

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Conocimientos y prácticas del profesional de enfermería sobre medidas de prevención de neumonía nosocomial de los pacientes con ventilación mecánica de las unidades críticas: Unidad de Cuidados Intensivos y la Unidad Terapia Intermedia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017

Por:

Carmen Lourdes Avila Valentin

Danixa Beatriz De la Cruz Vilca

Rosario Karin Herrera Sanabria

Asesora:

Mg Rocío Suárez Rodríguez

Lima, julio de 2017

Presentaciones en eventos científicos

IV Jornada Científica en Ciencias de la Salud “La Investigación y el Desarrollo de las Especialidades en Enfermería” 13 y 15 de junio del 2017. Universidad Peruana Unión – Lima.

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU

TIEF	Avila Valentin, Carmen Lourdes
2	Conocimientos y prácticas del profesional de enfermería sobre medidas de
A92	prevención de neumonía nosocomial de los pacientes con ventilación mecánica de las
2017	unidades críticas: Unidad de Cuidados Intensivos y la Unidad Terapia Intermedia del
	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017. / Autores: Carmen
	Lourdes Avila Valentin, Danixa Beatriz De la Cruz Vilca, Rosario Karin Herrera
	Sanabria; Asesora: Mg. Rocío Suárez Rodríguez. Lima, 2017.
	92 páginas.
	Trabajo de Investigación (2da Especialidad), Universidad Peruana Unión. Unidad de
	Posgrado de Ciencias de la Salud. Escuela de Posgrado, 2017.
	Incluye referencias, resumen y apéndice.
	Campo del conocimiento: Enfermería.
	1. Factores de riesgo de estrés. 2. Profesional de enfermería.

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, ROCÍO SUÁREZ RODRÍGUEZ, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: “*Conocimientos y prácticas del personal de enfermería sobre medidas de prevención de neumonía nosocomial de los pacientes con ventilación mecánica en las unidades críticas: Unidad de Cuidados Intensivos y la Unidad de Terapia Intermedia del Instituto de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 2017.*” constituye la memoria que presentan las licenciadas: CARMEN LOURDES AVILA VALENTÍN, ROSARIO KARIN HERRERA SANABRIA y DANIXA BEATRIZ DE LA CRUZ VILCA, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veinticuatro días del mes de julio de 2017.



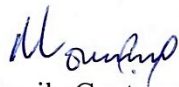
Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Conocimientos y prácticas del personal de enfermería sobre medidas de prevención de neumonía nosocomial de los pacientes con ventilación mecánica en las unidades críticas:
Unidad de Cuidados Intensivos y la Unidad de Terapia Intermedia del Instituto de Enfermermedades Neoplásicas, Lima, 2017.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

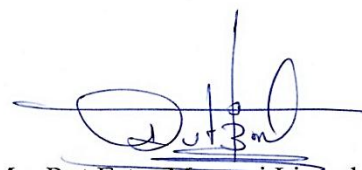
Presentado para optar el título profesional de Especialista en Enfermería en Cuidados
Intensivos

JURADO CALIFICADOR



Dra. Flor Lucila Contreras Castro

Presidente



Mg. Rut Ester Mamani Limachi

Secretario



Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Asesor

Lima, 24 de julio de 2017

Tabla de contenido

Resumen	vii
Capitulo I	8
Planteamiento del problema	8
Identificación del problema	8
Formulación del problema.....	11
Objetivos de la investigación.....	12
Objetivo general:	12
Objetivos específicos:.....	12
Justificación	12
Justificación teórica	12
Justificación metodológica	13
Justificación práctica y social	13
Capitulo II.....	6
Desarrollo de las perspectivas teóricas.....	6
Antecedentes de la investigación.....	6
Bases teóricas	12
Neumonía	12
Neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica.....	14
Protocolo de Neumonía “Zero”2015.	21
Medidas de bioseguridad en pacientes con ventilación mecánica.....	24
Ventilación Mecánica.	35
Nutrición.....	36
Generalidades sobre conocimientos.	36
Generalidades sobre Prácticas	38
Teorías de enfermería.	39
Definición Conceptual De Términos	42
Enfermera	42
Paciente.....	42
Gluconato de Clorixidina al 0.2 %.	42
Capítulo III	43

Metodología.....	43
Descripción del lugar de ejecución.....	43
Población y Muestra.....	43
Población:.....	43
Muestra:.....	44
Criterio de inclusión y exclusión:.....	44
Tipo y diseño de investigación.....	44
Formulación de hipótesis.....	45
Identificación de Variables.....	45
Variable 1.....	45
Variable 2.....	45
Operacionalización de variables.....	46
Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	48
Cuestionario.....	48
Guía de observación.....	48
Proceso de recolección de datos.....	49
Procesamiento y análisis de datos.....	49
Consideraciones éticas.....	50
Capitulo IV.....	51
Administración del proyecto de investigación.....	51
Preesupuesto.....	52
Referencias.....	53
Apéndice.....	64
A. Instrumentos de recolección de datos.....	65
Cuestionario.....	65
Guía observacional.....	70
B. Validez de los instrumentos.....	71
V de Aiken.....	71
C. Confiabilidad de los instrumentos.....	72
D. Consentimiento Informado.....	74
E. Matriz de consistencia.....	75

Resumen

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental y decisivo, convirtiéndose en el líder en la aplicación de intervenciones no farmacológicas y formativas, que permitan reducir el impacto de las altas tasas de mortalidad y morbilidad disminuyendo el riesgo de generar neumonías asociadas a ventilación mecánica. Objetivo: Determinar el conocimiento y la práctica del profesional de enfermería sobre las medidas de prevención de neumonía nosocomial en los pacientes con ventilación mecánica de las unidades críticas: UCI – UTI del INEN. Metodología: Estudio de enfoque cuantitativo; diseño correlacional, de corte transversal. El tipo de muestreo será no probabilístico y por conveniencia. En el estudio participarán las profesionales de enfermería que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, la recolección de datos se usó un cuestionario validado por cinco jueces con 0.83y se aplicó un aprueba piloto con un KR de 0.92, indicando que el instrumento es confiable. Una guía de observación validada por Dra. Liliana Llinas Álvarez en 2015 en Colombia. Los resultados del estudio resultados permitirán proveer, una base teórica sólida y unificar los criterios de atención al paciente con ventilación mecánica. La relevancia social se fundamenta en los resultados permitan recomendar una guía de atención al paciente crítico con ventilación mecánica con el propósito de disminuir la morbimortalidad en la áreas críticas.

Palabras clave: Factores de riesgo de estrés, Profesional de enfermería.

Capítulo I

Planteamiento del problema

Identificación del problema

Según Arias (2011) menciona que la neumonía asociada a ventilación mecánica cuyas siglas son las siguientes (NAVVM), refiere que es una respuesta inflamatoria del parénquima pulmonar, esta circunstancia se evidencia en pacientes que están conectados a un ventilador mecánico, como consecuencia de un tratamiento, y que pasado las 48 horas de estar en el servicio o después de las 48 horas de estar con el ventilador mecánico, pasado este período se puede evidenciar la presencia de microorganismos, hongos y virus que pueden estar presentes para el desarrollo de la NAVVM.

Esta patología representa una parte importante del espectro de las neumonías hospitalarias; se estima un riesgo de 3 pacientes por día de ventilación mecánica durante los 5 días iniciales, 2 por día de los días 6 a 10, y 1 por día a partir del día 10; cada día representa un riesgo adicional, la incidencia de NAVVM reportada en la literatura médica es de 10 a 20 de los pacientes, sin embargo, la incidencia real es difícil de estadificar por la variabilidad de criterios diagnósticos. La mortalidad atribuible a NAVVM es tema de debate; se ha visto relacionado rangos de 20 a 70. Mientras que en los últimos tiempos han surgido diversos estudios que proponen estrategias con el fin de poder disminuir los índices de la presencia de la neumonía asociada a la ventilación mecánica, uno de los estudios fuertemente enfocados a las estrategias está

en determinar que tanto conoce el personal de enfermería sobre las medidas preventivas y sobre el funcionamiento de la ventilación mecánica (Hernández, 2005)

Working (2011) informa que en Europa especialmente en España se presenta esta patología de la NAVM 11.5 casos /1000 días de exposición del paciente a la ventilación mecánica en pacientes hospitalizados en el año 2010 y la mortalidad global entre el 24 y 76, incrementando la estancia en uci entre 7 y 9 días hospitalizados, incrementando el costo promedio de \$ 22 875.

Otro estudio realizado en el Centro Médico ABC de la Ciudad de México, respecto al impacto en la tasa de NAVM en el año 2010 fue de 15.8 casos/1,000 días-ventilador; en el 2011 de 18.8 casos/1,000 días-ventilador y descendió a 3.27 casos/1,000 días-ventilador hasta mayo de 2012, posterior a la aplicación de las medidas de prevención. Esta disminución progresiva en la tasa de NAVM demostró la efectividad de las medidas de prevención utilizadas (Cornelio, 2013).

En el Hospital Cayetano Heredia Lima – Perú al finalizar el 2012 los casos de NAVM fueron de 133 pacientes en cada unidad la UCI, en el servicio de emergencia se presentó 47 casos haciendo el 35.3, UCI de medicina se presentó 51 casos haciendo el 38.3 y en la UCI quirúrgica se presentaron 35 casos haciendo el 26.8, según la incidencia de 1000 días de Ventilación mecánica en la UCI de Emergencia fue 25.3 UCI de Medicina 28.6 y en la UCI Quirúrgica 26 (Otiniano, 2011).

El Comité de control de infecciones intrahospitalaria del Instituto Nacional de

Enfermedades Neoplásicas (INEN) informa Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVVM). En el I Trimestre del 2016 en el servicio de la UCI, se realizó la vigilancia a 42 pacientes expuestos a este procedimiento invasivo, el número de neumonías asociadas a ventilación mecánica fue 13 casos con una tasa de densidad incidencia (T.D.I) de Enero a Marzo de NAVVM para el instituto de 39.16 por 1000 días ventilación . En comparación con el I Trimestre del año 2015 se observó que para el presente año hay un aumento de los casos de neumonías asociadas al ventilador mecánico 15.22 a 39.16 (INEN, 2016).

Rello (2005) refiere sobre la NAVVM, que es una las infecciones nosocomiales que su inicio dependerá de ciertas características de estructura de la institución de salud, mas dependerá las características intrínsecas, que pueda presentar la institución y de la calidad de atención y del cuidado que brinda el personal de enfermería, ya que este personal esta en contacto directo las 24 horas del día; en los últimos años los reportes epidemiológicos se han visto aumentados y las complicaciones que repercuten por esta patología son significativas, y tiene un impacto de gran magnitud en lo que se refiere a la morbimortalidad, sobre todo en pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos, esto despierta el interés en la búsqueda de estrategias y hacer investigación para que el personal de enfermería pueda seguir pautas, según las estrategias asignadas para prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica.

Es por tal motivo que el profesional de enfermería que labora en las unidades críticas, forma parte fundamental y su accionar es decisivo para la prevención, este personal que labora las 24 horas del día, se convierte en el líder del cuidado, realizando intervenciones no farmacológicas y también intervenciones formativas, con el fin de reducir significativamente los

índices de la morbimortalidad y el riesgo de que un paciente pueda presentar una NAVM (Salazar, 2012).

Según la investigaciones revisadas se puede deducir que el manejo de una paciente en una unidad crítica es muy compleja, ya que se realizar procedimientos entre ellos están los invasivos, y para esto es de suma importancia que el personal de enfermería este capacitado y tenga los conocimientos bien definidos y aplicación de las medidas de prevención, durante el cuidado del paciente crítico, Sin embargo las investigadoras en condición de enfermeras asistenciales del servicio de UTI – UCI, han observado que el incumplimiento de las medidas de bio- seguridad, lavado de manos, control de la presión del neumotaponamiento, posición de la cama, control del residuo gástrico y la higiene da cavidad oral no están siendo realizadas de manera estricta ya sea por tiempo, rutina, cansancio o estrés del profesional de enfermería encargado en la atención del paciente crítico, la falta de uno de estos procedimientos estaríamos afectando el cuidado estandarizado durante la atención del paciente crítico con ventilación mecánica con posibilidades de incremento de NAVM causando un impacto en la morbimortalidad de las unidades críticas UCI-UTI del INEN por tal motivo las investigadoras se plantean la siguiente interrogante.

Formulación del problema.

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la práctica del profesional de enfermería sobre medidas de prevención de neumonía nosocomial de los pacientes con ventilación mecánica de las unidades críticas: UCI-UTI del INEN Lima 2017?

Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Determinar el nivel de conocimientos y la práctica del profesional de enfermería sobre las medidas de prevención de neumonía nosocomial en los pacientes con ventilación mecánica de las unidades críticas: UCI – UTI del INEN.

Objetivos específicos:

Determinar el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería en la prevención de neumonías nosocomial con ventilación mecánica de las unidades críticas: UCI- UTI del INEN.

Identificar la práctica de los profesionales de enfermería en la prevención de la neumonía Nosocomial con ventilación mecánica de las unidades críticas: UCI - UTI del INEN

Justificación

Justificación teórica

El presente estudio es de importancia teórica, por que presenta la elaboración de un marco teórico, desarrollando cada una de las variables de estudio como son conocimientos y practicas sobre las medidas preventivas de la NAVM, esta elaboración se realizo mediante la búsqueda y gestión de la información actualizada, artículos de internet que cumplieron los estándares de calidad para ser incluidos en la investigación, y formando así una fuente de

información confiable y quedando a disposición del profesional de enfermería, para su mejora en los conocimientos.

Justificación metodológica

Este estudio brindará un gran aporte metodológico con el propósito que las investigadoras desarrollaran adaptación de instrumentos, validación por jueces de expertos y confiabilidad del instrumento, con el finalidad de medir las variables de conocimiento y practica en los profesionales de enfermería, Los mismos que estarán a disposición de los profesionales de enfermería para ser utilizados en investigaciones con contextos similares.

Justificación práctica y social

Este estudio es propicio para el profesional de enfermería que labora en las unidades críticas que están conformadas por UCI- UTI del INEN ya que nos llevará a una conducta reflexiva sobre la relación que existe del nivel de conocimiento y la práctica. Los resultados de este estudio estarán a disposición de la jefatura de la unidad crítica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, para poder implementar guía de prevención sobre NAVM con el propósito de disminuir la morbimortalidad.

