estudio.

La importancia de determinar los focos de investigación y establecer los límites del estudio es consecuencia del hecho de que nunca será posible explorar todos los ángulos del fenómeno en un tiempo razonablemente limitado. La selección de aspectos más relevantes y la determinación del recorte de estos son cruciales, para lograr los propósitos del estudio de caso y para llegar a una comprensión más completa de la situación estudiada.

En esta fase, la investigadora al tener el primer contacto e interacción con los enfermeros del Servicio de UCI se les informó acerca del proyecto y así pudo obtener de ellos el consentimiento para su participación en el mismo (Apéndice A), luego procedió a la recolección de la información a través de la aplicación de la entrevista semiestructurada a profundidad (Apéndice B).

El Análisis Sistemático y la Elaboración del Informe:

Ya en esta fase del estudio surge la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes para que manifiesten sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado. Esos “borradores” de relato pueden ser presentados a los interesados por escrito o constituirse en presentaciones visuales y auditivas para su conformidad.

En esta fase, la investigadora seleccionó los discursos de mayor interés para la investigación, priorizándolos y analizándolos para ser presentados a los enfermeros, con quienes se discutió la problemática encontrada, de tal manera que puedan expresar también, sus reacciones y opiniones acerca de la misma.

Asimismo, el estudio de caso se rige por los siguientes principios, los cuales guiarán la metodología de la presente investigación:

Se dirigen al descubrimiento: A pesar de que el investigador parta de algunos presupuestos teóricos iniciales, él procurará mantenerse constantemente atento a nuevos elementos que pueden surgir como importantes durante el estudio. El cuadro teórico inicial servirá así de esqueleto, de estructura básica a partir del cual podrán ser detectados nuevos aspectos, que pueden ser sumados en la medida en que el estudio avance pues el conocimiento no es algo acabado. Siendo así el investigador estará siempre buscando nuevas respuestas en el desarrollo de su trabajo.

En la presente investigación se procuró estar atentos al estilo de cuidado que practican los enfermeros orientados a prevenir la neumonía en pacientes sometidos a Ventilación Mecánica en un Hospital del MINSA.

Enfatiza la interpretación en el contexto: Un principio básico de ese tipo de estudio es que, para una comprensión más completa del objeto, es preciso llevar en cuenta el contexto en que él se sitúa. Así para comprender mejor la manifestación general de un problema, las acciones, las percepciones, los comportamientos y las interacciones de las personas deben estar relacionados a la situación específica donde ocurren o a la problemática determinada a la que están ligadas.

Busca retratar la realidad en forma compleja y profunda: El investigador procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo. Este tipo de abordaje enfatiza la complejidad natural de las situaciones, evidenciando la interrelación de sus componentes.

A través de los discursos plasmados, se trató en lo posible de describir, de manera minuciosa la realidad de cada uno de los enfermeros de UCI, tal cual lo describieron.

Usa una variedad de fuentes de información: Al desarrollar el estudio de caso, el investigador recurre a una variedad de datos, recolectados en diferentes momentos, en situaciones variadas y con una variedad de tipos de informantes.

Con esa variedad de información de diferentes fuentes, se puede cruzar información, confirmar o rechazar hipótesis, descubrir nuevos datos, separar suposiciones o levantar hipótesis alternativas.

En el presente trabajo de investigación se intentó corroborar los datos brindados por los entrevistados mediante visitas durante los horarios laborales.

Revela experiencias secundarias pero importantes que permiten generalizaciones naturales: El investigador procura relatar sus experiencias durante el estudio, de modo que el lector pueda hacer sus generalizaciones naturales. En lugar de la pregunta: ¿Este

caso es representativo de qué?, el lector va a preguntar: ¿Qué puedo (o no) aplicar de este caso en mi situación?

La generalización natural ocurre en función del conocimiento experimentado del sujeto en el momento en que este intenta asociar datos encontrados en el estudio con datos que son frutos de sus experiencias personales.

En esta investigación se relató todas las experiencias, principales y secundarias, de tal manera que ayude a los lectores a comprender la experiencia de estos profesionales en su totalidad.

Procura representar los diferentes puntos de vista presentes en una situación social:

Cuando el objeto o situación estudiados pueden suscitar opiniones diferentes, el investigador va a procurar traer para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación.

Durante el desarrollo de esta investigación se tomaron en cuenta las diferentes percepciones que tuvieran cada uno de los profesionales de enfermería del Servicio de UCI de su realidad; para que la investigadora, finalmente de, sus propias opiniones y puntos de vista del cuidado que brindan.

Los relatos utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación: Los datos de estudio de caso pueden estar presentados en una variedad de formas, tales como dramatizaciones, diseños fotográficos, slides, discusiones, mesas redondas. Los relatos escritos presentan generalmente, estilo informal, narrativo, ilustrado por figuras de lenguaje, citas, ejemplos y descripciones. Es posible también que un mismo caso tenga diferentes formas de relato dependiendo del tipo de usuario a

quien se destina. Lo importante aquí es cómo lograr una transmisión directa, clara y bien articulada del caso y en un estilo que se aproxime a la experiencia personal del lector.

El estilo que se usa en el presente informe es narrativo.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por todos los enfermeros (10) que laboran en el Servicio de UCI del Hospital MINSA.

Criterios de Inclusión:

- ✓ Profesionales de enfermería nombrados y contratados que laboren en el Servicio de UCI, ya que el objetivo de la investigación es analizar y comprender cómo son los estilos de cuidado en la prevención de neumonía a pacientes sometidos a VM; sin tener en cuenta la condición laboral.
- ✓ Profesionales de enfermería que tenían más de seis (06) meses laborando en el Servicio de UCI, pues consideramos un tiempo prudente en el cual ya los profesionales se adaptan al servicio adoptando su propio estilo al brindar el cuidado al paciente hospitalizado.
- ✓ A pesar que se entrevistó a los 10 enfermeros se considera que se produjo la saturación y redundancia que se refiere al momento en que los discursos se vuelven repetitivos y ya no aportan a la investigación.

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para poder llegar a recolectar los datos necesarios para el desarrollo de la presente investigación, se tuvieron en cuenta los siguientes pasos:

- Se solicitó autorización a la Oficina de Capacitación del Hospital para la aplicación del presente estudio.
- Se comunicó asimismo, a la Dirección y Jefatura de Enfermería en relación a la presente investigación.
- Se realizó una entrevista preliminar con la finalidad de captar aquellos profesionales de enfermería que cumplan con los criterios de inclusión, los mismos que participaron durante el desarrollo de la investigación.
- Finalmente se pudo tener el primer contacto con los enfermeros, previo consentimiento informado (Apéndice A), con la finalidad de aplicarles la entrevista semiestructurada a profundidad (Apéndice B).

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Para la obtención de datos se utilizó:

➤ *Entrevista Semiestructurada abierta a profundidad: (Apéndice B)*

La investigadora elaboró preguntas que realizó con cada uno de los sujetos.

El papel del investigador consiste en motivar a los participantes a expresarse con libertad alrededor de todos los temas de la lista y en registrar las respuestas.²⁶

Se llevó a cabo de la siguiente manera: En primer lugar hubo un acercamiento con los enfermeros de UCI con la finalidad de informarles del proyecto y obtener de ellos el consentimiento para el mismo (Apéndice B). Luego se siguió con la entrevista elaborada previamente, permitiendo en todo momento que los profesionales se expresen libremente.

Las entrevistas fueron realizadas en el Servicio de UCI, lugar donde los profesionales de enfermería desempeñan su labor.

