

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud**



**Eficacia del programa “Pacientes sin Neumonía Aspirativa” en el conocimiento, actitud y práctica de las medidas preventivas de neumonía aspirativa que tiene el personal de enfermería del Servicio de Hospitalización II Piso Torre B de la Clínica Good Hope, abril a junio 2015**

Tesis

Para obtener el grado académico de Magister en Enfermería con mención en Cuidados para la Salud del Adulto

**Por:**

Esther Lizet Carrascal Castro

**Asesor:**

Dr. Rodrigo Alfredo Matos Chamorro

Lima, abril de 2016

## DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo Dr. Rodrigo Alfredo Matos Chamorro, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“EFICACIA DEL PROGRAMA “PACIENTES SIN NEUMONÍA ASPIRATIVA” EN EL CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE NEUMONÍA ASPIRATIVA QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN II PISO TORRE B DE LA CLÍNICA GOOD HOPE, ABRIL A JUNIO 2015”** de la autora Licenciada Esther Lizet Carrascal Castro, tiene un índice de similitud de 18% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 26 días del mes de abril del año 2016



---

**Dr. Rodrigo Alfredo Matos Chamorro**



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS DE MAGÍSTER

En Lima, Naña, Villa Unión, a veintiseis días del mes de abril del año 2016, siendo las 9:00 a.m., se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor presidente del Jurado:

Dña. Emma Inés Aquino Salinas

el secretario: Dr. Guillermo Mamari Ayosa, y los

demás miembros: Dr. Rodrigo Alfredo Hato Balamero,

Mg. Rosa del Tuato Guerra y Mg. Roxsa Dalia Dávila Villanueva,

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de tesis de maestría titulada:

Ejercicio del programa "Cuidado sin Neumonía Respiratoria" en el diagnóstico, actitud y práctica de

los médicos generales de Atención Primaria que hacen el personal de enfermería del

Servicio de Hospitalización II Piso Torre B de la Clínica Good Hope, abril a junio 2015

Del(a) Bachiller/Licenciado(a): ESTHER LIZET CARRASCAL CASTRO

Conducente a la obtención del Grado Académico de Magíster en Enfermería

con mención en

Cuidados para la Salud del Adulto

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al candidato hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del Jurado a efectuar las preguntas, cuestionamientos y aclaraciones pertinentes, los cuales fueron absueltos por el candidato. Luego se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del Jurado.

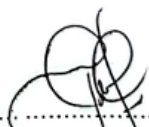
Posteriormente, el Jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:


APROBADA por UNANIMIDAD con el

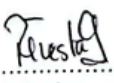
mérito académico adicional de

Finalmente, el Presidente del Jurado invitó al candidato a ponerse de pie, para recibir el resultado de la evaluación final. Además el Presidente del Jurado concluyó el acto académico de sustentación, procediéndose a registrar las firmas respectivas.

  
.....  
Presidente

  
.....  
Secretario

  
.....  
Asesor

  
.....  
Miembro

  
.....  
Miembro

  
.....  
Candidato

**Dedicatoria:**

Dedico este trabajo a mi abuelita quien me inculcó con amor el deseo de superación, a mi querida madre quien con su ejemplo me inspira cada día a seguir adelante y crecer profesionalmente.

A mis hermanos Sara y José quienes están siempre conmigo dándome todo su apoyo incondicional y Beverly Alicia a quien con mucho amor doy todo lo que tengo.

## **Agradecimiento**

A Dios por sus tantas bendiciones y quien me sostiene cada día dándome fuerzas para ser perseverante.

A la Universidad Peruana Unión por darme la oportunidad de alcanzar una meta en mi vida.

Al Dr. Alfredo Matos por la asesoría brindada, por su gran apoyo y estímulo constante que me permitió perseverar hasta culminar con éxito el presente trabajo de investigación.

A la escuela de Post Grado Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión representada por la Dra. Flor Contreras quien me alentó y motivó en la culminación del presente trabajo de investigación.

A mí querida familia por la comprensión y apoyo incondicional durante el desarrollo de la tesis.

A mi amiga y compañera de trabajo Sully por acompañarme y brindarme su apoyo durante el desarrollo de la tesis.

## Índice

Índice .....	vi
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
Introducción .....	13
Capítulo I.....	15
Planteamiento del problema .....	15
Identificación del problema.....	15
Formulación del problema .....	19
Justificación .....	20
Relevancia metodológica.....	20
Relevancia práctica y social.....	20
Objetivos.....	21
Objetivo general .....	21
Objetivos específicos .....	21
Capítulo II.....	22
Desarrollo de las perspectivas teóricas .....	22
Antecedentes.....	22
Marco teórico.....	27
Neumonía aspirativa .....	27
Neumonía Intrahospitalaria.....	28
Por el agente causal. ....	29
Técnica educativa .....	37
Bases teóricas .....	49
Definición conceptual de términos.....	51

Capítulo III.....	53
Metodología .....	53
Descripción del área geográfica de estudio.....	53
Población y Muestra .....	53
Criterios de inclusión y exclusión.....	53
Tipo y diseño de estudio.....	53
Hipótesis de la Investigación.....	54
Hipótesis General. ....	54
Hipótesis Específicas.....	54
Variables.....	55
Operacionalización de las variables .....	56
Operacionalización de las variables .....	57
Instrumentos de Recolección de Datos. ....	61
Proceso de recolección de datos.....	62
Procesamiento de Datos.....	62
Consideraciones éticas.....	63
Capítulo III.....	64
Resultados y discusión .....	64
resultados .....	64
Discusión .....	66
Capítulo IV .....	70
Conclusiones, limitaciones y recomendaciones .....	70
Conclusiones.....	70
Limitaciones.....	70
Recomendaciones.....	71

Referencias bibliográficas.....	72
Apéndice.....	78

**Índice de apéndice**

Apéndice A: Instrumento de recolección de datos.....	79
Apéndice B: programa educativo.....	90
Apéndice C: Análisis estadísticos adicionales del estudio.....	94

### Índice de tablas

<b>Tabla 1:</b> Características Socio – Demográfica y laborales del personal de enfermería del servicio de Hospitalización II.....	64
<b>Tabla 2</b> Comparación de las puntuaciones obtenidas en el pre test y pos test para el conocimiento, actitud y práctica de los profesionales de enfermería en cuanto a las medidas preventivas de neumonía aspirativa en el Servicio de Hospitalización II .....	66
<b>Tabla 3</b> Resultados de la prueba de normalidad (Shapiro – Wilk) para los resultados de antes y después de la aplicación del programa PASNA en conocimientos, actitudes y prácticas para el personal participante.....	94
<b>Tabla 4</b> Relación entre Conocimiento, Actitudes y Prácticas en el Pre Test.....	95
<b>Tabla 5</b> Relación entre Conocimiento, Actitudes y Prácticas en el Post Test.....	95

## Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la eficacia del programa “pacientes sin neumonía aspirativa” (PASNA) en los conocimientos, actitudes y prácticas de las medidas preventivas del personal de enfermería del servicio de hospitalización II piso B de la clínica Good Hope. Es un estudio de tipo longitudinal prospectivo, el diseño de tipo preexperimental con grupos de las mismas características. Para el estudio se consideró a la población (40 personas) entre enfermeras asistenciales y técnicos de enfermería. Los resultados obtenidos indican que el programa de intervención fue efectivo a un nivel de confianza al 95%. Se observa para el post test un incremento general de 43.36% en el valor de la media y la dispersión disminuye en 2.7% haciéndose más homogéneo en general. Para conocimientos post la dispersión se redujo en 23.96%, lo mismo que para actitud post que se redujo en 49.83%, sin embargo, para prácticas post el comportamiento varía, la dispersión se encuentra en 25.69% hallándose poca reducción en la dispersión, este resultado muestra que el proceso de la práctica es de reacción lenta. El programa PASNA fue eficaz para conocimiento, actitudes y prácticas, y que las practicas requieren de mayor tiempo para obtener el cambio total.

### **Abstract**

The research's focus was to determine the effectiveness of the "Patients Without Aspiration Pneumonia Program" (PASNA) on knowledge, attitudes and practices of preventive procedures of nursing personnel on the hospitalization service at Good Hope Clinic, second Floor B. It is a longitudinal study of prospecting type, the design of experimental type with groups of same characteristics. The population consists of 40 people. Assistant nurses and technical nurses took part as the entire population in the program. The results indicate that the intervention program was effective to a confidence level of 95%. It is observed for the post-test an overall increase of 43.36% in the mean value and a dispersion decreases of 2.7% in general become more homogenous. For post-knowledge dispersion, it fell by 23.96%, the same as for post-attitudes by 49.83%. However, for the post-practice behavior, the dispersion is 25.69%, finding less reduction. This result shows that the practical process is of slow reaction. This conclude that the program "PASNA" is effective for knowledge, attitudes and practices, but practices require more time for total change.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) reportó que las infecciones del tracto respiratorio inferior ocasionan la muerte de 4,3 millones de niños y adultos mayores en el mundo, representando el 30% del total de defunciones anuales. El virus A (H1N1) que ha circulado desde los años 2010, 2011 y 2012, constituye una de las razones más resaltantes de morbilidad y mortalidad. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, Enero 2013) la presencia de la influenza tanto en Estados Unidos como Canadá, sigue siendo elevada a lo largo de la segunda y tercera semana epidemiológica (SE) del 2013. En ambos países las personas mayores de 65 años son las de mayor afectación. Las muertes por neumonía e influenza superaron el límite epidémico de 7,3% a partir de la SE1 y durante la SE3, el porcentaje de fallecidos correspondiente a neumonía por influenza fue del 9,8%. En relación con las hospitalizaciones por influenza, los más afectados fueron los adultos mayores de 65 años, seguidos por los niños de 0 a 4 años.

En México, la actividad de Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) aumentó en comparación con la semana anterior. Se registraron las tasas más elevadas en Aguascalientes, Sinaloa y Campeche; sin embargo, se detectaron las tasas más elevadas de neumonía en Tabasco, Nuevo León y Baja California Sur. En el transcurso del mismo periodo se registraron 713 defunciones relacionados con influenza; de ellos, 91.2% estuvieron asociados con influenza A H1N1 (Actualidades del Mundo, 2014).

En el Perú, entre la semana 1 –15 del año 2013, se han procesado el mismo valor que el año anterior 17,3 %, de los cuales solo el 27,7% fueron positivos a virus A H1N1, lo que indica que ha circulado menos virus de influenza durante el año 2013. La proporción de virus de influenza circulante es por el predominio de influenza A (H3N2), seguido de influenza B. La Oficina de Estadística y Epidemiología del ministerio de salud (2013),

informa que se documentaron 1'376,551 cuadros de insuficiencia respiratoria aguda y 16,782 cuadros de neumonía en todo el país.

Se reconocen tres clases de gripe estacional: A, B y C. Los virus gripales de clase A se dividen en subcategorías, según la conjugación de dos proteínas de la cara superior del virus (H y N). Entre las subcategorías de virus A, actualmente, circulan en el individuo virus de las subcategorías A (H1N1) y A (H3N2). Los virus de influenza B no se clasifican en subcategorías, sin embargo, se pueden clasificar en líneas y cepas. Los virus de influenza B que se desplazan en la actualidad son de una de las dos líneas: B/Yamagata y B/Victoria. Los virus de influenza A y B son los causantes de epidemias de la enfermedad en los Estados Unidos y América Latina. Las infecciones por virus de influenza tipo C causan enfermedades respiratorias leves y no se cree que puedan causar epidemias (OMS 2014).

La neumonía intrahospitalaria no es el tipo de infección más frecuente en muchos países, pero sí la que presenta mayor mortalidad, prolonga la estadía del paciente, aumenta costos de atención y es responsable del fallecimiento de pacientes por causas diferentes a las de su ingreso (Suarez, Serra & O'Farril, 2013). La frecuencia de neumonía adquirida en el hospital presenta variaciones entre diferentes autores del 0,5 a 40% entre las infecciones hospitalarias, según el país, del desarrollo socioeconómico, recursos con los que cuentan, calidad de servicios prestados y la situación epidemiológica local. Los investigadores sugieren que esta infección es la más frecuente en los pacientes ingresados en las unidades de terapia intensiva, con una incidencia que puede llegar al 60% (Suarez, Serra & O'Farril, 2013).

La estadística de morbilidad anual de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la clínica Good Hope muestra la incidencia de ingresos con diagnóstico de neumonía aspirativa durante el año 2012 y 2013, proceden de los servicios de emergencia, hospitalización 2° piso B y sólo algunos casos de sala de operaciones, mientras que para el servicio de hospitalización 2° piso B, los reportes indican que la neumonía está entre las 10 primeras causas de morbilidad mensual y dentro de las infecciones intrahospitalarias más frecuentes ocupando en su mayoría la segunda y tercera causa (UCI, Hospitalización 2° piso B, 2013).

El presente estudio se considera de importancia por su gran aporte al cambio

conductual del personal, respecto a las atenciones de enfermería, porque toda modificación positiva en la actitud del personal conlleva a una serie de beneficios para la institución y los pacientes. El desarrollo del estudio es la fundamentación del análisis de los factores que el paciente presenta, tales como: necesidad de intubación orotraqueal, cambios del nivel de conciencia, dificultades para deglutir, reflejos laríngeos disminuidos y vaciamiento gástrico lento, entre ellos pacientes que reciben alimentación por sonda nasogástrica, pacientes con presencia de secreciones bronquiales imposibles de eliminarlos por si mismos teniendo la necesidad de ser ayudados mediante aspiración de secreciones, la movilización en cama del paciente postrado y por último pacientes con sedación o en coma. Se realizó el estudio tipo pre-experimental, en el servicio de hospitalización 2° piso B, el cual cuenta con personal profesional y técnico de enfermería joven. Se diseñó y aplicó un programa denominado “pacientes sin neumonía aspirativa” (PASNA) cuyo objetivo fue Determinar la eficacia del programa “PASNA” en los conocimientos, actitudes y prácticas de las medidas preventivas del personal de enfermería; el presente estudio permitió establecer un adecuado uso por el personal, así como también medir el nivel de conocimiento y reforzarlo, la aplicación de las medidas preventivas en la actuación diaria y la actitud del personal de enfermería frente la aplicación de las medidas preventivas en los pacientes del servicio. Los resultados indican que “el programa PASNA” fue eficaz para conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería.

## **Capítulo I**

### **Planteamiento del problema**

#### **Identificación del problema**

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013) la circulación del virus de influenza en Estados Unidos y Canadá permanece elevada entre la segunda y tercera semana epidemiológica (SE) del 2013. Las visitas médicas por síntomas de Influenza (ETI) en los dos países se encuentran en niveles superiores de lo esperado para esta temporada, puede

deberse a la presencia de otros virus respiratorios. En ambos países el grupo etario más afectado ha sido el de personas mayores de 65 años. La tasa de mortalidad por neumonía e influenza superó el nivel epidémico de 7,3% entre la semana uno y la semana tres las defunciones por neumonía e influenza tuvo un porcentaje de 9,8%. Respecto a internamientos hospitalarios en relación con influenza, los adultos mayores de 65 años han sido los más afectados, seguidamente los niños de 0 a 4 años de edad.

En Sudamérica y en los países Andinos la circulación del virus de influenza permanece en niveles bajos, no obstante, se ha registrado movimiento activo del virus influenza en países como Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú (Actualidades del Mundo, 2014). Para Argentina estas patologías tienen una actividad mayormente estacional, enfocándose durante los meses de frío, por consecuencia es este el principal motivo de consulta médica y hospitalización, posicionándose como uno de los dilemas de salud pública con mayor incidencia en la población, debido a que la enfermedad respiratoria aguda está dentro de las 5 primeras causas de muerte. Entre las personas de 20 y 64 años, consideradas en edad económicamente activa, estas enfermedades del sistema respiratorio se sitúan como la cuarta causa de muerte, predominando en el sexo masculino, en importancia les siguen los tumores o cáncer, problemas cardiovasculares y causas externas. La neumonía es considerada la enfermedad respiratoria más letal, culpable de un tercio de las muertes relacionadas a este grupo de enfermedades en todas las edades. (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2011).

En el Plan Operativo anual de la Dirección de Salud V Lima del Ministerio de Salud (2012) se reporta que la neumonía no específica es la segunda causa de morbilidad general con 12,5%, pero la neumonía no específica, como causa de muerte en adultos mayores de 65 ocupa el segundo lugar con 16,7% y la insuficiencia respiratoria aguda la tercera causa de muerte hospitalaria con 9,3% (Ver Apéndice).

La neumonía intrahospitalaria no es el tipo de infección más frecuente en muchos países, pero sí presenta mayor mortalidad, además constituye un problema de salud porque

prolonga la estadía del paciente, aumenta los costos de atención y es responsable del fallecimiento de pacientes por causas diferentes a las que motivó su ingreso (Suarez, Serra & O'Farril, 2013). Para Cuba, la influenza se clasifica como la primera infección presente en unidades de cuidados intensivos, es la segunda en Estados Unidos, y para España y México el tercer lugar. Simboliza un continuo reto en virtud de la modificación actual en la epidemiología de hospitalización, a la oposición incrementada de los gérmenes a los antimicrobianos, a su elevada mortandad y costos que involucra su manejo. La frecuencia de neumonía intrahospitalaria cambia según diversos autores del 0,5 a 40% dentro de las infecciones hospitalarias, según sea el país, nivel socioeconómico, recursos con los que cuentan, tipo de servicios prestados y la epidemiología local. Los investigadores proponen que esta infección es la más popular entre los pacientes ingresados a las unidades de cuidado intensivo, con una frecuencia que puede alcanzar el 60%. En esto colaboran, mayormente, maniobras y actos diagnósticos y terapéuticos, la ventilación mecánica, el ambiente local, la gravedad y tipo de afección de los ingresados, sus factores de riesgo y la violación de normas higiénico-epidemiológicas (Suarez et al., 2013).