Capítulo II

Desarrollo de las perspectivas teóricas

Antecedentes de la investigación

Villamón, et al (2015) realizaron un estudio titulado evaluación del cumplimiento de un protocolo de prevención de Neumonía asociada a Ventilación mecánica en una UCI polivalente del Hospital Obispo Polanco Teruel España teniendo como objetivos. Analizar el cumplimiento del protocolo mediante el registro del 80 de los cuidados de enfermería y describir la evolución de la densidad de incidencia de NAVM durante el periodo de 2009, 2010 y 2011: Metodología: estudio descriptivo retrospectivo; la muestra estuvo conformada por 94 pacientes. Resultados. El 84 % representa a un cumplimiento superior de las medidas, teniendo una excepción en la valoración de la escala de Ramsay; por otro lado el número de episodios por año fue de 12.8/1000 días durante el 2008; por su parte en el 2009 se presentó 4.57/1000 días por que para ese momento se implementó un protocolo, y en el 2010 6.83 y para finalizar el 2011 se presentó 2.71/1000 días. Conclusiones: en el estudio se concluye que es buena la frecuencia del registro con respecto al cuidado, con la implementación del protocolo se disminuyó considerablemente los índices de la neumonía por ventilación mecánica.

Rodríguez, et-al (2014) realizó un estudio de investigación titulado Medidas de Prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica según revista interdisciplinaria: Teniendo como objetivo identificar las bases de artículos científicos relacionados con el

conocimiento acerca de las prácticas de prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. Metodología: ensayo clínico con revisión bibliográfica, la muestra la conformaron 13 artículos. Los resultados se pudo observar sobre la evaluación de los artículos los temas destacados fueron: protocolos y medidas preventivas sobre la neumonía asociada a la ventilación mecánica. Conclusión. El estudio concluye que en las unidades críticas existe un alta frecuencia en la difusión sobre las medidas de prevención, tanto en la aplicación de protocolos.

Morocho, et al (2014) realizaron un estudio prevalencias y características de la neumonía asociada a ventilación mecánica en pacientes de la unidad de cuidados intensivos con el objetivo de determinar la prevalencia y las características de la neumonía asociada a ventilación mecánica en pacientes de la unidad crítica. Metodología: Diseño no experimental de tipo descriptivo transversal. Muestra: la conformo 19 pacientes, sometidos a ventilación mecánica que desarrollaron neumonía. Los resultados, la edad de los pacientes está representada por 50 hasta 60 años en un 11,38 %; la Diabetes Mellitus Tipo II es la que en su mayor porcentaje representa; un 26,3 % presento el germen de staphylococcus aureus; la aspiración se secreciones, ventilación mecánica e intubación fueron los factores de riesgo más. Concluyendo que se debe considerar que existe la probabilidad de que los pacientes hospitalizados puedan iniciar con una neumonía, sobre todo si son individuos de la tercera edad, esto teniendo en cuenta que si no se cumplen las medias de prevención.

Kluczynik, et al (2014) realizaron un estudio de investigación titulado: Acciones de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica: revisión sistemática. Con el objetivo de identificar acciones de enfermería implementadas en la

prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica en los pacientes intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos: Metodología: ensayo clínico mediante la revisión sistemática de las siguientes bases de datos (PubMed, BVS y Scielo). La muestra estuvo constituida por 13 artículos. Resultados: se encontraron las acciones que representan al personal de enfermería: elevación de decúbito de 30°; higiene oral; capacitación del personal de enfermería; inclusión de un protocolo. Llegando a las conclusiones que los profesionales de enfermería debe aplicar las acciones en la prevención de la neumonía, sobre todo en pacientes que están conectados a un ventilador mecánico.

Achury, et al (2012) realizaron la investigación titulado: Intervenciones de enfermería para prevenir la neumonía asociada a ventilación mecánica en el adulto en estado crítico teniendo como objetivo disminuir las tasas de infección hospitalaria, mediante la introducción de medidas de intervención destinadas a prevenir su aparición, y optimizar los tratamientos empíricos, adaptándolos a la sensibilidad de los principales microorganismos responsables de las infecciones controladas. Utilizaron una metodología de ensayo clínico prospectivo aleatorizado con 143 pacientes destinados en dos grupos. Resultados: se evidencia un mejor control del neumotaponador; por otro lado los índices de la neumonía no son significativas. Conclusión. El estudio concluye que si el personal de enfermería realiza la técnica correcta y valora adecuadamente el neumotaponador, esto disminuirá significativamente el riesgo para la presencia de NAVM.

Terezinha, et al (2011) realizaron un estudio sobre evaluación de las medidas de prevención y control de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. Teniendo como objetivo

evaluar la calidad de la asistencia sanitaria prestada en una unidad de cuidados intensivos, como el uso de medidas para prevenir y controlar la neumonía en pacientes de alto riesgo sometidos a ventilación mecánica. Metodología: método exploratorio descriptivo. Muestra. 839 pacientes: Resultados. Algunas medidas aisladas que componen el indicador alcanzaron niveles cercanos al 100, pero el índice de cumplimiento general a todas las medidas para prevenir y controlar la neumonía, asociada al ventilador, correspondiente al 26,94, en lo que se refiere a las medidas de prevención y control de NAVM conforme indicador IRPR, siendo 277 observaciones en los turnos de la mañana y de la tarde y 285 en la noche. Conclusión: el estudio concluyó que algunas actividades el personal de enfermería las realiza de forma rutinaria.

Llauradó (2011), realizó un estudio de investigación sobre "Gran importancia" del conocimiento de las guías de prevención de la NAVM por parte de los enfermeros de cuidados intensivos, con el objetivo determinar el grado de conocimiento de las guías de prevención de la NAVM de las enfermeras de cuidados intensivos del sur de Europa y compararlo con los resultados de los otros países europeos Metodología, estudio descriptivo observacional. Resultados. El conocimiento medio de los países del sur de Europa fue de 46,6 siendo significativamente mejor que en la media de países europeos donde fue del 44,3. España ocupa la tercera posición del sur de Europa con un 45,5, por detrás de Italia (58,5) y Turquía (48,7); y por delante de Portugal (44,3), Grecia (45) y Malta (38,5). Conclusión. Al observar los resultados se llegó a la conclusión que la educación es el primordial en la implementación de programas para la mejora de la calidad en el cuidado y la implementación de medidas preventivas para la NAVM.

Córdova, et al (2011) realizó un estudio de investigación titulado intervenciones de cuidado del personal enfermero en prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica en UCI con el objetivo identificar las intervenciones de enfermería para prevenir las neumonías asociadas a ventilación mecánica en pacientes adultos entubados siendo un estudio de corte transversal efectuado en Bogotá, de secreciones, lavado de manos ,elevación de cabecera, entre otras pudieron disminuir la incidencia de NAVM cuyos resultados más relevantes fueron reconocer que las intervenciones no farmacológicas, como fue el caso de la terapia rotacional, aspiración en los pacientes adultos en estado crítico, además de aplicar la valoración del estado de cavidad oral mediante la escala de Walt y el Care Bundle.

Otiniano et-al (2010) realizaron un estudio de investigación titulado neumonía intrahospitalaria (NIH) en los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital Daniel Alcides Carrión Lima Callao teniendo como objetivo determinar la incidencia de neumonía intrahospitalaria de la unidad de cuidados intensivos : metodología: descriptivo observacional, longitudinal analítico de casos y controles. Muestra 33 pacientes. Resultados. La incidencia de la Neumonía intrahospitalaria que de 11 % durante el período, la NIH fue predominante en el sexo masculino con un 57,58 %, la edad promedio fue de 53,78 años, el tiempo de estancia hospitalaria promedio fue de 14,80 días y el tiempo promedio de duración de ventilación mecánica fue 11,93 días. Además la, NIH fue mono microbiana en el 68% con predominancia de pseudomonas aeruginosa 26, 47 %. Los factores de riesgo más frecuentes con un 100 % las secreciones, ventilaciones mecánicas e intubación orotraqueal. Conclusiones. Si el personal de enfermería usa una metodología estándar, esto nos permite identificar las carteristas de los riesgos para la presencia de la NAVM.

Barreda de la Cruz Miguel (2006) realizó un estudio de investigación titulado neumonía asociada a la ventilación mecánica en el Hospital Nacional Carlos Según Escobedo Essalud - Arequipa. con el objetivo determinar la etiología de la neumonía asociada a ventilación mecánica a través de la investigación de tipo longitudinal prospectivo y observacional de la unidad de cuidados intensivos del hospital Nacional del Sur ingresan todos los pacientes con más de 48 horas de ventilación mecánica que cumplan los criterios clínicos y radiológicos de neumonía asociada a ventilador a esto se le realizó broncofibroscopía y aspirado bronquial para tomar muestras y cultivarlas, se evalúa edad, intubación difícil, tiempo incubación, frecuencia de cambio de tubo endotraqueal, frecuencia de nebulización, protección gástrica antibiótico profilaxis, puntuación APACHE, SOFA y etiología. Teniendo como resultado de 73 pacientes, 21 cumplieron criterios de neumonía asociada a ventilación mecánica, el 50 fueron mayores de 60 años, el 77 tuvieron intubación difícil con un riesgo para desarrollar neumonía asociada a ventilación mecánica 5.6 veces; el 30 con intubación mayor de 11 días con un riesgo de 5.5 veces, al 33 se le cambió de tubo endotraqueal con un riesgo de 250 veces, los que se nebulizaron cada 4 horas tuvieron 3.5 veces más riesgo que los que nebulizaron cada 6 horas, los que usaron ranitidina tienen 2.4 veces más riesgo que los que usan bloqueador de bomba de protones como protección gástrica; el uso de antibiótico profilaxis ante el riesgo no aumenta el riesgo. Los pacientes que presentaron un APACHE mayor de 20 tiene 4.9 veces más riesgo que los que tienen APACHE menor de 10, la valoración de SOFA no influyó en el riesgo. Los gérmenes más frecuentes son estafilococcus áureos y pseudomona aeruginosa.

Bases teóricas

Neumonía

“Es una enfermedad del sistema respiratorio que consiste en la inflamación de los espacios alveolares de los pulmones. La mayoría de las veces la neumonía es infecciosa, pero no siempre es así. La neumonía puede afectar a un lóbulo pulmonar completo o a un segmento de lóbulo superior, a los alveolos próximos a los bronquios (bronco neumonía) o al tejido intersticial (neumonía intersticial). La neumonía hace que el tejido que forma los pulmones se vea enrojecido, hinchado y se vuelva doloroso. Muchos pacientes con neumonía son tratados por médicos de cabecera y no ingresan en los hospitales. La neumonía asociada a la comunidad (NAC) o neumonía extra hospitalaria es la que se adquiere fuera de los hospitales, mientras que la neumonía nosocomial (NN) es la que se adquiere durante la estancia hospitalaria, una vez transcurridas las 48 horas” (Vega, 2007, Pag 235).

“La neumonía puede ser una enfermedad grave si no se detecta a tiempo, y puede llegar a ser mortal, especialmente entre personas de edad avanzada y entre los inmunodeprimidos. En particular los pacientes de sida contraen frecuentemente la neumonía por pneumocytis. Las personas con fibrosis quística tienen alto riesgo de padecer neumonía debido a que continuamente se acumula fluido en sus pulmones. Puede ser altamente contagiosa, ya que los microorganismos causante de dicha enfermedad se disemina rápidamente en el aire, y pueden propagarse por medio de estornudos y tos y mucosidad; un paciente que ha padecido neumonía puede quedar con secuelas de ésta en su organismo por mucho tiempo, esto lo hace potencialmente contagioso y las personas más propensas a contraerla son las que estén en curso

de una gripe o un cuadro asmático, entre otras enfermedades del aparato respiratorio” (Soler 2013, pag 155).

Clasificación.

Las neumonías puede clasificarse en:

Por la afectación anatomopatológica:

Neumonía alveolar o lobar

“afecta múltiples alvéolos, que se encuentran llenos de exudado pudiendo incluso comprometer un lóbulo completo; no obstante los bronquiolos están bastante respetados, motivo por el cual se puede observar en ocasiones el fenómeno radiológico conocido como broncograma aéreo. Esta es la presentación típica de la neumonía neumológica” (Borrego, 2011 pag. 75).

Neumonía multifocal o bronconeumonía

“afecta a los alveolos y a los bronquiolos adyacentes; la afectación suele ser segmentaria múltiple, pero es raro que afecte a un lóbulo completo; debido a la afectación de bronquiolos, no se aprecia el signo del bronco grama aéreo. Suele manifestarse de este modo la neumonía por Gram negativos y por staphylococcus aureus” (Álvarez, 2005. Pag, 80).

Neumonía intersticial

“como su nombre lo dice afecta la zona del intersticio, respetando la luz bronquial y alveolar. Suele ser la forma de manifestación de virus y otros gérmenes atípicos o de pneumocystis aunque en ocasiones pueden producirla bacterias comunes” (Hurtado, 2008, pag 32).

Neumonía necrotizante o absceso pulmonar

“algunos gérmenes pueden producir necrosis en el parénquima pulmonar, que radiológicamente aparecen como zonas hiperlucentes en el seno de un área condensada; dependiendo de que haya una única cavidad grande (mayor a 2cm) o múltiples cavidades pequeñas, se habla respectivamente de absceso pulmonar o neumonía necrotizante” (Sedano, 2010. Pag 102).

En función del ámbito de adquisición

“Adquiridas en la comunidad (o extra hospitalarias). Ha sido definida como una infección de los pulmones provocada por una gran variedad de microorganismos adquiridos fuera del ámbito hospitalario y que determinan la inflamación del parénquima pulmonar y de los espacios alveolares. Esta tipo de neumonía se adquiere en el seno de la población en general y se desarrolla en una persona no hospitalizada o en los pacientes hospitalizados que presentan esta infección aguda en las 24 a 48 horas siguientes a su internación” (Bugles, 2011. Pag 100).

Neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica.

Este tipo de patología es más mortal que la neumonía adquirida, se desarrolla después de las 48 horas de ingresar a hospitalización, se tiene que descartar todo tipo de patología que al ingreso estaban en periodo de incubación (Chaires, 2013).