3.6. ANÁLISIS DE DATOS:

Esta etapa se inició con la búsqueda de temas, proceso en el que se descubrieron elementos comunes entre sujetos y la variación neutral de los datos. Se realizó un análisis temático, que viene a ser la descomposición de una frase o texto, en la que se separa y aísla sus elementos a fin de realizar su descripción completa.²⁶

En esta etapa los discursos fueron leídos y releídos por la autora, para descontextualizarlos y luego contextualizarlos para agruparlos en subcategorías y después en categorías.

3.7. PRINCIPIOS ÉTICOS:

Dentro de los aspectos éticos se consideraron los principios de Fry S. mencionado por Oguisso³⁰ aceptados como los seis principios fundamentales para la realización ética de investigaciones con seres humanos.

- **Principio de Beneficencia y No Maleficencia:**

Benevolencia o no maleficencia, principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad. Actuar con benevolencia significa ayudar a los otros a obtener lo que es benéfico para ellos, o que promueva su bienestar, reduciendo los riesgos maléficos, que les puedan causar daños físicos o psicológicos.

En el presente trabajo de investigación, la investigadora no expuso a los participantes a ningún tipo de daño, por lo que los resultados obtenidos, fueron utilizados estrictamente para fines de la investigación.

Garantía de la no explotación: “Las participantes necesitan la seguridad de que su participación e información no será usada contra ellas”. Bajo ninguna circunstancia los profesionales de enfermería entrevistados estuvieron expuestas a situaciones no planificadas.

Beneficio de la investigación: “El investigador se esforzará totalmente para llevar tales beneficios al máximo y obtener una información confiable”.

- **Principio de Autonomía:**

Respetar a las personas como individuos autónomos significa reconocer sus decisiones, tomadas de acuerdo con sus valores y convicciones personales.

Derecho a la autodeterminación: “Los posibles participantes tendrán a decidir voluntariamente si participaban o no, dar por terminada su participación en cualquier momento sin temor a sufrir coacción o algún tipo de represalia”. En la presente investigación los profesionales de enfermería fueron quienes decidieron si participan o no en el presente estudio evidenciado en la autorización consentida y firmada por cada uno de los participantes.

- **Principio de Justicia:**

Justicia es el principio de ser equitativo o justo, o sea, igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo con la necesidad

individual. El principio de justicia está íntimamente relacionado a los principios de fidelidad y veracidad.

Derecho a un trato justo: En la presente investigación, todos los enfermeros participaron en las mismas condiciones para la recolección de datos, fueron tratados justa y equitativamente antes, durante y después de su participación, empezando por una selección sin discriminación alguna y el cumplimiento de todo lo establecido por el investigador y la participante.

Derecho a la privacidad: La investigadora aseguró que la información obtenida iba a ser estrictamente confidencial.

- **Principio de Fidelidad**

Derecho al Secreto Profesional: La confianza es la base para la confidencia espontánea, y los hechos revelados en confidencia hacen parte del secreto profesional del enfermero. En la presente investigación se trató en lo posible que la investigadora y los participantes logren una relación de confianza, de tal manera que se desarrolle la investigación en un clima de armonía con la firme promesa de que la información obtenida de las participantes de la investigación no iba a ser revelada por ningún motivo.

- **Principio de Veracidad:**

Principio ético de decir siempre la verdad, no mentir ni engañar a las personas. En muchas culturas la veracidad ha sido considerada como base para el establecimiento y continuidad de la confianza entre los individuos.

Derecho a ser informado verazmente: El hecho de no informar con la verdad a los participantes de la presente investigación podría dificultar el consentimiento firmado por los enfermeros para realizar la investigación.

Por ello, durante el desarrollo de éste trabajo, los participantes fueron informados con la verdad desde el primer momento sobre la finalidad y metodología de la investigación.

- **Principio de Confidencialidad:**

Se refiere a salvaguardar la información de carácter personal obtenida durante el ejercicio de su función como enfermero y mantener el carácter de secreto profesional de esta información, no comunicando a nadie las confidencias personales hechas por los participantes. En el presente trabajo de investigación, la información expresada por los participantes en la investigación no se hará pública con otro fin, asegurando en todo momento el anonimato.

3.8. RIGOR CIENTÍFICO:

Los criterios que comúnmente se utilizan para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo son la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad. Sin embargo, recientemente se plantea que los conceptos o constructos de confiabilidad y validez deben retomarse en investigación cualitativa como estándares de rigor científico.^{31, 32} Por lo tanto, fueron considerados en la presente investigación.

- **Credibilidad:**

La credibilidad se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta

información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Así entonces, la credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. La tarea del investigador consiste en captar el mundo del informante de la mejor manera que él lo pueda conocer, creer o concebir lo cual a menudo es un reto muy difícil. Captar lo que es «cierto», «conocido» o la «verdad» para los informantes en la situación social en que viven requiere escuchar de manera activa, reflexionar y tener una relación de empatía con el informante.

Por ello se pidió a los enfermeros entrevistados responder con veracidad a las preguntas, utilizándose también estrategias como la repregunta para lograr los objetivos.

- **Confirmabilidad o Auditabilidad:**

Algunos autores se refieren a este criterio como la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares.

En la presente investigación, se transmitió la objetividad y neutralidad recolectada dejando de lado los prejuicios de la investigadora.

- **Transferibilidad o aplicabilidad**

Este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Guba y Lincoln indican que se trata de examinar que tanto se ajustan los resultados con otro contexto³³. En la investigación cualitativa la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello se necesita que se describa, densamente, el lugar y las características de las personas, donde el fenómeno fue estudiado. Por tanto el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos.

- **Validez:**

Este criterio se refiere al carácter científico de la investigación. El concepto de validez científica, aunque no es un acto, está relacionado con el fraude.³³ La validez se refiere a la medida en que algo representa o mide lo que afirma que representa o mide. Cuando las medidas de diagnóstico no representan lo que afirman que representan, decimos que a las medidas les falta validez.

En la presente investigación se verificó a través de la creatividad, sensibilidad, flexibilidad y habilidad de la investigadora para «responder» a lo que sucede durante la investigación, así como un muestreo apropiado: Saber seleccionar a los participantes que mejor representen o tengan conocimiento del fenómeno a investigar. Esto garantizó una saturación efectiva y eficiente de las categorías con información de calidad óptima y mínimo desperdicio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y

DISCUSIÓN

4.1. Presentación de categorías y subcategorías:

El cuidar es una actividad indispensable para la supervivencia desde que la humanidad existe el cuidado ha sido relevante constituye una función primordial para promover y desarrollar aquellas actividades que hacen vivir a personas o grupos.

El hospital se constituye en un escenario donde convergen emociones, sentimientos y reacciones que van configurando sus formas de brindar cuidado y les permiten tener momentos de reflexión sobre la formación que han recibido y tomar conciencia sobre su responsabilidad como cuidadoras; pues son capaces de reconocer que sus acciones tienen implicancias éticas y morales que redundan en el bienestar de las personas a su cuidado.

En tal sentido, el presente capítulo se constituye a partir del análisis y discusión de los discursos obtenidos de las entrevistas a enfermeras, así como de las observaciones a las mismas, respecto a los estilos de cuidar de los enfermeros en la prevención de neumonía a pacientes hospitalizados sometidos a ventilación mecánica en el servicio UCI Hospital del MINSA, Chiclayo 2018, con la finalidad de comprender, analizar y caracterizar esta realidad.

A partir del concepto de cuidado, se pretende mostrar como cuida la enfermera a estos pacientes, lugar desde el cual, se realizan intervenciones y actividades, que garantizan el éxito en la evolución de los pacientes durante su estadía en esta unidad.