En el ámbito hospitalario, la neumonía se sitúa como la segunda complicación infecciosa y es la principal causa de ingreso a los servicios de medicina intensiva, ocupando hasta hoy el primer lugar en los servicios de medicina intensiva. Se ha observado que el 80% de los episodios de neumonía se dan en pacientes que presentan vía aérea artificial y se le conoce como neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV). La NAV es la mayor causa de muerte entre infecciones intrahospitalarias en las UCI, especialmente si se presentan por *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus* resistentes a metilina, también, aumenta los días de uso de ventilación mecánica y la permanencia en UCI y hospitalización. A pesar de las pruebas disponibles, el diagnóstico de una NAV sigue siendo clínico (Díaz et al., 2010).

Para King (2010) la neumonía por aspiración en pacientes anestesiados puede producirse como consecuencia por inhalar material infectado o por infección bacteriana

secundaria posterior a una neumonitis química. Se manifiesta con los síntomas clásicos de la neumonía, tales como taquicardia, taquipnea, tos y fiebre, y se evidencia en la radiografía de tórax mediante consolidación segmentaria o lobar con mayor frecuencia en el pulmón medio derecho. La evolución de la enfermedad se asemeja a la neumonía adquirida en la comunidad, sin embargo, presenta una tasa mayor de complicaciones, siendo frecuentes la cavitación y la formación de abscesos pulmonares. Por ello, es fundamental verificar la recuperación completa de los reflejos protectores de la vía aérea antes de proceder a la extubación.

Con todo lo mencionado, para evitar favorecer la broncoaspiración en pacientes, se consideraron tres grandes dimensiones: Asistencia a pacientes con disminución del sensorio y sedación; Cambios posturales y movilización de pacientes; Vigilancia de la nutrición enteral. De las cuales salen las siguientes medidas preventivas: Prevención de la broncoaspiración durante la alimentación por boca, Prevención de la broncoaspiración durante la alimentación por sonda, Prevención de la aspiración de secreciones bronquiales contaminadas, Prevención de la broncoaspiración durante la movilización del paciente, Prevención de la broncoaspiración durante la sedación y el coma (Metheny, 2007).

En este sentido, las estadísticas de morbilidad anual de la unidad de cuidados intensivos de la clínica Good Hope muestra la incidencia de ingresos a la unidad con el diagnóstico de neumonía aspirativa durante el año 2012, proceden de los servicios de emergencia, hospitalización 2° piso y sólo algunos casos de sala de operaciones, los meses de febrero y agosto fueron los de mayor incidencia en el año 2010, presentándose 5 casos en el mes de febrero con una tasa de 15,1% y 4 casos en agosto con una tasa de 11,1% procedentes de los servicios de hospitalización 2° piso, Emergencia y solo 2 de todos los casos presentados fueron de Sala de Operaciones. Se presentaron también 3 casos de neumonía aspirativa en la unidad de cuidados intensivos uno en el mes de febrero, otro en abril y en agosto. La neumonía aspirativa fue la segunda causa de mortalidad para el mes de abril y junio del 2011. Para el año 2012 el mes de enero fue el de mayor incidencia con 5 casos, 2

procedentes de emergencia, 2 de hospitalización 2° piso y 1 de sala de operaciones; mayo, junio, octubre y noviembre solo tuvieron un caso y en diciembre 3 procedentes de emergencia. En cambio para el servicio de hospitalización 2° piso de la clínica Good Hope, se registran los siguientes datos: la neumonía está presente dentro de las 10 primeras causas de morbilidad mensual y dentro de las infecciones intrahospitalarias más frecuentes ocupando en su mayoría la segunda y tercera causa (Estadísticas UCI, 2015).

Para el presente estudio se desarrollaron las variables: Conocimiento de las medidas preventivas; corresponde a la suma de datos disponibles, experiencia aplicados a la realidad, el conocimiento es indispensable para aplicar el método científico. Actitudes de las medidas preventivas; proceso que lleva a la ejecución de un comportamiento o al cumplimiento de un objetivo, realización de una intención o propósito, la disposición está orientada por acciones constantes de una persona. Prácticas de las medidas preventivas; que es el conjunto de acciones pensadas y realizadas por el individuo y se refiere a hechos no a intenciones.

Por todo lo mencionado anteriormente y sin muchos antecedentes que precedan al estudio de neumonía por aspiración se evidencia la necesidad de desarrollar un estudio de tipo pre - experimental, en el servicio de hospitalización II piso B puesto que es un servicio docente, cuenta con personal muy joven e inexperimentado en el manejo de pacientes mayores y/o postrados con necesidad de atención personalizada y minuciosa en su cuidado, pudiéndose observar que afianzar el conocimiento es indispensable, así como las actitudes y las prácticas de enfermería podrían ser mejores con mayor entrenamiento. El presente estudio está basado en la creación y aplicación del programa “pacientes sin neumonía aspirativa” que permita establecer un adecuado uso de medidas preventivas con el fin de medir el nivel de conocimientos y la aplicación de las medidas preventivas, así como la actitud que adopta el personal de enfermería ante la aplicación de las mismas en el servicio de hospitalización II piso B de la Clínica Good Hope.

### **Formulación del problema**

¿Cuál es la efectividad del programa “Pacientes sin neumonía aspirativa” en los conocimientos, actitudes y prácticas de las medidas preventivas del personal de enfermería del servicio de hospitalización II piso B de la clínica Good Hope – 2015?

### **Justificación**

Permitirá la sistematización de información respecto a medidas preventivas de neumonía aspirativa mediante el desarrollo de un programa, para mejorar la práctica de las enfermeras y generar nuevas ideas de investigación relacionadas con la salud de la población adulta.

### ***Relevancia metodológica***

El instrumento de medición implementado servirá como aporte para futuros estudios en poblaciones de características similares que contribuirán en el avance de conocimientos, servirá como guía y/o motivación para posibles investigadores que quieran abordar el tema y deseen continuar el estudio desde diferentes perspectivas.

### ***Relevancia práctica y social.***

Beneficiará a las enfermeras promoviendo la práctica adecuada en la atención de pacientes contribuyendo en la mejora del cumplimiento de las estrategias de prevención y minimizar la frecuencia de nuevos casos de neumonía aspirativa, así mismo, puede tener un efecto multiplicador para los otros enfermeros de la clínica Good Hope.

Afianzará los conocimientos y ayudará en la mejora de la atención en la práctica hospitalaria disminuyendo el riesgo de complicaciones donde el más beneficiado será el paciente hospitalizado del servicio de Hospitalización II Piso B de la clínica Good Hope.

Favorecerá al personal de enfermería quien tendrá como valor agregado una atención de calidad, lo cual trae consigo satisfacción laboral y profesional.

De la misma manera, se beneficiará la institución al disminuir o erradicar los índices de complicaciones en los pacientes hospitalizados elevando el prestigio institucional de la clínica Good Hope.

## **Objetivos**

### ***Objetivo general***

Determinar la eficacia del programa “Pacientes sin neumonía aspirativa” en el conocimiento, actitud y práctica de las medidas preventivas que tiene el personal de enfermería del servicio de hospitalización II piso B de la clínica Good Hope, 2015.

### ***Objetivos específicos***

Determinar la efectividad del programa “PASNA” en el nivel de conocimiento de las medidas preventivas del personal de enfermería del servicio de hospitalización II piso B de la Clínica Good Hope.

Determinar la efectividad del programa “PASNA” en la actitud sobre las medidas preventivas del personal de enfermería del servicio de hospitalización II piso B de la Clínica Good Hope.

Determinar la efectividad del programa “PASNA” en la práctica de las medidas preventivas del personal de enfermería del servicio de hospitalización II piso B de la Clínica Good Hope.

## Capítulo II

### Desarrollo de las perspectivas teóricas

#### Antecedentes

Martínez et al. (2003) realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar los costos directos atribuibles a las neumonías intrahospitalarias (NIH), el estudio fue de cohorte retrospectiva de pacientes con NIH pareándolos uno a uno con pacientes sin NIH. La muestra fue de 20 parejas de pacientes con NIH y sin ella emparejados por edad, sexo, diagnóstico al ingreso pertenecientes al servicio de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Perú, los resultados encontrados fueron que la media de la estancia en UCI fue de 11 días frente a 6 días en pacientes con NIH y sin ella de forma respectiva, con 23 días extra aplicables a NIH. Se determinó que los pacientes que desarrollaron NIH presentaron una hospitalización más prolongada y de mayor costo comparado con aquellos que no la adquirieron, los rubros de mayor impacto económico correspondieron a antibióticos, la estancia hospitalaria y el consumo de oxígeno, otros gastos relevantes incluyeron estudios radiográficos, cultivos microbiológicos y análisis de gases arteriales.

Dávalos et al. (2003) en un estudio cuyo propósito fue identificar los factores asociados al desarrollo de neumonía vinculada a ventilación mecánica en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. Estudio descriptivo y prospectivo realizado en el Hospital Gineco-obstétrico Docente Eusebio Hernández, Colombia. Los resultados demuestran que los factores de riesgo fueron más de 5 días en ventilación, número de reintubaciones, uso de catéteres intravasculares; los gérmenes más frecuentes aislados fueron el Estafilococo coagulasa negativo, Estafilococo aureus. La conclusión del estudio fue con la letalidad del 13%.

Fernández y Martínez (2006) en su estudio cuyo objetivo fue identificar evidencias y recomendaciones sobre la higiene bucal en pacientes intubados en la UCI en el Hospital Providencia, Chile, conocer los distintos procedimientos de higiene oral en pacientes intubados

adultos en relación con el antiséptico oral utilizado, frecuencia del cuidado y complicaciones (neumonía asociada a ventilación mecánica). En la búsqueda realizada, no se encontraron registros sistémicos sobre el cuidado de la cavidad oral en pacientes intubados, de todos los artículos localizados (31) correspondieron a ensayos clínicos los cuales fueron analizados por separado de los estudios descriptivos. Entre los estudios de tipo experimental los cuales comparaban intervenciones en diferentes grupos, se eligieron los que reportaban la cantidad de Neumonías relacionadas a ventilación mecánica. Se concluyó que el antiséptico oral no se recomienda como rutina, más el enjuague con gluconato de clorhexidina al 0,12 % en pacientes sometidos a cirugía cardíaca es efectivo. La regularidad de los cuidados bucales impacta en la salud de la cavidad oral. Los resultados más efectivos se alcanzan cuando se implementan acciones combinadas dentro de programas específicos de higiene oral, con personal capacitado.

Rodríguez (2006) en su estudio cuyo objetivo fue investigar la eficacia de la alimentación intermitente a través de sonda nasogástrica como mecanismo de prevención de la neumonía por aspiración en pacientes críticos con ventilación asistida. El estudio de diseño aleatorizado y controlado, en el que se aplicaron 2 esquemas diferentes de alimentación. Ubicación: 2 unidades de terapia intensiva de un centro médico no especificado, España. Se incluyeron en total 107 participantes, de los cuales 76,6% eran de sexo masculino y el 23,4% femenino. Un 56,1% mayores de 75 años. Desde agosto del 2002 a julio del 2003, los participantes de este estudio fueron asignados aleatoriamente al grupo que recibía alimentación continua mediante la sonda nasogástrica (51 pacientes) o al grupo que recibía alimentación de forma intermitente (56 pacientes), Resultados iniciales indican que al día siete del estudio, los pacientes que recibieron alimentación intermitente por sonda nasogástrica alcanzaron un volumen inspiratorio superior ( $p=0,000$ ), además, a los 21 días de seguimiento este grupo también presentó un mayor porcentaje de extubación exitosa ( $p=0,002$ ) y un riesgo reducido de neumonía por aspiración, frente a aquellos que recibieron alimentación continua.

Del mismo modo, se evidenció que los pacientes que recibieron dosis altas de dopamina presentaban 2,95 veces mayor riesgo de desarrollar neumonía por aspiración en comparación con aquellos que recibieron dosis bajas, no fueron halladas disparidad significativa entre ambos grupos respecto a la duración promedio de la estancia en UCI. El estudio concluye que la alimentación intermitente por sonda nasogástrica resulta la más eficaz para evitar broncoaspiraciones asociadas a neumonía. Tales resultados deben tenerse en cuenta al seleccionar el tipo de alimentación en pacientes críticos dentro de las unidades de cuidados intensivos.

Rubio et al. (2007) realizó un estudio cuyo objetivo fue identificar algunas características clínicas y epidemiológicas de la morbilidad por bronconeumonía extrahospitalaria en el anciano, estudio descriptivo de corte transversal, siendo el universo de estudio todos los pacientes con 60 años o más y que padecieron en el 2006 la enfermedad y eran residentes en grupo básico de trabajo B del policlínico docente Héroes de Girón, Chile. Los resultados muestran que la incidencia fue de 40,2 casos por cada mil habitantes en el grupo de edad estudiado, la mayoría de los ancianos afectados eran predominantemente mujeres de 60 a 69 años, muchas de las cuales presentaban patologías predisponentes, entre ellas la diabetes. Se determinó que los pacientes con bronconeumonía con evolución desfavorable presentaban antecedentes de diabetes mellitus, EPOC, hábito de fumar y postración, observándose una mayor frecuencia de la enfermedad en los meses de invierno. Se sugiere investigar más detalladamente las variables que influyen en la salud de los adultos mayores.

Carrascal (2007), desarrolló un estudio con el objetivo de determinar la relación entre el manejo de la vía aérea artificial y la frecuencia de complicaciones respiratorias en pacientes de UCI, clínica Good Hope, Lima; el estudio fue descriptivo correlacional y se empleó una guía de observación aplicado a los pacientes en ventilación mecánica y a las enfermeras que los atendieron en UCI; los resultados fueron de 30 personas observadas, que estuvieron en ventilación mecánica, el 30% tuvo un manejo aceptable y sin complicaciones y otro 30% tuvo

un cumplimiento pleno en el manejo de la vía aérea. Las conclusiones fueron que en la UCI el personal de enfermería tiene un manejo aceptable de vías aéreas.

Carbajal et al. (2010) Realizó un estudio con el objetivo de evaluar el efecto de la clorhexidina sobre la prevención de la neumonía asociada a ventilación, Madrid, España; el cual realizó una revisión sistémica de ensayos clínicos controlados que evalúan el efecto de la clorhexidina sobre la prevención de NAV, realizaron una búsqueda de artículos indexados un revisor independiente evaluó los estudios según los criterios de inclusión y extrajo los datos. Los resultados mostraron 120 artículos, de los cuales 10 cumplieron las normas de inclusión, Se evidenció variabilidad en la aplicación del tratamiento con clorhexidina; el uso de clorhexidina redujo el riesgo de NAV frente al grupo control en el grupo clorhexidina comparado con el grupo control con intervalo de confianza del 95%, aunque no se observaron diferencias en mortalidad, duración de la ventilación mecánica ni días de hospitalización. Los autores determinaron que la higiene bucal con clorhexidina junto con otras medidas preventivas de NAV debiera formar parte del cuidado integral de los pacientes en UCI.

Jiménez y Chavarriaga (2011), en un estudio cuyo objetivo fue identificar pacientes en riesgo de cursar con neumonía aspirativa secundaria a trastornos de deglución y comorbilidades asociadas y difundir la utilidad del estudio funcional dinámico de deglución para la evaluación de esos pacientes. El estudio fue de diseño observacional y descriptivo, donde se intervino a los diagnósticos de neumonitis por aspiración alimenticia y disfagia, a través de la exploración de historias clínicas del hospital San Ignacio, Colombia, entre 2005 y 2008, se encontró que el 90,5% de los pacientes con posibles alteraciones en la deglución no recibieron evaluación adecuada, se concluye que, en pacientes con factores de riesgo se debe implementar el estudio funcional dinámico de la deglución cuando se sospeche de aspiración silenciosa. Este método constituye una alternativa válida, con beneficios respecto a la cinedeglución y debería considerarse como un complemento al estudio radiológico en estos pacientes.

Báez y Samudio (2013) en su estudio cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas relacionado con medidas preventivas de neumonías vinculadas a ventilación mecánica en los enfermeros del Instituto de Prevención Social, España, las características que se analizaron fueron el grado de conocimiento en el manejo de pacientes con ventilación mecánica, estrategias de desinfección de materiales de intubación, postura del paciente; las características actitudinales que se analizaron fueron la relevancia en el cumplimiento así como la realización explícita de los protocolos. Los hallazgos indicaron que ningún participante tenía conocimiento total de las medidas preventivas de NAV; aunque se evidenció un déficit en el nivel de conocimiento completo, la actitud de los profesionales fue positiva y los resultados en la práctica reflejaron la necesidad de mejorar el conocimiento sobre las medidas preventivas, recomendando la implementación de estrategias de educación continua para los profesionales de enfermería.

Plinio et al. (2008) en su estudio tuvo como objetivo evaluar el grado de conocimientos, actitudes y prácticas en bioseguridad de los profesionales de salud de las unidades de cuidados intensivos de dos hospitales de Lima-Perú; se encontró que el 63.3% tenía un buen conocimiento, el 95% mostraba actitudes positivas y el 47.5% aplicaba buenas prácticas, no se registró profesionales con nivel bajo de prácticas. Se observó que el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas es superior al registrado en la literatura nacional, aunque persisten ciertas deficiencias que deben abordarse mediante programas de capacitación en normas de bioseguridad, para disminuir la incidencia de infecciones dentro de las UCI.

Mayorca (2010) en su estudio el objetivo fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que sobre las medidas de bioseguridad en la canalización de vía venosa periférica que realizan las internas de enfermería de la UNMS, Lima Perú. Los hallazgos mostraron que el grado de conocimiento de los internos de enfermería en cuanto a medidas de bioseguridad para el protocolo de canalización de vía venosa periférica fue de dominio medio, predomina una actitud indiferente y desfavorable en los internos de enfermería respecto a la aplicación de

las medidas de bioseguridad, sin embargo, sus prácticas son en su mayoría adecuadas. Se concluyó que los internos de enfermería poseen nivel adecuado de conocimientos, no obstante, sus actitudes no resultan favorables, aunque llevan a cabo prácticas correctas de bioseguridad.

