

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Conocimientos y prácticas sobre la aspiración de secreciones en profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios neonatales y pediátricos de la Clínica

San Felipe, Lima 2017

Por:

Ebli Natali Flores Lopez

Janet Gladys Lazo Leon

Asesora:

Dra. María Ángela Paredes Aguirre

Lima, julio de 2017

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

| | |
|------------------------------------|--|
| TIEF 2 F63 2017 | <p>Flores Lopez, Ebli Natali</p> <p>Conocimientos y prácticas sobre la aspiración de secreciones en profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios neonatales y pediátricos de la Clínica San Felipe, Lima 2017. / Autoras: Ebli Natali Flores Lopez, Janet Gladys Lazo León; Asesora: Dra. María Angela, Paredes Aguirre. Lima, 2017. 87 páginas.</p> <p>Trabajo de Investigación (2da Especialidad), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud. Escuela de Posgrado, 2017. Incluye referencias. Campo del conocimiento: Enfermería.</p> <p>1. Conocimientos y prácticas. 2. Aspiración de secreciones. 3. Profesionales de enfermería.</p> |
|------------------------------------|--|

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, MARÍA ANGELA PAREDES AGUIRRE, 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 sobre la aspiración de secreciones en profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios neonatales y pediátricos de la Clínica San Felipe, Lima 2017.*” constituye la memoria que presentan las licenciadas: EBELI NATALÍ FLORES LÓPEZ y JANET GLADYS LAZO LEON, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos, 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 veintisiete días del mes de julio de 2017.


Dra. María Angela Paredes Aguirre

Conocimientos y prácticas sobre la aspiración de secreciones en profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios neonatales y pediátricos de la Clínica San Felipe, Lima 2017.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

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

JURADO CALIFICADOR



Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Presidente



Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Secretario



Dra. María Angela Paredés Aguirre

Asesor

Lima, 27 de julio de 2017

Indice

| | |
|---|----|
| Resumen..... | x |
| Capítulo I | 11 |
| Planteamiento del problema..... | 11 |
| Identificación del problema..... | 11 |
| Formulación del Problema | 17 |
| Problema general. | 17 |
| Problemas específicos..... | 17 |
| Objetivos de la Investigación | 18 |
| Objetivo General..... | 18 |
| Objetivos Específicos. | 18 |
| Justificación..... | 18 |
| Justificación teórica. | 18 |
| Justificación metodológica. | 18 |
| Justificación práctica y social. | 19 |
| Presuposición filosófica..... | 19 |
| Capítulo II..... | 21 |
| Desarrollo de las perspectivas teóricas | 21 |
| Antecedentes de la investigación..... | 21 |
| Bases teóricas | 30 |
| Aspiración de secreciones..... | 30 |
| Principios de la técnica de aspiración..... | 31 |
| Aspiración de secreciones en lactantes..... | 32 |

| | |
|--|----|
| Procedimiento..... | 32 |
| Complicaciones de la aspiración de secreciones..... | 42 |
| <i>Contraindicaciones</i> | 44 |
| Cuidados de enfermería en la aspiración de secreciones..... | 44 |
| <i>Recomendaciones en la aspiración de secreciones</i> | 45 |
| Conocimientos..... | 46 |
| Práctica..... | 49 |
| Teorías de enfermería..... | 50 |
| Teorías del cuidado humano de Jean Watson..... | 50 |
| Teoría del cuidado humano: Dorothea Orem..... | 56 |
| Definición Conceptual..... | 60 |
| Conocimientos..... | 60 |
| Prácticas..... | 60 |
| Capítulo III..... | 60 |
| Metodología..... | 60 |
| Descripción del lugar de ejecución..... | 60 |
| Población y muestra..... | 61 |
| Población..... | 61 |
| Muestra..... | 61 |
| Criterios de inclusión y exclusión..... | 62 |
| Criterios de inclusión..... | 62 |
| Criterios de exclusión..... | 62 |
| Tipo y diseño de investigación..... | 62 |

| | |
|---|----|
| Operacionalización de variables..... | 64 |
| Técnica e instrumentos de recolección de datos..... | 67 |
| Cuestionario estructurado sobre conocimiento..... | 67 |
| Cuestionario lista de chequeo..... | 67 |
| Proceso de recolección de datos..... | 67 |
| Procesamiento y análisis de datos..... | 67 |
| Consideraciones éticas..... | 68 |
| Capítulo IV..... | 69 |
| Administración del proyecto de investigación..... | 69 |
| Cronograma de Ejecucion..... | 69 |
| Presupuesto..... | 70 |
| Referencias..... | 71 |
| Apéndice..... | 76 |
| Apéndice A..... | 77 |
| Instrumento de Recoleccion de Datos..... | 77 |
| Apéndice B..... | 81 |
| Lista de chequeo..... | 81 |
| Apéndice C..... | 82 |
| Consentimiento Informado..... | 82 |
| Apéndice D..... | 83 |
| Autorizacion Institucional..... | 83 |
| Apéndice E..... | 84 |
| Confiabilidad del Instrumento de Conocimientos..... | 84 |

| | |
|---|----|
| Apéndice F..... | 85 |
| Confiabilidad del Instrumentos de Practicas. | 85 |
| Apéndice G..... | 86 |
| Matriz de Datos Conocimientos. | 86 |
| Apéndice H..... | 87 |
| Matriz de datos de practicas. | 87 |