Esta patología se encuentra ubicada en el segundo lugar en relación a las complicaciones según por infección que se presentan en un hospital, y en cuanto a los servicios críticos como son las unidades de cuidados intensivos, está ubicada en el primer lugar, cabe resaltar que el 80 % de las neumonías presentadas en un ámbito hospitalario se presenta en pacientes que están conectados a un ventilador mecánico, y esta se denomina Neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVVM), según registros esta patología es la causa principal de mortalidad en las unidades críticas, se desarrolla por la presencia de *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus* resistente a metilina, esto fomenta al aumento de la estancia hospitalaria; si la presencia de la NAVVM es inicial o precoz y no hay presencia de factores de riesgo, las intervenciones empíricas presentan un cuidado correcto, si esta patología, se presenta en pacientes que tienen más de una semana en hospitalización conectados a un ventilador mecánico, y que tienen tratamiento con antibióticos, se tienen que dar un cuidado individualizado en cada pauta que se debe realizar (Díaz, 2010).

Fisiopatología

Muchos estudios en investigaciones demostraron que cuando hay una invasión a la vía aérea natural con una vía aérea artificial, este automáticamente pierde la esterilidad en pocas horas, y el mecanismo de acción condiciona al paciente, y se presentan los factores de riesgo para

desencadenar una determinada infección en este caso la NAVM es la mas frecuente, esto representa un huésped susceptible para la creación de foco de cultivo de microorganismo para desarrollar una infección, con agentes patógenos por aspiración de la flora bucofaríngea (Sepulveda, 2010).

En los estudios se clasifican cuatro vías que se desarrollan la colonización de patógenos para iniciar una NAVM “aspiración de secreciones colonizadas procedente de la orofaringe, por contigüidad, por vía hematológica, y a través de los circuitos o tubuladuras”, el procedimiento de aspiración de secreciones es una de las vías de mayor frecuencia y puede presentar una principal causa para la proliferación de microorganismos, teniendo en cuenta que la vía inferior es estéril en toda persona sana, este puede ser una excepción en pacientes que pueden presentar enfermedades pulmonares crónicas, por su parte los pacientes que presentan o están bajo ventilación mecánica, estos pacientes se le tiene que colocar un tubo endotraqueal, esto hace que se rompa el aislamiento de la vía aérea inferior, en este caso el neumotaponamiento es el sistema que tiene con función aislar dicha vía, de esta manera evita el ingreso de algún material a los pulmones y también evita pérdidas aéreas, pero este no es completamente seguro, hay estudios que demuestran que alrededor sobre el neumotaponamiento, se empieza acumular secreciones, que estas provienen de la cavidad oral, y estas secreciones están contaminadas por la presencia de patógenos, estas pasan alrededor del neumotaponamiento y pueden alcanzar a la vía inferior en cuanto nos referimos a las vías aéreas. Si la secreciones no representan o no están acumuladas en la cavidad oral el riesgo de que desciendan será escaso, por otro lado en cuanto a la integridad del sistema estará alterado, cuando el inóculo tiende a ser mayor que la capacidad de las defensas

del paciente o huésped, esto produce la respuesta de la inflamación, cuyo manifestación histológica es la aparición de leucocitos (Díaz, 2005).

Por otro lado, “una presión mayor comprometería la circulación en la mucosa respiratoria pudiendo llegar a lesionarla. Por todo ello, se recomienda que la presión del neumotaponamiento se mantenga entre 25-30cm de H₂O. Así se entiende que las medidas dirigidas al cuidado de la vía aérea evitando la presencia de secreciones, su contaminación, o el paso de ellas a la vía aérea inferior son potenciales objetivos para la prevención de la NAVM” (Velasco, 2013).

Epidemiología.

Si bien cierto que la neumonía es la causa principal en lo que se refiere a la mortalidad infantil (niños menores de cinco años), esto se puede apreciar que por lo menos 156 millones se presentan como casos nuevos cada año a nivel mundial, de los cuales 151 millones se presentan en los países en vía de desarrollo; 43 millones se ubican en la India que representa a la mayoría,; 21 millones se presentan en China; 10 millones en el país de Pakistán; 6 millones cada uno de estos países se presenta casos de neumonía en los siguientes países Indonesia, Bangladesh y Nigeria, debe mencionar que esta patología representa un 19 % de la mortalidad en los niños menores de cinco años, y en África y en Asia se produce más del 70 % (Alayo, 2016).

Microbiología.

El tiempo que está expuesto el paciente a la ventilación mecánica es factores de riesgo y factor determinante para la colonización de microorganismos, para la proliferación de una infección, la administración de fármacos como son los antibióticos en forma anticipada puede ser un factor para la resistencia de los microorganismos, algunos factores dependerán del huésped, en este caso la presencia de un coma o un EPOC; cabe resaltar que la etiología dependerá de las medidas de factores locales (Namias, 2015).

Cuando un paciente desencadena en forma tardía la patología de la neumonía asociada por ventilador mecánico, suelen presentar resistencia a los antibióticos, ya que el microorganismo se hace fuerte mientras se está colonizando (Portillo, 2008)

Entro los microorganismos que se presentan en una NAVM son: pseudomonas aeruginosa, acinetobacter baumani, staphylococcus aureus resistente a meticilina (Díaz 2013)

Clínica y Diagnóstico.

Sirvent (2010) menciona que cuando haya una sospecha con verificación de signos y síntomas de la aparición de la NAVM, en un paciente con ventilador mecánico, es se suma importancia realizar ciertas intervenciones para diagnosticar la presencia de esta patología; pedir una radiología de tórax y una muestra de secreciones y un examen de sangre nos ayudaran para determinar el tipo de patología que está presente en el paciente, además de la respuesta sistémica como la fiebre o aumento de los leucocitos, nos ayudaran a obtener un diagnóstico clínico confiable.

“Aunque esta definición no aportaría mayores problemas en pacientes no ventilados, el hecho de que haya muchas entidades que cursen con infiltrados radiológicos (síndrome de distrés respiratorio agudo, edema agudo de pulmón, atelectasias, embolismo pulmonar, infiltración neoplásica) en pacientes que puedan ya presentar fiebre y/o leucocitosis por otras razones, complican el diagnóstico” (Vásquez, 2005).

El diagnóstico etiológico fue y es por años la controversia entre los especialistas del área de neumología, pero desde que se realiza el diagnóstico clínico, seguido se recomienda realizar un diagnóstico etiológico, previo al cambio de cualquier terapia de antibióticos, teniendo en cuenta que esto no debe retrasar el inicio del tratamiento (Bruce, 2005).

Se tiene por confirmado que cuando una vía artificial comparte con la vía aérea natural, esta pierde su total esterilidad, por tal motivo cuando se toma la prueba para las muestras de microbiología, siempre se mostraran una aparición de microorganismos, sin necesidad de dar una presencia de una patología de infección, que pueda presentar el paciente en dicho momento o a inicios de la terapia a la ventilación mecánica, si por algún motivo se presenta un cultivo negativo, esto puede requerir otros estudios para confirmar dicha patología, cuando se realiza un cultivo con las muestras de secreciones extraídas deben ser restringidas de toda contaminación ambiental, esto nos evidenciara que en el resultado no deberá presentar más de una célula epitelial, el aumento de estas células puede indicar la presencia de un proceso infeccioso por tal motivo se debe cuidar la recolección el transporte, para obtener resultados exactos y tener un buen diagnóstico clínico, para su respectivo tratamiento, tener en cuenta que la aparición de leucocitos indica la presencia de la neumonía asociada a la ventilación mecánica (Luna, 2005).

Tratamiento.

Cuando nos referimos al tratamiento de la NAVM, se puede tratar de formas al mismo tiempo, tenemos que tener en cuenta el tratamiento de soporte simultaneo al del tratamiento por antibioticos, el primero se debe iniciar ni bien se tecta la neumnia, el paciente mediante la ventilacion mecanica debe recibir la oxigenacion necesaria para llegar hasta los tejidos, para esto hay que recordar que si el oxigeno es administrado a altos niveles puede ser toxico para el paciente, aun que algunos estudios refieren que aun falta evidencia sobre el tratamiento con el oxigeno (Villavicencio, 2006).

Cuando iniciamos el tratamienco con los antibioticos, hay que tener en cuenta que cuando se presento la neumonia y en que condiciones, ya que al iniciar una tratamiento prematuro puede ser perjudicial para el paciente, por lo general el tratamiento con los antibioticos, se debe iniciar cuando se diagnostica la neumonia se identifico despues de una semana se debe individualizar el tratamiento en cada paciente, para esto se deberia realizar una prueba de forma etiologica para obtener la informacion necesaria para iniciar con el tratamiento respectivo, ya que todas las neumonias no siempre se presenta el mismo microorganismo, si en el caso en el centro no se tiene los insumos necesarios para realizar esta prueba, obtar por las formas ya mencionadas en la parte anterior de diagnostico, para determinar el tratamiento que requiere el paciente, tener en cuenta que en las unidades criticas el tratamiento deberia ser empirico (Ibrahim 2010).

Protocolo de Neumonía “Zero”2015.

“La neumonía “Zero” forma parte de la estrategia de seguridad del paciente en UCI
Cuyo objetivo es reducir la tasa de NAVM de 11,5 casos /1000 días de VM en el año a menos de 9 episodios de NAVM /1000 días de VM para el año 2011 y 2012. Este objetivo ayudará a proporcionar una asistencia más segura y libre de daño innecesario a nuestros pacientes críticos. Las cifras relacionadas con la NAVM son: mortalidad global entre 24% y 76%, mortalidad atribuible entre 13,5% y 17,5%, incremento de estancia en UCI entre 7,3 días y 9,6 días y por último incremento de coste de unos 22.875 \$ USA” (Vega, 2015) .

Como profesional de enfermería, debemos recordar que es nuestra responsabilidad realizar intervenciones para dar una atención de calidad, teniendo en cuenta la seguridad del paciente, en los estudios se demuestra que la practica de enfermería a diario se puede observar, que un 42 % estan con ventilacion mecánica, en los servicios de las unidades criticas de los centros de atención de salud, todo personal de enfermería deberia tomar conciencia que su labor es de suma importancia para la disminucion de la presencia de la neumonia asociada a la ventilacion mecánica, esto nos ayudara a disminuir considerablemente la mortalidad pr esta patología (Vega, 2015).

Objetivo

El objetivo es claro que se debe disminuir los indices de la presencia de la neumonía por ventilación mecánica, y para cumplir con el objetivo se debe adquirir y cumplir ciertas medidas (Vega, 2015).

Medidas preventivas de neumonía.

Aspiración de secreciones bronquiales

Para este procedimiento se debe tener en cuenta y cumplir con la norma principal y primordial en un profesional de enfermería, lavarse las manos antes y después de cada procedimiento, esto para evitar las infecciones cruzadas, usar solo guantes esteriles para este procedimiento, todo personal debería usar una mascarilla como barrera de protección, para el aspirado de secreciones se debe utilizar solo sondas esteriles y que sean desechables, el diametro de la sonda debe estar acorde al paciente y el tubo que tiene el paciente, toda manipulación que se debe realizar con las sondas tienen que ser esteriles, antes de cada aspiración se debe hiperoxigenar y también después del procedimiento, las aspiraciones que se realiza no deben ser mayores a tres procedimientos ni mayor a 15 segundos, siempre se debe terminar el procedimiento se debe terminar este procedimiento con una aspiracion orofaringea, si por algun motivo se necesita realizar un lavado al tubo no se debe usar el suero fisiológico, cuando se realizara la extubación se debe realizar la aspiracion al mismo tiempo, y realizar aspiración de secreciones durante el proceso de intubación.

Neumotaponamiento

Para el personal de enfermería el control y sobre todo el mantenimiento de la presión debe realizarse cada dos horas, también se debe realizar antes y después de cada procedimiento, si se moviliza al paciente se debe realizar este control, si el paciente se le brinda una higiene bucal, al terminar se debe controlar, la presión del neumotaponamiento debe estar de 20 y 30 cmH₂O.

Higiene bucal

El personal de enfermería debe realizar una higiene bucal en cada turno y cuando sea necesario, sobre todo cuando se realiza un procedimiento como el de la aspiración de secreciones, en este procedimiento el lavado bucal tiene que ser antes y después de realizar el procedimiento.

Posición semiincorporada

En una paciente con presencia de una patología como es la neumonía es de suma importancia la posición, la literatura recomienda que el ángulo del paciente debe ser de 30 a 45 grados, en los pacientes se debe evitar una posición de supino ya que esto puede no favorecer a la oxigenación del paciente, el personal de enfermería debe realizar la comprobación de la posición cada 6 horas, y se debe verificar después de cada movilización que se realice al paciente, cada vez que se realiza un cambio de posición se debe contar con las medidas de asepsia correspondiente.

Tubos y sistemas de aspiración subglótica

El personal de enfermería debe practicar de una forma diaria el revisar y realizar la aspiración de secreciones, cada vez que se realiza una aspiración de secreciones se debe realizar la presión del aspirador, de forma rutinaria se debe valorar el canal subglótico si está permeable esto cada 8 horas como máximo de tiempo, si en el caso no hay una permeabilidad se debe introducir por el canal 2 cc de aire, antes de comprobar la presión del neumotaponamiento.

Si no estuviera consciente, se lo explicaríamos a un familiar.

Después, comprobaremos que el sistema de vacío funciona correctamente, asegurándonos de que la presión de succión no sobrepase los 200 mmhg (en algunos manuales la presión indicada para adultos es de 80-120 mmhg, en niños de 90-110 mmhg y en neonatos de 50-95 mmhg).

Medidas de bioseguridad en pacientes con ventilación mecánica.

Bioseguridad.

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud señala “la bioseguridad como el “conjunto de medidas destinadas a proteger la salud y seguridad del personal que labora frente a riesgos provenientes de agentes biológicos, físicos y químicos”, es decir comprende estrategias, acciones o procedimientos que deben ser considerados para evitar o prevenir los efectos de los riesgos presentes en el área de trabajo. Dentro del concepto de bioseguridad deben abarcarse también todos los aspectos que en relación al ambiente quirúrgico puedan afectar negativamente al personal de salud, incluso a pacientes, por lo tanto, debe prestarse atención al espacio físico, incluyendo riesgos químicos y físicos, a los servicios mínimos para una correcta funcionalidad, la limpieza e higiene del área y la capacitación adecuada del personal” (Pumarola, 2006).