## **Marco teórico**

### ***Neumonía aspirativa***

La neumonía se trata de una patología infecciosa e inflamatoria pulmonar, los tejidos se enrojecen, hinchan y es doloroso. Es grave, si no se detecta a tiempo, especialmente, en personas de edad avanzada, además, es causada por diferentes agentes patógenos que acceden al tracto respiratorio inferior por aspiración o siembra de la mucosa oro faríngea (Harrison, 2008; Burgos de Pablo, 1986; Figueras, 2006).

Se observa en la neumonía aspirativa (NA) pruebas radiológicas de infiltrados parenquimatosos en distintos segmentos pulmonares, como resultado de la aspiración de secreciones contaminadas con microorganismos infecciosos provenientes de la zona orofaríngea o gastroesofágica en dirección al árbol traqueobronquial. Se presenta en adultos mayores, en pacientes con alteraciones neurodegenerativas, y en aquellos que padecen disfagia orofaríngea y alteraciones gastroesofágicas (Carrillo, L., Muñoz & Carrillo, P., 2013).

Para Buckley et al. (2008) hay dos tipos de neumonía:

#### **Neumonía Extrahospitalaria.**

También denominada neumonía adquirida en la comunidad es un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar causado por microorganismos infecciosos que afecta a personas sin hospitalización reciente. Se produce por la inhalación o aspiración de agentes patógenos, principalmente bacterias incluidos anaerobios, virus y hongos entre los que destacan *S. aureus* o *K. pneumoniae*. La acumulación de exudado inflamatorio en los alveolos genera áreas pulmonares profundidas, pero no ventiladas, que conlleva a la alteración del intercambio gaseoso y propician el desarrollo de hipoxemia. Como respuesta a la hipoxemia, se manifiesta

una hiperventilación compensatoria que puede dar lugar a alcalosis respiratoria. El cuadro clínico se evidencia con síntomas como tos, disnea, expectoración, fiebre, escalofríos, fatiga, anorexia, cefalea y mialgia; entre los signos clínicos más comunes se encuentran taquipnea, taquicardia e hipertermia, el diagnóstico es fundamentalmente clínico apoyado en la exploración física, la radiografía de tórax y los exámenes de laboratorio contribuyen a confirmar del diagnóstico y evaluar la gravedad del cuadro; la inhalación constituye la vía más constante de ingreso al tracto respiratorio para los virus, organismos atípicos y micobacterias, sin embargo, el mecanismo más habitual es la colonización previa de las vías aéreas superiores, seguida de la aspiración de secreciones contaminadas hacia el tracto respiratorio inferior. Entre las primeras decisiones clínicas se debe definir el lugar de tratamiento del paciente, considerando los criterios de gravedad y la probabilidad de adherencia al tratamiento, en casos de mayor severidad o cuando existe riesgo de incumplimiento terapéutico se debe indicar la hospitalización. La selección de antibiótico se basa en la gravedad del cuadro clínico, la presencia de comorbilidades o factores de riesgo y los patrones epidemiológicos de cada región. (Ferrerías, 2000; Brewis et al., 1995; Bunn, 1998; Fernández, 1998).

### ***Neumonía Intrahospitalaria.***

Conocida también como nosocomial es la que comienza después de 48 - 72 horas de la hospitalización o dentro de los siguientes 7 días del alta médica; en esta categoría se encuentra la neumonía asociada a la ventilación mecánica definida como la que se presenta en pacientes que han permanecido más de 48 horas bajo soporte ventilatorio invasivo. Se origina por la invasión bacteriana del tracto respiratorio inferior a través de diversos mecanismos, entre ellos la aspiración de la flora orofaríngea, la contaminación por bacterias provenientes del tracto gastrointestinal, la inhalación de aerosoles contaminados y en menor proporción la diseminación hematológica desde un foco infeccioso distante; los factores de riesgo principales que se asocian al desarrollo de neumonía intrahospitalaria incluyen la intubación orotraqueal, los trastornos de estado de conciencia, las alteraciones de la deglución, la disminución de los

reflejos protectores de la vía aérea y el retardo del vaciamiento gástrico. Clínicamente se manifiesta con la aparición de nuevos infiltrados pulmonares progresivos y persistentes acompañados con secreciones traqueales purulentas, previamente al desarrollo de la neumonía, suele observarse la colonización de la orofaringe por flora habitual como *Streptococcus*, *Staphylococcus* y *Haemophilus* o por microorganismos patógenos nosocomiales principalmente bacilos gramnegativos, los cuales posteriormente colonizan las secreciones bronquiales y favorecen la infección pulmonar, entre los signos más comunes están la taquipnea, taquicardia, leucocitosis e hipertermia, acompañados por secreciones purulentas, disnea e hipoxemia, con alteración del equilibrio ácido-base. La neumonía intrahospitalaria prolonga significativamente la estancia hospitalaria aumentando los costos de salud, además de ser la primera causa de mortalidad. La administración de una antibioterapia activa sobre las bacterias responsables durante las primeras 24 horas disminuye significativamente la mortalidad. El personal, así como, el medio ambiente hospitalario, tienen un rol importante en la diseminación de los microorganismos causantes de neumonía (Velásquez et al., 2001; Ferreras, 2000; Bunn, 1998).

Harrison (2008), Burgos de Pablo (1986) y Maraví-Poma, Martínez, Izura, Gutiérrez, Tihista (2000) proponen otro tipo de clasificación entre ellos pueden ser:

***Por el agente causal.***

Puede ser biológico, físico o químico. Dentro del biológico las bacterias causantes de la neumonía: neumocócica, neumonía estafilocócica, neumonía por Klebsiella, por Legionella, entre otros (Burgos de Pablo, 1986).

**Neumonía alveolar.**

Zona extensa del pulmón con alvéolos llenos de exudado inflamatorio (Maraví-Poma, Martínez, Izura, Gutiérrez & Tihista, 2000).

**Neumonía intersticial.**

Parte de la pleura hasta los septos conectivos del tejido pulmonar, el pulmón se llena

consistencia crepita, amarilla grisácea por la infiltración purulenta (Harrison, 2008).

### **Bronconeumonía.**

Inflamación aguda de los bronquiolos, con áreas irregulares de condensación en los conductos alveolares y alveolos peribronquiolar del pulmón (Maraví-Poma, et al., 2000).

### **Neumonía por aspiración.**

Se trata de un proceso infeccioso originado por la aspiración de secreciones orofaríngeas colonizadas por microorganismos patógenos, provocando la inflamación del parénquima pulmonar como consecuencia de la entrada de material extraño como alimentos, líquidos, vómito o secreciones de la boca en el árbol traqueobronquial; las manifestaciones clínicas y alteraciones patológicas derivadas de la broncoaspiración están determinadas por el pH del material aspirado, la cantidad inhalada, la presencia de partículas sólidas, como restos alimenticios, y el grado de contaminación bacteriana del contenido aspirado. Se desarrolla después de la inhalación de material orofaríngeo colonizado (Maraví-Poma, Martínez, Izura, Gutiérrez y Tihista, 2000).

Se estima que alrededor del 50% de los adultos aspira mínimas porciones de secreciones orofaríngeas mientras duermen, cualquier situación que incremente la carga bacteriana en dichas secreciones en pacientes con alteración de los mecanismos de defensa puede favorecer el desarrollo de neumonía, se caracteriza el cuadro clínico por la aparición de signos de hipoxemia, acompañados por taquipnea, taquicardia y cianosis, los cuales se presentan de manera rápida y pueden persistir por varias horas. A la auscultación pulmonar se evidencian ruidos respiratorios anormales, como jadeos, estertores y roncus. En los casos de broncoaspiración severa puede desarrollarse insuficiencia respiratoria, asociada tanto a acidosis metabólica como respiratoria. La hipotensión arterial y el choque pueden instaurarse rápidamente debido al desplazamiento de líquidos hacia los espacios alveolares. La insuficiencia respiratoria aguda constituye la complicación más grave, no obstante, entre las secuelas crónicas se incluyen fibrosis pulmonar y la formación de abscesos pulmonares. El

riesgo es elevado en pacientes mayores de 75 años de edad, cuando viven en casas de reposo, cuando existe dificultad para tragar o toser. El diagnóstico se confirma con la evidencia radiológica de condensación pulmonar (Maraví-Poma, Martínez, Izura, Gutiérrez & Tihista, 2000).

### **Patogenia.**

El tracto respiratorio inferior puede ser alcanzado mediante la aspiración de microorganismos provenientes de la orofaringe o por la inhalación de aerosoles contaminados. Los pacientes que presentan alteraciones en el paso de saliva o mecanismo de deglución, como aquellas con disminución del nivel de conciencia, sometidas a procedimientos invasivos del tracto respiratorio o gastrointestinal, a ventilación mecánica o que han sido intervenidas quirúrgicamente recientemente, tienen mayor riesgo de aspirar secreciones y de desarrollar infección pulmonar. (Secretaría general de salud de Bogotá, 2004).

Almirall, Cabré y Clavé (2009) consideran que los microorganismos que colonizan la nasofaringe y la orofaringe son los principales responsables del desarrollo de la neumonía aspirativa. Diversos estudios han demostrado una correlación entre los cultivos obtenidos del biofilm dental y los cultivos de lavado broncoalveolar en pacientes con neumonía intrahospitalaria relacionada a ventilación mecánica, siendo *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae* los patógenos identificados con mayor frecuencia.

Puede presentarse la colonización orofaríngea por bacterias gramnegativas en aproximadamente 22-37% de los individuos que residen en centros de cuidados asistidos; esta situación es aún más frecuente en pacientes hospitalizados en UCI, donde reportes indican que el 60-73% de los mayores de 65 años presentan colonización por estos microorganismos. Asimismo, en estos grupos poblacionales existe un mayor riesgo de infección por *S. pneumoniae* resistente a antibióticos.

### **Factores Causales.**

Para Pamplona (citado por Maraví-Poma et al., 2000) los factores de riesgo se divide en dos grupos: intrínsecos y extrínsecos.

#### ***Intrínsecos.***

Son los factores predisponentes dependientes del enfermo; tales como: (a) La edad avanzada, ya que a mayor edad aumenta el riesgo de colonización orofaríngea aumenta, el cual se ve potenciado por presencia de comorbilidades frecuentes en el adulto mayor como, inmovilidad, enfermedades cardiopulmonares, incontinencia urinaria u otros grados de deterioro funcional; (b) gravedad del cuadro clínico, que puede favorecer el desarrollo de la infección al promover una selección de la flora bacteriana orofaríngea hacia microorganismos más virulentos o resistentes; (c) situaciones clínicas específicas, como procedimientos diagnósticos invasivos, intervenciones quirúrgicas y traumatismos que incrementan la susceptibilidad a la infección respiratoria; Cuando el paciente ese encuentra en estado crítico el recambio de tubo orotraqueal se asocia con un incremento del riesgo de neumonía aspirativa; (d) la presencia de enfermedad respiratoria crónica, aumenta la probabilidad de desarrollar neumonía ya que estos pacientes presentan mayor susceptibilidad a la colonización por microorganismos; (e) el deterioro del nivel de conciencia; frecuentemente relacionada con el uso de sedantes u otros fármacos puede alterar los mecanismos normales de protección de la vía aérea y provocar trastornos de la deglución secundarios a la relajación muscular; y (f) la alteración del reflejo de deglutorio, conocida como disfagia orofaríngea, puede variar desde una dificultad leve hasta la incapacidad total para deglutir, siendo un síntoma común en pacientes con patologías neurológicas.

#### ***Extrínsecos.***

Son los factores relacionados a la terapéutica; tales como: (a) Intubación y ventilación mecánica prolongada, la amenaza de desarrollar neumonía es cinco veces mayor en comparación con los pacientes que no han sido intubados y se encuentra estrechamente

relacionado tanto con la duración de la intubación como con la necesidad de ser reintubado; y (b) el uso de antibióticos puede alterar la flora microbiana normal favoreciendo la proliferación de microorganismos más patógenos y resistentes.

Para Figueras (2006) los factores que interfieren con los mecanismos normales de defensa del huésped, favoreciendo la infección no necesitan clasificación, tales son, el estado nutricional, la presencia de inmunosupresión o de patología de base; las sustancias tóxicas e irritantes, el humo del tabaco, la disminución del nivel conciencia actúa alterando el cierre epiglótico y provocando aspiración de la flora orofaríngea.

Buckley, Matteucci y Pravikoff (2008) mencionan que entre los factores de riesgo pueden citarse: edad, existencia de sondas nasogástricas, utilización de medicamentos oncológicos, tabaquismo, SIDA, afecciones coronarias, los antecedentes de cirugías torácicas o abdominales recientes, cáncer de pulmón, tuberculosis, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, condiciones de vida antihigiénicas o de hacinamiento, alcoholismo, consumo de drogas inyectables o las sobredosis, y las prácticas deficientes para el control de infecciones.

Todos los factores de riesgo presentan como elemento común, favorecer la proliferación de las bacterias y alterar los mecanismos de protección naturales de los pulmones. Se destaca entre ellos, la duración de la estancia en UCI que va acompañada de un porcentaje de infecciones respiratorias, especialmente, si se somete al enfermo a las distintas técnicas de instrumentación de las vías respiratorias altas (Mendoza, 2010).

### **Medidas Preventivas.**

Se intenta evitar situaciones favorecedoras de la aspiración, para ello se mencionan las siguientes pautas:

#### ***Prevención de la broncoaspiración durante la alimentación por boca.***

El proceso normal de la deglución es rápido y complejo, involucra la interacción de mecanismos neuromusculares, combinando movimientos voluntarios en sus fases iniciales y

respuestas reflejas o involuntarias en etapas posteriores. Para su correcta ejecución se requiere la colaboración de 26 músculos de la cavidad oral, la faringe, la laringe y el esófago de la mano con la inervación proveniente del sistema nervioso central, permitiendo que la faringe desempeñe de manera simultánea y precisa las funciones de deglución, respiración y fonación en fracciones de segundo. Se necesita una alerta cognitiva para el reconocimiento visual de la comida y de la situación de comer, junto con respuestas fisiológicas al olor y a la presencia de los alimentos (Carrillo, L., Muñoz & Carrillo, P., 2013).

***Valorar el riesgo de aspiración.***

Pidiéndole al paciente que tosa, paciente que no puede toser en forma voluntaria o lo suficiente como para arrancar secreciones de la boca se expone a severos riesgos de aspiración debido a que por la estimulación de los mecanorreceptores faríngeos que envían información al sistema nervioso central, provocan el disparo del reflejo deglutorio, caracterizado por una secuencia fija y ordenada de movimientos motores que producen de manera continua el cierre de la nasofaringe y de la vía respiratoria, dando apertura al esfínter esofágico superior (Valderrama, 1985)

***Elevar la cabecera.***

Se recomienda elevar la cabecera a más de 30 grados durante la alimentación, debido a que podría producirse regurgitación o reflujo gástrico puesto que en dicha posición se podría producir la apertura del esfínter esofágico causando el ingreso del contenido a las vías aéreas inferiores (Carrillo, L., Muñoz & Carrillo, P., 2013).

***Regule la velocidad de la ingesta y la cantidad de las porciones.***

Evitar la ingesta de alimentos con prisa o de manera forzada, combine alimentos sólidos con líquidos, del suficiente tiempo entre un bocado y otro evitando grandes cantidades. La deglución normal tiene cuatro fases, si alguna de las fases puede estar afectada originaría disfagia funcional en los ancianos: fase oral preparatoria y fase oral propulsiva, ambas son voluntarias, y las fases faríngea y esofágica, ambas son involuntarias; la coordinación debe

tener el espacio y tiempo necesario en especial en adultos mayores o personas con dichos problemas (Boltz, 2007).

***Previsión de broncoaspiración mientras se alimenta por sonda.***

Evitar en lo posible la alimentación por sonda es la tendencia actual. No obstante, existen situaciones cuando la alimentación por sonda es necesaria, en pacientes con problemas en la deglución, pacientes quirúrgicos con compromiso gástrico o pancreático, pacientes con compromiso neurológico, etc. (Boltz, 2007). Las siguientes actividades pueden ayudar a reducir la broncoaspiración:

Mantenga el respaldo de la cama elevado de 30 a 45° durante la alimentación continua; debido a que en la alimentación enteral el contenido gástrico puede ser permanente, la digestión puede tornarse un poco más lenta sobre todo en pacientes adultos mayores o en reposo absoluto, mantener la cabecera elevada mayor de 30° ayudará a que por posición no se produzca apertura del esfínter esofágico evitando reflujo del contenido gástrico hacia las vías aéreas (Boltz, 2007).

Mida el residuo gástrico cada 4 a 6 horas mientras el paciente esté en alimentación continua, al inicio de cada ingesta de alimento intermitente. Una cantidad elevada > 200 ml es un signo de intolerancia gástrica debiéndose suspender la nutrición o pararla por un tiempo determinado esperando el vaciado gástrico el cual debe ser más lento según patología, sin embargo, hay situaciones en la que el vaciado gástrico no se presenta y si no se suspende la nutrición enteral se produce broncoaspiración por sobre llenado gástrico (Carrillo, L., Muñoz & Carrillo, P., 2013).

Realizar succión subglótica antes de iniciar la nutrición por sonda en pacientes que presentan secreciones bronquiales, de ésta manera se evita el pase de microorganismos de la cavidad oral por la traquea y esófago; evitar sedantes en pacientes con nutrición enteral o retirarlos de manera pronta, el efecto deseado de los sedantes en los pacientes no favorecen a las medidas preventivas de la broncoaspiración puesto que todos los músculos se relajan y no

hay control en los esfínteres que intervienen en la digestión; y retirar sonda nasogástrica lo más pronto posible, lo más recomendado es la nutrición de forma natural (Amirall, Cabré & Clavé 2007).