Índice de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Operacionalización de variables. | 64 |
| Tabla 2. Cronograma de ejecución. | 69 |
| Tabla 3. Presupuesto. | 70 |

Resumen

La aspiración de secreciones es un procedimiento invasivo que consiste en la extracción de secreciones bronquiales y/o a nivel orofaríngeo, mediante un equipo de aspiración especialmente diseñado para este fin. De este modo por tratarse de un procedimiento invasivo, el profesional de enfermería debe cumplir normas de bioseguridad que está dado por un conjunto de medidas preventivas que tienen como objetivo proteger la salud y la seguridad del personal y de los pacientes. Este estudio tiene como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y prácticas sobre la aspiración de secreciones en profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios neonatales y pediátricos de la Clínica San Felipe. Es de tipo descriptivo correlacional, no experimental. La muestra estará comprendida por 30 profesionales de enfermería, el muestreo será no probabilístico por conveniencia. El instrumento será el cuestionario y la lista de chequeo creado por Narciso Quispe Raul(2009). Los cuales fueron sometidos a juicio de expertos,. La confiabilidad que se obtuvo del cuestionario de conocimiento fue $K-R \geq 0.98$, y la de la lista de chequeo que evalúa la práctica fue $K-R \geq 0.80$. Los resultados servirán de base para elaborar los protocolos para el cuidado del paciente. Además, motivará a los departamentos encargados a capacitar a los profesionales de enfermería para mejorar los conocimientos y prácticas en la aspiración de secreciones.

Palabras claves: Conocimientos y prácticas, aspiración de secreciones y profesionales de enfermería.

Capítulo I

Planteamiento del problema

Identificación del problema

“La aspiración de secreciones es la extracción de las secreciones acumuladas en tracto respiratorio superior, por medio de succión y a través del tubo endotraqueal” (Parra, Arias & De La Torre, 2003).

La aspiración de secreciones es un medio invasivo que reside en la extracción de secreciones bronquiales y/o a nivel orofaríngeo, mediante un equipo de aspiración especialmente diseñado para este fin, el cual mediante la eliminación de secreciones producidas se logra mantener la permeabilidad de la vía aérea para favorecer el intercambio gaseoso pulmonar y así evitar neumonías y demás enfermedades causadas por acumulación de la mismas. De este modo por tratarse de un procedimiento invasivo, el profesional de enfermería debe cumplir normas de bioseguridad que está dado por un conjunto de medidas preventivas que tienen como objetivo proteger la salud y la seguridad del personal y de los pacientes, frente a riesgos producidos por agentes biológicos. Por lo que el profesional de enfermería debe implementar una adecuada protección y uso permanente de las medidas de bioseguridad; ya que se encuentra en riesgo continuo de adquirir enfermedades infecto contagiosas (OMS, 2005).

“Los pacientes intubados tienen mayor riesgo de contraer estas infecciones intrahospitalarias, para disminuir estos indicadores es necesario tener un conocimiento y unas prácticas adecuadas sobre el manejo de secreciones” (Villanueva, 2006).

La Unidad de Cuidados Intensivos e intermedios es el área en un hospital que proporciona tratamiento agresivo y de sumo cuidado, con tecnología moderna, control invasivo y no invasivo a los pacientes críticos de alto riesgo. El cuidado del paciente crítico ha

evolucionado hacia una disciplina que requiere una formación y conocimientos especializados, respecto a la precisión de la valoración y los registros, así como en la diligencia de los cuidados de enfermería, dentro del cual se encuentra el quehacer diario la habilidad de aspiración de secreciones a pacientes intubados (OMS, 2005).

A nivel internacional las últimas informaciones demuestran que las”infecciones transmitidas en el hospital generalmente son causadas por gérmenes multiresistentes que solo responden a los antibióticos más caros, lo cual incrementa los costo y por ello, se debe cumplir con las técnicas asépticas evitando posibles infecciones oportunistas”. Una investigación de prevalencia se realizó en el año 2006, dirigido por OMS en 55 hospitales de 14 países del mundo representativos de 4 regiones (Europa, el Mediterráneo Oriental, el Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental)” mostró que un promedio de 8,7% de los pacientes hospitalizados presentaban infecciones nosocomiales. En un momento dado, más de 1,4 millones de personas alrededor del mundo sufren complicaciones por infecciones contraídas en el hospital, esto puede estar relacionado con la falta de asepsia por parte del personal de salud” (Arevalo et al., 2005).

Ajenjo (2006) sostiene que en Chile se advierten aproximadamente 30 000 infecciones intrahospitalarias (IIH) al año, en el año 2006 y la tasa de incidencia global de 10% y se estima, con estudios de prevalencia, con una cifra real que duplica. “Uno de los factores de riesgo de IIH está relacionado con la atención hospitalaria, que es donde existe la mayor posibilidad de intervenir, dado que es la responsabilidad directa del personal de salud”. Coexisten muchas medidas dependientes del tipo de infección, pero la mas importante es usar la técnica correcta del lavado de mano.

García & Cesar (2002) dice que en la actualidad, según los datos de la Sociedad Internacional de Enfermedades Infecciosas (ISID), las infecciones nosocomiales en los países

desarrollados son de 5 a 10% y en los países en desarrollo puede superar hasta el 25%, éstas infecciones como es de entender, aumentan considerablemente la morbilidad, mortalidad y los costos de una sociedad. Por tanto, las medidas de bioseguridad deben ser una práctica concientizada y ser cumplida por el profesional de enfermería en las diferentes áreas que conforman en un hospital.