Para cuidar el anonimato de las enfermeras se colocó seudónimos a las enfermeras participantes, los cuales son: Girasol, Azucena, Geranio, Tulipan, Clavel, Dalia, Rosa, Orquídea, Lirio y Margarita. En tal razón, del análisis surgieron tres grandes categorías con sus correspondientes subcategorías, las cuales se presentan a continuación:

CATEGORÍA I: ESTILO DE CUIDAR PREVINIENDO COMPLICACIONES**Subcategorías:****Permeabilizando vías aéreas****Priorizando medidas de bioseguridad****CATEGORÍA II: ESTILO DE CUIDAR AYUDANDO A LA SATISFACCION DE LAS NECESIDADES****Subcategorías:****Estilo de cuidar la higiene****Estilo de cuidar la alimentación****Estilo de cuidar la movilidad del paciente****CATEGORÍA III: ESTILO DE CUIDAR EL ASPECTO ESPIRITUAL AL PACIENTE Y FAMILIA**

A continuación, se discuten los hallazgos a la luz de la literatura.

4.2. Discusión de las Categorías y Subcategorías

CATEGORÍA I: ESTILO DE CUIDAR PREVINIENDO COMPLICACIONES

Cuando un paciente ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos la enfermera reconoce cada nueva oportunidad por lo cual debe enfrentar y estabilizar al paciente en estado crítico debido a que se requiere una atención inmediata y continua con alto grado de eficiencia y especificidad.

Y es apenas ingresa un paciente al servicio de cuidados intensivos es evaluado y en este caso inician valorando el estado de conciencia y permeabilizando vías aéreas, esto se verifica cuando surge la subcategoría.

Subcategoría: Permeabilizando vías aéreas

La enfermera prioriza la permeabilidad de vías aéreas, para facilitar el intercambio gaseoso y evitar la muerte de células cerebrales que son las más sensibles. Así se observa en los siguientes discursos:

“...dependiendo de los parámetros ventilatorios si está con PEEP de 10, no el fisiológico necesitamos para aspirar las secreciones lo que es el circuito cerrado”. (Girasol)

“Para la aspiración de secreciones la presión que se emplea es de 25 a 35 mm de mercurio...también ventilar al paciente antes de las aspiraciones...Para prevenir la neumonía... luego control del cuff manteniendo a una presión de 25 a 30 mm de mercurio, cabecera levantada a 30° a 40°, higiene de la cavidad oral c/8 horas con clorhexidina 0.12%, en caso de agua oxigenada diluida al 50%”. (Azucena)

“Necesitamos una sonda de aspiración para boca y tubo y seguir las normas que nos indican”. (Geranio)

“Para prevenir la neumonía por ventilación mecánica lo ideal es usar sondas de aspiración a circuito cerrado, utilizar los filtros tanto humidificador como antibacterial en ambas ramas inspiratorio como espiratorio”. (Tulipan)

“Si usamos protocolos... todas las medidas de higiene, guantes estériles, técnicas asépticas en la aspiración. Si es a circuito abierto o a circuito cerrado igual sobre todo como técnica aséptica”. (Clavel)

“El paciente prácticamente que es sometido a ventilación mecánica está anulada una vía aérea natural y la máquina que es un respirador artificial le está oxigenando al paciente quien ha perdido su sistema protector, su barrera protectora, al ingreso de aire a sus pulmones entonces es un paciente susceptible a adquirir fácilmente una neumonía adquirida en la unidad en cuidados intensivos”. (Dalia)

“Administrando también el tratamiento indicado, los antibióticos que necesita el paciente, realizando parámetros de la ventilación mecánica, utilizando también los filtros humidificadores, los filtros antibacterianos, tomando muestras de cultivo de las secreciones bronquiales, estar pendientes de los resultados de laboratorio, de allí la valoración, la observación de como el paciente está evolucionando, si está respondiendo al tratamiento que se le brinda”. (Rosa)

“Para poder prevenir la neumonía en el día a día manejando a pacientes que vienen al hospital nosotros tenemos en cuenta varias cosas. La higiene del paciente, el tipo de ventilación que tiene modos, parámetros, modos ventilatorios y otros”. (Orquídea)

“La aspiración de secreciones se realiza de acuerdo a necesidad del paciente y hacerlo de manera correcta porque para eso existen técnicas para hacer la aspiración de secreciones y se tiene que hacer la técnica correcta”. (Lirio)

“...lo primero que tenemos que hacer es la aspiración de secreciones sobre todo las orofaríngeas, para evitar que se produzcan micro aspiraciones que nos van a conllevar a una neumonía por una acumulación de microorganismos que vamos a encontrar en la cavidad oral que generalmente es en un 70%-80%; que es lo que causa la neumonía intrahospitalaria en pacientes sometidos a Ventilación mecánica”. (Margarita)

El sistema respiratorio permite que el oxígeno entre en el cuerpo y que luego elimine el dióxido de carbono que es el gas residual que queda después que las células han usado el oxígeno.³⁴; sin embargo, cuando hay obstrucción se realiza la permeabilización de vías aéreas para facilitar el ingreso del oxígeno.

El aire ingresa a nuestro organismo a través de la inspiración y el CO₂ (dióxido de carbono) es eliminado por la espiración. Cuando el aire que inhalamos llega a los alvéolos, el oxígeno entra a la sangre a través de pequeños capilares localizados en las paredes de los alvéolos. Ahí es llevado al corazón desde donde es enviado a todo el resto del cuerpo. En sentido inverso el dióxido de carbono, que sale de las células del cuerpo, viaja por los capilares de vuelta al corazón que luego mandará esta sangre a los pulmones y se llevará a cabo el proceso contrario para que el CO₂ pueda ser exhalado

La función principal del sistema respiratorio es mantener la concentración de gases, oxígeno y dióxido de carbono en unos rangos que garanticen el estado homeostático del cuerpo humano. La ventilación es la primera de cuatro fases y una de las más importantes en este proceso, su fallo motiva el ingreso del paciente a una unidad de cuidados intensivos y la instauración de la ventilación asistida mediante un ventilador mecánico. La dinámica de esta primera fase se puede registrar y analizar a partir de señales de flujo, gases, volúmenes o electromiografías principalmente.³⁵ La ventilación mecánica es el tratamiento utilizado para suplir la falta de la ventilación espontánea, sin embargo,

conlleva un desafío la atención en los cuidados de enfermería en este tipo de pacientes, dado que es una de las principales funciones del organismo y se debe prevenir la neumonía.

El paciente en estado inconsciente necesita de la prevención de complicaciones y esto se realiza mediante la aplicación de medidas de bioseguridad y se verifica en la siguiente subcategoría.