Verificar de forma rutinaria la correcta ubicación de la sonda de alimentación, valorar motilidad intestinal del paciente (auscultando ruidos intestinales y midiendo volumen gástrico residual), ajustar ritmo y volumen de alimentación enteral para evitar la regurgitación (Pamplona, citado por Maraví-Poma et al., 2000).

### **Prevención de la aspiración de secreciones bronquiales contaminadas.**

La producción de secreciones bronquiales actúa como función protectora del organismo que forma una capa mucosa que atrapa contaminantes y elimina mediante la tos. En pacientes sometidos a ventilación mecánica, este mecanismo está anulado y hay que extraerlas manualmente por medio de sondas de succión a través del tubo endotraqueal ya que ocluyen parcial o totalmente la vía aérea (Toribio, Rodríguez y Barrón 2009). La colocación de una sonda enteral puede favorecer la colonización de la nasofaringe, provocar reflujos gástrico o facilitar la migración bacteriana a lo largo de la sonda, desde el estómago hasta las vías respiratorias superiores (Secretaría de Salud Bogotá, 2004).

Existen medidas básicas de cumplimiento obligado para evitar la colonización y contaminación cruzada, tales como:

Control de la presión del neumotaponamiento entre 20 y 30 cm de aire y la higiene de manos antes y después de manipular la vía aérea (Patiño, 1996).

Higiene bucal del paciente con ventilación mecánica previene la colonización faríngea y gástrica, se recomienda el uso de clorhexidina al 0,12 - 0,2%. El lavado de la cavidad oral debe hacerse de forma exhaustiva por todas las zonas (encías, lengua, paladar, etc.) irrigando la cavidad oral mediante una jeringa con clorhexidina 0,12-0,2% aspirando posteriormente, la frecuencia debe ser cada 6 a 8 horas (Carvajal et al., 2010).

La aspiración de secreciones de la vía respiratoria superior, debe ser realizada antes de

alimentar al paciente o alejada de la alimentación, debido al riesgo de vómitos y la consecuente aspiración (Toribio, Rodríguez & Barrón, 2009).

Para la técnica de aspiración de secreciones: Se recomienda el uso de guantes estériles cuando la aspiración sea abierta y limpios para la cerrada en caso de la aspiración traqueal; usar catéter estéril de un solo uso para técnica abierta, usar únicamente líquido estéril para remover las secreciones con la sonda de succión (Pamplona, citado por Maraví-Poma et al., 2000).

#### **Prevención de la broncoaspiración durante la movilización del paciente.**

El cambio de postura surge en la persona cuando siente presión en las zonas de apoyo. No obstante, quienes no perciben dicha presión o presentan movilidad limitada pueden desarrollar complicaciones llamadas úlceras por decúbito. Es importante tomar medidas preventivas para movilizar al paciente, antes de ingerir su dieta, entre ellas no bajar la cabecera por debajo de 30° esto ayudará a no favorecer la apertura del esfínter esofágico causando regurgitación y evitando así el regreso del contenido gástrico hacia las vías aéreas; mantener sentado al paciente por treinta minutos luego de administrada su dieta en espera del vaciado gástrico fisiológico (Barranco, 2010).

#### **Prevención de la broncoaspiración durante la sedación y el coma.**

En la utilización de técnicas de inducción anestésica, es importante asegurarse que no ocurra regurgitación, evitar que la aspiración de contenido gástrico lleve al desarrollo de neumonitis ácida (Patiño, 1996). Los ansiolíticos podrían alterar el proceso de deglución debido a la disminución del tono muscular. Se ha demostrado que la posición supina provoca reflujo gastroesofágico, con la subsiguiente aspiración; se evidencia también mayor riesgo de NA después de un recambio del tubo orotraqueal debido al efecto residual de fármacos sedantes, sonda nasogástrica o trastornos de la deglución (Almirall, Cabré & Clavé, 2007).

#### ***Técnica educativa***

Desde la perspectiva constructivista, el aprendizaje se entiende como un proceso que

requiere el desarrollo del pensamiento, lo que supone una transformación en la manera de concebir de la acción educativa y el rol del educando; bajo este enfoque, el estudiante es visto como un agente activo que al interactuar con su entorno no se limita a recibir información, sino que la vincula con sus conocimientos previos, la integra y la reconstruye de manera significativa. De ahí que la clave para aprender a pensar en la reflexión o toma de conciencia por parte del sujeto implica una reflexión y toma de conciencia previa del profesor sobre su propio proceso de construcción del conocimiento, lo suficientemente importante como para requerir una intervención educativa adecuada (Bruner, 1991).

La práctica educativa se desarrolla con personas y se apoya en contenidos de carácter intelectual, como ideas, criterios y procesos de razonamiento. Su finalidad esencial es promover el desarrollo integral del estudiante, fomentando valores humanizados y al mismo tiempo, proporcionando una preparación técnica y formativa, según el diccionario de la lengua, significa: "Conjunto de recursos y procedimientos de un arte o ciencia. Pericia para usar tales recursos y procedimientos" (Aznar, 1993).

Una de las principales aportaciones de los enfoques constructivistas en educación es la articulación de distintos tipos de aprendizajes: el de conceptos, el de los métodos y procedimientos y el de las actitudes y valores, considerados todos ellos como contenidos formativos. Asimismo, se reconoce la relevancia de la interacción entre el desarrollo cognitivo del estudiante y el contexto cultural en el que se produce el aprendizaje. No obstante, en la práctica cotidiana de muchos centros educativos, esta innovación aún no se ha incorporado de manera generalizada, los escenarios de aprendizaje continúan centrados, en gran medida, en lo conceptual y ofrecen escasas oportunidades para el desarrollo de habilidades y estrategias. Si se tiene en cuenta que la actividad cognitiva está en función del contexto donde la persona piensa y actúa en interacción con otros, es destacable reseñar que la definición de las situaciones de interacción, con una tradicional forma de organización del contexto, sigue reproduciendo de forma poco flexible los roles respectivos profesor-estudiante, propiciando la

utilización del libro de texto como casi único medio o recurso educativo (Aznar, 1993).

Ricardo Nassif (1958) señala tres conceptos de técnica: (a) Sistema organizado de métodos, prácticas y recursos que emplea la ciencia o el arte para obtener un fin específico, instrumento usado por el ser humano como medio para alcanzar un propósito determinado; (b) Manifestación cultural objetiva, entendida como un producto social que forma parte del patrimonio material e intelectual de una comunidad o de la humanidad; y (c) Manejo fundamentado de un campo del saber, basado en conocimientos validados científicamente y en la experiencia sistematizada.

### **Clasificación de las técnicas educativas.**

Para Aznar P. (1993) desde el enfoque de la actividad del individuo es necesario que la persona participe de manera activa en su propio aprendizaje, asumiendo un control consciente sobre las estrategias que utiliza para abordar y llevar a cabo las tareas. Está demostrado que si el sujeto es consciente de la forma en que aprende (aprende a pensar), se puede convertir en un aprendiz más eficaz (aprende a aprender), por cuanto puede autodiagnosticar sus problemas de aprendizaje y buscar soluciones en el proceso del mismo (Selmes, I. 1988). Siguiendo esta orientación propone las estrategias pedagógicas siguientes:

#### ***Técnica socrática.***

Apoyada en la “maieutica”, el objetivo es la concientización de los propios pensamientos. Consiste en “sacar a la luz” o de propiciar la conciencia de los pensamientos y emociones que la persona experimenta durante la ejecución de las tareas. En la medida en que el sujeto es consciente de lo que piensa, siente y hace, está en mejor disposición de reflexionar y autorregular lo que hace, siente y piensa (Aznar, 1993)

#### ***Técnicas de modelado.***

Basada en la teoría social congestiva de Alberti Bandera (1987) en general, y como todo proceso de aprendizaje vicario, esta técnica aumenta el repertorio de recursos por experiencia ajena y acelera en gran medida el proceso de aprendizaje individual, así como también,

posibilita el desarrollo de mecanismos psicológicos complejos y pautas de acción social (Aznar,1993). Estas estrategias de modelado presentan un enfoque cognitivista, ya que fluyen de manera directa en los procesos internos del sujeto “es un predictor activo de las señales del medio y no un mero autónomo que forma asociaciones” (Riviere, 1990, p. 76).

Roshental y Jacobson (1980), Ausubel (1991), Aznar (1992), Saegesser (1991) Coinciden que además de las técnicas educativas mencionadas existen otras técnicas educativas como:

***Técnica de modelado autoinstructivo.***

Se basa en la verbalización del mediador educativo que impone instrucciones y reflexiones sobre de las operaciones cognitivas que pone en práctica al llevar a cabo una tarea específica. El sujeto al enfrentarse a cualquier tarea de aprendizaje tiene que verbalizar, externa o internamente en forma de autoinstrucciones los motivos que le llevan a realizar cualquiera de las acciones que componen la tarea; esta técnica aumenta su eficacia en la medida en que se use de forma sistemática y consistente (Roshental, R. & Jacobson, L. 1980).

***Técnica de saliencia.***

Su finalidad es orientar y dirigir la atención de los sujetos hacia la actividad de aprendizaje. Consiste en acentuar las características de las acciones que componen una tarea y resaltar, por separado, las habilidades que la componen (Roshental, R. & Jacobson, L. 1980).

***Técnica de la buena percepción.***

Busca fortalecer la autopercepción de eficacia de los sujetos durante el desempeño de una tarea de aprendizaje. Está basada en el principio de que la percepción no es una característica neutra de la persona que percibe, sino que, como variable que interviene en las interacciones personales, llegue incluso a modificar el comportamiento de los sujetos (Roshental, R. y Jacobson, L. 1980).

***Técnica vicaria de alternativas.***

Tiene por objetivo implementar la autoreflexión del sujeto de cara a la toma de

decisiones, consiste en: a) la exposición por parte del modelo de una serie de alternativas posibles a realizar en el curso de la realización de una tarea determinada, b) de elegir una de ellas y c) verbalizarla y justificarla ante los sujetos (Ausubel, 1991).

#### ***Técnica del uso de puentes cognitivos.***

Consiste en un procedimiento destinado a promover la significación de los contenidos de aprendizaje, condición esencial para la construcción de representaciones o modelos mentales de la realidad. Para poder conferir significado a los materiales de aprendizaje, los sujetos precisan establecer relaciones con sus aprendizajes anteriores; los “puentes cognitivos” facilitan dicha relación (Ausubel, 1991), al posibilitar la utilización de organizadores previos que actúan como marco de referencia dando sentido a los materiales nuevos. Como ejemplos de “puentes cognitivos” puede citarse: el uso de preguntas introductorias a un tema o tarea, el uso de ejemplos, el uso de preguntas interpuestas, la explicitación del objetivo de la tarea que se va a realizar, etc. (Aznar, 1992 p. 123).

#### ***Técnica de juegos de simulación.***

Se emplea principalmente en los niveles medios y superior de enseñanza; se basa en un conjunto de actividades desarrolladas en contextos específicos que reproducen, de manera simplificada, un sistema o proceso real o hipotético, en el cual varios participantes deben alcanzar objetivos previamente definidos o abiertos.

Facilita que los sujetos analicen las variables que influyen en la situación que se simula, que establezcan relaciones causales que se encuentran entre dichas variables, que representen uno de los roles implicados en el juego, que usen reglas y que tomen decisiones, y todo ello en un contexto de interacción (Saegesser, 1991).

#### ***Técnica de estudio de casos.***

Tiene como propósito favorecer las competencias cognitivas y procedimentales a través del análisis, interpretación y valoración de una situación o problema, habitualmente real, expuesto de manera narrativa, documentada y apoyada en recursos audiovisuales,

favoreciendo la comprensión de la transferencia de los aprendizajes desde contextos académicos hacia escenarios profesionales.

Desde esta óptica, el estudio de casos es un procedimiento idóneo para facilitar que los alumnos aprendan a pensar como profesionales al propiciar el desarrollo de las estructuras de conocimiento que requieren para comprender la realidad práctica a la que la teoría hace referencia (Aznar, 1995, p. 54).

### **Cambio Conductual.**

Se han llevado a cabo múltiples estudios controlados sobre intervenciones educativas breves y precisas orientadas al cambio de conductas en las personas. Los resultados muestran que los grupos alcanzan modificaciones más significativas en sus hábitos y comportamientos, los cuales se mantienen a los 4 y 12 meses de seguimiento. La eficacia de estas estrategias requiere la definición de un plan estructurado y de objetivos específicos. Prochaska y Diclemente (1997), han propuesto un modelo de cambio de conductas con varias etapas, ya que no todas las personas están igualmente preparadas para realizar un cambio de conducta en un momento dado.

#### ***Etapas del proceso de cambio conductual.***

Las fases del proceso de cambio conductual de acuerdo con Prochaska y Diclemente son las siguientes:

(a) Pre-contemplación, etapa en la que la persona aún no considera la posibilidad de cambiar ni valora otras alternativas. No existe intención de modificar las conductas de riesgo en el corto plazo (aproximadamente en los próximos 6 meses); (b) Contemplación, el individuo comienza a reflexionar sobre el cambio y a analizar distintas opciones. Reconoce algunos beneficios asociados a la modificación de la conducta; (c) Preparación, la persona inicia acciones preliminares orientadas al cambio y busca información mientras se dispone a llevarlo a cabo; (d) acción, el cambio de conducta ya se ha iniciado y el sujeto se esfuerza por sostenerlo. Esta etapa suele extenderse por de 6 meses, periodo considerado necesario para

que el cambio sea significativo y relativamente estable; (e) mantenimiento: Fase en la que el individuo trabaja activamente para consolidar la nueva conducta y prevenir recaídas. En esta fase también se incluyen las personas que han mantenido el cambio conductual por más de 6 meses; y (f) recaída, etapa en la que la persona, tras haber logrado el cambio durante un tiempo, retorna a una fase anterior del proceso.

La fase de contemplación resulta especialmente relevante, puesto que en ella las personas consideran de manera seria la posibilidad de modificar su conducta. No obstante, pese a estas intenciones, suelen permanecer en esta etapa durante períodos prolongados, convirtiéndose en contempladores crónicos. Esto se debe a que el balance decisional está equilibrado entre los pros y los contras de realizar un cambio (Lira et al., 2006).

La fase de acción es particularmente inestable y presenta un alto riesgo de recaídas. En mayor medida que en otras etapas, los factores asociados resultan decisivos para el éxito del cambio conductual. Entre estos factores se incluyen los intrapersonales como la percepción de autoeficacia frente a la conducta emprendida; los interpersonales, vinculados al apoyo de la red social; y los ambientales, como la exposición inevitable a contextos que favorecen la conducta previa (por ejemplo, ambientes con fumadores). Se recomienda que las personas que se encuentran en las dos primeras etapas del proceso no ingresen directamente a programas orientados a la acción, como dejar de fumar, modificar la alimentación o iniciar un plan de ejercicio. En vez de intervenciones centradas en la acción, que podrían derivar en fracasos y dificultar futuros intentos, estas personas obtienen mayores beneficios a través de estrategias basadas en información, motivación, orientación y fortalecimiento de la autoeficacia. Esto los ayudará a avanzar a la siguiente etapa (preparación), en la cual el cambio de conducta está siendo considerado en forma concreta (Lira et al., 2006).

### **Etapas en la Profesión de Enfermería y Evolución de la autoestima.**

#### ***Etapas domésticas.***

La evolución histórica de los cuidados de enfermería se inicia con la etapa doméstica, la

cual comprende tanto las sociedades primitivas y los tiempos antiguos como el mundo clásico. Durante esta etapa los cuidados se orientaban principalmente a la preservación de la vida,

Fundamentados en prácticas de higiene, una alimentación adecuada y el abrigo. Debido a su función reproductiva, las mujeres fueron históricamente designadas como responsables del cuidado, hasta el punto de que la cultura llegó a considerarlo y asumirlo como una función natural e inherente a su rol. Dada su aguda observación e investigación “no científica”, la acumulación de su experiencia (saber) les confiere poder (Torres y Sanhueza, 2006). Se describe para esta etapa los siguientes caracteres en los elementos de la autoestima:

***El elemento cognitivo.***

Se obtiene a través de los saberes, creencias y percepciones de las mujeres responsables del cuidado, quienes aprenden mediante la estrategia del modelamiento, determinada como el “proceso de aprendizaje observacional donde el modelo actúa como estímulo, por conductas de otro individuo” (Torres y Sanhueza, 2006).

***El elemento afectivo.***

Presenta un escaso desarrollo, ya que al considerarse un saber “natural”, no alcanza las dimensiones afectivas y conductuales que se esperaría. La hegemonía del sexo masculino es muy poderosa, y se da pérdida del reconocimiento de un valor de paridad en la división sexual del trabajo (Torres y Sanhueza, 2006).

***El elemento conductual.***

Es influenciado por las características de los componentes precedentes, lo que se traduce en una mujer con el poder que otorga el conocimiento, que tiene las condiciones de influir en su momento histórico, pero que no lo hace debido a la sobrevaloración masculina, la falta de reconocimiento y consideración (Torres y Sanhueza, 2006).