Blasco (2006) refiere que la extracción de secreciones por medio de la aspiración es un procedimiento de la tráquea y de los bronquios, que atrofia el paso del oxígeno hacia los pulmones. Este procedimiento se debe realizar eventualmente para prevenir complicaciones como lesión en la mucosa oral y el tracto respiratorio, Esta indicada en caso de que el paciente no pueda toser, o expectorar las secreciones. “Este procedimiento debe ejecutarse en condiciones de máxima asepsia, para evitar infecciones pulmonares. Puede estar contraindicado en: estado asmático agudo, en hemorragias nasofaríngeas o por varices esofágicas y en pacientes con infarto de miocardio”.

Un estudio refiere que hay dos tipos de aspiración de las secreciones: “1) aspiración con sonda por el tubo endotraqueal, sometiendo al paciente a cambios de presión positiva que ejerce el ventilador a la presión atmosférica que induce al método abierto de aspiración, 2) el método aspiración cerrada, que consiste igualmente en introducir una sonda a través del tubo endotraqueal, pero el ventilador sigue ejerciendo la presión en la vía aérea” (De Los Remedios & Ibarra, 2007).

González (2004) concluye en su estudio que la ventilación mecánica produce complicaciones en el paciente y la vía aérea artificial como el tapón de moco. Si el paciente no expulsa las secreciones por la tos se realizara la aspiración mecánica. Los mecanismos de succión de secreciones son procedimientos invasivos que abarcan un catéter puesto en la vía aérea

artificial o en el tubo orotraqueal, unido a una presión negativa controlado a través de un regulador. “Los pacientes con vía aérea artificial requieren asistencia con remoción de secreciones y algunas incluyen evidencia directa de secreciones en la vía aérea, se incrementa en la presión pico en el ventilador, aumento de la resistencia pulmonar y un inexplicable deterioro en los gases sanguíneos.

Arencón, Llobet, Moreno & Rayo (2004) plantean que los ayuda de la aspiración de secreciones son conservar la permeabilidad de la vía aérea de boca, nariz y faringe, mantener la vía aérea permeable en el paciente traqueostomizado y favorecer el intercambio de gases. Los autores, señalan un principio que la respiración involucra procesos vitales como: el intercambio gaseoso en los pulmones, al conservar una vía aérea artificial requiere de un conocimiento teórico y práctico con el fin prevenir complicaciones que pongan en peligro la vida del paciente y dar una atención de calidad, en el uso adecuado de la técnica de aspiración.

Thompson (2000) resalta que el profesional de enfermería debe tener destrezas y delicadeza necesarias al ejecutar la aspiración para prevenir los errores garrafales. Las enfermeras realizan una evaluación exhaustiva del paciente para iniciar con este procedimiento el cual se debe emplear con una técnica aséptica.

A nivel nacional, según los datos oficiales obtenidos de la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSA), la prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias para el año 2010 fueron: en el I Nivel, se reportó un 37.5 %; en el II Nivel se halló una prevalencia de 28.6%, para el III Nivel una prevalencia de 20% y en el IV Niveles de 16.9%. Realizando una visión holística de estos porcentajes podemos ver que la seguridad y los riesgos inmersos, sobre quienes trabajan en los servicios de salud de Niveles altos entre ellos los de áreas

críticas, constituyen un tema que cada vez preponderante y se enfatiza con más relevancia en los niveles de atención en salud de mayor complejidad (MINSA, 2010).

La UCI es considerada un servicio de salud que asiste a programas en situación crítica, los cuales tienden a ser sometidos necesariamente a procedimientos invasivos como la aspiración de secreciones traqueobronquiales y/o a nivel orofaríngeo, en donde el acumulo de secreciones ocasiona una obstrucción de las vías aéreas respiratorias y por ende una disminución del proceso de respiración adecuada para nuestros pacientes; lo que genera un riesgo elevado del contacto y contagio de alguna enfermedad intrahospitalaria por medio de secreciones en donde se encuentran los gérmenes, bacterias y demás microorganismos que ponen en riesgo inminente al profesional de enfermería. Por ello, es importante proteger al personal de salud y paciente, mediante el uso permanente y concientización de la aplicación de las normas y guías de bioseguridad antes, durante y después de la atención a pacientes críticos inmunodeprimidos en la Unidad de Cuidados Intensivos, sin disminuir la calidad de atención que merecen nuestros pacientes, es decir brindar una atención con calidad y calidez asegurando la disminución de cualquier riesgo de contagio de alguna infección intrahospitalaria.

El profesional de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) brinda atención especializada de manera eficaz y permanente al paciente crítico, siendo una de las actividades importantes la valoración y comprobación de la permeabilidad de la vía aérea, mediante la auscultación de las vías respiratorias para evaluar la ventilación y oxigenación adecuada. Para ello uno de los dispositivos para lograr la permeabilidad deseada es el Tubo Endotraqueal (TET) el cual es una vía aérea artificial para periodos cortos, en donde inmediatamente el paciente es conectado a un ventilador mecánico si fuese necesario. Por lo que el profesional de enfermería está predispuesto a contraer infecciones intrahospitalarias debido al

contacto del personal con secreciones y/o fluidos corporales del paciente crítico; ya que puede estar presente en el gérmenes tales como el staphylococcus aureus, klebsiella pneumoniae, micobaterium tuberculosis, meningococo, difteria, adenovirus influenza, parotiditis, coqueluche, hemophilus, faringitis estreptocócica, micoplasma, entre otros, lo que podría exacerbar la incidencia de enfermedades de tipo ocupacional e infecto contagiosa en el personal de salud, si no se aplica y concientiza a la práctica de las medidas adecuadas de bioseguridad.