Subcategoría: Priorizando medidas de bioseguridad

Las enfermeras inician con el lavado de manos y todo tipo de asepsia, tal como se verifica en los siguientes discursos:

“... es necesario el lavado de manos previo uso de guantes estériles para evitar las infecciones cruzadas. Lavado de la cavidad bucal para evitar que las secreciones contaminadas desciendan a las vías respiratorias. Aspiración de secreciones de acuerdo al protocolo que tenemos”.
(Girasol)

“... para prevenir la neumonía primero tenemos que hacer el lavado de manos como norma número uno antes de hacer cualquier procedimiento”.
(Azucena)

“...la enfermera tiene todas las medidas que realiza están encaminadas a prevenir el ingreso de esa bacteria dentro de ellas son las medidas de asepsia que hay que tener en el momento, por ejemplo, en el momento de la aspiración a de tratar de mantener para las aspiraciones de secreciones de un círculo cerrado para evitar la contaminación con el medio externo...” (Geranio)

“... las acciones para prevenir la neumonía son primero utilizando las medidas de bioseguridad específicamente el lavado de manos..., la sonda solamente se utiliza por una sola vez y luego eliminar la sonda con la que se ha aspirado en ese momento.” (Tulipán)

“... le hago higiene bucal por lo menos dos a tres veces al día en pacientes que tienen tubo endotraqueal, se usa la clorhexidina al 2 % debe mantenerse las medidas de bioseguridad para circuito abierto como circuito cerrado y de esa manera evitar las neumonías asociadas a ventilación mecánica... (Clavel)

“... primero son las medidas de bioseguridad que se tienen que tener en cuenta en pacientes con ventilación mecánica, el uso de guantes, el uso de mandilones, el uso de material estéril, el uso de equipos que sean totalmente estériles para poder brindar un cuidado adecuado. (Dalia)

Cabe mencionar la importancia de la práctica segura al momento de brindar el cuidado, pues estas medidas de bioseguridad deben tomar el personal que trabaja en áreas de la salud, para evitar el contagio de enfermedades de los pacientes en el área hospitalaria y en el medio en general, por la exposición de agentes infecciosos; pues la práctica involucra una alta manipulación de elementos corto punzantes; manejo de líquidos orgánicos potencialmente infecciosos, están potencialmente expuesto a agentes biológicos, químicos, manejo de residuos por la naturaleza de su trabajo, en este sentido, es necesario que el enfermero aplique las medidas de bioseguridad en el quehacer diario y desarrollar así un comportamiento de prevención.

Toda medida preventiva debe estar enmarcada dentro de los principios que fundamentan la bioseguridad en todo nivel, al respecto, Barriga, G. y Castillo ³⁶ refieren que éstos pueden resumirse en tres postulados: Universalidad: Se debe involucrar al personal y pacientes de todos los servicios, aún sin conocer su serología; debiendo seguir todas las recomendaciones estándares para prevenir exposición a riesgos, barreras que comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre u otros fluidos en potencia contaminantes u otras sustancias nocivas, mediante la utilización de medidas o

materiales que se interpongan al contacto de los mismos y medios de eliminación de material contaminado que se refiere al conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados por medio de los cuales el material utilizado en la atención del paciente se elimina sin riesgo.

Por otro lado, tal como se evidencia en los discursos anteriormente, el lavado de manos es el método más efectivo para prevenir la transferencia de microorganismos entre el personal de salud y los pacientes, siendo un proceso dirigido a eliminar el mayor número posible de microorganismos de las manos y antebrazos²⁴. Dicha práctica está inscrita en la historia de la antisepsia, con capítulos que constituyen parte de la historia universal. La transmisión de enfermedades infecciosas por medio de las manos debe haberse inferido antes de que en 1843 Oliver Wendell Holmes documentara esta sospecha de transmisión a través de las manos en forma escrita al igual que lo hizo Ignaz Philipp Semmelweis en 1847²⁵.

La contribución de Semmelweis fue demostrar que las manos de los médicos eran los vectores de la fiebre puerperal, pues antes de atender⁴ los partos acudían a la morgue. Veinte años más tarde, Sir Joseph Lister introdujo medidas preventivas entre ellas el lavado de manos de los cirujanos, lo que previno las infecciones de la herida quirúrgica. Desde entonces el lavado de manos es la manera más sencilla de evitar infecciones nosocomiales.

A mediados del siglo XIX Florence Nightingale (1820-1910) recomendó el uso de agua y aire puro, drenaje eficiente limpieza y luz para lograr la salud. Su experiencia como enfermera durante la guerra de Crimea probó la eficacia de sus recomendaciones. Desde esta perspectiva la realización de lavado de manos debe ser considerada como una

rutina necesaria e importante en todo el personal hospitalario, para proporcionar las medidas de seguridad que requiere y de este modo garantizar su recuperación.

Por otro lado, el lavado de manos constituye una barrera protectora a favor del profesional de enfermería, pues si bien es cierto que disminuyen en el usuario; el riesgo de infecciones oportunistas, también el adecuado lavado de las manos evita que el personal de enfermería contraiga gérmenes a través de las manos. Por tal razón, la OMS³⁷ en el 2009 manifiesta “Los 5 momentos del lavado de manos” que se debe aplicar:

- Antes del contacto directo con el paciente
- Antes de realizar una tarea limpia o aséptica
- Después de exposición a fluidos corporales
- Después del contacto con el paciente
- Después del contacto con el entorno del paciente

Al respecto, la investigadora del presente estudio señala que el profesional enfermero en UCI tiene que reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas como tejidos, secreciones y fluidos corporales. Esto implica garantizar la condición segura mediante la utilización de barreras apropiadas y una actitud segura a través de una adecuada información y educación tendiente a provocar cambios de conducta de fin de adoptar las Precauciones Universales.³⁸

La bioseguridad debe entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. Compromete también a todas aquellas

otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, ambiente éste que debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgos.³⁹

Las medidas de bioseguridad son un conjunto de normas preventivas reconocidas internacionalmente, orientadas a proteger la salud y la seguridad del personal y su entorno dentro de un ambiente clínico-asistencial, en las que se incluyen normas contra riesgos producidos por agentes físicos, químicos y mecánicos.⁴⁰

En las unidades de cuidados intensivos el profesional de enfermería se encuentra en mayor exposición al manejo de secreciones y/o riesgo a enfermedades ocupacionales debido no sólo al contacto con sangre, secreciones en general, agujas, jeringas y material contaminado; si no también a las condiciones laborales, es decir la presencia de material y equipos que permitan condiciones para proteger al personal de Enfermería del riesgo a sufrir accidentes laborales por inadecuadas prácticas de medidas de bioseguridad, por lo que el personal de la salud que labora en dicho servicio, trata en lo posible de cumplir y cuidar la práctica de los principios de bioseguridad.⁴¹

CATEGORÍA II: ESTILO DE CUIDAR AYUDANDO A LA SATISFACCION DE LAS NECESIDADES

Las necesidades fisiológicas son aquellas que uno requiere cubrir para poder sobrevivir y lograr un equilibrio con su cuerpo, y funciones corporales. Dentro de estas necesidades tenemos el hambre, la sed, el sueño, la actividad, el sexo entre otros.⁴⁰

Maslow⁴² refiere que conforme se satisfacen necesidades básicas los seres humanos desarrollamos necesidades y deseos más elevados; establece la pirámide de necesidades clasificándolas por necesidades fisiológicas, de seguridad, de pertenencia, reconocimiento y autorrealización. A medida que, como seres humanos, afianzamos las

partes bajas de la pirámide nuestra atención y esfuerzos se ven ocupados en alcanzar las más altas.

En los servicios de UCI a parte del seguimiento médico, se brinda un cuidado integral de la persona que conlleva un abanico muy amplio en cuanto a necesidades básicas relacionadas con la fisiología (respirar con normalidad, comer y beber, eliminar desechos, movimiento y mantenimiento de la postura adecuada, descansar y dormir, mantener una temperatura corporal adecuada), la seguridad (higiene corporal y evitar peligros del entorno), la autoestima (comunicarse, expresar emociones, necesidades, miedos), con la pertenencia grupal (culto a una religión) y con la auto-actualización (trabajar, recrearse y satisfacer su curiosidad). Estas necesidades que son básicas de todo ser humano, debido al problema de salud no pueden satisfacerse. Es entonces, y de una manera más agudizada en pacientes críticos los cuales muestran gran o total dependencia, cuando el personal de enfermería actúa para que todas ellas estén cubiertas.⁴³

Esta categoría hace referencia al cuidado que brindan los profesionales de enfermería en el servicio de UCI, muchas veces se ve enfocado a satisfacer precisamente estas necesidades afectadas en los pacientes hospitalizados, todo esto se corrobora cuando emergen las siguientes subcategorías:

En este estudio la enfermera después de valor el estado general del paciente de inmediato prioriza la satisfacción de las necesidades y se observa cuando surge la subcategoría.