***Etapa Vocacional.***

Para Collière citado por Torres y Sanhueza (2006), abarca el surgimiento del cristianismo, la edad media y la etapa moderna (siglos XVI, XVII Y XVIII), así como un período

de transición, considerado uno de los momentos más críticos en la historia de la enfermería. La noción vocacional se vincula al origen de la religión cristiana, donde la persona enferma, y sufriente es concebida como elegida por Dios, al igual como quien se dedica a su cuidado. Los saberes teóricos son escasos y las prácticas aplicadas resultan elementales. Lo central es la actitud del cuidador, orientada por la caridad, la obediencia y la religiosidad. En este marco se identifican los siguientes caracteres en el desarrollo de la autoestima:

***El componente cognitivo.***

Es elevado a dogmas de carácter religioso y de género. El fundamentalismo religioso representa formas extremas de institucionalización de la violencia contra las mujeres poseedoras del conocimiento (Collière, 1993).

***El componente afectivo.***

Se ve afectado por un manejo de las creencias y una dictadura del pensamiento, lo que trastoca la valoración real que cada persona hace de sí misma; los juicios de valor se limitan al poder religioso (Collière, 1993).

***El componente conductual.***

Se encuentra profundamente condicionado, y el pensamiento crítico es relegado y transformado en una noción de carácter religioso. No existen sentimientos de valía personal, lo que prevalece es el discurso de la humildad como una forma más de represión (Collière, 1993).

***Etapas Técnicas.***

Según Calmette citado por Torres y Sanhueza, (2006), esta etapa corresponde al mundo contemporáneo (siglos XIX y XX). Se distingue por una nueva comprensión de la relación salud-enfermedad, que deja de interpretarse como resultado de la gracia divina y pasa a entenderse como consecuencia de la lucha contra la enfermedad. El avance científico y tecnológico de este período se transfiere principalmente al ámbito médico, otorgándole mayor dominio del conocimiento, centrado en la patología y su tratamiento. La enfermera se apropia parcialmente ese rol social, sustituyendo las órdenes religiosas en la atención de personas

pobres y desprotegidas. Sin embargo, no se le reconoce autoridad en el saber científico, sino que se le asigna fundamentalmente una vocación de servicio. Esta etapa, definida por su vocación social, configura un modelo de mujer enfermera caracterizado por nuevas formas de control y regulación de la conducta.

#### ***Componente cognitivo.***

En esta nueva forma de dominio se frustra el desarrollo personal y la creatividad; se frenan el autodesarrollo y la autorrealización, como también la iniciativa y la capacidad de pensar (Calmette, 1993).

#### ***Componente afectivo.***

Los sentimientos y emociones, como resultantes del dominio cognitivo, son significativamente impactados, se eliminan los deseos y emociones, se trastocan y manipulan los valores personales y el acto de servir se transforma en servilismo (Calmette, 1993).

#### ***Componente conductual.***

La sumisión de la enfermera, producto de la desestima cognitiva y afectiva de esta etapa, hace que renuncie a toda forma de expresión y defensa de los pensamientos (conocimientos, opiniones, creencias) y con ello a sus sentimientos y emociones (Calmette, 1993).

### **Etapa Profesional**

El avance hasta esta fase estuvo precedido por un extenso período de transición conocido como la fase oscura de la enfermería. Para Sanhueza (citado por Torres y Sanhueza, 2006), la aparición de la enfermera técnica, junto con la separación de los poderes político y religioso, marcó el inicio del proceso de profesionalización de la enfermería. Asimismo, es imprescindible destacar el relevante aporte de Florence Nightingale a inicios de esta fase, quien reconoció la importancia fundamental de la formación de enfermeras con conocimientos técnicos. Las mujeres anhelan una educación que les enseñe las reglas de la mente humana y cómo aplicarlas". Pese a su pensamiento visionario, establece y mantiene

una estrecha vinculación entre el ámbito científico y el religioso, sin admitir en ningún momento la separación entre ambos.

La preparación y práctica de los profesionales de enfermería dentro del ámbito clínico-hospitalario continuarán priorizándose y estarán marcados por el predominio de los valores morales y religiosos. Paralelamente, surgen enfermeras con un fuerte interés por la investigación, quienes desde una perspectiva teórica y filosófica comienzan a definir y consolidar el rol de la enfermería. De este modo, se inicia la etapa propiamente profesional de la enfermería, cuya educación se fundamenta en el método científico y en las técnicas de investigación. Hoy, la enfermera, producto de su peso histórico y provista de nuevas capacidades de análisis y reflexión, es capaz de demostrar su insatisfacción, relacionada principalmente con la valoración de su status profesional aspectos técnicos, intelectuales, educativos y formativos de la profesión: el principio de igualdad de remuneración, las condiciones de trabajo, la formación profesional, el desarrollo de la carrera profesional, la participación, el riesgo laboral y a dependencia médica, entre otros (Sanhueza, 2001).

Dentro de este marco, resaltan las siguientes características de los elementos que conforman la autoestima.

### ***Componente Cognitivo.***

Loo (2003) y Gyarmatti (1998) coinciden en la siguiente descripción:

**Conocimiento:** La enfermera de hoy posee una sólida preparación, competencias que le autorizan destacar en todo ámbito laboral, sin embargo, continúa limitada por su herencia histórica y vocacional.

**Identidad:** En Enfermería se presenta en un marco sociocultural, y para su desarrollo es fundamental la comprensión del rol social de la profesión. Los límites como en toda profesión de competencia no son siempre totalmente claros.

**Autoimagen:** Históricamente la enfermera ha estado ligada al “paternalismo médico” respecto al paciente y su entorno; manteniendo una marcada adhesión a la tradición deteniendo

su avance. El temor a las críticas y que eso sea motivo de futuras imposibilidades en su desempeño les detiene a ser determinadas en su actuar.

**Autoconcepto:** La elección de la carrera de enfermera como profesión hoy en día, podría no cumplir con las expectativas de vida, y sólo conforma una alternativa ante algo menor. Elegir inadecuadamente la profesión de enfermería podrían ser causales de una vida complicada por las bajas condiciones económicas y laborales, debido a que los enfermeros no logran vivir de acuerdo a su misión interna. Como resultado de ello, realiza un trabajo rutinario y monótono, producto de una deformación afectiva que ocasiona inseguridad en sus propias determinaciones y cuyos resultados deterioran su comportamiento, lo que se puede manifestar en temor a la autoridad, poca creatividad e iniciativa, poco liderazgo, resistencia al cambio y desarrollo de actitudes de opresión y agresión (Loo, 2003 y Gyarmatti, 1998).

#### ***Componente Emocional.***

Maya y Jiménez (citados por Torres y Sanhueza, 2003) coinciden en los conceptos de auto valoración y auto evaluación en el factor emocional.

**Autovaloración:** La profesión de enfermería, como resultado de la problemática expuesta en los apartados anteriores, manifiesta sentimientos ambivalentes respecto su propia valoración: por una parte, reconoce su relevancia como profesional con una formación sólida y un proceso de profesionalización consolidado; por otra parte, la constante necesidad de legitimar su labor genera sensaciones de desgaste emocional. En el marco actual de la gestión de enfermería, las dinámicas sociales, las incomprensiones y los conflictos han tenido repercusiones en su autoestima. Ante esta realidad, la enfermera necesita identificar sus estados emocionales y proyectar socialmente una valoración positiva de su rol profesional.

**Autoevaluación:** Este elemento se vincula con el grado de satisfacción laboral. Según investigaciones realizadas, los enfermeros presentan un nivel de satisfacción moderado con su trabajo, sin observarse diferencias significativas entre quienes laboran en el sector público y aquellos en el ámbito privado. En cuanto a las condiciones físicas del trabajo, éste trae mayor

grado de satisfacción a las enfermeras del sector privado. Respecto a las condiciones físicas del entorno laboral, estas generan un mayor nivel de satisfacción en los enfermeros del sector privado. No obstante, en ambos grupos se evidencia insatisfacción en relación con las remuneraciones y oportunidades de ascensos. Todas destacan su mayor satisfacción personal que laboral (Torres y Sanhueza, 2006).

### ***Componente Conductual.***

***Autonomía:*** Durante los últimos años, diversos autores han estudiado la falta de potestad tanto real como percibida en enfermería como profesión. Erlem y Frost aseguran que, “las enfermeras se sienten sin poder para influenciar la toma de decisiones éticas relacionadas con el cuidado de sus pacientes”. En contraste con el juicio generalizado acerca de la ausencia de potestad y autonomía, Holmes y Gastaldo señalan que, “de distintas maneras, ellas ejercen poder y que son un grupo profesional muy poderoso, con gran influencia sobre los individuos y las poblaciones y que generan conocimiento e influyen en decisiones políticas”. Además, se estima que los profesionales de enfermería se han enfocado mucho en factores técnicos, desatendiendo implicaciones políticas de la profesión.

***Actitud profesional:*** Según estudios realizados por González y González (2004) sobre la actitud profesional de la enfermera, existe un cambio de escenario para enfermería caracterizado por una mayor actitud profesional. Un resultado relevante en este ámbito indica que los enfermeros colegiados evidencian un más nivel de actitud profesional, al igual que aquellos menores de 30 años y con menos de dos años de experiencia laboral. Este fenómeno podría explicarse por el énfasis que la formación academia ha otorgado al carácter profesional de enfermería, aspecto que no siempre se refleja en el ejercicio laboral.

### **Bases teóricas**

La investigación se fundamenta en la “Teoría General de la Enfermería” de la Dra, Dorothea Orem. En el transcurrir de los años la enfermería ha evolucionado como ciencia y profesión, la cual va respaldada por teorías o modelos que otorgan significado y método, y por

el ejercicio propiamente dicho que lo hace funcional. Los modelos y teorías de enfermería pretenden describir y establecer las acciones que integran la práctica de enfermería en su conjunto.

El enfoque integral de enfermería para Dorotea Orem, se estructura en tres teorías interrelacionadas: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Conceptualiza la salud como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo tanto, la salud no puede separarse de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye el fomento y el mantenimiento de la salud, el manejo de las enfermedades y la anticipación de posibles complicaciones. La esencia de enfermería es el cuidado, cuyo objetivo es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico”. La perspicacia espontánea de Orem la llevó a su formalización inicial y consecuente concepto general derivado inductivamente de Enfermería. Aquella universalización llegó a ser posible luego de pensamientos deductivos sobre enfermería. En la práctica la Teoría de Orem sigue las fases siguientes: (a) estudiar los factores, las alteraciones de la salud y carencias en el autocuidado; (b) la recolección de datos sobre las dificultades y el análisis del conocimiento, habilidades, motivación y orientación del cliente; (c) escudriñar datos para encontrar cualquier deficiencia de autocuidado, lo cual será la base para el proceso de intervención de enfermería; (d) proyectar y la plantear la manera de capacitar y alentar al cliente para conseguir su participación activa en las decisiones del autocuidado de su salud; y (e) colocar el método de enfermería en acción y apropiar el rol de cuidador u orientador, en participación con el cliente.

Las funciones de autocuidado se asimilan según el individuo madura, pero se pueden ver modificados por creencias culturales, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. Edad, etapa del desarrollo, y estado de salud que pueden incumbir en la capacidad del individuo para desarrollar las actividades de autocuidado; por ejemplo, un padre o un tutor debe

brindar permanentemente atención terapéutica al niño.

Orem afirma que hay tres niveles de requerimiento de cuidados de enfermería y son: los cuidados universales, los cuidados personales relacionados con el desarrollo y los cuidados personales ante alteraciones de la salud.

Los Cuidados Universales.

Los que necesitan todas las personas para conservar el funcionamiento integral como ser humano.

Los cuidados personales relacionados con el Desarrollo

Nacen como respuesta de las fases del crecimiento y desarrollo, Ej. La menarquia y la menopausia, o de las etapas que influyen en el crecimiento y desarrollo humano Ej. La pérdida de un ser querido o del trabajo.

Los cuidados personales ante alteraciones de la salud

Aquellos originados por lesiones o traumatismos, inhabilitación, intervenciones médicas y terapia médica y que precisan de instalar cambios de hábitos y en el estilo de vida. Con este método el cuidado es premeditado, con objetivos puntuales que inicia y encamina a la propia persona; es efectivo y promueve la independencia.

Para el funcionamiento de las actividades expuso tres métodos de compensación: (a) total, exige que se actúe por él; (b) parcial, solo exige apoyo en funciones terapéuticas; y (c) de acción educativa, cuando el individuo puede adoptar la manera de realizar su cuidado bajo algunas indicaciones, pero necesita apoyo emocional.

### **Definición conceptual de términos**

**Conocimientos:** Es la acción y efecto de conocer. Entendimiento, inteligencia, razón natural.

**Actitud:** Es la disposición de ánimo manifestada ante un hecho, postura del cuerpo humano, particularmente cuando está influenciada por las variaciones del estado de ánimo.

**Práctica:** La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos

conocimientos.

**AH1N1:** Las cepas del virus Influenza A tienen asignadas una nomenclatura basada en la composición "*H-Número*" (hemaglutimina) y "*N-Número*" (neuramidasa.) considerando las diferentes versiones que puedan contener ambas proteínas. Existen 16 subtipos "H" y 9 subtipos "N" reconocidos en aves, aunque sólo 3 "H" y 2 "N" son típicamente halladas en los seres humanos.

**Eficacia:** Es la habilidad para lograr el resultado esperado o deseado tras llevar a cabo una acción.

**Medidas preventivas:** Es algo que se puede hacer para prevenir que ocurra algún acontecimiento desagradable de cualquier índole.

**Conocimientos de las medidas preventivas:** Es conocimiento la recopilación de información acumulada a través del aprendizaje, la pericia o mediante la reflexión; el conocimiento de las estrategias de prevención se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados entre sí, con el objetivo de aplicarlo en la

## Capítulo III

### Metodología

#### Descripción del área geográfica de estudio

La investigación se llevó a cabo en la Clínica Good Hope, situada en Malecón Balta 956 Distrito de Miraflores, departamento de Lima. Cuenta con tres torres: La Torre A para Emergencia, Hemodinámica, Hospitalización e Informática; la Torre B para Hospitalización y administrativos y la Torre C para consultorios externos. La atención es abierta a todas las personas que tengan un seguro privado de salud, garantía de salud y público particular. El Servicio de Hospitalización II Piso B donde se realizó el estudio cuenta con veinticinco camas, se encuentra ubicado en la Torre B, cuenta con un ambiente adecuado para todo tipo de pacientes que requieran cuidados generales a excepción de pacientes ginecológicas y pediátricos.

#### Población y Muestra

El grupo poblacional fue conformado por 40 personas, se tomó a toda la población para el estudio entre enfermeras asistenciales y técnicas de enfermería que participaron en el programa “Pacientes sin Neumonía” (PASNA) del área de Hospitalización 2° piso Torre B de la Clínica Good Hope.

#### *Criterios de inclusión y exclusión*

##### **Criterios de inclusión.**

La totalidad del personal de enfermería, tanto profesional como técnico de enfermería que labora en el servicio de hospitalización 2do piso B.

##### **Criterios de exclusión.**

No se consideró, por el tiempo de duración todo el personal pudo participar incluyendo vacaciones y descansos.

#### Tipo y diseño de estudio

El estudio realizado fue de tipo longitudinal prospectivo, el diseño de tipo

preexperimental con grupos de las mismas características, un total de 40 personas entre profesionales de enfermería y personal técnico, a los cuales se les realizó un test antes y después del programa de intervención “Pacientes sin neumonía aspirativa”, para obtener la información que se desea, se analizó tres variables de estudio: conocimientos, actitudes y prácticas, sin existir manipulación de la misma. Se aplicó un pre test tipo diagnóstico sin grupo de control, después de la intervención se aplicó el post test.

G    O<sub>1</sub>    X    O<sub>2</sub>

Donde:

**G:** Grupo experimental

**O<sub>1</sub>:** pretest de las variables conocimiento, actitud y práctica

**X:** Programa “PASNA” (Variable tratamiento)

**O<sub>2</sub>:** pos test de las variables conocimiento, actitud y práctica

## **Hipótesis de la Investigación**

### ***Hipótesis General.***

Ha: El programa “Paciente sin neumonía Aspirativa” tiene un efecto significativo en conocimiento, actitudes y prácticas para las medidas preventivas del personal de enfermería del servicio de hospitalización II piso B de la clínica Good Hope.

Ho: El programa “PASNA” no tiene un efecto significativo en conocimiento, actitudes y prácticas de las medidas preventivas del personal de enfermería del servicio de hospitalización II piso B de la clínica Good Hope.

### ***Hipótesis Específicas***

Ha: El programa “PASNA” tiene un efecto significativo en el conocimiento de las medidas preventivas del personal de enfermería del servicio de hospitalización II piso B de la clínica Good Hope.

Ho: El programa “PASNA” no tiene un efecto significativo en el conocimiento de las medidas preventivas del personal de enfermería del servicio de hospitalización II piso B de la

clínica Good Hope.

Ha: El programa "PASNA" tiene un efecto significativo en las actitudes de las medidas preventivas del personal de enfermería del servicio de hospitalización II piso B de la clínica Good Hope.

Ho: El programa "PASNA" no tiene un efecto significativo en las actitudes de las medidas preventivas del personal de enfermería del servicio de hospitalización II piso B de la clínica Good Hope.

Ha: El programa "PASNA" tiene un efecto significativo en las prácticas de las medidas preventivas del personal de enfermería del servicio de hospitalización II piso B de la clínica Good Hope.

Ho: El programa "PASNA" no tiene un efecto significativo en las prácticas de las medidas preventivas del personal de enfermería del servicio de hospitalización II piso B de la clínica Good Hope.

### **Variables**

Variable independiente: Efectividad del programa "PASNA"

Variable dependiente: Conocimiento, actitudes y prácticas.