La Oficina de la Inteligencia Sanitaria del Hospital Guillermo Almenara reportó en el 2008 que el 9.4 % de neumonías nosocomios estaba asociada al ventilador mecánico (Arpasi, Roca & Villanueva, 2009).

El personal de enfermería es una pieza clave del equipo multidisciplinario y esta comprometida con las medidas preventivas durante la cuidado del procedimiento de aspiración de secreciones en pacientes intubados que muestran mayor riesgo de complicaciones, en este sentido la enfermera debe estar bien capacitada sobre las técnicas respectivas y la fundamentación científica y la aplicación adecuada del protocolo de aspiración de secreciones (Jiménez, 2004).

La estancia de pacientes críticos del servicio de emergencia del hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, posee lugar para 15 pacientes adultos el 20 a 30 % son portadores de una vía artificial que es ser tubo orotraqueal o tubo de traqueotomía. El plan de cuidados en la unidad comprende la realización del procedimiento de aspiración de secreciones, y es compromiso del profesional de enfermería conservar las vías aéreas permeables. Esto es posible mediante la protección de la calidad de cuidados, es necesario monitorizar la ejecución de los procesos incluidos en la atención del paciente para el logro de los objetivos (Uceda & Obando, 2014).

González & Coscojuela (2004) refiere que la ventilación mecánica produce complicaciones en el paciente de la vía aérea artificial como el tapón de moco. Cuando las secreciones no se expulsan de la vía aérea con la tos, la aspiración mecánica es requerida. Los mecanismos de aspiración o succión de secreciones son procedimientos invasivos que abarcan un catéter puesto en la vía aérea artificial o en el tubo orotraqueal, unido a una presión negativa (vacío) controlado a través de un regulador. Los pacientes con vía aérea artificial siempre requieren asistencia con remoción de secreciones. Para succionar incluyen evidencia directa de secreciones en la vía aérea, incremento en la presión pico en el ventilador, aumento de la resistencia pulmonar y un inexplicable deterioro en los gases sanguíneos.

Formulación del Problema

Problema general.

¿Qué relación existe entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre la aspiración de secreciones en profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios neonatales y pediátricos de la Clínica San Felipe, Lima 2017?

Problemas específicos.

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre la aspiración de secreciones en profesionales de enfermería de la unidad de cuidados intermedios neonatales y pediátricos de la Clínica San Felipe, Lima 2017?

¿Cuáles son las prácticas sobre la aspiración de secreciones en profesionales de enfermería de la unidad de cuidados intermedios neonatales y pediátricos de la Clínica San Felipe, Lima 2017?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General.

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y prácticas sobre la aspiración de secreciones en profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios neonatales y pediátricos de la Clínica San Felipe.

Objetivos Específicos.

Determinar el nivel de conocimientos sobre la aspiración de secreciones en profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios neonatales y pediátricos de la Clínica San Felipe.

Determinar las práctica sobre la aspiración de secreciones en profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios neonatales y pediátricos de la Clínica San Felipe.

Justificación

Justificación teórica.

El estudio es importante porque profundiza el conocimiento y prácticas del profesional de enfermería sobre aspiración de secreciones a través de la recopilación de información científica actualizada Además refuerza la importancia de la teoría del autocuidado de Dorothea Orem la práctica Clínica.

Justificación metodológica.

La presente investigación servirá de base para futuras investigaciones, además de tener un instrumento validado con su respectiva confiabilidad el cual nos permite la medición del conocimiento, prácticas en el manejo de aspiración de secreciones además podrá ser utilizado en otras instituciones del ámbito nacional.

Justificación práctica y social.

Los beneficiarios directos de la investigación serán el paciente y los profesionales de enfermería. Y el beneficiario indirecto la institución. Tiene relevancia práctica porque el estudio servirá de base para elaborar los protocolos para el cuidado del paciente. Además, motivara a los departamentos encargados a capacitar a los profesionales de enfermería para mejorar los conocimientos y prácticas en la aspiración de secreciones.

Presuposición filosófica.

La educación superior que brinda la Universidad Peruana Unión cree en la existencia de un solo Dios: Padre, Hijo y Espíritu Santo. Dios es inmortal, todopoderoso, onnisapiente y omnipresente. Dios creó al hombre y la mujer como seres perfectos en las dimensiones física, mental y espiritual con libre albedrío para tomar decisiones. De igual manera, el universo fue creado por Dios y se rige mediante leyes naturales revelando la evidencia de un Dios maravilloso.

Sin embargo, la desobediencia a Dios (pecado), trajo como consecuencia la ruptura de la relación entre Dios y el hombre, llevando al ser humano a la muerte y el sufrimiento de enfermedades. Sin embargo, Dios en su infinita misericordia nos ofrece la posibilidad de reconciliarnos con El y esto se consigue aceptando el plan de salvación a través del sacrificio de Jesucristo.

La vida y la salud son grandes tesoros que deben ser cuidados considerando la obediencia a los diez mandamientos de la Ley de Dios y las leyes naturales. En la Santa Biblia en 1 de Corintios 6:19 refiere que nuestro cuerpo es Templo del Espíritu Santo, por lo tanto, merece brindar todo el cuidado en la alimentación, reposo, agua, sol, aire, temperancia y confianza en Dios.