Subcategoría: Estilo de cuidar la higiene

La higiene es una de las necesidades básicas que la enfermera prioriza durante su cuidado; así se verifica en los siguientes discursos:

“...lo usamos para la higiene bucal y también para higiene corporal, de esa manera minimizamos las infecciones intrahospitalarias...”.
(Orquídea)

“La higiene del paciente tiene que ser a diario o dependiendo como lo necesite, y con ayuda del técnico para evitar que se retire el catéter o una extubación”. (Girasol)

“Baños diarios para evitar infecciones, septicemias por lo que tienen bastante dispositivos invasivos: tiene catéteres, tiene sonda nasogástrica, sonda Foley, drenajes, catéter arterial en donde la higiene se hace a diario”. (Azucena)

“Como protocolo todos los días el paciente es sometido a baño diario en tanto su estado o el paciente lo permitan porque si no está bien hemodinámicamente, el baño puede ser postergado... acá es una norma todos los días el baño en la mañana y su limpieza de la cavidad oral porque allí es un medio que favorece la contaminación, ya que la boca debe tenerse muy limpia, con mucha asepsia para evitar infecciones que son muy comunes en el servicio”. (Geranio)

“En cuanto al baño se baña 1 vez al día, la que sale de guardia o en el día la que este de guardia diurna con el baño de esponja como a todo paciente que se le pueda hacer y el aseo bucal se usa clorhexidina 0,12 %”. (Clavel)

“Si hablamos de la higiene vamos a valorar si el paciente necesita o no, si está en condiciones hemodinámicamente estable para poder dar un baño, si fuera así voy a empezar por la cabeza, sus ojos, la boca que voy a lavar con una solución clorhexidina 2% con una espátula y gasa voy a limpiarle la boca, evitar de que el paciente al momento de ser estimulado

pueda pasar sus microbios o la flora bacteriana que se encuentra en la cavidad oral". (Rosa)

El mantenimiento de la higiene personal es importante para la comodidad, la seguridad y el bienestar del paciente. El cuidado higiénico adecuado requiere comprensión de la anatomía y fisiología. La enfermera puede aplicar sus conocimientos al reconocer anomalías y llevar acabo las acciones apropiadas destinadas a impedir una lesión de la piel y mucosas intercambian oxígeno, nutrientes y líquidos con los vasos sanguíneos. Las células requieren nutrición hidratación y circulación adecuada para resistir la lesión y la enfermedad. Las buenas técnicas higiénicas favorecen la estructura normal y la función de los tejidos corporales. La enfermera adapta prácticas higiénicas para adelantarse a las necesidades del paciente y minimizar cualquier efecto dañino.

La higiene es la ciencia de la salud y su mantenimiento, la higiene personal es un aspecto del autocuidado mediante el cual se conserva la salud. El aseo y los cuidados de la piel son necesarios para la comodidad, seguridad y salud de una persona, es un símbolo clave del bienestar mental y físico, y favorece una piel sana, la circulación, el descanso, la nutrición, autoestima y sensación de bienestar⁴³.

La higiene y confort del paciente, se define como el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente. Incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas; favoreciendo la salud general del individuo y una de las prioridades del quehacer del profesional de enfermería, es la preocupación por el bienestar físico y psicológico del paciente, sobre todo si éste se encuentra incapacitado para satisfacer sus necesidades básicas. De ahí nace la importancia del papel que desempeña el enfermero,

transformándose en un pilar fundamental en la realización de los procedimientos destinados a mejorar el grado de bienestar, durante la presencia de enfermedad u hospitalización; haciendo de su estadía una experiencia más agradable, ello se evidencia en los siguientes testimonios:

Subcategoría: Estilo de cuidar la alimentación

Otra de las necesidades fisiológicas e importantes es la nutrición de ahí que la enfermera cuida de la alimentación de los pacientes; es por estas razones la importancia del cuidado que el profesional de enfermería brinde a fin de satisfacer de manera complementaria la necesidad de nutrición que se ve afectada en el paciente hospitalizado en UCI, lo cual es de conocimiento de los enfermeros entrevistados, tal como se aprecia:

“... al momento que administramos la nutrición enteral la posición adecuada, horario adecuado, valorar si la sonda está en buena ubicación, la aspiración de residuo gástrico, previamente comprobar si el paciente verdaderamente necesita la dieta o todavía no ha asimilado la dieta anterior”. (Girasol).

“... primero hay que ver si el paciente tolera, si no hubiera residuo se inicia la nutrición enteral en forma continua, puede ser por 20 horas a un flujo de 10 o 20 cc/hr y luego se va progresando el flujo si es que el paciente tolera. Se hace un reposo de 4 horas y luego se vuelve a iniciar igual con cabecera levantada a 30°; se debe rotular y administrarlo en bomba para que el paciente lo tolera mejor”. (Azucena).

“... en la alimentación hay que dar la postura al paciente, debe estar en ángulo de 45° - 60° grados y administrar la dieta lentamente, y asegurarse que la Sonda nasogástrica esté también en estómago antes de administrar la dieta”. (Tulipán)

“... yo verifico en el paciente que no tenga residuo gástrico si el paciente está con residuo gástrico y volumen mayor a 500 no le doy dieta”. (Clavel)

“... en la alimentación enteral es bueno valorar el abdomen del paciente, la posición, tengo que ver la fijación de la sonda si esta permeable o no esta permeable; en sí es importante, ver también la cantidad de dieta que está administrando al paciente para ver si lo tolera o no lo puede tolerar”. (Lirio).

“... en cuanto a alimentación enteral primero es colocar al paciente en posición cómoda, si puedo en semifowler o de repente de 30° a 45°... verificar si la sonda está en su estómago hacer una higiene oral, evitar microaspiraciones, ... puedo administrar el medicamento sin pasarlo por presión, sino que baje por gravedad... la dieta tiene que estar lista no muy fría para evitar aumentar el peristaltismo y se produzcan los cólicos y las diarreas en el paciente”. (Rosa)

“... durante la alimentación hay que tener en cuenta las medidas de bioseguridad, brindando la dieta adecuada y que el paciente verdaderamente esté tolerando, si en algún momento vemos que el abdomen o su organismo no está reaccionando acorde a la alimentación pues entonces tenemos que suspender la dieta”. (Dalia).

La nutrición de pacientes en unidades críticas sigue siendo un reto por la diversidad de necesidades individuales en un grupo heterogéneo de pacientes con complejas enfermedades subyacentes.⁴⁴ La alimentación vía enteral ha demostrado ser óptima para estos pacientes, aunque a menudo existan limitaciones en cuanto al uso seguro de esta vía, así como para lograr los objetivos calóricos. Es particularmente importante que los pacientes reciban cantidades adecuadas de energía y nutrientes para asegurar su recuperación. El uso de la nutrición parenteral está indicado para complementar la

nutrición enteral en caso de que ésta no cubra totalmente las necesidades nutricionales del paciente, o como nutrición única en el caso de que la nutrición enteral esté contraindicada o sea imposible.