## Operacionalización de las variables

### Operacionalización de las variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Escala de Medición
Conocimiento	Es el conjunto de información sobre acciones que debe seguir el enfermero en el momento de la actuación directa con el paciente que ayudará a evitar una neumonía aspirativa.	Es lo que la enfermera sabe o recuerda de las actividades de aspirar secreciones bronquiales, cambios posturales y movilización de paciente, vigilancia de la nutrición enteral, asistencia a pacientes con disminución del sensorio para evitar la neumonía aspirativa en pacientes hospitalizados. Se aplicará la siguiente escala: Malo: >11 Regular: 11 - 15 Bueno: 15 – 18	Aspiración de secreciones bronquiales  Cambios posturales y movilización de pacientes. Vigilancia de la nutrición enteral  Asistencia a pacientes con disminución del sensorio y sedación	1. ¿Cuál es el ruido predominante en la auscultación de campos pulmonares en pacientes que presentan secreciones bronquiales? 2. ¿En qué momento se realiza una auscultación minuciosa de los campos pulmonares? 3. ¿Cuál es el ángulo correcto para mantener la cabecera del paciente que presenta abundantes secreciones bronquiales? 7. ¿Qué medidas toma en cuenta antes de cada movilización del paciente con nutrición enteral continua? 8. Antes de iniciar la nutrición enteral continua, ¿cuáles son las acciones que realiza? 9. ¿Cuál es la posición correcta para un paciente con nutrición enteral continua? 10. ¿Cómo se valora la tolerancia gástrica en pacientes con nutrición enteral continua? 11. ¿Cuáles son los signos en un paciente que no tolera la nutrición enteral? 12. ¿Cómo se verifica la motilidad intestinal del paciente? 13. ¿Cuál es el periodo de administración de dieta enteral continua? 11. ¿Cuáles son las condiciones a considerar en el paciente que está en condiciones de ingerir una dieta vía oral?	0. Incorrecto 1. Correcto

Actitud	Predisposición del personal de enfermería para aplicar los cuidados necesarios en el momento de la atención directa al paciente con riesgo de broncoaspiración	Posición real que tiene el enfermero al momento de la actuación directa al paciente para realizar actividades como aspirar secreciones, cambio postural y movilización, vigilancia de nutrición enteral, asistencia a pacientes con disminución del sensorio para evitar la NA. Se aplicará la siguiente escala: Desfavorable Medianamente favorable Favorable	Aspiración de secreciones bronquiales  Cambios posturales y movilización de pacientes  Vigilancia de la nutrición enteral  Asistencia a pacientes con disminución del sensorio y sedación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuando el paciente presenta secreciones bronquiales, la auscultación de los campos pulmonares debe ser:</li> <li>2. Cuando el paciente es portador de traqueostomía o tubo endotraqueal, auscultar minuciosamente los campos pulmonares debe ser:</li> <li>3. Cuando el paciente presenta abundantes secreciones bronquiales, mantener el ángulo adecuado de la cabecera debe ser:</li> <li>4. Cuando el paciente presenta abundantes secreciones bronquiales, aspirar secreciones antes de administrar la dieta debe ser:</li> <li>5. Cuando el paciente tiene evidencia de secreciones, realizar la aspiración debe ser:</li> <li>6. Realizar higiene oral regularmente en el paciente con secreciones, debe ser:</li> <li>7. En el paciente con nutrición enteral continua, suspender la nutrición antes de movilizarlo debe ser:</li> <li>8. En el paciente con nutrición enteral continua, medir la tolerancia gástrica antes de iniciar la dieta debe ser:</li> <li>9. En el paciente con alimentación enteral por sonda, tener una posición correcta debe ser:</li> <li>10. En pacientes con nutrición enteral continua, la valoración de la tolerancia gástrica debe ser:</li> <li>11. En el paciente que no tolera la nutrición enteral continua, la valoración gástrica frecuentemente debe ser:</li> <li>12. En el paciente con nutrición enteral, verificar la motilidad intestinal debe ser:</li> <li>13. En el paciente con nutrición enteral continua, determinar el periodo de tiempo de administración de dieta debe ser:</li> <li>14. En el paciente adulto mayor, verifica si está en condiciones de ingerir una dieta vía oral debe ser:</li> </ol>	<p>0.Sin importancia</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Poco importante</li> <li>2. Importante</li> <li>3.Muy importante</li> <li>4. Indispensable</li> </ol>
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



---

Asistencia a pacientes con disminución del sensorio y sedación	<p>que no tolera la nutrición enteral? ¿Evalúa la motilidad intestinal del paciente con ruidos hidroaéreos y presencia de deposiciones?</p> <p>13. En pacientes con nutrición enteral continua ¿inicia la dieta 10 am. Cumpliendo las 4 horas de reposo gástrico?</p> <p>14 ¿Evalúa si el paciente está en condiciones de ingerir dieta oral?</p> <p>15. ¿Coloca al paciente con disminución del sensorio en posición fowler para asistirlo en la dieta por vía oral?</p> <p>16. ¿Administra alimentos semilíquidos, sin lácteos, ni pegajosos al paciente que progresa a dieta por vía oral?</p> <p>17. ¿Administra en volúmenes de 50 a 100 ml al paciente que inicia su alimentación por vía oral?</p> <p>18. ¿Mantiene al paciente en posición semifowler luego asistirlo en dieta por vía oral?</p>
----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

---

### **Instrumentos de Recolección de Datos.**

En esta investigación se diseñaron tres herramientas para la recopilación de información, los cuales fueron validados por tres expertos, consta de introducción, instrucciones, datos generales seguidos de 18 preguntas para conocimientos, 18 ítems para actitud y 18 ítems para prácticas, divididos en tres aspectos: valoración y cuidados generales del paciente con neumonía, cuidados generales del paciente con nutrición enteral y cuidados generales del paciente adulto mayor con ingesta vía oral. Tiene un nivel de confiabilidad de  $\alpha=0.886$

El instrumento fue aplicado en tres tiempos para el pre test y luego aplicado el programa nuevamente en tres tiempos el post test, cada uno de ellos con 18 preguntas y los mismos parámetros de evaluación. Los mismos que fueron aplicados a las enfermeras y personal técnico de enfermería.

Para determinar el grado de conocimiento, se empleó el cuestionario que consta de una introducción, objetivo del instrumento, autorización, datos generales de los participantes basándonos en el conocimiento del cuidado integral del paciente.

Para actitud se utilizó un cuestionario, los ítems se evaluaron por medio de la escala de likert: poco importante, importante, muy importante, indispensable.

Las prácticas fueron medidas mediante la observación con la ayuda de dos expertos, con los ítems realiza y no realiza.

La encuesta fue la técnica utilizada para la recolección de datos (pre y post test), las respuestas en los instrumentos tienen Escala de Lickert.

Se aplicó el cuestionario al grupo de enfermeras y técnicas que participaron en el estudio, todos ellos trabajan en el servicio de hospitalización 2° piso B de la clínica Good Hope, seguido del test de actitud aplicado mediante observación con el apoyo de una Enfermera Supervisora y un Médico Internista del Staf más un test de aplicación, considerando estos como un diagnóstico (pre test). Con los resultados de diagnóstico se elaboró un programa de

intervención, la misma que se desarrolla con capacitaciones, seminarios dirigidos cada quince días con dos horas de duración, y además de monitoreo personalizado al personal por la investigadora. Después del proceso de intervención se aplicó el cuestionario al que se denomina post test, consiste nuevamente por el cuestionario de conocimientos, de actitud y de prácticas.

### **Proceso de recolección de datos**

Para la recolección de los datos, después de haber solicitado los permisos respectivos a la administración de la institución, la investigadora juntamente con su personal de apoyo (2 personas), quienes previamente fueron capacitados recogieron los datos a través de los instrumentos elaborados durante los horarios de trabajo. El instrumento de conocimientos y actitudes fue entregado al participante dejándolo en sus manos para ser llenado en el momento que el creyera más apropiado, horas después el instrumento fue recepcionado por el personal de apoyo y/o la investigadora. El mismo procedimiento fue utilizado en los dos momentos (pre test y pos test).

### **Procesamiento de Datos.**

Para realizar el análisis de los datos se utilizó el software IBM SPSS versión 20, donde se consignan las variables e ítems considerados en el instrumento de medición para cada una de las variables, luego se ingresaron los datos previa codificación. Se realizó la limpieza de datos teniendo en cuenta el criterio de exclusión de casos que presentaban ítems menores de 10%, luego se realizó el procesamiento de los datos mediante la función de suma y reinterpretación en el software. Para presentar los hallazgos se elaboraron tablas de resumen con las medidas de tendencia central, dispersión y el valor de la prueba de t de Student para datos apareados. La prueba t de Student para datos apareados fue aplicada debido a que se pudo comprobar los supuestos de normalidad en la diferencia de las puntuaciones medias de los dos momentos en todas las variables. Para realizar el análisis de los supuestos de normalidad se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk, obteniéndose los siguientes valores, para

conocimientos (S-W= 0.953;  $p=0.099$ ), para prácticas (S-W= 0.984;  $p=0.834$ ) y para actitudes (S-W= 0.966;  $p=0.270$ ), lo que indica que los datos sometidos al análisis estadístico tienen una distribución normal a un nivel de significancia de 5%.

**Consideraciones éticas.**

Se coordinó con la administración de la clínica para el permiso respectivo y el apoyo correspondiente en el desarrollo del programa. El personal profesional y técnico de enfermería asistió a los talleres los días jueves según sus rotaciones en horarios desde las 10 hrs a 12hrs, según cronograma y se logró la participación de todo el personal.

## Capítulo III

### Resultados y discusión

#### resultados

*Tabla 1: Características Socio – Demográfica y laborales del personal de enfermería del servicio de Hospitalización II Piso Torre B de la Clínica Good Hope.*

<b>Características generales y categorías</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Edad		
21-30	29	72.5
31-40	8	20.0
41 a más	3	7.5
Estado civil		
Casada	11	27.5
Soltera	29	72.5
Profesión		
Enfermera	16	40.0
Técnico	24	60.0
Tiempo de servicio		
1-4 años	32	80.0
5-8 años	8	20.0
Especialidad		
Si	2	12.5
No	14	87.5
Horas trabajadas en la institución.		
150 a 180 hrs	36	90.0
181-200 hrs	3	7.5
mayor de 200	1	2.5
Horas trabajadas fuera de la institución.		
48-72	15	37.5
72-96	1	2.5
120-150	1	2.5

En la Tabla 1 se muestra algunas características socio demográficas de los participantes del estudio. El mayor porcentaje del personal en estudio está compuesto por jóvenes 72.5% el resto por personas mayores de 30 años 27.5%, la mayoría de los participantes son solteros 72.5% y más de la mitad son personal técnico 60% y enfermeros solo el 40%, la mayor parte de la población 80% es relativamente nuevo entre 1 a 4 años de servicio en la institución mientras el 20% restante tiene más de 8 años de servicio, de todas las Enfermeras participantes solo dos 12.5% tienen especialidad, el mayor porcentaje de los encuestados 90% trabajan de 150 a 180 horas mensuales dentro de la institución mientras que el 10% restante trabaja más de 180 horas en la Institución, pero el 37.5% de la población trabaja hasta 72 horas fuera de la institución.

Variables y categorías	Pre test		Post test	
	n	%	n	%
<b>Conocimiento</b>				
<i>Malo</i>	33	82.5	1	2.5
<i>Regular</i>	7	17.5	11	27.5
<i>Bueno</i>	0	0.0	28	70.0
<b>Actitud</b>				
<i>Desfavorable</i>	21	52.5	1	2.5
<i>Medianamente favorable</i>	18	45.0	28	70.0
<i>Favorable</i>	1	2.5	11	27.5
<b>Práctica</b>				
<i>No favorable</i>	15	37.5	8	20.0
<i>Medianamente favorable</i>	24	60.0	19	47.5
<i>Favorable</i>	1	2.5	13	32.5

La tabla 5 muestra los resultados de la distribución de frecuencia para las categorías de las variables estudiadas en los dos momentos de medición. En cuanto a la variable conocimiento los resultados del pre test muestran a un 82.5% de los participantes con conocimientos malos y a un 17.5% con conocimiento regular, se visualiza un cambio considerable en el pos test respecto a esta variables, pues el 70.0% presentó conocimiento bueno, 27.5% conocimiento regular y 2.5% conocimiento bajo. En cuanto a la variable actitud en el pre test el 52.5% presentó actitud desfavorable, el 45.0% actitud medianamente favorable y 2.5% actitud favorable; y en el postest el 27.5% presentó actitud favorable, 70% actitud medianamente favorable y 2.5% actitud desfavorable. Los resultados del pre test en cuanto a las prácticas muestran a un 37.5% con prácticas no favorables, 60.0% con prácticas medianamente favorables y 2.5% con prácticas favorables; resultados que cambiaron en el pos test donde se visualiza a un 32.5% con prácticas favorables, 47.5% con prácticas medianamente favorables y a un 20.0% con prácticas no favorables.

Para determinar la eficacia del programa "PASNA" se procedió a realizar la comparación de medias a través de la prueba t de Student para datos apareados para cada variable, previa comprobación de los supuestos que exige esta prueba paramétrica, la significancia considerada fue  $\alpha=5\%$ .

*Tabla 2 Comparación de las puntuaciones obtenidas en el pre test y pos test para el conocimiento, actitud y práctica de los profesionales de enfermería en cuanto a las medidas preventivas de neumonía aspirativa en el Servicio de Hospitalización II piso torre B*

<b>Medición de las variables</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Me</b>	<b>RI</b>	<b>X</b>	<b>S</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Pre test conocimiento	3	12	9	3	8.58	2.30	16.448	0.000
Post test conocimiento	10	17	15	2.75	15.03	1.75		
Pre test actitud	21	55	32	20.75	35.25	11.13	7.658	0.000
Post test actitud	33	62	50	7.75	50.75	5.58		
Pre test práctica	7	15	11	2	11.15	1.94	3.826	0.000
Post test práctica	8	17	14	4	13.20	2.44		

Los resultados de la tabla 6 muestran los resultados de la prueba estadística basada en rangos negativos, se evidencian cambios estadísticamente significativos para la variable conocimiento ( $t=16.448$ ,  $p=0.000$ ), actitud ( $t=7.658$ ,  $p=0.000$ ) y la variable práctica ( $t=3.826$ ,  $p=0.000$ ).

### **Discusión**

En este trabajo se identificó conocimientos, actitudes y prácticas de las medidas preventivas del personal de enfermería. Los resultados están relacionados al déficit de conocimiento, la actitud que presenta el personal frente a una medida preventiva ya sea por tiempo, por sobre carga laboral y/o estrés laboral, lo que conlleva a la decisión que toma el personal sobre la realización o aplicación de las medidas preventivas, Báez y Samudio (2013), mencionan que, aunque los resultados del estudio evidenciaron un déficit en el nivel de conocimiento, la actitud del personal fue favorable, los resultados sobre la práctica evidencian la obligación de reforzar el conocimiento en medidas preventivas de la neumonía asociada a ventilación mecánica a través de un programa de educación continua para los profesionales. Rivera et al. (2005) menciona en su estudio que el grado aceptado de prácticas se incrementó en los servicios básicos de 27,3% a 54,5%, y en los especializados de 61% a 75,6%; en la discusión menciona que la actitud positiva del grupo estuvo elevada desde los inicios, lo que posiblemente explica que el cambio no fuera significativo, en comparación con lo observado en el grado de conocimientos, que mostro un aumento notable.

Los resultados obtenidos acerca de conocimientos, muestra diferencias positivas

significativas entre el pre y post test, evidenciado en los aspectos evaluados de la tabla 5, los cuales repercutirán positivamente en la calidad de atención del personal. Condor P., et al (2013), en su estudio los enfermeros tuvieron un grado de conocimiento adecuado, en relación con otros profesionales de salud el porcentaje es elevado, concluyendo que el 66.3% tuvo conocimientos adecuados, pudiendo mejorar con un programa de capacitación. Báez y Samudio (2013), en sus resultados, los conocimientos del personal de enfermería no fue el óptimo, El conocimiento más alto de los encuestados se centró en la frecuencia de las aspiraciones, la adecuada posición del paciente, la periodicidad de cambio de los sistemas de humidificación pasiva, y el marcador de la presión del manguito del tubo endotraqueal. Sin embargo, se evidenció desconocimiento en cuanto a la protección la conexión en Y mientras se realiza la aspiración endotraqueal con la asistencia de otra persona, ningún encuestado evidenció conocimiento completo. Esto resalta la importancia de implementar programas de capacitación y supervisión de las prácticas en los hospitales, particularmente en las zonas de mayor riesgo a fin de asegurar la adecuada ejecución de técnicas y procedimientos en la atención de pacientes críticos.

En cuanto al cambio conductual, Torres y Sanueza (2006), refieren que la enfermería como profesión ha sufrido transformación ideológica durante los últimos años, sin embargo enfermeras convencidas de su identidad han sido un referente teórico sobre el rol, aun persistiendo las relaciones jerárquicas respecto a la profesión médica, concluyendo en su estudio que enfermería tiene limitada autonomía técnica y carece de una definición clara como disciplina con funciones propias, lo cual influye en el autoestima de la profesión, haciendo más lento el avance o la mejora continua de la profesión. Condor et al (2013), en su estudio a dos hospitales de Lima sobre conocimientos, actitudes y prácticas de bioseguridad a unidades de cuidados intensivos mencionan que el 95% del personal de enfermería presentaron actitudes positivas, mientras que para prácticas el 47.5% tuvo un nivel bueno y el 52.5% regular, resaltando un buen cumplimiento de prácticas en relación a otros profesionales de salud. Para

el presente estudio el cambio conductual fue favorable, encontrándose en todo momento actitudes positivas en el personal de enfermería, evidenciado por los porcentajes mayores para “muy importante” e “importante” en cada uno de los aspectos evaluados.