Higiene de manos.

“Procedimiento por medio del cual se asean las manos con base en las reglas de asepsia” (Villavicencio, 2006).

Objetivo:

“Reducir el número de microorganismos en las manos, el riesgo de contaminación cruzada entre los pacientes y/o personal” (Pérez, 2011)

Principios:

“Es el más simple, importante y efectivo componente en la prevención de la transmisión de microorganismos patógenos” (Villavicencio, 2006).

Equipo y material:

Para el lavado de manos se debe tener en cuenta que se usara jabon liquido, tener agua corriente y las toallas desechables se recomienda (Pérez, 2011).

Técnica de lavado de manos

Retirar reloj, anillos, pulseras.

Abrir la canilla y humedecer las manos.

Accionar el dispensador de solución jabonosa antiséptica.

Extender la solución jabonosa suavemente palma sobre palma.

Con la mano derecha jabonar sobre el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa

Jabonar palma sobre palma, con los dedos entrelazados.

Luego el dorso de los dedos de ambas manos con los dedos entrelazados.

Frotar ambos dedos pulgares.

Frotar el extremo de los dedos sobre las palmas en sentido circular.

Enjuagar las manos con agua.

Secar las manos con toallas descartables.

Cerrar la canilla con la toalla usada.

Tus manos están limpias (Navarro, 2011).

Momentos de lavado de manos.

“Antes del contacto con el paciente.

Antes de una tarea aséptica.

Después de estar en contacto con sangre o fluido corporal.

Después del contacto con el paciente.

Después de estar en contacto con el entorno del paciente” (Núñez, 2010).

Uso de guantes.

Su uso tiene como objetivo la protección del personal de salud y la del paciente, al evitar o disminuir tanto el riesgo de contaminación del paciente con los microorganismos de la piel del operador, como de la transmisión de gérmenes de la sangre, saliva, o mucosas del paciente a las manos del operador; por lo tanto, en todo tipo de procedimiento el personal de salud (Ruiz, 2003).

Mascarillas.

Se utilizan para proteger las mucosas de nariz y boca contra la inhalación o ingestión de partículas presentes en el aire, en los aerosoles y contra las salpicaduras de sangre y saliva (Torres, 2007).

Protectores oculares.

Los protectores oculares sirven para proteger la conjuntiva ocular y el ojo de la contaminación por aerosoles, salpicaduras de sangre y saliva y de las partículas que se generan durante la atención del paciente (Camacho, 2006).

Mandil.

El mandil protege la piel de brazos y cuello de salpicaduras de sangre y saliva, aerosoles y partículas generadas durante el trabajo diario. También protege al paciente de gérmenes que el profesional puede traer en su vestimenta cotidiana. Mandil: El mandil protege la piel de brazos y cuello de salpicaduras de sangre y saliva, aerosoles y partículas generadas durante el trabajo diario (Loreto, 2005).

Gorra.

Evita la contaminación de los cabellos por aerosoles o gotas de saliva y/o sangre generadas por el trabajador de salud y evita la contaminación del medio ambiente expuesto (Cabello, 2011).

Paciente.

Proviene del latín *patiē* (“padecer, sufrir”) paciente es un adjetivo que hace referencia a quien tiene paciencia, la capacidad de soportar o padecer algo, de hacer cosas minuciosas o de saber esperar (Pérez, 2017).

El enfermo crítico es cualquier paciente con patología grave, con disfunción actual o potencial de uno o varios órganos que representa una amenaza para la vida y que al mismo tiempo es susceptible de recuperación. El enfermo crítico –así entendido- cobra progresivamente carta de existencia como un tipo de paciente que requiere una actuación eficaz y rápida, con independencia de su diagnóstico. Plantea unas “reglas de juego” muy específicas. Requiere un manejo continuo de los pacientes incluyendo la monitorización, el diagnóstico y el soporte de las funciones vitales afectadas, así como el tratamiento de las enfermedades que provocan dicho fracaso, constituyendo el escalón más avanzado del esquema gradual de atención a los pacientes (Aragón, 2016).

Posición semiincorporada del paciente.

Esta posición se caracteriza por colocar la cabeza de 30 a 45 grados de elevación, esto ayudara a que sea una forma de prevención por la neumonía, esto sera util sobre todo dentro de las 24 horas de hospitalización del paciente, esto tambien ayuda a la reducción del procedimiento de la aspiracion de secreciones, el personal de enfermería debe valorar el contenido gástrico, tener mas cuidado con los pacientes que tienen por terapia una nutrición enteral, ya que esto representa una causa principal para la NAVM, por tal motivo todo paciente debe estar en esta posición, a menos que haya una contraindicacion para el paciente, en este caso el personal de

enfermería forma parte importante para que el paciente pueda estar en esta posición, las intervenciones deben ser centradas en minimizar riesgos para el paciente, el cambio de posición que realiza el personal, debe ser muy controlado, ya que este puede desarrollar complicaciones en los pacientes críticos, el personal de enfermería es fundamental en el cuidado del paciente, ya que supone que esta las 24 horas del día con el paciente en la unidad de cuidados intensivos, por tal motivo todo personal de enfermería debería actualizar sus conocimientos y sus habilidades, para la mejora de la calidad del cuidado, para el paciente (Manrique, 2013).

Procedimental.

Son las actividades asistenciales que proporciona el profesional de enfermería y que favorecen el bienestar común indispensable dentro de los servicios hospitalarios (Castellanos, 2013).

Aspiración de secreciones.

De Sousa (2013) menciona que las secreciones son parte del mecanismo de defensa en el sistema respiratorio, estas permiten atrapar las partículas para luego eliminarlas cuando se estimula una tos eficaz, en pacientes en estado crítico que están conectados a un ventilador mecánico, y que tienen una traqueostomía y un tubo endotraqueal, es muy necesario realizar el procedimiento de aspiración de secreciones, ya sea por circuito cerrado y abierto.

El mecanismo de sacar la secreciones, que es la tos, se encuentra neutralizado, porque el paciente tiene un tubo el cual impide que el paciente pueda tener una tos eficaz y de eso modo eliminar las secreciones, he ahí la importancia de este procedimiento de la aspiración de secreciones para extraer dichas secreciones, atreves de una sonda de aspiración, esta técnica consiste en la succión manual de las secreciones para mantener una vía aérea permeable, y

prevenir posteriores complicaciones como son la presencia de infecciones causadas por estas, este procedimiento es fundamental para la higiene bronqueal, ya que nos permitirá tener una ventilación y oxigenación adecuada, y muy necesaria para el paciente (Hernández, 2013).

Aspiración orofaríngea y nasofaríngea:

Realizar higiene de manos según técnica.

Ponerse mascarilla, gafas de protección ocular y bata.

Comprobar la presión negativa de la unidad ocluyendo el extremo de los tubos de succión antes de conectar la sonda de aspiración.

Se recomienda una presión negativa de 120-150 mm de Hg en adultos, 80-120 mm de Hg en adolescentes, 80-100 mm de Hg en niños y 60-80 mm de Hg en neonatos Oxigenar al paciente al menos 30 segundos, a menos que exista contraindicación, si presenta disminución de oxígeno y/o alteraciones del ritmo cardiaco durante la aspiración y si recibe oxígeno suplementario de forma continua (valiño, 2013).

Aspiración de secreciones en pacientes intubados

El procedimiento de aspiración de secreciones de tubo endotraqueal o traqueostomía, tiene que realizarse cada vez que sea necesario, ya que se realiza programadamente, se tendría que manipular de forma innecesaria, esto favorecería a la presencia de, hipoxia, arritmia cardiaca, hipotensión, atelectasias, paro cardiaco, lesiones traumáticas de la mucosa traqueal, riesgo de infección, broncoconstricción y a NAVM.

Aspiración de secreciones sistema abierto

Se necesita:

Aspirador de vacío.

Recipiente para la recolección de secreciones.

Sondas de aspiración estériles.

Tubo o goma de aspiración.

Guantes estériles.

AMBÚ con reservorio conectado a fuente de oxígeno.

Tubo de Mayo.

Jeringa de 10ml.

Suero fisiológico.

Botella de agua bidestilada.

Procedimiento:

Explicar el procedimiento al paciente si este está consciente.

Colocarlo en posición semi-fowler si no hay contraindicaciones.

Verificar que la fijación del TET sea segura.

Comprobar el funcionamiento del aspirador y ajustar la presión de succión entre 80-120mmHg.

Mantener el ambú cerca del paciente y conectado a la fuente de oxígeno a 15 litros por minuto.

Aspiración de secreciones sistema cerrado

Se necesita:

Aspirador de vacío.

Recipiente para la recolección de secreciones.

Tubo o goma de aspiración.

AMBÚ con reservorio conectado a fuente de oxígeno a 15 litros por minuto.

Tubo de Mayo.

Jeringa de 20ml.

Suero fisiológico estéril.

Botella de agua bidestilada.

Guantes desechables

Catéter de aspiración cerrada: Catéter estéril cubierto por un manguito de plástico que suprime la necesidad de desconectar al paciente del respirador.

Procedimiento:

Explicar el procedimiento al paciente si está consciente. Posición semi-fowler si no hay contraindicaciones.

Verificar que la fijación del TET sea segura.

Verificar el funcionamiento correcto del aspirador y ajustar la presión de succión en 80-120mmHg.

Preparar el AMBÚ y conectarlo a la fuente de oxígeno a 15 litros por minuto.

Lavarse las manos.

Ponerse los guantes.

Retirar el sistema de aspiración cerrada de su envoltorio.

Intercalar el sistema entre el TET y la conexión al respirador.

Ajustar el tubo o goma de aspiración tras la válvula de aspiración.

Girar la válvula de control hasta la posición de abierto e introducir la sonda través del TET, el manguito de plástico se colapsará.

Aspirar presionando la válvula de aspiración y retirar suavemente el catéter.

La aspiración no debe durar más de 10-15 segundos.

Girar la válvula de control hasta la posición de cerrado.

En el orificio de irrigación colocar la jeringa de 20ml con suero fisiológico estéril.

Presionar la válvula de aspiración y lavar el catéter. Repetir hasta que el catéter esté limpio.

Colocar la etiqueta identificativa para indicar cuando se debe cambiar el sistema.

Generalmente 24 horas después de su conexión ya que esta es su indicación (Medina, 2015).

Signos que indican la presencia de secreciones:

El personal de enfermería debe valorar continuamente al paciente y poder indentificar los signos para determinar si se realiza una aspiracion de secreciones, por ejemplo, la presencia de secreciones presentes en el tubo endotraqueal, presencia de sonidos respiratorios, presencia de disnea, evidencia de la presión pico estando en aumento, evidencia del volumen minuto en descenso, la saturacion de oxigeno disminuye por la obstruccion de la secreciones y no hay un intercambio gaseoso deseado, evidencia del aumento de la presión del CO₂, si el personal de enfermeria evidencia estos signos, se debe realizar el procedimiento de aspiracion de secreciones (Medina, 2015).

Aspiración subglotica.

Este procedimiento se realiza por el orificio que esta ubicado sobre el balon de neumotaponamiento, este procedimiento tiene como objetivo disminuir la secreciones, que estan localizadas entre las paredes de la traquea y el balon, que se considera como una principal riesgo patogeno para desarrollar la neumonía asociada por un ventilador mecánico (Olmedo, 2010).

Higiene de la cavidad oral.

Teniendo en cuenta que en la mucosa oral se puede presentar microorganismos que pueden favorecer a una posible infección, ya que esto puede funcionar como reservorio, y un buen cuidado por parte del personal de enfermería, esto nos ayudara a que la colonización no se realice, por tal motivo, la higiene de esta cavidad es de suma importancia, para el paciente, y sobre todo para el personal de enfermería, para favorecer la calidad del cuidado, a favor del paciente (Saldaña, 2012).

Lavados orales con clorhexidina al 0.12 %.

La presencia de microorganismos en este caso las bacterias en la cavidad bucal, significa un factor de riesgo para la aparición de la neumonía en pacientes que están conectados a un ventilador mecánico, en este caso un lavado con clorhexidina, estudios demuestran que disminuye esa colonización de los microorganismos, en estudios demuestran que en los pacientes con infección nosocomial se disminuye el riesgo de poder desarrollar más infecciones, sobre todo en el tracto respiratorio (Ortega, 2012).

Humificación.

La humificación del oxígeno en cuanto a la función pasiva se ha demostrado en estudios que tiene una efectividad significativa en la disminución de riesgo para la presencia de la NAVM, la humificación nos ayudara a disminuir la condensación dentro de los circuitos respiratorios, también mencionan que se puede mantener una semana de forma segura para el

paciente, he ahí la importancia de verificar siempre la humidificación del oxígeno por parte del profesional de enfermería (García, 2012).

Inflado del balón del neumataponamiento.

Si no se mantiene el inflado dentro de los valores normales establecidos, esto ayudara a la proliferación de microorganismos alrededor del balón, y esto supone realizar el procedimiento ya establecido como es la aspiración de secreciones, estudios demuestran que mientras que el balón este en valores bajos de inflado, esto favorecera a la presencia de una neumonía asociada a la ventilación mecánica, los valores normales que debe tener la presión de balón es de 20 a 25 cm H₂O (García, 2012).

Ventilación Mecánica.

Procedimiento de sustitución temporal de la función ventilatoria normal realizada en situaciones en las que ésta por distintos motivos patológicos no cumple los objetivos fisiológicos que le son propios. Se necesita un aparato mecánico que tiene que generar una presión que debe estar: siempre en valores menores o iguales en cuanto a la presión del barómetro (PB) ó negativa alrededor del tórax (pulmón de acero o coraza), o bien por encima de la PB ó positiva dentro de la vía aérea (ventilador). En ambos casos se produce un gradiente de presión entre dos puntos (boca / vía aérea-alveolo) que origina un desplazamiento de un volumen de gas (Buforn, 2016).

Modalidades ventilatorias convencionales.

Ventilación Asistida-Controlada. ACV.

Ventilación Mandataria Intermitente Sincronizada. SIMV.

Ventilación con Presión de Soporte. PSV.

Modalidades ventilatorias alternativas.

Ventilación Controlada a Presión. PCV

Ventilación con relación I:E invertida.

Hipercapnia permisiva

Ventilación mandataria minuto. VMM.

Ventilación con liberación de presión. APRV.