El tipo de soporte nutricional en el paciente en estado crítico ha generado diferentes conductas orientadas a modular su condición metabólica y a nutrirlo en forma adecuada. Por su condición crítica, el paciente en estado de estrés agudo exhibe en forma característica gran labilidad y variabilidad en sus parámetros fisiopatológicos. Tales variables son la expresión de la condición clínica de base y de las enfermedades concurrentes, del estado nutricional y de la presencia de infección, lo cual hace necesario los cuidados adecuados en esta área.⁴⁵

En los discursos de los enfermeros entrevistados, se aprecia que los conocimientos técnico – científicos que poseen en relación al cuidado del patrón alimenticio en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos, propios de su especialidad; son aplicados durante la atención que brindan en el quehacer diario a los pacientes a través de la nutrición enteral.

El paciente crítico se caracteriza por una situación de hipercatabolismo y cambios metabólicos como parte de su respuesta adaptativa para sobrevivir al proceso agudo. El soporte nutricional es primordial para prevenir la desnutrición asociada a la enfermedad y la pérdida de masa muscular⁴⁶. Se ha evidenciado que una deuda calórico-proteica acumulada a lo largo de la estancia en la UCI contribuye al aumento de la morbimortalidad con mayor tasa de infecciones, días de ventilación mecánica y estancia hospitalaria, por lo que se hace necesario el aporte de nutrientes por vía enteral o parenteral con el propósito de alcanzar y/o mantener un estado nutricional adecuado en los pacientes en quienes la alimentación normal no se puede realizar.

La decisión del tipo de soporte a implementar en el paciente crítico, debe tener en cuenta: Riesgo/beneficio y valoración de la función intestinal, considerando que se inicia con dieta enteral o parenteral para disminuir la incidencia de desnutrición calórico – proteica hospitalaria, garantizando la calidad terapéutica; teniendo en cuenta que las investigaciones demuestran que 40 – 50% de los pacientes hospitalizados, particularmente los de cuidados intensivos, presentan desnutrición de moderada a severa, afectando significativamente de modo negativo el pronóstico, más aún si el paciente se encuentra en ventilación mecánica.⁴⁵

Por estas razones el suministro de un soporte nutricional óptimo es importante para evitar las complicaciones relacionadas al exceso como al déficit, pues el exceso en el aporte de energía puede llevar a hiperglucemia, disfunción hepática e incremento del CO₂ aumentando la disfunción respiratoria o prolongando el retiro del ventilador y el déficit en el aporte puede llevar a retraso en la cicatrización de heridas, disminución de la respuesta inmune y disfunción de los músculos respiratorios.

Por lo que se afirma que los profesionales de enfermería durante su cuidado aplican sus conocimientos al momento de administrar la dieta, valorando y cuidando el patrón alimenticio, el cual se ve alterado en más del 88% de pacientes hospitalizados en la UCI, alterando con ello la necesidad de bienestar y confort con la limitación de la movilidad del paciente y se verifica cuando emerge la subcategoría:

Subcategoría: Estilo de cuidar la movilidad del paciente

Es necesario aclarar que los cuidados diarios realizados a los pacientes hospitalizados en la UCI serán realizados con sumo cuidado debido al estado de gravedad en el que se encuentran. Para ello es el personal de enfermería el encargado de dirigir los movimientos que se tengan que hacer al paciente, salvaguardando la integridad del

mismo; siendo realizado el baño en un trabajo en equipo junto al auxiliar de enfermería, situación que se observa en los siguientes discursos:

“...el cambio de posiciones cada 6 horas o dependiendo de lo que necesite, el uso de colchones anti escaras, los masajes que se le debe dar al paciente cada 4 horas”. (Girasol)

“... sobre los cambios posturales, si el paciente está estable lo movilizo 1 a 2 dos veces por la mañana o 1 a 2 veces por la tarde generalmente ... para valorar y ver como lo encontramos se moviliza con rodetes se le pone lateral derecho e izquierdo, en la tarde se hace lo mismo, pero si vemos que el paciente no tolera las movilizaciones, es decir cuando al paciente lo moviliza desatura, se desacopla del ventilador mecánico, tiene mal patrón respiratorio, se moviliza para darle masajes de masoterapia para desprendimiento de secreciones”. (Clavel)

“...en cuanto a los cambios posturales, tenemos que ver el estado hemodinámico la indicación que está permitido cambiando la posición cada 2 horas dándole masajitos; la ergometría en la paciente para evitar causar una ulcera en la orejita por mucha presión, en las rodillas que generalmente más se produce por las presiones prolongadas de las prominencias óseas”. (Rosa)

Los cambios posturales en el paciente facilitan la movilización de las secreciones bronquiales. Por ello, la adecuada movilización de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos es uno de los principales estándares de calidad además de uno de los mayores retos a los que el personal de enfermería se enfrenta. Asimismo, la gran cantidad de dispositivos que pueden llegar a tener estos pacientes hace difícil a veces la correcta movilización del enfermo crítico, por lo que una adecuada gestión de los cambios

posturales junto con una correcta movilización mejorará la estancia de nuestros pacientes.⁴⁶

Por lo tanto, podemos afirmar que los cambios posturales son importantísimos durante la atención al paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, con el objetivo de prevenir la aparición de úlceras por presión generando complicaciones, no obstante, se hace necesario establecer protocolos de atención de cuidados de enfermería, que permitan estandarizar los cuidados, logrando la calidad de atención, la cual actualmente tiende a enfocarse en un cuidado más humano,

Tal como se aprecia, es importante al momento de brindar bienestar y confort a los pacientes son los cambios posturales.

Los cambios posturales son las modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente postrado o en cama, con el objetivo de favorecer la circulación y evitar la aparición de úlceras por presión derivadas de la inmovilidad, ayudando al paciente a mantener una postura adecuada para favorecer su bienestar, todo ello en condiciones de seguridad y comodidad. Estos cambios posturales son necesarios en el cuidado que brindan los profesionales de enfermería, considerando que muchas veces los pacientes hospitalizados en UCI presentan tiempo de estancia prolongada, la posición semifowler del paciente a 30 – 45° y elevación de la cabecera disminuye la NAV, sobre todo en las 24 horas puesto que reduce la incidencia de aspiración de secreciones y de contenido gástrico.

CATEGORÍA III: ESTILO DE CUIDAR EL ASPECTO ESPIRITUAL AL PACIENTE Y FAMILIA

Los cuidados físicos y la ayuda a la satisfacción de las necesidades son importantes y así se constata en el presente estudio que la enfermera va más allá de los cuidados basados en las necesidades vitales y también el aspecto espiritual es importante, tal como se verifica en los siguientes discursos como parte de un cuidado integral abarcando a la familia y sobre todo cuidando de la espiritualidad del paciente como parte de un cuidado humanizado:

“... en el aspecto espiritual los pacientes entran entre la vida y la muerte, tratar de darle apoyo espiritual de forma que orientando a la familia que busque un sacerdote para que reciba los santos óleos o nosotros elevar una oración para que su alma descanse en paz. (Girasol).

“... de acuerdo a la religión que profesan, se les da facilidades para traer a su pastor, al sacerdote o que la misma familia le rece, se le brinda facilidades a su familia y no olvidar la parte espiritual, la parte humana ya que las familias cuando tiene un paciente hospitalizado en áreas críticas sufren un shock emocional inmenso especialmente los primeros días por lo que lo asocia con la muerte. (Azucena).

“... el apoyo espiritual primero hay que respetar su credo, su religión y sus creencias, son personas que sienten la necesidad del apoyo espiritual puede ser católico de un sacerdote o si es de otra religión también de sus pastores (Geranio).