En 1 Juan 4:8 dice que una de las características más importantes de Dios es el amor: “El que no ama no conoce a Dios, porque Dios es amor”. La Ley de Dios, estaba comprendida en dos grandes principios: “Amarás al Señor tu Dios con todo tu corazón, y con toda tu alma, y con toda tu mente y con todas tus fuerzas. Este es el principal mandamiento. Y el segundo es semejante: Amará a tu prójimo como a ti mismo. No hay otro mandamiento mayor que éstos” (Marcos 12: 30,31). Estos dos grandes principios abarcan los primeros cuatro mandamientos, que muestran el deber del hombre hacia Dios, y los últimos seis, que muestran el deber del hombre hacia su prójimo. Si mi prójimo es el paciente le debo brindar el cuidado como si fuera mi hermano demostrando un servicio basado en el amor, y esto es la calidad.

Capítulo II

Desarrollo de las perspectivas teóricas

Antecedentes de la investigación

Oliveira, De Campos, Marin, Garbin, Merizio & Barcellos (2012) según su estudio titulado “Aspiración endotraqueal en pacientes adultos con vía aérea artificial: revisión sistemática con el objetivo de identificar y analizar evidencias oriundas de ensayos clínicos controlados y hechos aleatorios sobre las atenciones relacionados a la aspiración de secreciones endotraqueales en pacientes adultos, en estado crítico, intubados y bajo ventilación mecánica. Método: De las 631 referencias encontradas, 17 estudios fueron seleccionados. Resultados: Los 17 estudios incluidos fueron publicados en el período de 1987 a la 2009, siendo 11 (64,7%) después del año 2000, destacándose el año de 2003 con cuatro artículos (23,5%). Se identificaron evidencias en cuanto a seis categorías de intervenciones relacionadas a la aspiración endotraqueal, las cuales fueron analizadas según los resultados referentes a alteraciones hemodinámicas y de los gases sanguíneos, colonización microbiana, infección nosocomial, entre otros. Las evidencias logradas son relevantes para la práctica de la aspiración endotraqueal, mientras, los riesgos de los estudios seleccionados comprometen su confiabilidad. y llegó a la conclusión que la aspiración endotraqueal basada en investigación presenta mejores resultados para presión arterial media, frecuencia cardíaca, presión parcial arterial de oxígeno y presión parcial arterial de dióxido de carbono, con la relación a la aspiración usual.

Fernández, Martínez, Marraco, Navarro, Salvador, Gómez & Bermejo (2005) en su investigación Titulado “Respuesta de la presión intracraneal durante la aspiración de secreciones previa administración de un relajante muscular” La aspiración de secreciones es una técnica de enfermería habitual en los pacientes sometidos a ventilación mecánica, que puede ser causa de

elevación de la presión intracraneal (PIC). El objetivo del estudio fue valorar la repercusión de un relajante muscular sobre la PIC ante la aspiración de secreciones. Material y métodos: Ensayo clínico que tomaba al mismo paciente como caso y control, se realizaron 2 aspiraciones endotraqueales a cada paciente, una de ellas previa a la administración de un relajante muscular (cisatracurio) y otra no. La administración en bolo del relajante en la primera o segunda aspiración se realizó de forma aleatoria. Se estudiaron 13 pacientes portadores de catéter de medición de PIC intraparenquimatoso dentro de las primeras 36 horas poscolocación y sedoanalgesiadados para una puntuación de 6 en la escala de Ramsay. Se midió la PIC y la presión de perfusión cerebral (PPC) antes, durante y después de cada aspiración. Metodología estadística: se utilizó el programa SPSS 11.0. Análisis de datos mediante la t de Student para datos apareados. El nivel de significación estadística aceptado fue del 95%. El resultado que obtuvo fue que al comparar los casos en los que se administró relajante muscular con los que no se administró, se encontraron diferencias significativas en los valores de PIC y PPC durante la aspiración de secreciones. Llegando a la conclusión que en los datos obtenidos en el estudio, se ha observado menor aumento de la PIC durante la aspiración de secreciones en los casos en los que se administró el relajante muscular previo a la aspiración.

Bejarano, De la Calle, Notario & Sánchez (2012) según su estudio titulado “Implantación de un protocolo de aspiración de secreciones endotraqueales basado en la evidencia científica en una Unidad de Cuidados Intensivos. Cuyo objetivo fue evaluar el impacto de la implantación de un protocolo de aspiración de secreciones endotraqueales basado en la evidencia tiene sobre la realización de dicha técnica. Métodos: estudio de intervención antes-después desarrollado en una Unidad de Cuidados Intensivos (Madrid) en la que se implantó un protocolo para la aspiración de secreciones endotraqueales (ASE) basado en la evidencia tras llevar a cabo sesiones formativas