Presión bifásica positiva en la vía aérea. BIPAP (Gálvez, 2002).

Nutrición.

Cuando se habla de nutrición esto se trata sobre la dieta que recibe cada paciente con determinadas especificaciones, puede ser de forma enteral como también por vía parenteral, con el único objetivo de mantener y recuperar el estado nutricional del paciente (Rodríguez, 2012).

Estudios demuestran que el estado nutricional puede determinar el sistema inmunitario del paciente, especialmente en paciente críticos, como se menciona anteriormente que la nutrición es fundamental para el paciente, y en pacientes críticos es fundamental para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica, el personal de enfermería valora de forma sistemática este aspecto de la nutrición, para de esta forma disminuir los factores de riesgo que se pueden presentar para la aparición de una determinada patología en este caso el inicio de una neumonía (Botello, 2010).

Generalidades sobre conocimientos.

El conocimiento es un eje principal en la formación del profesional de enfermería, juntamente en el desarrollo de las habilidades y destrezas que adquiere en su formación como

profesional, esto hará que el profesional de enfermería esté capacitado para desempeñarse en el cuidado de las personas, estas cosas serán guías para que el cuidado sea de calidad y tengan una formación de excelencia, durante el desarrollo de su labor el profesional de salud en este caso el profesional de enfermería se encuentra con situaciones muy diversas en el cuidado del paciente, que requieren de su conocimiento y destreza, para la mejora del enfermo, y en si en el desempeño de su labor hay deficiencia para realizar un cuidado de calidad, el profesión deberá capacitarse y desarrollar el conocimiento científico, que fundamente la profesión de enfermería (Bunge, 1996).

Las corrientes que intentan explicar el origen del conocimiento son muy variadas y controvertidas. Algunos autores afirman que su origen está en los sentidos; otros que se inicia al razonarse y otro más, que dependen al azar. Objeto del conocimiento, La materia, el universo, la teoría, los seres del universo, pueden ser objetos de conocimiento. En relación con la teoría del conocimiento, existen dos posturas diametralmente opuestas: el materialismo y el idealismo. Conforme a una postura materialista, el objeto de conocimiento existe independientemente de la razón o de las ideas del hombre. Según una postura idealista, el objeto de conocimiento es estructurados por las ideas del hombre no existen sin ellas. El hecho de que tanto el sujeto como el objeto son influidos en el proceso del conocimiento, es la tesis de diversas corrientes en la teoría del conocimiento. El conocimiento empírico espontaneo (Johannes, 2012).

Mediante los conocimientos se mide el impacto de las acciones de atención brindadas por el personal de enfermería, también permitirá tomar decisiones según el desarrollo de la patología, se evalúa las acciones en base al fundamento científico y a las necesidades del paciente, de esa

manera optimizar la atención de calidad; en enfermería como disciplina se busca ampliar y fortalecer los conocimientos para perfeccionar la práctica del profesional, esto nos permitirá perfeccionar continuamente, y mostrar resultados de mucha satisfacción en el cuidado del paciente, sobre todo en las áreas críticas, en la actualidad las especializaciones en el área de enfermería se requieren de un fundamento científico, y por ende los conocimientos del profesional debe estar al día, para intercambiar, y contribuir con las experiencias adquiridas por el conocimiento (Ramirez 2008).

Generalidades sobre Prácticas

Es el resultado de las experiencias y la expresión del conocimiento científico o también empírico, es muy necesario tener un contacto de forma directa, usando los sentidos y conducta psicomotriz

También se refiere a la realización de acuerdo a las normas y que están están supervisadas o sujetas a un docente, para que las personas practicantes puedan mejorar su desempeño en el área específica, también se puede utilizar este término para definir un entrenamiento, la práctica es fundamental para mejorar en gran parte las habilidades y desarrollar nuevas habilidades y destrezas en una área en particular, “. Por otro lado, cuando una persona desarrolla una gran habilidad, mucha destreza en un campo en particular, se suele decir que “tiene mucha práctica” (Guerra 1997).

En los currículos de cada universidad se viene elaborando la inclusión de las practicas en sus líneas, estas permitirán que un estudiante este mejor capacitado para cumplir con el perfil del egresado, en la práctica profesional se denomina a la aplicación de la ciencia y también de la tecnología (Durand, 2015), “no pude asistir a la última práctica“. Por otro lado, cuando una

persona desarrolla una gran habilidad, mucha destreza en un campo en particular, se suele decir que “tiene mucha práctica” (Bunge, 2017).

Teorías de enfermería.

Teoría del entorno (Florence Nightingale).

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos. Florence Nightingale (1859). La enfermería tiene la responsabilidad de cuidar la salud de las personas y tiene que poner a la persona en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella. Florence Nightingale fue la precursora de las normas sanitarias para prevenir complicaciones en la salud de los pacientes, en su teoría ella se enfoca en el entorno que rodea al paciente y la influencia que éste tiene sobre él. Ella estudia varios factores como: La ventilación, la temperatura, la higiene, la luz, el ruido, la eliminación. Para ella era de suma importancia mantener un entorno limpio y tranquilo para que éste mismo actuase en el paciente, sus principios dicen que el aire de la habitación debe ser tan puro como el que se respira en el exterior, la limpieza de las habitaciones debe realizarse con las ventanas abiertas para permitir la movilización del polvo del interior hacia el exterior. Del mismo modo Florence recalca la importancia de mantener limpios pisos, paredes, sábanas, así como también las ropas tanto de los pacientes como de las enfermeras, ya que en éstas se podrían refugiar y transportar microorganismos. 30 También defendía la necesidad de bañar a los pacientes diariamente, acción que no era muy común en su época, de igual forma el lavado de

manos frecuentemente. “Pero cuando haya suprimido todo aquel dolor y sufrimiento que en los pacientes son los síntomas, no de su enfermedad, sino de la ausencia de los ya mencionados elementos esenciales para que se realice el proceso (Cisneros, 2006)

Dorotea Orem.

La teoría de Orem consta de tres teorías relacionadas, que en conjunto se refieren a la Teoría General de la Enfermería de Orem, la cual, se adapta a los problemas y necesidades del paciente, a quien se aplica el proceso del cuidado de enfermería mediante la realización de este trabajo, describe y explica el autocuidado: Se basa en los conceptos de autocuidado, la agencia de autocuidado, los requisitos de autocuidado y demanda de autocuidado terapéutico.

Promociona la meta del autocuidado del paciente (Rojas, 2015).

Requisitos de autocuidado: Son las acciones o medidas utilizadas para proporcionar autocuidado; también se les denomina necesidades de autocuidado.

Constan de tres categorías:

Universales.- Requisitos comunes en todos los individuos, como el mantenimiento del aire y el agua la ingestión de alimentos y la eliminación; actividad equilibrada, descanso, aislamiento e interacción social, y la prevención de accidentes y promoción de la normalidad

Del desarrollo.- Requisitos de autocuidados universales específicos consecuencia de la maduración o de nuevos requisitos desarrollados como resultado de una situación o un suceso, tales como la adaptación a la pérdida del (la) esposo(a) o a cambios de la imagen corporal.

De la desviación de la salud.- Requisitos que son el resultado de una enfermedad, lesión o alteración de su tratamiento; incluye acciones como la búsqueda de asistencia médica, la realización del tratamiento prescrito, y aprender a vivir con los efectos de la enfermedad o del tratamiento.

Teoría del déficit de autocuidado: Es el enfoque central de la teoría general de la enfermería de Orem. Explica cuando se necesita la enfermería. Describe y explica cómo las personas pueden ser ayudadas por medio de enfermería.

Déficit de autocuidado: Surge cuando la agencia de autocuidado no es capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado (cuando un paciente no puede administrarse su propio autocuidado). Necesita la enfermería para satisfacer requisitos de autocuidado mediante cinco métodos de ayuda: actuar o hacer para, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno que fomente la capacidad del paciente para satisfacer sus demandas actuales o las futuras (Prado, 2015).

Modelo de conservación de Myra Estrin Levin.

Manifiesta en su teoría de enfermería la realidad natural mediante su realización utilizo los conocimientos de la psicología, sociología, filosofía para analizar diversas sugerencias sobre el ejercicio profesional de enfermería. Nos dice que la meta de la enfermera es promover la adaptación y mantener la integridad. Esto lo logrará mediante el cumplimiento de cuatro principios básicos a saber: mantenimiento de energía del Individuo; mantenimiento de la integridad estructural; mantenimiento de la integridad personal; mantenimiento de la integridad social. El factor más importante de prevención es la actitud que asuma cada individuo a merced de un proceso educativo, frente al riesgo de infección. Mantener íntegra la totalidad del individuo. Gracias a la conservación, las personas se enfrentan a los obstáculos y se adaptan a ellos, al tiempo que mantienen su unidad. Su fin es la salud y la fortaleza de afrontar la incapacidad (Raile, 2006).

Definición Conceptual De Términos

Enfermera

Es la persona encargada de los pacientes con tubo oro traqueal siendo la ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual (Burga, 2009).

Paciente

Es toda persona que se encuentra con tubo oro-traqueal recibiendo soporte ventilatorio invasivo. Es aquella persona que sufre de dolor y malestar y por ende, solicita asistencia médica y, está sometido a cuidados profesionales para la mejoría de su salud

(Galindo, 2015).

Gluconato de Clorixidina al 0.2 %.

La clorhexidina es un agente antiplaca y antibacteriana de eficacia demostrada. Es una bisbiguanid catiónico con pronunciadas propiedades antisépticas. Los enjuagues con colutorios de clorhexidina son recomendados en el tratamiento periodontal (Rivera, 2017)

Capítulo III

Metodología

Descripción del lugar de ejecución.

El presente estudio se llevara a cabo en el Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas (INEN).

En las unidades críticas ubicados en el tercer piso la unidad de terapia intermedia (UTI) que cuenta con seis camas para hospitalización de pacientes críticos que colinda por el este con el servicio de hospitalización de adolescente y por el oeste con el servicio De hospitalización de Trasplante de medula ósea. Y el cuarto piso que se encuentra en el lado oeste la UCI que al igual cuenta con 6 camas de hospitalización para pacientes críticos, que colinda con el servicio de tarifario indiferenciado.

El INEN cuenta con una infraestructura moderna con Innovación tecnológica y científica ubicado en la avenida Angamos este N° 2520 en el distrito de Surquillo departamento de Lima se encuentra entre el cruce de las avenidas principales avenida Aviación la cuadra 32 y la avenida Angamos la cuadra 25 (INEI, 2016)

Población y Muestra.

Población:

La población estará conformada por todas los profesionales de enfermería que laboran en las unidades críticas de UCI – UTI del INEN haciendo un total de 33 profesionales.

Muestra:

Será no probabilística por conveniencia de acuerdo a criterio de los investigadores. El 100% del total de profesionales que se encuentran laborando en la unidad crítica durante el estudio teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, en un total de 33 profesionales de enfermería.

Criterio de inclusión y exclusión:***Criterio de inclusión***

Profesionales de enfermería que labora en las unidades críticas que cumplan función asistencial especializada, con tiempo de servicio superior a seis meses, con condición laboral contratada y nombrada, que se encuentren laborando durante la aplicación del instrumento y acepten participar voluntariamente en el estudio.

Criterio de exclusión.

Enfermeras (os) nombradas y contratadas que laboren en las unidades críticas cumpliendo funciones administrativas, descanso médico, licencia por embarazo, tiempo de servicio menor de seis meses y que no desean participar en el estudio.

Tipo y diseño de investigación.

El tipo de investigación tiene un enfoque cuantitativo porque recoge y analiza datos cuantitativos sobre las variables: conocimientos y prácticas del profesional de enfermería. En función a los objetivos es una investigación del tipo básica porque se orienta a ampliar el conocimiento teórico existente respecto a las variables en estudio, en función a la fuente de recolección de los datos es una investigación de campo porque los datos fueron obtenidos del mismo individuo donde se presentan las variables (Palella 2012).

El diseño de la investigación es no experimental por que no hubo manipulación de variables, de corte transversal por que la recolección de los datos se realizó en un solo momento y descriptiva correlacional porque se realizó un diagnóstico de las variables de estudio determinando la relación entre ellos (Hernández, 2010).

Formulación de hipótesis

(Hi). Existe relación significativa entre los conocimientos y la práctica del profesional de enfermería sobre medidas de prevención de neumonía nosocomial de los pacientes con ventilación mecánica de las unidades críticas: UCI -UTI del INEN.

(Ho). Los conocimientos del profesional de enfermería sobre prevención de neumonía nosocomial no tienen relación con la práctica durante la atención de los pacientes con ventilación mecánica de las unidades críticas: UCI-UTI del INEN.

Identificación de Variables

Variable 1

Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre medidas de prevención de neumonía nosocomial en los pacientes con ventilación mecánica.

Variable 2

Practica de los profesionales de enfermería enfermería sobre medidas de prevención de neumonía nosocomial en los pacientes con ventilación mecánica

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala
Conocimiento	Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia del aprendizaje.	Conjunto de conocimientos que Requiere la enfermera especialista para el cuidado de los pacientes con neumonías asociadas a ventilación Mecánica en una unidad crítica.	<p>Bioseguridad.</p> <p>Procedimental.</p> <p>Paciente.</p> <p>Equipo.</p> <p>Nutrición.</p>	<p>Lavado de manos.</p> <p>Uso de mascarilla, Gorro, Mandil, lentes.</p> <p>Aspiración de secreciones (s.cerrado,s.abierto.subglotica)</p> <p>Higiene de cavidad oral. Fijación de tubo endotraqueal.</p> <p>Humificación y cambio de filtro</p> <p>Control del Neumotaponamiento</p> <p>Posición semi incorporada de 30 a 45 grados.</p> <p>Armado del ventilador mecánico Seteo u modos ventilatorios</p> <p>Formas de administración de nutrición enteral.</p>	<p>EXCELENTE</p> <p>REGULAR</p> <p>DEFICIENTE</p>

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala
Practica	Habilidad y experiencia que se adquiere en la realización continúa de una actividad.	Habilidades y práctica continuas que adquiere la enfermera especialista para el cuidado de los pacientes con neumonías asociadas a ventilación mecánica.	Bioseguridad. Procedimental.	<p>Lavados de manos después de cada procedimiento.</p> <p>Uso de medidas de barrera (mandilón gorra, mascarilla, lentes y guantes).</p> <p>Realiza aspiración de secreciones según necesidad del paciente.</p> <p>Realiza higiene de cavidad oral con antiséptico (clorexidina al 0.12%-2%).</p> <p>Realiza la fijación de tubo oro-traqueal</p> <p>Realiza el cambio de filtro respiratorio calor humedad.</p>	<p>EXCELENTE</p> <p>BUENO</p> <p>REGULAR</p>

Técnica e instrumentos de recolección de datos.