“... primero tenemos que conversar con la familia, preguntar que religión tiene y si es católico se acude a la familia para que traiga al sacerdote para apoyo espiritual; y si es evangélico a su pastor”. (Margarita)

“... en el aspecto espiritual se trabaja con los familiares y se le pregunta de qué religión es, yo les permito que venga el sacerdote o el pastor”. (Clavel).

“... siempre oramos en conjunto al inicio y al final del turno, oramos le pedimos por los pacientes... yo personalmente estilo hablarles por su nombre..., de repente una caricia en la cabeza o en la mano, el estar sedado no quiere decir que no nos pueda escuchar”. (Dalia)

“... el aspecto espiritual forma una parte básica, que la enfermera no puede dejar de lado, yo le doy apoyo trayendo al sacerdote o pastor de acuerdo a su religión”. (Rosa)

“... como todos sabemos, son pacientes críticos, muchos de ellos con alta probabilidad de mortalidad y bueno le damos el apoyo espiritual, respetando su religión si es católico, evangelista o ateo, respetamos sus costumbres creencias y hacemos que pase ya sea el pastor o el sacerdote”. (Orquídea)

La enfermera, al cuidar y considerar la espiritualidad actúa, en el nivel trascendente, en ese plano eleva al hombre por encima de sí mismo a una relación de creencia y fe con un poder superior.⁷⁶ La espiritualidad nos permite des identificarnos de nosotros mismos, ser espectadores de cuanto nos sucede sin identificarnos con ello.⁴⁷

La enfermedad, el dolor y la muerte son realidades siempre presentes en nuestra vida, se hace necesario aprender a convivir con ellas y se les acepta como lo que son: un misterio imposible de comprender.⁴⁸

Es su cualidad de ser espiritual, trascendente y con vocación de eternidad lo que proporciona al hombre verdadera consistencia interior y gozosa esperanza. Una necesidad espiritual se define como la necesidad de mantener, aumentar o recuperar las creencias propias y cumplir las obligaciones religiosas que conllevan.⁴⁹

El cuidado espiritual, complementa el cuidado biológico y va más allá del plano religioso porque la persona sabe que su paso por esta tierra es temporal y la enfermera

cuida con esa visión para la otra VIDA sobre todo en los pacientes de UCI que son personas que se debaten entre la vida y la muerte.

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONSIDERACIONES FINALES

El presente estudio se ha realizado en un servicio de Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital del MINSA, se considera que, dadas las circunstancias y estado crítico del paciente, las enfermeras tienen algunos estilos de cuidar; así se pudo identificar de primera intención el **Estilo de cuidar previniendo complicaciones**, así al valorar los problemas y necesidades de inmediato permeabilizan vías aéreas, optan por la priorización de las medidas de bioseguridad. Cuidados de suma importancia para ayudar a estabilizar al paciente y sacarlo del momento crítico.

Otro estilo que surge fue Estilo de cuidar ayudando a la satisfacción de las necesidades donde se inicia con el Estilo de cuidar la higiene, el Estilo de cuidar la alimentación y el Estilo de cuidar la movilidad del paciente. Finalmente, emergió el estilo de cuidar el aspecto espiritual al paciente y familia.

Por lo mencionado se afirma que los estilos de cuidar de las enfermeras son variados debido al estado crítico del paciente; sin embargo, se observa que no solo procuran brindar un cuidado integral porque si bien inician con aspectos biológicos necesarios e indispensables en ese momento, luego terminan con el apoyo espiritual no solo al paciente sino a la familia lo cual indica que hay indicios de un cuidado humanizado donde la persona es valorada y cuidado en todas sus esferas con una visión de futuro en la otra VIDA después de la muerte.

5.2. RECOMENDACIONES

Finalmente, se recomienda a la Facultad de Enfermería que los resultados de este estudio sirvan de base para otros estudios y quizá con otras metodologías.

A las enfermeras del servicio de UCI, reflexionen sobre los resultados y procuren brindar un cuidado humanizado enfatizando la pandimensionalidad de los pacientes de la UCI evitando la fragmentación de la persona con cuidados parciales y aislados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miquel C., Picó P., Huertas C. y Pastor M. Cuidados de Enfermería en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica. Revisión Sistemática. Revista Elsevier [Documento en línea] 05 de septiembre del 2006 [Fecha de acceso: 01 de octubre del 2017] URL disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-resumen-cuidados-enfermeria-prevencion-neumonia-asociada-13093028>
2. Hospital Santa Rosa. Ministerio de Salud. Resolución Directoral N° 577-2014- SA-DS-HSR-OEPE/DG. Lima, 2014.
3. Chinchá O., Cornelio E., Valverde V. y Acevedo M. Infecciones intrahospitalarias asociadas a dispositivos invasivos en unidades de cuidados intensivos de un Hospital Nacional de Lima. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública vol.30 no.4 Lima oct./dic. 2013.
4. Núñez S., Pérez J., Trujillo A., Soto M. y otros. Cumplimiento de los Cuidados de Enfermería para la Prevención de la Neumonía asociada a la Ventilación Mecánica. Revista CONAMED, vol. 20, Suplemento 1 2015, págs. S7 - S15
5. Betancur Y., Coral D. y Salazar J. Intervenciones de Cuidado aplicadas por el personal de enfermería en la prevención de la Neumonía asociada a Ventilación Mecánica en pacientes de unidad de cuidado intensivo adulto. [Tesis]. Bogotá: Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana; 2011.
6. Elorza J., Ania N., Ägreda M., Del Barrio M., Margall M., Asian M. Valoración de los cuidados de enfermería en la prevención de la neumonía asociada a Ventilación mecánica. Rev. Enfermería Intensiva. Vol 22. Pág 22-30. España. 2011.

7. Raurell Torreda M. Impacto de los cuidados de enfermería en la incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica invasiva. *Rev. Enfermería Intensiva*. Vol 22. January – March. 2011. Pág. 31- 38. España.
8. Baez Figuerello R. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería sobre medidas de prevención de neumonía asociadas a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos de adultos del Instituto de Previsión Social. Asunción. Universidad Católica de Nuestra Señora de la Asunción. Instituto de investigación de Ciencias de la Salud. Vol 11 (número 1) 2013.
9. Yucra Espinal R. Cuidado de Enfermería en pacientes con neumonía adquiridos en la comunidad. Servicio de Medicina Hospital Regional PNP JPM. Arequipa 2017. *Revista UNSA Investiga*.
10. Silva Rafael Celestino, Ferreira Márcia de Assunção y Apostolidis Thémistoklis. Estilos de cuidar de las enfermeras en la Terapia Intensiva mediados por la tecnología. *Rev. Brasileña de Enfermería* [online]. 2014, vol.67, n.2, pp.252-260. ISSN 0034-7167.
11. Vega Morales Elsy Guadalupe. El cuidado de enfermería en pacientes con ventilación mecánica asistida. Trujillo (Perú): EPG/UNT, p. Tesis Doctorado en Ciencias de Enfermería-Universidad Nacional de Trujillo, Escuela de Postgrado. 2013.
12. Gredos. *Diccionario Crítico Etimológico: Castellano e hispánico*. Editorial Gredos. Madrid: España. 1992. p. 117.
13. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Capítulo I: Cuidado y práctica de Enfermería: nuevos avances conceptuales del grupo de cuidado. Bogotá: Unibiblos; 2002. pp.4-13.