Los hallazgos evidenciados para prácticas en esta investigación no fueron tan significativos, se evidenció en el pre test que el personal de enfermería realizaba una práctica adecuada pese a no tener un adecuado conocimiento, sin embargo luego de aplicado el programa se observó que las prácticas mejoraron sin llegar a lo esperado, también se observó que las prácticas son ahora fundamentadas y seguras, y que el conocimiento acompañado de la actitud aseguran un proceso de calidad. Báez y Samudio (2013), mencionan que, hay presencia de una estrecha relación entre el conocimiento y la acción para disminuir los elementos que facilitan la propagación. Es fundamental que los enfermeros cuenten con conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas en la prevención de neumonías asociadas a la ventilación mecánica es necesaria, ya que como parte del equipo multidisciplinario de salud se encuentra más cerca del paciente, es quien puede reconocer signos de alarma y tiene la responsabilidad de aplicar las medidas preventivas mediante una práctica correcta mientras esté a cargo del cuidado del paciente crítico y en ventilación mecánica. Cuellar et al. (2004) mencionan que hubo aumento en la realización de prácticas adecuadas de 5,6% a 37% para el lavado de manos, 33,9% a 53,2% en la técnica correcta de lavado de manos, logrando incrementar luego de 10 semanas de programa de intervención los porcentajes de adherencia a las normas generales para prevenir y controlar infecciones en el hospital. Manrique y Ariza (2009) mencionan que en su estudio se registraron cambios en el conocimiento, pero menor significación en actitudes y prácticas, coincidiendo en la conclusión que se requiere de acompañamiento y apoyo más largo para lograr cambios significativos en las prácticas.

Sobre las medidas preventivas, se identificó que deben considerarse las siguientes: Prevención de la broncoaspiración durante la administración de la dieta por vía oral, prevención de la broncoaspiración durante la administración de la dieta por sonda, evitar la aspiración de

secreciones bronquiales infectadas, prevención de la broncoaspiración durante la movilización del paciente y prevención de la broncoaspiración durante la sedación y el coma. Carrillo y Salazar (2012), en sus conclusiones consideran tener medidas preventivas en los pacientes con alteración del nivel de conciencia, prolongada estadía hospitalaria, calidad de las secreciones de los pacientes, los cambios de decúbito de los pacientes y la aspiración de secreciones también recomiendan implementar guías y protocolos que unifiquen la práctica.

Romero – Urbina (2011), coinciden con evitar la estancia hospitalaria prolongada, medidas preventivas para pacientes con alteración del nivel de conciencia, el lavado de manos y la asepsia para evitar infecciones intrahospitalarias, realizar guías y protocolos que dirijan el actuar de enfermería.

## Capítulo IV

### Conclusiones, limitaciones y recomendaciones

#### Conclusiones

En el nivel de conocimiento de las medidas preventivas, es posible sostener que los enfermeros evidencian tener mejores conocimientos en el post-test, repercutirá positivamente en la calidad de atención.

Respecto al comportamiento frente las medidas preventivas, se percibe una mejora positiva con la intervención del programa PASNA mostrando su efectividad, lo cual puede atribuirse a un mejor nivel de conocimiento y una buena disposición para el cambio. La buena disposición favoreció a ejecutar las herramientas de capacitación lo que se tradujo en el trabajo, reconociendo la importancia de la adherencia de los protocolos, los cuales llevarán a un aumento en la calidad de las prácticas relacionadas con el manejo adecuado de pacientes en riesgo adquirir Neumonía Aspirativa.

Las prácticas sobre las medidas preventivas, que eran adecuadas antes del programa, han mejorado con el cambio de actitud, lo cual confirma la relación estrecha entre el saber y el hacer, la intervención del Programa PASNA para las prácticas contribuyó en el fortalecimiento del hacer, sin embargo, se requiere mayor tiempo de dedicación para llegar a lo deseado.

En cuanto a la efectividad del programa PASNA se observó que para conocimientos los resultados fueron positivos, lo mismo que para actitudes, pero para las prácticas la dispersión no se redujo significativamente, esto puede deberse a diversos factores que demuestran que el proceso de la práctica es de reacción lenta, llegando a la conclusión que el programa PASNA fue eficaz para conocimientos, actitudes y prácticas, considerando que las prácticas requiere mayor tiempo para obtener el cambio ya que no se cambia de manera inmediata.

#### Limitaciones

Una limitación encontrada fue la poca colaboración de los enfermeros y técnicos de enfermería para responder el pre y post test, debido a sus actividades laborales recargadas.

Otra de las limitaciones fue la asistencia del personal de enfermería a los módulos realizados, se trabajó para mantener la motivación y jalar la atención de cada personal para lograr obtener el 100% de asistencia.

### **Recomendaciones**

El desarrollo del programa PASNA basado en el análisis de los factores humanos que facilitan la morbilidad, tales como: cambios en el nivel de conciencia, alteraciones deglutorias, Niveles bajos de los reflejos laríngeos y vaciamiento gástrico lento, entre otros, se estableció un adecuado uso de las medidas preventivas relacionado a la atención de los enfermeros del servicio del Hospitalización 2do piso B, determinando así que la incidencia de Neumonía Aspirativa se relaciona a la prevención hospitalaria.

Se considera las siguientes recomendaciones:

Activar un programa sobre medidas preventivas para el personal profesional y técnico de enfermería del área de Hospitalización de la Clínica Good Hope, enfatizando el manejo de pacientes con patologías respiratorias.

Continuar el presente estudio dándole mayor énfasis a las “prácticas” ya que es la que requiere mayor tiempo y dedicación para lograr el cambio deseado

Implementar un programa de monitoreo de las medidas preventivas para toda el área de Hospitalización, en pacientes con patologías respiratorias.

### Referencias bibliográficas

- Actualidades del Mundo (2014) Actualidades del mundo de la cirugía torácica. Neumol Cir Torax. Vol 73 (2): 57-59.
- Aguilar, J. (2010). Elaboración de Programas de Capacitación. Network de Psicología Organizacional. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.
- Aguinaga, S., Belzunegui, T. (2014). Variación de las características y epidemiología de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios. An. Sist. Sanit. Navar. Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario de Navarra. (37 (1): 139-14). Pamplona, España.
- Almirall, J., Cabré, M., Clavé, P., (2007). Neumonía Aspirativa. Revisiones, Hospital de Mataró. Consorcio Sanitaria del Meresme. Universidad Autónoma de Barcelona, Mataró, Barcelona, España.
- Arévalo C., (2006). Propuesta metodológica para la educación en salud de la persona, la familia y la comunidad, Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona" facultad de Ciencias de la Educación. La Habana, Cuba.
- Báez, F., Samudio, M. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería sobre medidas de prevención de neumonías asociadas a la ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos de adultos del Instituto de Previsión Social. RMI.
- Boaños-Reyes, R., Galaz, A., Hazzel de la Fuente, C., Torres Pacheco, M., (2014). Factores de riesgo relacionado a estancia hospitalaria prolongada en pacientes pediátricos con neumonía. Rev. Invest. Med. Sur. (Enero-marzo 21(1)). México.
- Cajas, A. (2012). Manejo de vía aérea artificial en pacientes con neumonía nosocomial del Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito durante el periodo 2011-2012. Universidad Técnica del Norte. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Terapia Física. Ibarra, Ecuador.
- Carbajal, C., Pobo, A., Díaz, E., Lisboa, T., Llauradó, M., Rello, J. (2010). Higiene oral con

- Clorhexidina para la Prevención de Neumonía en Pacientes Intubados: Revisión Sistemática de Ensayos Clínicos Aleatorizados. Revista Guíasalud.es. Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 135 núm. 11. Barcelona, España.
- Carrillo-Ñáñez, L., Muñoz-Ayala, M., Carrillo-García, P. (2013). Neumonía Aspirativa en pacientes adultos mayores. Rev. Soc. Med. Interna; (vol. 26 (2) 71). Perú.
- Cuyubamba N., (2004). Conocimientos y actitudes del personal de salud hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad del Hospital "Felix Mayorca Soto" Tarma, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Cóndor, P., Enríquez, J., Ronceros, G., Tello, M., Gutiérrez, E. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre bioseguridad en unidades de cuidados intensivos de dos hospitales. Revista Peruana de Epidemiología. Lima, Perú.
- Chavez, A., Díaz, A., Ramírez, J. (2009). Guía práctica clínica. Diagnostico y tratamiento de neumonitis por aspiración de alimento en niños. Gobierno federal de México.
- Dalila, Y., Martínez, M., Samalvidez, F., Velarde, V., Gotuzo, E., Gayoso, O. y Tomateo, D. (2003). El Impacto de la Neumonías Intrahospitalarias en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Estadísticas UCI Clínica Good Hope. Registro estadístico de morbilidad de pacientes en UCI. Lima, Perú.
- Factores de riesgo y mortalidad por neumonía intrahospitalaria en la Unidad de Terapia Intensiva de Ictus. Edwave (2013). Mar; 13(2):e5637 doi: 10.5867 Medwave. 2013.02.5637.
- Fernández, F., Martínez, A. (2006). La Utilización de Antisépticos en la Higiene Bucal de Pacientes Intubados Conforme a la Evidencia. EVIDENTIA, Revista de Enfermería Basada en la Evidencia. Sep - Oct. 3 (11). <http://www.index-f.com/evidentia/n11/252articulo.php>.

- Fernández, J., Ochoa, M., Grajeda, P., Guzmán, E., Lugo, M., Gonzales, J. (2006). Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias. Guía para la prevención de neumonías intrahospitalarias. Dirección Regional de Salud, Dirección de Epidemiología. Cuzco, Perú.
- Figuerola, J., Rodríguez, B. y Peña, J. (2008). Neumonía Nosocomial. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. Unidad de Neumología Pediátrica.
- Garzón, L., Vega, R., Urán, M., Molina, M. (2004). Neumonía Nosocomial. Guía para la prevención, control y vigilancia epidemiológica de neumonía nosocomial. Dirección de Salud Pública, Área de Vigilancia en Salud. Bogotá, Colombia.
- Gómez, E., Hernández, L., García, D., Hardy, A., Flores, O., Sánchez, J. (2003). Neumonía por Aspiración. Dirección general del ISEM. Centro estatal de Información en salud. Toluca, México.
- Gómez, J. Grupo temático de Vigilancia de Enfermedades respiratorias. Dirección General de Epidemiología. Med. Epid. Epidemiol. (Vol. 22 (39)) Lima, Perú.
- Jiménez, L., Chavarriaga, M. (2011). Neumonía secundaria a Aspiración Silenciosa en Pacientes con Trastorno de Deglución Mayores de 30 años. Hospital Universitario san Ignacio. Cali, Colombia.
- Lira, M., Kunstmann, S., Caballero, E., Guarda, E., Villarroel, L., Molina, J. (2006). Prevención cardiovascular y actitud de cambio frente a los factores de riesgo: un análisis crítico del estado actual. Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Escuela de Enfermería, Universidad Mayor. Escuela de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile. Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile. Rev. Méd. (134: 223-230) Chile.
- Luna, A., Monteverde, A., Rodríguez, C., Apezteguia, C., Zabert, S., Ilutovich, G., Menga, W., Vasen, A. y Mera, J. (2005). Neumonía Intrahospitalaria: Guía clínica aplicable a Latinoamérica preparada en común por diferentes especialistas. Buenos Aires,

Argentina.

Mayorca, A. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas de medidas de bioseguridad, en la canalización de vía venosa periférica que realizan las internas de enfermería: UNMSM, Facultad de Medicina Humana. E. A. P. Enfermería. Lima, Perú.

Metheny, N. (2007). Cómo prevenir la aspiración en los adultos mayores con disfagia.

Prácticas de excelencia en los cuidados de enfermería de adultos mayores. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing. RN, PhD, FAAN. (Número 20, Revisado 2007). Saint Louis University School of Nursing.

Ministerio de Salud, Boletín epidemiológico. (2013). Semana epidemiológica numero 15 Abril, (vol. 22). <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>.

NCT, Neumol Cir Torax (2014). Mundo respiratorio. Vol. 73 - Núm. 1:57-59, Enero-marzo.

Noticias y comentarios. [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx).

Orellana-Carmona, M., Changa-Murga, R., Sullcapiuma-Guillen, B., Chávez-cacha, E. Técnicas asépticas en el cuidado enfermero a pacientes hospitalizados que requieren administración de fármacos y aspiración de secreciones del tracto respiratorio. Revista de Enfermería Herediana. (Vol. 6).

Organización Mundial De La Salud. (2014). Centro de prensa Estadísticas Sanitarias Mundiales. Datos positivos sobre la esperanza de vida. Comunicado de prensa. 15 de Mayo 2014. Ginebra, Suiza.

Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica. Incremento de la actividad de la influenza en América del Norte. 25 de Enero 2013.

Rivas, A., Hernandez M., Sellán, C., Santamaría, J., Blasco, T., Vasquez, A. (2006).

Determinación de los resultados intermedios de salud (RIS) dependientes de los cuidados en el Asma. Nure Investigación N°72. (134: 223-230). Setiembre-octubre 2014. Rev.

Méd. Chile.

Rivera, R., Castillo, G., Astete, M., Linares V., Huanco, D., (2005). Eficacia de un programa de

- capacitación en medidas básicas de prevención de infecciones intrahospitalarias.  
Med Exp, Salud Pública 22(2). Perú.
- Rochera, M. (2004). Vómito y Aspiración Pulmonar. Clase teórica de la SCARTD para el primer ciclo de formación continuada en anestesiología. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Área General. Barcelona.
- Rubio, A., Cartaya, M., Fernandez, M. (2007). Morbilidad por Bronconeumonía Bacteriana Extra Hospitalaria en el Adulto Mayor. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Salvador Allende" Policlínico Docente Héroes de Girón.
- Ruiz, T. (2006) Síndromes Aspirativos: Actitud Diagnostica y Terapéutica. Vol 64(1): 19-26.
- Serra, M., O´Farril, R., (2014). La infección intrahospitalaria en el diagnóstico de salud del Hospital General Docente "Enrique Cabrera". 2012. (Vol. 13, N° 2). La Habana: Cuba.
- Silveira, L., Domingo, V., García, N., Montero, C., Osuna del Pozo, M., Álvarez, L., Serra-Rexach, J. (2011). Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. Servicio de Geriátría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Nutr. Hosp. 26(3):501-510 ISSN 0212-1611. CODEN NUH0EQ S.V.R. 318. Madrid, España.
- Thursday, January 19 (2012). Neumonía Intersticial. Revista de Medicina y Farmacología.  
<http://medicinafarmacologia.blogspot.com/2012/01/bronconeumonia.html>
- Tuesday, January 17 (2012). Bronconeumonía. Revista de Medicina y Farmacología.  
<http://medicinafarmacologia.blogspot.com/2012/01/bronconeumonia.html>
- Torres, A., Olivia, A., Torres, A., Sanhueza O. (2006). Investigación Educativa en Enfermería. (Vol.24 no.2). Jul. /Dic. Medellín, Colombia.
- Yu-Chih, C., Shin-Shang, C., Li-Hwa, L., Li-Fen,W. (2006). The Effect of Intermittent Nasogastric Feeding on Preventing Aspiration Pneumonia in Ventilated Critically ill Patients. J Nurs Res.2006; 14:167-79. ISSN 1609-7211.

Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. (2013). Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. UNA. Mem. Inst. Investig. Ciencias de la Salud. (Vol. 11(1)) Junio 2013: 22-30.

## Apéndice

**Apéndice A: Instrumento de recolección de datos**

**Cuestionario sobre conocimiento, actitud y practica en relación a las medidas preventivas de neumonia aspirativa en la Clínica Good Hope**

**Introducción:**

Hola, mi nombre es Esther Carrascal, estudiante del programa de maestría en enfermería en la Escuela de Pos Grado de la Universidad Peruana Unión. Este cuestionario tiene como propósito de levantar la información sobre los conocimientos, actitudes y aplicación que usted posee sobre las medidas preventivas de la neumonía aspirativa. Esta información será de mucha importancia para desarrollar programas de capacitación a fin de fortalecer sus habilidades. Su participación es totalmente voluntaria y no será obligatoria llenar dicha encuesta si es que no lo desea. Si decide participar en este estudio, por favor responda el cuestionario, así mismo puede dejar de llenar el cuestionario en cualquier momento, si así lo decide.

Cualquier duda o consulta que usted tenga posteriormente puede escribirme a [esthercarrascal.c@gmail.com](mailto:esthercarrascal.c@gmail.com)

He leído los párrafos anteriores y reconozco que al llenar y entregar este cuestionario estoy dando mi consentimiento para participar en este estudio.

**INSTRUCCIONES:** Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presentan, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (X) la respuesta que crea que sea la correcta.