Cuestionario

Para la recolección de datos se realizara un cuestionario tipo cerrado elaborado por las investigadoras mediante la actualización de bibliografía lo cual la primera parte consta de datos generales y la segunda parte de datos específicos y está conformado por 13 preguntas lo cual cada pregunta tendrá el valor de dos puntos haciendo un total de 26 puntos y serán calificados excelente 18 -26 puntos , regular 9 a 17 puntos y deficiente 0 a 8 puntos que medirán el nivel de conocimiento del profesional de enfermería . Se realizó la validación de dicho instrumento por cinco jueces expertos especialistas en el área crítica, magísteres en administración hospitalaria y estadística. Para lo cual se aplicó la V Aiken siendo el más adecuado para determinar la validez, similitud, y homogeneidad de los jueces expertos, obteniendo como resultado 0.83%; así mismo se aplicó el instrumento piloto a una muestra similar a la del estudio para fines de confiabilidad, se aplicó Kuder Richardson (KR- 20), obteniendo como resultado 0.92% mostrándonos así que el instrumento es confiable estadísticamente.

Guía de observación

A su vez se tomó una guía de observación validada por la Dra. Liliana Llinas Álvarez en el año 2015 del hospital universitario del norte (HUN-Colombia) con código de aprobación GM-UIA-002. la primera parte consta de datos generales y la segunda parte de datos específicos elaborado de 8 procedimientos que realiza el profesional de enfermería sobre medidas preventivas de neumonía nosocomial de los pacientes con ventilación mecánica, en la actualidad es una guía aprobada en el protocolo de neumonía cero..

La práctica se calificará excelente de 6 a 8 procedimientos realizados en forma correcta, bueno de 3 a 5 y regular de 0 a 2, donde se identificara la práctica de los mismos profesionales de enfermería en la prevención de NAVM.

Proceso de recolección de datos.

Para la recolección de los datos los investigadores solicitaran el permiso respectivo a la dirección de Educación del INEN y se realizaran las coordinaciones con el personal de salud del área: Enfermeras jefes del Departamento de Enfermería y de los Servicios de UCI - UTI se procederá a informar a la oficina de apoyo a la docencia e Investigación. Previo a la recolección de datos se solicitara el consentimiento informado de los profesionales de enfermería sobre su participación en el estudio, también se solicitara que firmen un acta de compromiso confidencial. La recolección de datos se realizara individualmente a los profesionales de enfermería en cada turno. A cada uno de los participantes se le explicara el motivo del estudio y se les proporcionara un tiempo de 60 minutos para que pueda responder a las preguntas planteadas, posteriormente se recogerán los instrumentos validando que cada uno de las preguntas hayan sido respondidas.

Los datos recolectados para la guía de observación se realizará durante las actividades diarias para ello las investigadoras se programaran turnos rotativos para poder observar las actividades de las enfermeras durante un tiempo mínimo de 6 horas sin que los profesionales se den cuenta que están siendo evaluadas.

Procesamiento y análisis de datos.

Terminada la recolección de datos se procederá al ingreso de los datos en el software IBM SPSS Statistics Versión 22, donde se realizará la depuración de los datos; es decir, el control de calidad que se tendrá como criterio de eliminación a los casos que

presenten más del 10% de los ítems perdidos, luego se procederá a la preparación de los datos, para lo cual, se realizara la sumatoria de los valores obtenidos para cada ítem. Una vez terminado el proceso de preparación de los datos se realizarán los pasos correspondientes para la comprobación de las hipótesis se aplicara la prueba paramétrica de correlación de Sperman.

Los resultados de correlación se presentarán en una tabla cruzada considerando el valor P, el valor del coeficiente de correlación de Sperman siendo esta una prueba no paramétrica con el fin de medir la relación entre dos variables.

Consideraciones éticas.

Durante la investigación se tendrá en cuenta los principios éticos dirigido al respeto del personal de enfermería que labora en las unidades criticas protegiéndolas contra un daño o situaciones incómodas que pudieran surgir. Se tendrá en cuenta el consentimiento informado en forma escrito lo cual será aceptado en forma voluntaria del personal de enfermería en la participación del estudio. Se mantendrá el anonimato y la confiabilidad de los datos. El principio de justicia se tendrá en cuenta considerando a todas las participantes que tuvieran la oportunidad de participar en el estudio. El beneficio que reciban los participantes será la oportunidad del conocimiento al fin ofrecer cuidados adecuados sobre la prevención de neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica en los pacientes de las unidades críticas.

Preesupuesto

Rubros	Cantidad de recursos	Dedicación	Costo horas (soles)	Costo mes (soles)	Tiempo en el proyecto(soles)	subtotal
		Horas/ mes				
Gastos de personal						
Total de gastos						
del personal	18	360	360	500	500	1878
Trabajo de campo						
Total de gastos de						
trabajo de campo	18	360	500	500	500	1878
Aspectos administrativos						
Total de						
equipos			160	500	1000	1660
Otros rubros						
Total de						
rubros						1000
mas						
impresiones						1000
TOTAL						7416

Referencias

Comite de Control de Infecciones Intrahospitalarias. (2015). Informe de vigilancia de infecciones intrahospitalaria en el instituto Nacional de enfermedades neoplásicas.

Boletín del comite de control de infecciones intrahospitalarias, 3 - 10.

Achurry, D. (2012). Intervenciones de enfermería para prevenir infecciones nosocomiales. *Revista Javeriana*, 58 - 70. Recuperado de 2016, de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria>

Achurry, M. (24 de Octubre de 2011). *Intervenciones de cuidado aplicado por el personal de enfermería en la prevención de neumonia asociada a ventilación mecánica*.

Tesis para optar el título de especialista de enfermería en unidad crítica, Pontificia universidad Javeriana., Bogota, Mexico. Recuperado el 22 de Noviembre de 2016, de <http://www.javariana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria>

Agudelo, L. (2016). Contenido conceptuales,procedimentales y actitudinales. *Ideas Compilativas*.Editorial McMillan. España

Alcides, O. (2011). Factoresde riesgo asociados a neumonia intrahospitalaria en pacientes de la unidad de cuidados intensivos. *Sociedad.Peruana de medicina interna*, 24(3), 121.

Anaya, V. (2009). Conocimiento del personal de enfermería sobre infecciones nosocomiales,prevención y práctica de medidas de seguridad de higiene. (A. F. Edhit, Ed.) *Revista de enfermeria del instituto Mexicano de seguridad social*. 2009; 17 (3): 133-138, 3(17), 133- 138. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim093d.pdf>

- Asturias. (2015). *Manual de procedimientos de enfermería*. Edit. Panamericana. Buenos Aires
- Baez, F. (2013). conocimiento ,actitudes y practicas del personal de enfermeria sobre medidas de prevencion de neumonia asociada a ventilacion mecanica en la unidad de cuidados intensivos del adulto. Recuperado el 16 de julio de 2016, de <http://www.revista.cientifica.una.py/index.php/riiicarticle/view/14>
- Barreda, M. (2006). *Neumonia asociada a la ventilacion mecanica: Factores de riesgo*. Trabajo de tesis de licenciatura. Hospital Nacional Carlos Escobedo Essalud, Lima, Lima. Recuperado el 14 de octubre de 2016, de http://www.essalud.gob.pe/biblioteca_central/pdfs/neum_asoc_ventil_mecanica.
- Bertullo, M. (2016). *Neumonia asociado ala ventilacion mecanica*. Santiago de Chile. Edit Pheneas
- Botello, J., Jairo, J., & Gonzales, A. (2 de Julio-Diciembre de 2010). Nutrición Enteral en el Paciente Critico. *Archivos de Medicina* , 163 al 168. UNMSM. Lima
- Buform, A., Reina, C., & De la Torre, M. (2016). Ventilación Mecánica. *Hospital Universitario Virgen de la Victoria*, 4. Recuperado de: www.medynet.com/usuarios/jraguilar/.../ventmeca.pdf
- Bunge, M. (2015). La Ciencia su Metodo y su Filosofia. España. *Universidad ARCIS*.
- Calzada, L. (Febrero de 2012). *Neumonia asociada a ventilacion Mecanica*. Tesis de licenciatura. Departamento de Enfermeria Universidad de Cantabria. recuperado de: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qgCO4CBT_boJ:https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/565+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=pe

Camacho, A., García, F., Garcia, F., García, M., Garijo, M., Martinez, F., (2015) .
Factores pronósticos en la neumonía asociada a la ventilación mecánica.

MEDISAN vol.19 no.3 Santiago de Cuba. Marzo. 2015

Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000300003

Carbajal, C. (11 de octubre de 2010). Higiene oral con clorhexidina para la prevención de neumonía en pacientes intubados. *135*. Obtenido de <http://www.Higiene oral con clorhexidina para la prevención de neumonía en pacientes intubados>

Casco, G. (2015). *Protocolo de cuidados de enfermería para la prevención y tratamiento de los problemas de la cavidad oral*. Obtenido de: <https://elenfermerodelpendiente.files.wordpress.com/>

Chaires, R. (2 de Abril-Junio de 2013). Neumonía asociada a ventilación mecánica el reto del diagnóstico. *Revista de la asociación Mexicana de medicina crítica y terapia intensiva*, 17(2), 99 al 106.

Chincha, O. (Octubre-Noviembre de 2013). Infecciones intrahospitalarias Asociadas a Dispositivos Invasivos En Unidades de Cuidados Intensivos de un Hospital Nacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 2 - 7.

Cisneros, F. (2002). Introducción a los Modelos y Teorías de Enfermería. *Universidad del Cauca*. recuperado de: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>

Cordova, P. (junio de 2011). Intervenciones de Cuidado del Personal Enfermero en prevención de Neumonía. España. *Elsier*, 27(2).

Castan C. (9 de junio de 2016). Técnica de Lavado de Manos. *Revista de Enfermería*, 14-15. Recuperado de:

<http://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27120/>

Del Pino, L. (2016). Protectores visuales contra impactos y/o salpicaduras. *Instituto Nacional De Seguridad e Higiene Del lTrabajo.*, 16. recuperado de:

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/201a300/ntp_262.pdf

Del Rio, L. (enero de 2012). objetivos del lavado de manos. Argentina. Obtenido de <https://www.es.slideshare.net/LDRD/el-lavado-de-manos-tipos-indicaciones-materiales>

Diaz, E. (2010). *Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica*. España. Elsevier. Obtenido de <https://doi.org/10.106/j.medin,2010.03.004>

Diaz, E., Lorente, L., & Valles, J. (junio de 5 de 2010). Neumonía asociada a la ventilación mecánica. *Medicina intensiva*, 5. Recuperado de:

<http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v34n5/puesta.pdf>

Elorza, M. (Enero-Marzo de 2010). Valoración de los cuidados de enfermería en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica. *Enfermería Intensiva*, 22(1). Recuperado de:

<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/3178/2419>

Galindo, C. (2016). Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo. *revista científica de la universidad javariana*, 1(2), 34 al 41. Obtenido de <http://www.revistas.javeriana.edu.co/>

Galindo, G. (1999). Del Concepto de Paciente al Concepto de Cliente en la Prestación de Servicios de Salud: Un escenario ético enrarecido. *Revista Javeriana*.

doi:1189. Recuperado de:

<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/1189/683>

Garrahan, P. (10 de noviembre de 2016). La Importanci de los Cinco Momentos del Lavado de Manos para Evitar Infecciones. recuperado de :

<http://www.garrahan.gov.ar/noticias-octubre-2016/octubre/la-importancia-de-los-5-momentos-del-lavado-de-manos-para-evitar-infecciones>

Guerra, E. (Mayo- Agosto de 2010). Las Teorias Sociológicas de Pierre Bourdieu y Nrberth Elias: Los Conceptos de Campus Social y Habitus. *Estudios Sociológicas*.

Gutierrez, R., Palomino, B., & Zumaeta, M. (2016). *Nivel de Conocimiento y los Cuidados de Enfermería en los Pacientes con Tubo Endotraqueal en un Hospital de ESSALUD*. Lima. Recuperado el 15 de enero de 2016, de

<http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch>

Hernández, A., & Triolet, A. (2002). Trabajos de Revisión. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*.

Hernandez, G. (8 de julio de 2016). *Aspiracion de Secresiones*. Recuperado el 14 de junio de 2017, de http://www.academia.edu/Aspiracion_de_secresiones

Hernandez, R., Fernadez, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ta Edición ed.). Mexico: McGraw-Hill. Obtenido de https://investigar1.files.wordpress.com/2010/.../1033525612-mtis_sampieri_unidad_1...

Hessen, J. (2011). *Gnoseología*. Teoria del Conocimiento. Artículo de investigacion. Obtenido de <https://gnoseologia1.files.wordpress.com/2011/03/teoria-del-conocimiento1.pdf>

Hunter, J. (junio de 2 de 2012). neumonia asociada a la ventilacion mecanica. *estrategia para la prevencion*. Recuperado de <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/dfe7c632ff70091501b2cdc4ff61e450.pdf>

Kluczynik, V. (8 de julio de 2014). Acciones de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica: revisión sistemática. *Enfermería global*, 13(35). Obtenido de <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php.script>

Landiyo, J., Mendez, Y., Pachherri, A., Quiroz, E., Solorzano, I., & Nique, F. (2016). Cuidado de Enfermería y Teoría de Dorothea Orem. *Revistas Uladech*. recuperado de: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/1032>

Levin, M. E. (3 de junio de 2013). El Modelo de la Conservación. *Nursing Theories*. Recuperado el 25 de junio de 2017, de: <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.com/2013/06/el-modelo-de-la-conservacion.html>

Llaurado, M. (1 de Enero de 2011). Grado de conocimiento de las guias de prevencion de la neumonia asociada a ventilacion mecanica de las enfermeras de cuidados intensivos del sur de Europa. (E. S.L.M Llaurado, Ed.) 6 AL 12. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/scielo.php>

Martin, I. (julio de 1 de 2015). Enfermedades infecciosas y Microbiologia Clinica. En C. M. M Ortiz Rivera, *Enfermedades infecciosas y Microbiologia Clinica*. Barcelona. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica>

Martínez, G. (6 de Diciembre de 2005). Neumonía asociada a ventilación mecánica: Incidencia,. *Revista de la asociación Mexicana de medicina crítica y terapia intensiva*, 19(5), 163 - 165. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/>

Medina, J. (2015). Enfermera en Urgencia y Uci. *Enfermera en Urgencia y Uci.*, 3 al 10. Obtenido de <http://www.enfermeroenuergencias.blogspot.pe/>

Mendez, A. (Junio de 2016). Neumonia. En M. G. A.Mendez Echevarria, *Protocolodiagnostico -terapeuticosde la EAP-infectologia pediatrica*. Madrid. Obtenido de <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/neumonia>

Ministerio de Sanidad, S. S. (abril de 9 de 2016). Uso Correcto de la Mascarrilla. Obtenido de <http://www.msps.es/servCiudadanos/alertas/mascarillasUsoCorrecto>.