con el equipo de Enfermería. La población de estudio fueron las ASE realizadas a pacientes que precisaran ventilación mecánica más de 48 horas. Variables de estudio: motivo de aspiración, calibre de la sonda utilizada, lavado de manos, uso de mascarilla, hiperoxigenación previa, nivel de sedación y frecuencia de complicaciones. Para la comparación antes-después de la implantación del protocolo se empleó la prueba ji-cuadrado y el exacto de Fisher. Resultados: antes de la implantación del protocolo se realizó observación de 482 aspiraciones procedentes de 11 pacientes y, tras la implantación, de 216 procedentes de 9 pacientes. Se observó una mejoría estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con respecto a lo observado antes de la implantación del protocolo en los cinco ítems de medidas generales en la realización de la técnica. Respecto a los motivos de la aspiración, no se llevó a cabo ninguna aspiración rutinaria, siendo la principal causa la presencia de secreciones (66%). Solo se dieron dos tipos de complicaciones: de saturación (3,7%) y obstrucción del tubo (2, 3%),llego a la conclusiones que la aplicación de un protocolo basado en la evidencia para la realización de ASE, el cual ha sido implantado tras sesiones formativas con el equipo de Enfermería, aumenta el cumplimiento de medidas generales de realización correcta de la técnica y disminuye la incidencia de complicaciones, lo cual repercute en una mayor seguridad para el para el paciente.

Pérez, Nash & Landeros (2015) En su estudio titulado sobre efecto de una intervención en el conocimiento de aspiración de secreciones en neonatos el objetivo es probar el efecto de una intervención educativa sobre el conocimiento técnico de aspiración de secreciones del neonato utilizo una metodología de Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA), cuyas características incluyeron tres grupos: uno experimental (GE) y dos controles (GC1 y GC2). La muestra se calculó con la fórmula para poblaciones finitas, dando una $n=6$ sujetos por cada grupo, la intervención fue simple ciego con base a un test, re-test, llevándose a cabo en un lapso de 2

semana los resultados fueron que los grupos mostraron equivalencias en escolaridad y años de servicio ($p > .05$). Después de la intervención, los resultados mostraron una diferencia significativa en la variable de conocimiento de la técnica ($p = 0.493$), la cual mejoró significativamente después de haber concluido la intervención ($p = .03$) en el GE vs. GC1 ($p = .18$) y GC2 ($p = .28$), con una $M = 2.60 \pm 2.3$, gl 4 vs. 10, IC de 95%. Conclusión: Posterior a la intervención se considera que la dosificación de ésta fue suficiente con base en el conocimiento técnico observado.

Albornoz & Rojas (2010) según su estudio “Efectividad de la aspiración de secreciones sub glóticas para la prevención de neumonía”. La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVVM) es una de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud de mayor importancia y frecuencia tanto a nivel mundial como nacional. Se ha demostrado que esta patología prolonga el uso de VM, la permanencia en UCI, la hospitalización, los costos, la morbilidad y la mortalidad. De ahí la importancia de su prevención aplicando estrategias sustentadas por la práctica basada en evidencia. Una de las medidas de prevención que reporta la literatura basándose en la etiología de NAVVM (pues se ha demostrado radiográficamente que las secreciones tienden a aglutinarse sobre el cuff del tubo endotraqueal) es la aspiración de secreciones sub glóticas, actualmente de baja implementación y conocimiento en nuestro medio. Es por esto que el objetivo del presente trabajo es determinar si la aspiración de secreciones sub glóticas es un cuidado de enfermería efectivo para la Prevención de NAVVM en adultos. Metodología: Búsqueda de artículos científicos, entre Mayo y julio de 2010, en las bases de datos: PUBMED y SCIELO, en el meta buscador TripDatabase y en CO-CHRANE, con las palabras claves “Ventilator-associated pneumonia”, “Prevention”, “Subglottic secretion drainage” Resultados: La evidencia demostró que la aspiración de secreciones sub glóticas disminuye

significativamente la incidencia de NAVM, llegando hasta un 50%, y que principalmente beneficia a los pacientes que requieren VM por más de 72 h, siendo una estrategia segura y costo-efectiva para los pacientes. No se encontraron diferencias a favor de esta técnica en cuanto a educación de la estada hospitalaria ni mortalidad. Las investigaciones disponibles hasta la fecha no permiten discriminar entre su uso de forma continua o intermitente, siendo necesarias nuevas investigaciones que comparen idealmente en un mismo estudio estas dos opciones.

Conclusiones: La aspiración de secreciones sub glóticas disminuye efectivamente la incidencia de NAVM, siendo una técnica segura y costo efectivo para los pacientes. Si bien es recomendada por diferentes sociedades y guías de práctica clínica, su uso en nuestro país es escaso, por lo que proponemos mayor difusión de esta estrategia de prevención de NAVM a favor de nuestros pacientes.

Arpasi, Roca & Villanueva (2009) realizan un estudio titulado “Relación que existe entre el nivel de conocimientos y la aplicación de protocolos de aspiración de secreciones por TET en la unidad de cuidados intensivos del hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2009”. Su objetivo fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la aplicación del protocolo de aspiración de secreciones en la Unidad de Cuidados Intensivos y la metodología fue de estudio descriptivo de diseño correlacional transversal. Que se empleó una encuesta de conocimiento del protocolo de aspiración; en las enfermeras asistenciales de la Unidad de Cuidados Intensivos, y una guía de observación a un total de 43 enfermeras. La correlación estadística se realizó mediante la prueba Chi cuadrada. Resultados fue que las enfermeras evaluadas, en conocimiento y aplicación del protocolo (43), el 58.1% presenta conocimiento entre bueno y excelente, mientras que el 53.5% tiene un nivel de aplicación del protocolo de aspiración de secreciones malo. La correlación según la prueba Chi cuadrado muestra una

significancia de 0.5. En Conclusión el nivel de conocimiento no se correlaciona con la aplicación del protocolo de aspiración de secreciones.