14. Lagoueyte Gómez M. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2015; 47(2):209-213
15. Watson J. *Nursing: the Philosophy and Science of caring*. Boston: Little Brown and Company; 1979. p. 320.
16. Watson J. The theory of human caring: retrospective and prospective. *Nurs Sc Quart*. 1997; 10(1): 49-52.
17. Adam Evelyn. ¿Hacia dónde va la enfermería? Editorial Interamericana. México
18. Gonzales Rosa y otros. El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la salud. Pág. 6 URL: www.servicio.cid.uc.edu.ve/fcs_vol6N2/6-2-4.pdf xico
19. Boff Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano*. Petrópolis: Vozes; 1999. p. 33-35
20. Boff, Leonardo. *El cuidado esencial: Ética de lo humano, compasión por la Tierra*. Madrid: Editorial Trotta, 2002. pp. 24-25.
21. Erdmann Alacoque, Bettinelli Luiz. El ser humano y sus posibilidades de construcción desde el cuidado. *Aquichan*, Vol. 3, Núm. 1 .2003
22. Figueiredo N., Machado W., *Corpo y Saúde. Conductas clínicas de cuidar*. Águia Dourada Ltda. Río de janeiro, 2009.
23. Figueiredo Carvalho, Zuila Maria de, et al. El significado de cuidado para los enfermeros que cuidan de personas con lesión medular. *Cultura de los cuidados*. Año XII, n. 24 (2. semestre 2008). ISSN 1138-1728, pp. 107-113.
24. Herrera E. M., Alzate M. L. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Av. enferm.*, Volumen 26, Número 1, p. 112-123, 2008. ISSN electrónico 2346-0261. ISSN impreso 0121-4500.
25. Waldow V. *Cuidar Expresión Humanizadora de la Enfermería*. México: Editorial Nueva Palabra; 2008.

26. Polit D. y Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ª ed. México: McGraw Interamericana; 2000.
27. Ludke M. El estudio de caso: Su potencial en educación. Traducción de Lucía Aranda Moreno, Doctora en Enfermería P.P.T.C. UNPRG 1986.
28. Martínez Piedad. El método de estudio de caso. Estrategia Metodológica de la Investigación Científica. Artículo de la Revista Pensamiento & Gestión, 20. Universidad del Norte, 165-193, 2006. Disponible en <https://www.redalyc.org/html/646/64602005/>
29. Ludke M. y André M. El Estudio de Caso: Su potencial en educación. 1986. Traducción de Lucia Aranda. Doctora en Enfermería P.P.T.C-UNPRG. Lambayeque-Perú; 1986. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/408875334/El-Estudio-Del-Caso-1>
30. Oguisso T. Reflexiones sobre Ética y Enfermería en América Latina. Index Enferm. [Revista en línea]. Junio 2006; 15(52-53): 49-53. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100011&lng=es&nrm=iso.
31. Castillo E, Vásquez ML. El Rigor Metodológico en la Investigación Cualitativa. Colom Med. [Revista en línea]. 2003; 3(34): 164 - 167. URL disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No3/rigor.pdf>
32. Flores M. y Tesén R. Criterios de Rigor Científico. Biblioteca Virtual USAT. [Documento en línea]. 2007. URL disponible en: <http://www.usat.edu.pe/campusvirtual/INV/28/40176/investigacion1373.pdf>
33. Guba, EG y Lincoln, YS. (1981). Evaluación efectiva: mejora la utilidad de los resultados de la evaluación a través de enfoques sensibles y naturalistas. San Francisco: Jossey-Bass.

34. <https://www.portaleducativo.net/quinto-basico/14/Sistema-respiratorio-CANDIOTI>
35. Kozier B., Erb G., y Olivieri R. Enfermería Fundamental: Conceptos, Procesos y Práctica. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana de España 1993, 829-843.
36. Barriga G. y Castillo N. Seguridad en el Laboratorio. Revista Patología Clínica. México. 2004.
37. OMS. Manual técnico de referencia para la higiene de las manos. 2009. 32 pág.
38. http://www.upch.edu.pe/faest/images/stories/upcyd/sgc-sae/normas-sae/MANUAL_DE_BIOSEGURIDAD.pdf
39. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5456/Cruz_rm.pdf?sequence=3&isAllowed=y
40. <https://feelthebrain.me/tag/necesidades-fisiologicas-basicas/>
41. Instituto Nacional de Salud. Manual de bioseguridad en Laboratorios de ensayo, biomédicos y clínicos. 3ra edición. Lima, 2005, 108 pág.
42. Maslow A. Motivación y personalidad. Ediciones Díaz de Santos. S.A. Madrid. 1991, 436 pág.
43. <https://es.scribd.com/doc/314763641/Cuidados-de-Enfermeria-a-Las-Necesidades-de-Higiene-Del-Paciente>
44. <https://www.bbraun.es/es/productos-y-terapias/terapia-de-nutricion/pacientes-de-cuidados-intensivos.html>
45. Carpintero J.L. et al. Soporte nutricional enteral. En: Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Cap.5.8.
46. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/movilizacion-del-paciente-uci/>
47. Bernabé Tierno. Valores Humanos. Ed. Taller de Editores S.A. 1993. 137-145; 185-190.

48. Sandrin L., Brusco A. y Policante G. Comprender y ayudar al enfermo. Ed. Paulinas 1992. 159-163.
49. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Boston: Little Brown; 1979.

ANEXOS

APENDICE “A”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, abajo firmante, declaro que concuerdo participar de la investigación titulada “estilo de cuidar de los enfermeros en la prevención de neumonía a pacientes hospitalizados sometidos a ventilación mecánica. Servicio UCI Hospital del MINSA” Chiclayo, 20018; realizado por la licenciada Florencia Eugenia Giovanna Coyco Piscoya que tiene como objetivo principal de analizar y comprender de los estilos de cuidar de los enfermeros en la prevención de neumonía de pacientes hospitalizados sometidos a ventilación mecánica, en la unidad de cuidados intensivos de un Hospital del MINSA.

Declaro aún que fui informada respecto a los siguientes aspectos:

1. Mi participación será espontánea y que debo estar de acuerdo con la utilización de los datos de mi entrevista para los fines de investigación.
2. Las informaciones obtenidas serán fielmente relatadas por la investigadora.
3. Se podrán tomar fotos durante las entrevistas y demás, las mismas que podrán ser utilizadas como muestras del largo trabajo realizado por la investigadora.
4. Que, en cualquier momento podré desistir de participar en la investigación, no sufriendo ningún de tipo de sanción o prejuicios en consecuencia del acto de asistencia o por mis opiniones dadas.
5. Que la investigadora estará disponible para cualquier aclaración necesaria respecto al asunto abordado, durante la realización de la investigación.



APENDICE “B”

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO FACULTAD DE ENFERMERIA



GUIA DE ENTREVISTA –ABIERTA A PROFUNDIDAD

La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información sobre las formas o maneras en que cuida a las personas hospitalizadas sometidas a ventilación mecánica, los resultados se utilizan solo con fines de la investigación por lo que se le pide la mayor sinceridad ya que se guardará el anonimato.

I.DATOS GENERALES.

- ° Seudónimo:
- ° Edad:
- ° Condición Laboral: Nombrado () Contratado ()
- ° Tiempo que viene laborando:
- ° Fecha:

II.DATOS ESPECIFICOS.

Relate por favor las formas o maneras como atiendes a los pacientes hospitalizados sometidos a ventilación mecánica sobre todo para prevenir la neumonía.

Preguntas complementarias:

Acción de tipo espiritual.

Acciones durante la alimentación.

Acciones durante la aspiración de secreciones.

Y los cuidados físicos o posturales.