Morocho, J. (Febrero-Julio de 2014). Prevalencia y característica de la neumonia asociada a ventilacion mecanica en pacientes de la unidad de cuidados intensivos. doi:123456789/5542

Nava, M. P. (2000). El Conocimiento Cientifico. *Revistas Bolivianas*. Obtenido de <http://www.revistasbolivianas.org>.

Olmedo, M. (noviembre de 2015). tecnica de aspiracion de secreciones subglotica. (elsevier, Ed.) *revista en enfermeria*, 29 al 32. Recuperado el 14 de noviembre de 2016, de <http://www.fundasamin.org.ar/archivos/tecnica de aspiracion de secreciones subglotica>.

Ortiz, G., & Dueñas, C. (2015). *Neumonía asociada a la ventilación mecánica: prevención, diagnóstico y tratamiento*. asociacion colombiana de medicina critica y cuidados intensivos. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.acci.2015.09.006>

Palella, S., & Martins, F. (6 de Setiembre de 2015). Metodología de la investigación cuantitativa Tercera Edición. *Calameo*, 85 -87. Obtenido de <https://metodologiaecs.wordpress.com/.../metodologia-de-la-investigacion-cuantitativa...>

Programa Corporativo Neumonía. (Enero-Febrero de 2011). Grado de conocimiento de las guías de prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica de las enfermeras de cuidados intensivos del sur de Europa. *Medicina intensiva*, 35(1). Recuperado el 8 de diciembre de 2016, de <http://scielo.isciii.es/scielo.php>

Ramirez, L. (2005). Evidencia de aspiración subglótica en los cuidados de enfermería al paciente crítico. *VI congreso internacional virtual*. Recuperado el 8 de febrero de 2017, de <http://congresoenfermeria.es>

Raurell, M. (2011). *Impacto de los cuidados de enfermería en la incidencia de la neumonía asociada a la ventilación mecánica invasiva*. Dialnet plus. Recuperado el 6 de diciembre de 2015, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3644018>

Rivera, G., Padilla, C., Bonasso, P., Gonzales, A., & Martinez, H. (2017). Directriz para reducir el riesgo de transmisión de *Mycobacterium*. *Revista ADM*. Recuperado de: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=14/09/2012-46db82522e>

Rodriguez, A. (2013). Manejo de la Nutrición Enteral en Paciente Crítico. *Nutrición Hospitalaria*, 1498. Recuperado de: http://www.nutricionhospitalaria.org/wp-content/uploads/2016-n33-supl-2/nutrhop33_supl2.pdf

Rodriguez, O. (16 de octubre de 2016). Neumonía asociada a la ventilación mecánica en las unidades de cuidados intensivos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20, 603 al 607. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php/script/sci_arttext&pid

Sanchez, G. (octubre de 2016). Fisiopatología de las Neumonías. *Ciencias Medicas*, 20. Recuperado de:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27251/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20N.pdf>

Santos, J. (9 de junio de 2010). *Normas de Bioseguridad*. Centro Regional de Santiago de Curca. Recuperado el 16 de noviembre de 2016, de <https://www.es.scribd.com/doc/77697217/Bioseguridad-Segun-La-Oms-Ops>

SEEIUC, S. E. (2015). *Protocolo de prevención de las neumonías relacionadas con ventilación mecánica en la UCI españolas*. ministerio de sanidad ,politica social e igualdad, España. Recuperado de: http://www.semicyuc.org/sites/default/files/protocolo_nzero.pdf

Seminario, J. (22 de Marzo de 2011). Investigación Ciencia y Conocimiento Científico. *Ciencia y Conocimiento Científico*. Recuperado de.
<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001464/146406s.pdf>

Silva, C. (9 de junio de 2016). Técnica de Lavado de Manos. *Revista de Enfermería*, 14 al 15. Obtenido de <http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Técnica>

Soriano, L. (2012). medidas para la prevención de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. *Complejo Hospitalario Universitario Albacete*, 20. recuperado de:

Terezinha, L. (2011). *Evaluación de las medidas de prevención y control de la neumonía asociada a la ventilación mecánica*. revista .Latina-Am.Enfermegen. Obtenido de <http://www.eerp.usp.br/rlab>

terezinha, L. (2011). *Evaluación de las medidas de prevención y control de la neumonía asociada a ventilación mecánica*. Rev.Latino-Am.Enfermegen. Obtenido de <http://www.eerp.usp.br/rlab>

Terezinha, L. (Noviembre-Diciembre de 2011). Evaluación de las medidas de prevención y control de neumonía. Obtenido de <http://www.eerp.usp.br/rlae>

Torres, J. (19 de Abril de 2017). Conocimiento y practica de enfermería para prevenir la neumonia asociada a ventilador. (J. T. Lopez, Ed.) *Revista Conamed*, 22(2). Recuperado el 25 de Mayo de 2017, de <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/630/902>

Touriñan, J., & R, S. (1996). *dialnet*. (J. Lopez, Editor) Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2554505.pdf>

Ulldemolins, M. (13 de Setiembre de 2009). Medidas farmacológicas para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. *medicina clinica*, 1 - 50. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-1018200101820000>.

Unidad de Atencion Médica - División de Exelencia Clínica. (2013). Prevencion,Diagnostico y Tratamiento de Neumonia Asociada a Ventilación Mecánica. *Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 2-3.

Valiño, A. H. (2013). Guia de aspiración de secreciones. *Salud-Madrid*, 7 al 9. Obtenido de http://www.academia.edu/Aspiracion_de_secreciones

Vega, R. (2015). Unidades Clinicas: UGC de Cuidados Criticos y Urgencias. *Unidades Clinicas: UGC de Cuidados Criticos y Urgencias*, 2 al 5.

Velasco, S. (2015). *El control del neumotaponamiento en cuidados intensivos: influencia de la formación de los profesionales de enfermería*. Elsevier. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2014.06.002>

Villamón, M. J. (Abril de 2015). Evaluación del cumplimiento de un protocolo de prevención de neumonia asociada a ventilación mecánica en una UCI polivalente. (M. J.

Villamón Nevot, Ed.) *Revista electronica trimestral de enfermería.*, XXXVIII, 102 - 117.

Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_08.pdf

Villavicencio, D. (enero de 2016). Guia para lavado de manos. *prevencion y control de las infecciones hospitalarias*. Obtenido de

<http://www.files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/11/guia-de-lavado-de-manos>

Working, S. (2011). Guidelines for the prevention of ventilatorassociated pneumonia in adults in Irelan. *A strategy forthe control of antimicrobias resist*, 6 - 7.

Apéndice

A. Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario

Objetivo.

Determinar el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería en la prevención de neumonías asociadas a ventilación mecánica de las unidades críticas: UCI- UTI del INEN.

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la medidas preventivas de neumonía nosocomial asociados ventilación mecánica

Rogamos responder con veracidad y conciencia, sólo para fines de estudio.

Datos Generales

Edad: 25 – 30 ()
 > 30 – 40 ()
 > 40 – 50 ()
 > 50 a más () .

Sexo: Femenino ()
 Masculino ()

Estado Civil:

Soltero ()
 Casado ()
 Divorciado ()
 Viudo ()

Condición Laboral:

Nombrado ()
 Contratado ()
 conviviente ()

Tiempo de Servicio en la UCI – UTI

a) <1 año b) 1 años a 3 años c) 3 años a 6 años d) 6 años a 10 años

Datos Específicos

1.- El uso de medidas de barrera es indispensable durante la atención del paciente para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVVM): marque la alternativa correcta.

- a).- Gorro, Mascarilla y Mandilones.
- b).- Gorro, Mascarilla, Mandilón, Lentes y Guantes.
- c).- Gorro, Mascarilla, Mandilón y Guantes.
- d).- N.A.

2.-Porqué es importante el lavado de manos? Considere Ud. la respuesta correcta.

- a).- Previene la colonización cruzada en la neumonía nosocomial.
- b).- Disminuye la Neumonía asociada a ventilación mecánica.
- c).- Es un medio fácil para eliminar microorganismos.
- d).- A y C.
- e).- Todas las anteriores.

3.- El Ministerio de Salud establece los cinco momentos importantes del lavado de manos marque Ud. el tercer momento?

- a).- Antes del contacto con el paciente.
- b).- Después de estar en contacto con sangre o fluido corporal.
- c).- Después del contacto con el paciente.
- d).- Antes de una tarea aséptica.
- e).- Después de estar en contacto con el entorno del paciente.

4.- Durante la higiene de cavidad oral Ud. considera lo siguiente marque lo correcto.

- a).- Posición 30 45 °, verificación de neumotaponamiento. Uso de antiséptico (clorhexidina al 0.12%).
- b).- Posición menor de 30° °, verificación de neumotaponamiento. Uso de antiséptico (clorhexidina al 0.12%).

- c).- Posición 30° 45°, uso de antiséptico (clorhexidina al 0.12%).aspiración de secreciones.
- d).- Todas las anteriores.

5.- Por qué es importante la higiene de cavidad oral en pacientes con ventilación mecánica invasiva? Marque la respuesta correcta.

- a).- Disminuye la flora bacteriana y previene NAVM.
- b).- Mantiene las mucosas orales húmedas.
- c).- Disminuye el acúmulo de secreciones.
- d).- Identifica lesiones en cavidad oral.

6.- La medición estándar de la presión neumotaponamiento deben ser:

- a). - 15 – 20 mmhg
- b). - 20 – 25 mmhg
- c). - 25 – 30 mmhg
- d).- 30 – 35 mmhg

7.-Porqué es importante el control del neumotaponamiento en la prevención de NAVM en cada turno, marque Ud. lo que considera correcto.

- a).- Evita la micro aspiración traqueo bronquial en pacientes con ventilación mecánica invasiva.
- b).- Evita bronco aspiración en pacientes con riesgo de vómito.
- c).- Asegurar una ventilación eficaz.
- d).- Todas las anteriores.

8.- Qué es aspiración de secreciones: (marque Ud. las alternativas correctas)

- a).- La succión de secreciones a través de un catéter para mantener la permeabilidad de las vías aéreas y previene atelectasias.
- b.- Es la aspiración de secreciones para evitar edema o espasmos laríngeos.

c).-El tiempo de aspiración de secreciones traque bronquiales no debe ser mayor de 30 segundos.

d).- Todas las anteriores.

9.- Durante la aspiración de secreciones (sistema abierto) Ud. considera importante: marque lo correcto.

a).- Procedimiento con material estéril y la intervención de dos personas.

b).-La pre oxigenación de 30 segundos antes del procedimiento disminuye el riesgo de hipoxia.

c).- la aspiración debe ser de forma rotativa e intermitente y no más de 15 segundos d).-

Todas las anteriores.

10.- Cuál es el objetivo principal de la humidificación pasiva o activa marque Ud. las alternativas que considera.

a).- Es el intercambio de calor – humedad para mantener la mucosa de la vía aérea.

b).- Humidifica el aire inspiratorio que llega a los pulmones a una temperatura interna del cuerpo (37°)

c).- Optimiza el intercambio gaseoso y protege el tejido pulmonar

d).- Todas las anteriores.

11.- Las medidas de prevención de la NAVM es:

a).- Medidas de barrera, Lavado de manos, Aspiración de secreciones, Cuidados del TOT, control de residuo gástrico.

b).- Humidificación, Cabecera de 30° - 45°, la presión de Neumotaponamiento, higiene de cavidad oral.

c).- Lavado de manos, Mascarilla, Mandilón, Guantes.

d).- a y b son correctas.

12.- De qué manera influye la posición del paciente en la prevención de la NAVM.

- a).- Disminuye el riesgo de la NAVM.
- b).- Disminuye el reflujo gástrico-esofágico.
- c).- Previene la bronco aspiración del paciente.
- d).- Todas las anteriores.

13.- Qué criterio se debe tener en cuenta antes de iniciar la nutrición enteral en pacientes con ventilación mecánica invasiva?, marque Ud. la alternativa que considera correcta.

- a).- Control de residuo gástrico y verificación de sonda nasogástrica.
- b).- Posición del paciente 30° 45°
- c).- Control de neumotaponamiento.
- d).- Todas las anteriores.

Guía observacional

Datos Generales:

Nombre y Apellido:

Especialidad

Objetivos:

Identificar la práctica de los profesionales de enfermería en la prevención de la neumonía asociados a ventilación mecánica de las unidades críticas: ICI - UTI del INEN.

DESCRIPCION	SI	NO	OBSERVACION
- Higiene de manos antes y después de manipular vía aérea y contacto con el paciente.			
-Posición semiincorporada (mantener la posición de cabecera de 30 a 45 grados)			
-Aspiración de secreciones bronquiales. Técnica de aspiración de circuito cerrado o abierto			
-Neumotaponamiento (control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento cada 2 horas).			
-Ventana diaria de sedación			
-Higiene bucal con clorixidina 0.12% al 0.2%			
-Cambio de tubuladuras y tubos oro traqueales(evitar cambiar en forma rutinaria tubos y tubuladuras)			
-Tubo y sistema de aspiración subglotica			

Lista de chequeo para la prevención de la neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica aprobada por la coordinadora de uci adultos la Dra. Liliana Llinas Álvarez el 22 de julio del 2015 código GM-UIA-002.