Orellana, Changa, Sullcapuma & Chávez (2013) realizaron un estudio titulado “técnicas asépticas en el cuidado enfermero a pacientes hospitalizados que requieren administración de fármacos y aspiración de secreciones del tracto respiratorio”. Su objetivo fue el cumplimiento de las técnicas asépticas en los procedimientos de administración de fármacos y aspiración de secreciones del tracto respiratorio por parte de los enfermeros durante el cuidado de pacientes con grado de dependencia III. El método estudio fue descriptivo observacional realizado en los servicios de medicina de un hospital local, con una población de 78 enfermeros, a quienes se les aplicó una guía de observación cuyo resultados es que el 51,3% de las enfermeras no cumple con las técnicas asépticas en los procedimientos de administración vía oral y endovenosa de fármacos, y aspiración de secreciones del tracto respiratorio. Conclusion la mayoría de enfermeros de los servicios de medicina de un hospital local no cumple técnicas asépticas en la administración de fármacos vía oral y endovenosa y aspiración de secreciones del tracto respiratorio.

Uceda & Obando (2014) ejecutaron un estudio titulado “Relación entre el cumplimiento del procedimiento de aspiración de secreciones y la presencia de complicaciones en pacientes críticos, emergencia de un hospital nacional de Lima” y su objetivo fue determinar cuál es la relación y el cumplimiento del procedimiento de aspiración de secreciones y la presencia de complicaciones en pacientes adultos en el servicio críticos de emergencia . El método que usaron fue observacional de enfoque cuantitativo y descriptvo. Los datos fueron recolectados en dos listas de cotejo, la primera recogió información sobre el cumplimiento de los pasos que efectuó el profesional de enfermería en el procedimiento de aspiración de secreciones y la segunda

recogió información sobre las complicaciones que presentaron en el paciente durante el procedimiento: hipoxia, arritmia cardiaca, hipotensión y lesión de la mucosa traqueal. Los resultados fueron el nivel de desempeño fue medio a bajo en un 60%. fueron lesión de la mucosa traqueal con un 65%, hipoxia con un 55%. La relación estadísticamente significativa entre el nivel de cumplimiento bajo y la presencia de lesión de la mucosa traqueal y la hipoxia ($P < 0.05$). En conclusión la población presenta un conocimientos en dicha técnica; se evidenció que durante la ejecución del procedimiento no se realiza en su totalidad los pasos a seguir. La efectividad del procedimiento, a pesar de su experiencia presenta algunas veces obvia los pasos tal vez por la sobre demanda de pacientes y la recarga laboral que ejecuta el profesional de enfermería, según lo estipulado para este procedimiento.

Cahua (2015) realizó un estudio titulado “Conocimiento y Prácticas de la Enfermera sobre la Aspiración de Secreciones en Pacientes Intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos Hospital María Auxiliadora-2013” El objetivo fue determinar los conocimientos y prácticas de la enfermera en la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la unidad de cuidados intensivos neonatales y pediátrico, se uso el método de es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, descriptivo de corte trasversal. La muestra fue de 20 y el instrumento que uso fue la observación, el cuestionario y la lista de cotejo aplicados previo consentimiento informado y el resultados fue 100%(20), 50%(10) conoce, 50%(10) no conoce y en la práctica 50%(10) es adecuado y 50%(10) inadecuada en conclusion el conocimientos de la enfermera sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados fue porcentaje equitativo conocen las barreras de protección que se usaa en la aspiración de secreciones, pero no conocen los principios de la aspiración de secreciones, los signos y síntomas que indican la aspiración de secreciones por TET. Los resultados se fueron que practican antes de la aspiración de

secreciones se lava las manos; durante se introduce la sonda dentro del tubo oro traqueal sin aplicar presión positiva y después desecha los guantes y lo que no practican que antes de la aspiración no ausculta al paciente, durante la aspiración, la duración es menor de 10 segundos y después de la aspiración no ausculta ambos campos pulmonares.

Cama (2010) realizó un estudio sobre; “Relación entre conocimiento y prácticas en medidas preventivas de las enfermedades corporales que realiza la enfermera(o) de servicio de emergencia Hospital Nacional Dos de Mayo”. Con el objetivo identificar los conocimientos sobre las medidas preventivas de las enfermedades por contacto con fluidos corporales que realiza la enfermera del servicio de emergencia. El método que uso fue escrito transversal y la muestra fue por 15 enfermeras. El instrumento uso fue cuestionario y lista de chequeo fue entrevista y observación. Las conclusiones fueron que la mayoría de las enfermeras conocen las medidas preventivas de las enfermedades infecto contagiosa por contactos con fluidos, la realización del lavado de manos, así como el descarte del material corto punzante.

López (2007) realizó el estudio: “Medidas de Bioseguridad que utiliza el personal de enfermería en el manejo de aspiración de secreciones a pacientes traqueostomizados del servicio de cirugía Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”. Su objetivo fue determinar las medidas de Bioseguridad que uso el personal de enfermería en el manejo de aspiración de secreciones a pacientes traqueostomizados. El método que uso fue descriptivo exploratorio de corte transversal , obsevacional y la población estuvo conformada por 15 enfermeras y el instrumento fue lista de chequeo. En conclusión existe un porcentaje (53,3% y 60%) de las enfermeras que no aplican las medidas de bioseguridad en la aspiración de secreciones en pacientes traqueostomizados antes y después del procedimiento y no preparan equipos y materiales para la boca y traqueotomía, no ausculta los pulmones en indagación de estertores y

sibilantes, no retira joyas al lavarse las manos, no se coloca mandilón y mascarilla; el menor porcentaje (20%) realiza inadecuadamente durante el procedimiento de aspiración de secreciones a pacientes traqueostomizados, predisponiéndole a enfermedades degenerativas, crónico.