**DATOS GENERALES:**

- |                         |     |
|-------------------------|-----|
| 1. Edad:                |     |
| 21 – 30 años            | ( ) |
| 31 – 40 años            | ( ) |
| 41 a más años           | ( ) |
| 2. Estado Civil:        |     |
| Soltera                 | ( ) |
| Casada                  | ( ) |
| 3. Carrera o profesión: |     |
| Técnica                 | ( ) |
| Enfermera               | ( ) |

4. Ha realizado estudios de especialidad. Solo para enfermeras

Si ( )

No ( )

5. Tiempo de servicio:

1 a 4 años ( )

5 a 8 años ( )

9 a más ( )

6. Horas mensuales trabajadas dentro de la institución:

150 a 180 hrs ( )

180 a 200 hrs ( )

Mayor de 200 hrs ( )

7. Horas mensuales trabajadas fuera de la institución:

48 a 72 hrs ( )

72 96 hrs ( )

120 150 hrs ( )

### Instrumento (Conocimientos)

1. ¿Cuál es el ruido predominante en la auscultación de campos pulmonares en pacientes que presentan secreciones bronquiales?
  - a. Crepitantes
  - b. Estertores
  - c. Sibilantes
  - d. Roncantes
  - e. a y b
2. ¿En qué momento se realiza una auscultación minuciosa de los campos pulmonares?
  - a. Al inicio de su turno
  - b. Continuamente si el paciente tiene una patología respiratoria
  - c. Al final del turno
  - d. Continuamente si es un paciente portador de traqueotomía o Tubo endotraqueal
  - e. b y d
3. ¿Cuál es el ángulo correcto para mantener la cabecera del paciente que presenta abundantes secreciones bronquiales?
  - a. 40°
  - b. 50°
  - c. 30°
  - d. 90°
  - e. a y c
4. ¿Qué acciones son necesarias realizar por el personal antes de administrar la dieta indicada a los pacientes que presentan abundantes secreciones bronquiales?
  - a. Lavarle las manos
  - b. Colocarlo en posición fowler o semifowler
  - c. Aspirar secreciones

- d. Realizar higiene oral
  - e. b y c
5. ¿En qué momento es importante realizar la aspiración de secreciones?
- a. Cuando el médico lo indique
  - b. Cada 3 horas según protocolo
  - c. Cada vez que empieza y termina mi turno
  - d. Cuando hay evidencia de secreciones
  - e. Cuando el paciente lo pide
6. En el proceso de higiene oral ¿qué sustancias se usa para disminuir la proliferación de microorganismos en la cavidad oral?
- a. Listerine
  - b. Clorhexidina al 20%
  - c. Pasta Dental
  - d. Bicarbonato de Sodio
  - e. b y e
7. ¿Qué medidas toma en cuenta antes de cada movilización del paciente con nutrición enteral continua?
- a. Bajar la cabecera del paciente
  - b. Suspender la dieta 30 min antes
  - c. Haber cumplido las 4 horas de reposo gástrico
  - d. Evitar bajar la cabecera del paciente
  - e. b y c
8. Antes de iniciar la nutrición enteral continua, ¿cuáles son las acciones que realiza?
- a. Levanta la cabecera del paciente y aspira residuo gástrico
  - b. Se lava las manos y permeabiliza la sonda
  - c. Verifica ubicación de la sonda y permeabilidad
  - d. Realiza higiene oral y aspira secreciones
  - e. a y c
9. ¿Cuál es la posición correcta para un paciente con nutrición enteral continua?
- a. Decúbito dorsal izquierdo o derecho y cabecera elevada
  - b. Posición fowler
  - c. Posición supina y lateralizado
  - d. Posición semifowler
  - e. b y d
10. ¿Cómo se valora la tolerancia gástrica en pacientes con nutrición enteral continua?
- a. Mide el perímetro abdominal
  - b. Ausculta el abdomen
  - c. Mide el residuo gástrico
  - d. Palpa el abdomen
  - e. b y c
11. ¿Cuáles son los indicadores en un paciente que no tolera la nutrición enteral?
- a. Ruidos hidroaéreos disminuidos y abdomen timpánico
  - b. Abdomen blando y ruidos hidroaéreos aumentados
  - c. Residuo gástrico escaso y abdomen distendido

- d. Ruidos hidroaéreos disminuidos y residuo gástrico elevado
  - e. Abdomen distendido y ruidos hidroaéreos normales.
12. ¿Cómo se verifica la motilidad intestinal del paciente?
- a. Preguntándole al paciente
  - b. Si presentó deposición en mi turno
  - c. Administrando la dieta
  - d. Revisando los registros de enfermería
  - e. b y d
13. ¿Cuál es el periodo de administración de dieta enteral continua?
- a. El que el médico indique
  - b. 24 hrs continuas
  - c. 20 hrs
  - d. De 18 a 20 hrs
  - e. De 20 a 24 hrs
14. ¿Cuáles son los indicadores en el paciente que está en condiciones de ingerir una dieta vía oral?
- a. Si está despierto y responde
  - b. Si está medio despierto y fija mirada
  - c. Si está despierto y con tos débil cuando se lo pide
  - d. Si está despierto y tose fácilmente logrando expectorar o deglutir las secreciones
15. ¿Cuál es la posición adecuada para asistir en la dieta de un paciente con disminución del sensorio?
- a. Posición fowler
  - b. Posición semifowler
  - c. En ángulo de 90°
  - d. Posición supina
  - e. Ninguna de las anteriores
16. ¿Qué tipos de alimentos administra a un paciente que pasa de dieta enteral a dieta por vía oral?
- a. Alimentos sólidos, lácteos y mazamorra pegajosas
  - b. Solo líquidos
  - c. Caldos, leche y mazamorra
  - d. Solo alimentos sólidos
  - e. Alimentos semilíquidos, sin lácteos ni pegajosos
17. ¿Cuáles son las cantidades de dieta que se debe administrar a los pacientes que progresaron para alimentación por vía oral?
- a. de 5 a 10 ml
  - b. de 200 a 400 ml
  - c. Hasta que el paciente se llene
  - d. de 50 a 100 ml
  - e. Solo lo que tolere
18. ¿Cuáles son las acciones necesarias realizar al terminar de administrar la dieta vía oral al paciente?

19. Realiza higiene oral y lo acuesta para que duerma
- a. Le lava las manos y lo deja sentado
  - b. Le baja la cabecera y lo abriga
  - c. Realiza higiene oral y lo deja sentado
  - d. le lava las manos y realiza higiene oral

**INSTRUMENTO (ACTITUD)**

1. Cuando el paciente presenta secreciones bronquiales, la auscultación de campos pulmonares debe ser:
  - a. Sin importancia
  - b. Poco importante
  - c. Importante
  - d. Muy importante
  - e. Indispensable
2. Cuando el paciente es portador de traqueotomía o tubo endotraqueal, auscultar minuciosamente los campos pulmonares debe ser:
  - a. Sin importancia
  - b. Poco importante
  - c. Importante
  - d. Muy importante
  - e. Indispensable
3. Cuando el paciente que presenta abundantes secreciones bronquiales, mantener el ángulo adecuado de la cabecera debe ser:
  - a. Sin importancia
  - b. Poco importante
  - c. Importante
  - d. Muy importante
  - e. Indispensable
4. Cuando el paciente que presenta abundantes secreciones bronquiales, aspirar secreciones antes de administrar la dieta debe ser:
  - a. Sin importancia
  - b. Poco importante
  - c. Importante
  - d. Muy importante
  - e. Indispensable
5. Cuando el paciente tiene evidencia de secreciones, realizar aspiración debe ser:
  - a. Sin importancia
  - b. Poco importante
  - c. Importante
  - d. Muy importante
  - e. Indispensable
6. Realizar higiene oral regularmente en el paciente con secreciones, debe ser:
  - a. Sin importancia
  - b. Poco importante
  - c. Importante
  - d. Muy importante
  - e. Indispensable
7. En el paciente con nutrición enteral continua, suspender la nutrición antes de movilizarlo debe ser:

- a. Sin importancia
  - b. Poco importante
  - c. Importante
  - d. Muy importante
  - e. Indispensable
8. En el paciente con nutrición enteral continua, medir la tolerancia gástrica antes de iniciar la dieta debe ser:
9. Sin importancia
  - a. Poco importante
  - b. Importante
  - c. Muy importante
  - d. Indispensable
10. En el paciente con nutrición enteral, tener una posición correcta debe ser:
- a. Sin importancia
  - b. Poco importante
  - c. Importante
  - d. Muy importante
  - e. Indispensable
11. En pacientes con nutrición enteral continua, la valoración de la tolerancia gástrica debe ser:
- a. Sin importancia
  - b. Poco importante
  - c. Importante
  - d. Muy importante
  - e. Indispensable
12. En el paciente que no tolera la nutrición enteral continua, la valoración gástrica frecuentemente debe ser:
- a. Sin importancia
  - b. Poco importante
  - c. Importante
  - d. Muy importante
  - e. Indispensable
13. En el paciente con nutrición enteral, verificar la motilidad intestinal debe ser:
- a. Sin importancia
  - b. Poco importante
  - c. Importante
  - d. Muy importante
  - e. Indispensable
14. En el paciente con nutrición enteral continua, determinar el periodo de tiempo de administración de dieta debe ser:
- a. Sin importancia
  - b. Poco importante
  - c. Importante
  - d. Muy importante

- e. Indispensable
15. En el paciente adulto mayor, verifica si está en condiciones de ingerir una dieta vía oral debe ser:
- a. Sin importancia
  - b. Poco importante
  - c. Importante
  - d. Muy importante
  - e. Indispensable
16. En el paciente con disminución del sensorio, mantener la posición correcta para asistirlo en la dieta debe ser:
- a. Sin importancia
  - b. Poco importante
  - c. Importante
  - d. Muy importante
  - e. Indispensable
17. En el paciente con disminución del sensorio, administrar dieta enterar en vez de vía oral debe ser:
- a. Sin importancia
  - b. Poco importante
  - c. Importante
  - d. Muy importante
  - e. Indispensable
18. En el paciente con disminución del sensorio, suspender la dieta vía oral debe ser:
- a. Sin importancia
  - b. Poco importante
  - c. Importante
  - d. Muy importante
  - e. Indispensable
19. En el paciente con disminución del sensorio, mantener la cabecera elevada al terminar de administrar la dieta vía enteral debe ser:
- a. Sin importancia
  - b. Poco importante
  - c. Importante
  - d. Muy importante
  - e. Indispensable

**INSTRUMENTO (PRACTICA)**

1. Cuando el paciente presenta secreciones ¿ausculta campos pulmonares?
  - a. Si
  - b. No
- a. Cuando el paciente tiene una patología respiratoria ¿ausculta minuciosamente campos pulmonares?
  - a. Si
  - b. No
2. ¿Mantiene el ángulo correcto de la cabecera del paciente que presenta abundantes secreciones bronquiales?
  - a. Si
  - b. No
3. ¿Aspira secreciones y mantiene la cabecera del paciente en posición correcta en los pacientes que presentan abundantes secreciones bronquiales?
  - a. Si
  - b. No
4. ¿Realiza aspiración en los pacientes que presentan secreciones bronquiales cuando hay evidencia?
  - a. Si
  - b. No
5. Realiza la higiene oral del paciente solo con productos permitidos como: bicarbonato o clorhexidina al 0,12% - 20%
  - a. Si
  - b. No
6. ¿Suspende la dieta enteral para cada movilización del paciente sin bajar la cabecera?
  - a. Si
  - b. No
7. Antes de iniciar la nutrición enteral continua ¿verifica la ubicación de la sonda y mide residuo gástrico?
  - a. Si
  - b. No
8. ¿En el paciente con nutrición enteral, mantiene una posición correcta?
  - a. Si
  - b. No
9. ¿Valora tolerancia gástrica en pacientes con nutrición enteral continua auscultando el abdomen y midiendo residuo gástrico?
  - a. Si
  - b. No
10. ¿Busca ruidos hidroaéreos en el paciente que no tolera la nutrición enteral?
  - a. Si
  - b. No
11. En el paciente con nutrición enteral ¿Verifica la motilidad intestinal?
  - a. Si

- b. No
12. En pacientes con nutrición enteral continua ¿Inicia la dieta 10 am. Cumpliendo las 4 horas de reposo gástrico?
- a. Si
  - b. No
13. ¿Evalúa si el paciente está en condiciones de ingerir dieta vía oral?
- a. Si
  - b. No
14. ¿Coloca al paciente con disminución del sensorio en posición fowler para asistirlo en la dieta por vía oral?
- a. Si
  - b. No
15. ¿Administra alimentos semilíquidos, sin lácteos, ni pegajosos al paciente que progresa a dieta por vía oral?
- a. Si
  - b. No
16. ¿Administra en volúmenes de 50 a 100 ml al paciente que inicia su alimentación por vía oral?
- a. Si
  - b. No
17. ¿Mantiene al paciente en posición semifowler luego de asistirlo en la dieta por vía oral?
- a. Si
  - b. No

**Colocar aquí el permiso de la institución**

**Apéndice B: programa educativo**

**Descripción del Programa Tabla 10**

**Modulo I: Conocimientos de las Medidas Preventivas**

<b>NEUMONÍA ASPIRATIVA: CONOCIMIENTOS DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS</b>	<b>DURACIÓN</b>
1. Objetivo: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Involucrar al 100% del personal profesional y técnico de enfermería del servicio de hospitalización II piso B de la clínica Good Hope a participar del programa educativo "PASNA" a partir del 5 de febrero hasta el término del programa.</li> </ul> 2. Motivación: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dinámica grupal</li> </ul>	30 min.
3. Conceptos básicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fisiología de la respiración</li> </ul>	
4. Neumonía <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fisiopatología</li> <li>▪ Tipos de Neumonía</li> </ul>	10 min.
5. Neumonía Aspirativa <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Descripción</li> <li>▪ Causas</li> </ul>	25 min.
6. Discusión	15 min.
7. Confraternidad	10 min.
	30 min.

## Módulo II: Actitudes Frente a las Medidas Preventivas

NEUMONÍA ASPIRATIVA: ACTITUDES FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS	DURACIÓN
<p>1. Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para la segunda semana del programa el 100% del personal profesional y técnico de enfermería del servicio de hospitalización II piso B de la clínica Good Hope recibió conocimientos sobre la neumonía aspirativa y las medidas preventivas</li> </ul> <p>2. Motivación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Video motivacional</li> </ul> <p>3. Medidas preventivas de la neumonía Aspirativa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevención de la Broncoaspiración durante la alimentación por boca</li> <li>▪ Prevención de la broncoaspiración durante la alimentación por sonda</li> <li>▪ Prevención de la aspiración de Secreciones Bronquiales Contaminadas</li> </ul>	20 min.
<p>4. Break</p> <p>5. Medidas preventivas de la neumonía Aspirativa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevención de la broncoaspiración durante la movilización del paciente</li> <li>▪ Prevención de la broncoaspiración durante la sedación y el coma</li> </ul> <p>6. Discusión</p>	<p>20 min.</p> <p>25 min.</p> <p>20 min.</p>

**Modulo III: Prácticas de las Medidas Preventivas. Primera Parte.**

<b>NEUMONÍA ASPIRATIVA: PRÁCTICAS DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS</b>	<b>DURACIÓN</b>
1. Objetivo: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para la tercera semana del programa el personal profesional y técnico de enfermería del servicio de hospitalización II piso B de la clínica Good Hope recibió seminario de actitudes frente a las medidas preventivas.</li> </ul>	
2. Motivación <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Juego de salón</li> </ul>	25 min.
3. Componentes de la actitud <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pensamientos y cogniciones</li> <li>▪ Componente emocional</li> <li>▪ Conducta</li> </ul>	20 min.
4. Break	20 min.
5. La inteligencia Actitudinal <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La resolución de problemas</li> <li>▪ Creación de sistemas de interpretación</li> <li>▪ Creación de nuevos fines</li> <li>▪ Elección de los objetivos</li> <li>▪ Consecución de los mismos</li> </ul>	25 min.
6. Discusión	15 min

**Modulo IV: Prácticas de las Medidas Preventivas. Segunda Parte.**

<b>NEUMONÍA ASPIRATIVA: PRÁCTICAS DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS</b>	<b>DURACIÓN</b>
1. Objetivo: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para la cuarta semana del programa el 100% del personal profesional y técnico de enfermería del servicio de hospitalización II piso B de la clínica Good Hope recibió capacitación práctica sobre las medidas preventivas.</li> </ul>	
2. Motivación: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Juego de salón</li> </ul>	20 min.
3. Capacitación teórico-práctico de las medidas preventivas: en cuatro grupos <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimentación por vía oral: tipos de alimentos, posición y cuidados</li> </ul>	30 min.
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimentación por sonda: baño de paciente con sonda, cuidados generales</li> </ul>	15 min.
4. Break <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aspiración de secreciones</li> </ul>	30 min.
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Movilización de paciente con sonda y pos dieta</li> </ul>	5.
5. Conclusiones y recomendaciones	Conclusiones y recomendaciones

### Apéndice C: Análisis estadísticos adicionales del estudio

Tabla 3 Resultados de la prueba de normalidad (Shapiro – Wilk) para los resultados de antes y después de la aplicación del programa PASNA en conocimientos, actitudes y prácticas para el personal participante.

Nivel de instrucción de participantes	Estadístico	gl	Sig
Conocimientos	,953	40	,099
Actitudes	,984	40	,834
prácticas	,966	40	,270

Los datos finales del análisis (la diferencia de antes y después del programa PASNA)

siguen una distribución normal (Sig. > 0.05),

Estadístico para una prueba relativa a la diferencia entre dos medias (antes y después) para muestras pequeñas

$$t = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2) - \delta}{\sqrt{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2}} \sqrt{\frac{n_1 n_2 (n_1 + n_2 - 2)}{n_1 + n_2}}$$

Donde:

Media de la muestra antes

$\bar{x}_1$

Media de la muestra después

$\bar{x}_2$

Número de participantes antes

$n_1$

Número de participantes después

$n_2$

Variancia de la muestra antes

$s_1^2$

Variancia de la muestra después

$s_2^2$

Las Tablas 7 y 8 Relación entre conocimiento, actitudes y prácticas en el pre y pos test muestran la relación que la hay entre conocimiento, actitudes y prácticas en el Pre Test donde se observa que no existe relación o asociación entre las variables conocimientos, actitudes y prácticas, mientras que para el Pos Test relación entre conocimiento, actitudes y prácticas la

tabla muestra que si existe relación o asociación entre conocimientos y prácticas (p. 0.016).

*Tabla 4 Relación entre Conocimiento, Actitudes y Prácticas en el Pre Test*

<b>DIMENSIONES</b>	<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>ACTITUDES</b>	<b>PRACTICA</b>
CONOCIMIENTO	1	- 0.164 p. 0.311	- 0.060 P. 0.713
ACTITUD		1	0.018 P. 0.910
PRACTICA			1

*Tabla 5 Relación entre Conocimiento, Actitudes y Prácticas en el Post Test.*

<b>DIMENSIONES</b>	<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>ACTITUDES</b>	<b>PRACTICA</b>
CONOCIMIENTOS	1	0.080 P. 0.626	0.378 P. 0.016
ACTITUDES		1	-0.143 P. 0.379
PRACTICAS			1