C. Confiabilidad de los instrumentos.

	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	VALOR TOTAL
ENF 1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	9
ENF 2	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	9
ENF 3	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	5
ENF 4	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	9
ENF 5	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	7
ENF 6	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	10
ENF 7	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	9
ENF 8	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	9
ENF 9	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	7
ENF 10	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	9
ENF 11	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	10
ENF 12	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	9
ENF 13	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	8
ENF 14	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	5
ENF 15	0	0	0	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	19
ENF 16	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	10
ENF 17	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	9
ENF 18	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	10
ENF 19	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	10
ENF 20	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9

D. Consentimiento Informado

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que me realicen un cuestionario y una guía observacional las investigadoras que están estudiando la segunda especialidad en el área de Cuidados Intensivos siendo ellas profesionales que laboran en el Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas (INEN). Entiendo que el cuestionario y la guía observacional formara parte de un estudio sobre Relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del profesional de enfermería sobre medidas preventivas de neumonía nosocomial en pacientes con ventilación mecánica de las unidades críticas, UTI –UCI del INEN.

La aplicación de dicho cuestionario y guía observacional será en los horarios de trabajo según el rol dispuesto por el departamento de enfermería. se me harán algunas preguntas escritas ya formuladas y al momento de hacer la práctica sobre los cuidados que se brinde al paciente critico estarán presentes en la unidad calificando mi desempeño en la práctica. Este estudio contribuirá para mejorar el conocimiento y prácticas del personal de enfermería. Sin embargo yo no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación.

Los resultados de investigación me serán proporcionados si los solicito a las investigadoras que debo de buscar en el caso que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos como participante.

Firma de la entrevistada

Firma del entrevista

E. Matriz de consistencia.

Título: Relación del nivel de conocimiento y práctica del profesional de enfermería sobre medidas de prevención de neumonía nosocomial de los pacientes con ventilación mecánica de las unidades críticas: UCI-UTI del INEN 2017.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÒTESIS	VARIABLES Y SUBVARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>1.- Problema Principal:</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la práctica del profesional de enfermería sobre medidas de prevención de neumonía nosocomial de los pacientes con ventilación mecánica de las unidades críticas: UCI-UTI del INEN?</p>	<p>2.- Objetivo General:</p> <p>Determinar la relación del conocimiento y la práctica del profesional de enfermería sobre medidas de prevención de neumonía nosocomial de los pacientes con ventilación mecánica de las unidades críticas: UCI-UTI del INEN.</p> <p>2.2 Objetivos Específicos:</p> <p>O₁.Determinar el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre las medidas de neumonía asociadas a ventilación mecánica de las</p>	<p>3.- Hipótesis General:</p> <p>Primera Hipótesis</p> <p>H₁..Existe relación significativa entre los conocimientos y la práctica del profesional de enfermería sobre medidas de prevención de neumonía nosocomial de los pacientes con ventilación mecánica de las unidades críticas: UCI-UTI del INEN.</p> <p>Ho.-los conocimientos del profesional de enfermería sobre la prevención de neumonía nosocomial no tiene relación con la práctica durante la atención de los pacientes con ventilación mecánica de las unidades críticas UCI-UTI-del INEN</p>	<p>4.- Variables de la Investigación.</p> <p>4.1 Variable 1:</p> <p>Conocimiento del profesional de enfermería.</p> <p>4.2 Variable 2:</p> <p>Práctica del profesional de enfermería.</p>	<p>5.-Para la Variable 1:</p> <p>a) bioseguridad</p> <p>b) procedimental</p> <p>c) paciente</p> <p>d) equipo</p> <p>e) nutrición</p> <p>Para la variable 2:</p> <p>a) bioseguridad</p> <p>b) procedimental</p> <p>(protocolo de neumonía Zero 2015)</p>	<p>6.- Tipo y nivel de la Investigación:</p> <p>6.1 Tipo de la Investigación:</p> <p>a) Es una investigación con enfoque cuantitativo porque recoge y analiza datos cuantitativos sobre las variables.</p> <p>b) En función a los objetivos es una investigación de tipo básica porque se orienta ampliar el conocimiento teórico existente respecto a las variables de estudio.</p>

	<p>Unidades críticas: UCI-UTI del INEN.</p>			<p>c) paciente d) equipo e) nutrición</p>	<p>6..2 nivel de la investigación: Debe ser entendida como el comienzo o el soporte de futuras investigaciones.</p> <p>6.3 Método y diseño de la Investigación:</p> <p>6.4 Método: Enfoque cuantitativo en cuanto a las variables, de tipo básica en función a los objetivos y en función a la fuente de recolección de los datos es una investigación de campo.</p> <p>6.5 Diseño: Investigación no experimental, de corte transversal y descriptivo correlacional.</p>
--	---	--	--	---	--

					<p>6.6 La Población (N) y Muestra (n):</p> <p>6.7 La Población:</p> <p>La población estará conformada por todos los profesionales que laboran en las áreas críticas UCI-UTI-del INEN.</p> <p>6.8 La Muestra:</p> <p>Es el 100 % de la población siendo esta no probabilística por conveniencia de acuerdo a los criterios de las investigadoras y la selección se realizara teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.</p>
--	--	--	--	--	--

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como objetivos:

Determinar el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería en la prevención de neumonías asociadas a ventilación mecánica de las unidades críticas de unidad de terapia intensiva (UTI) y la unidad de cuidados intensivos (UCI) del instituto nacional de enfermedades neoplásicas.

Identificar la práctica de los profesionales de enfermería en la prevención de la neumonía asociadas a ventilación mecánica de las unidades críticas de unidad de terapia intensiva (UTI) y la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido**. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: _____ 5 _____

Fecha actual: _____

Nombres y Apellidos de Juez: Ebert Carlos Piquero Rojas

Institución donde labora: INEN

Años de experiencia profesional o científica: 20


EBERT C. PIQUERO ROJAS
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 29130

Firma y Sello

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1) Está de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI () NO ()
 Observaciones:.....
 Sugerencias:.....

2) A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI () NO ()
 Observaciones:.....
 Sugerencias:.....

3) Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI () NO ()
 Observaciones:.....
 Sugerencias:.....

4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI () NO ()
 Observaciones:.....
 Sugerencias:.....

5) Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI () NO ()
 Observaciones:.....
 Sugerencias:.....

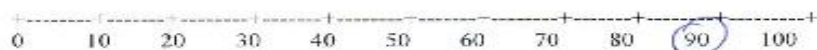
6) Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI () NO ()
 Observaciones:.....
 Sugerencias:.....

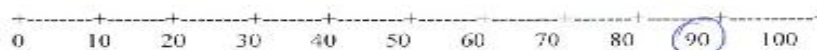
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

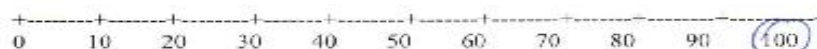
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



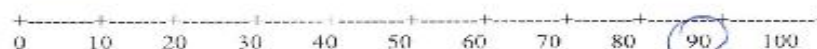
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



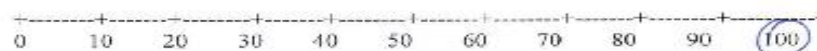
¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Fecha: _____
 Valido por: Bert Poquima Rojas

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como objetivos:

Determinar el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería en la prevención de neumonías asociadas a ventilación mecánica de las unidades críticas de unidad de terapia intensiva (UTI) y la unidad de cuidados intensivos (UCI) del instituto nacional de enfermedades neoplásicas.

Identificar la práctica de los profesionales de enfermería en la prevención de la neumonía asociados a ventilación mecánica de las unidades críticas de unidad de terapia intensiva (UTI) y la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido.** Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: _____

Fecha actual: _____

Nombres y Apellidos de Juez: _____

Institución donde labora: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Años de experiencia profesional o científica: 16 años

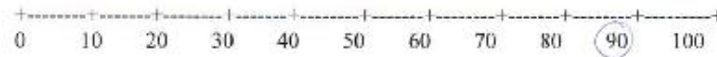


Firma y Sello

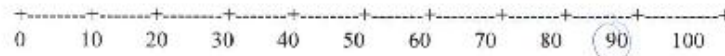

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sirvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

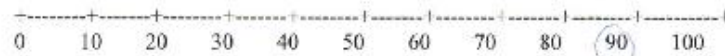
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



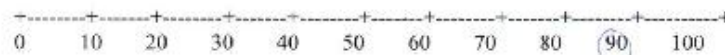
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



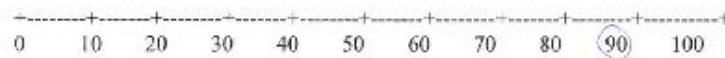
¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

cuales son los factores de riesgo para la neumonía asociada a VRI.
 * intubacion, Aspiracion, sedacion prolongada, posicion supina
 alimentacion enteral bolos, edades extremas, en Fermedades de base.

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Fecha: 4- septiembre 2016

Valido por: Judith Vera Espinoza

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como objetivos:

Determinar el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería en la prevención de neumonías asociadas a ventilación mecánica de las unidades críticas de unidad de terapia intensiva (UTI) y la unidad de cuidados intensivos (UCI) del instituto nacional de enfermedades neoplásicas.

Identificar la práctica de los profesionales de enfermería en la prevención de la neumonía asociados a ventilación mecánica de las unidades críticas de unidad de terapia intensiva (UTI) y la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido.** Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: _____

Fecha actual: 11. Enero 2017

Nombres y Apellidos de Juez: Caceres Flores Diana Rosalia

Institución donde labora: INEN

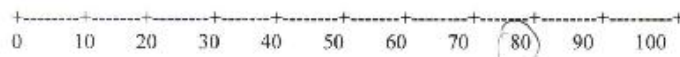
Años de experiencia profesional o científica: 26 años


 U.C. DIANA ROSALIA CACERES FLORES
 Secretaria General del Departamento de Enfermería
 CEP. 15763
 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

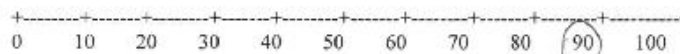
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

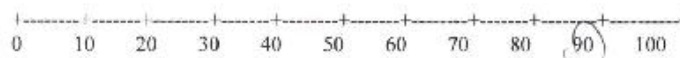
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



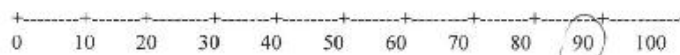
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



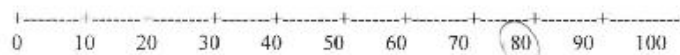
¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Fecha: 11 Enero 2017

Valido por: Caceres Flores Diana Rosalia

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como objetivos:

Determinar el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería en la prevención de neumonías asociadas a ventilación mecánica de las unidades críticas de unidad de terapia intensiva (UTI) y la unidad de cuidados intensivos (UCI) del instituto nacional de enfermedades neoplásicas.

Identificar la práctica de los profesionales de enfermería en la prevención de la neumonía asociadas a ventilación mecánica de las unidades críticas de unidad de terapia intensiva (UTI) y la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido.** Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: _____

Fecha actual: _____

Nombres y Apellidos de Juez: Alfonso Rodríguez Solórzano

Institución donde labora: INEN

Años de experiencia profesional o científica: 15 años

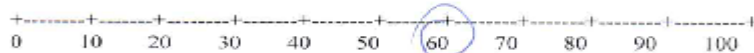

 Dr. Alfonso Rodríguez Solórzano
 Experto y Académico
 Departamento de Enfermería
 CEP 24929
 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Firma y Sello

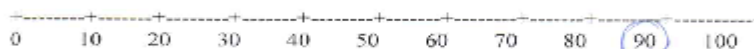
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

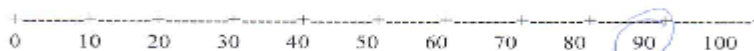
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



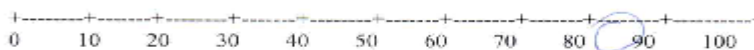
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



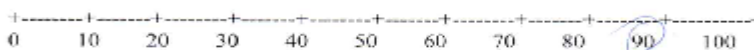
¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Fecha: _____

Valido por: Arturo Pacheco Solórzano

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como objetivos:

Determinar el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería en la prevención de neumonías asociadas a ventilación mecánica de las unidades críticas de unidad de terapia intensiva (UTI) y la unidad de cuidados intensivos (UCI) del instituto nacional de enfermedades neoplásicas.

Identificar la práctica de los profesionales de enfermería en la prevención de la neumonía asociados a ventilación mecánica de las unidades críticas de unidad de terapia intensiva (UTI) y la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido**. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: _____

Fecha actual: 21 enero 2017

Nombres y Apellidos de Juez: José Ramos Arriba Ofelia

Institución donde labora: INEN

Años de experiencia profesional o científica: 8 años.



 Lic. Silvia Ofelia Soriano Ramos
 Enfermera Asistencial
 Departamento de Enfermería
 CEP. 44916

Firma y Sello

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1) Está de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI)

NO ()

Observaciones:

Sugerencias:

las dimensiones que abordan son las correctas

2) A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI)

NO ()

Observaciones:

Sugerencias:

3) Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI)

NO ()

Observaciones:

Sugerencias:

Son dos o 3 preguntas que están por formulación.

4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI)

NO ()

Observaciones:

Sugerencias:

ya se hizo las observaciones

5) Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI)

NO ()

Observaciones:

Sugerencias:

solo si se alteran, que deben ser cambiadas.

6) Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI)

NO ()

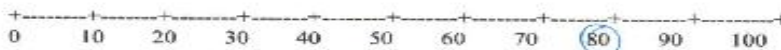
Observaciones:

Sugerencias:

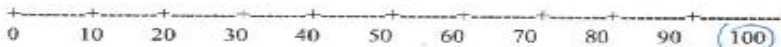
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

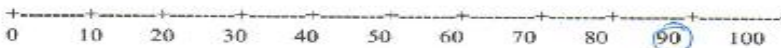
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



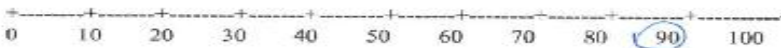
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

Diferencias de los Fillos
y especificaciones técnicas??

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Ninguna

Fecha: 21 enero

Valido por:

Lic. Silvia Ofelia Serrano Ramos
Enfermera Asistencial
Departamento de Enfermería
CEP. 44516