Moreno (2008) realizó el estudio “Nivel de conocimientos y medidas de bioseguridad en internos previamente capacitados del Hospital Nacional Dos de Mayo 2004-2005”. Su objetivo fue determinar el Nivel de conocimientos y aplicación de las medidas de bioseguridad de internos previamente capacitados del Hospital Nacional Dos de Mayo. El método fue analítico, prospectivo, longitudinal, cuasi experimental. y la población fue 317 internos, de los cuales 147 fueron de Medicina, 90 de Enfermería, 9 de Obstetricia, 20 de Laboratorio Clínico, 29 de Odontología. El instrumento fue cuestionario y lista de chequeo y fue la entrevista y observación. Las conclusiones fue que el programa de capacitación sobre Bioseguridad, impartido durante 2004- 2005 logró cambios estadísticamente significativos en el nivel de conocimientos y aplicación de las medidas de Bioseguridad y despues de recibir el “Programa de Capacitación su nivel de conocimientos sobre Bioseguridad mejoro, con un $p < 0.001$, yendo de un muy mal nivel y a un buen nivel de aplicación ($p < 0.001$) El nivel de conocimientos mejoró con más rapidez que el nivel de aplicación, el cual mejoró más lentamente, no llegando a ser excelente.

Narciso (2008) ejecutó un estudio sobre el: “Nivel de conocimiento y práctica que tiene el enfermero(a) sobre la aspiración de secreciones en pacientes con intubación endotraqueal en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte”. Su objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y práctica que tiene el enfermero(a) sobre la aspiración de secreciones en pacientes con intubación endotraqueal en el Servicio de Emergencia. El método uso fue descriptivo de corte transversal y la población estuvo conformada por 19 enfermeras. El instrumento que usao

fue cuestionario, lista de chequeo, la entrevista y observación. En conclusion la práctica que desarrolla los profesionales de Enfermería, la mayoría tiene un nivel medio antes, durante y después de la aspiración de secreciones con pacientes intubados, es importante en la prevenir las infecciones intrahospitalarias durante el manejo de las vías aéreas..

Bases teóricas

Aspiración de secreciones.

Es la succión de las secreciones depositadas en tracto respiratorio superior, y a través del tubo endotraqueal. Las mucosidades bronquiales son un mecanismo de defensa de los bronquial que genera moco para expulsar las partículas extrañas por medio de la tos. En pacientes acostumbrados a ventilación mecánica permite expulsar las secreciones, la intubación desencadena la inhibición del reflejo de la tos requiriendo su extracción por medio de la succión manual (García, Gonzales & Medina, 2016).

La succión de secreciones endotraqueal es necesario para el sustento de la permeabilidad de la vía aérea artificial, este procedimiento esta asociado a riesgos en los pacientes. La importancia de que las enfermeras estén capacitadas para realizar el cuidado correcto en la practica debe ser basada en las evidencias científicas. (González, Martínez, Eseberri, Coscojuela & Erro, 2004).

En la actualidad “existen dos sistemas de aspiración de secreciones: el sistema cerrado, y sistema abierto. El sistema cerrado ha demostrado que es menos costoso y produce menos complicaciones para el paciente, sin embargo, no han demostrado diferencias en cuanto a la disminución de la incidencia y prevalencia” (Bravo & Quintana, 2007).

Por tal motivo la enfermera especialista desempeña un rol significativo en la unidad de cuidados intensivos porque procede en forma acertada ante las respuestas humanas previniendo

dificultades en la vida del paciente. La enfermera debe tener valores y ser estrictamente en los “principios de aspiración: la hidratación sistémica, la humidificación del aire inspirado el drenaje postural, la técnica estéril, la hiperoxigenación y la hiperventilación antes y después de la aspiración, se mejora el intercambio gaseoso, alivia la dificultad respiratoria, y reduce la ansiedad del paciente previniendo el riesgos de arritmias, hipoxemia, infección” (Domínguez, 2010).”

Principios de la técnica de aspiración.

Los principios de la técnica de aspiración envuelven: “La hidratación sistémica, la humidificación del aire inspirado, el drenaje postural, la técnica estéril, el lavado del tubo con solución fisiológica, el acto de aspiración y la hiperoxigenación e hiperventilación antes y después de la aspiración” (Cabestrero & Añón, 2006).

La hidratación sistémica y la humidificación del aire inspirado inmediato con la limpieza disminuye las secreciones fluidifica la expectoración más rápida. La postura facilita la el drenaje y moviliza las secreciones en las vías aéreas y facilita el aspirado rápido. Es importante practicar la técnica de asepsia, del uso de materiales esteriles para prevenir las incidencias de infecciones. “La hiperoxigenación y la hiperinsuflación sea con la bolsa de reanimación manual o respirador mecánico permiten que la aspiración se realice de manera segura” Las prioridades de enfermería en el cuidado de los pacientes con vía aérea artificial incluyen la humidificación, el tratamiento del tubo endotraqueal y la aspiración y el tubo deriva la vía aérea superior, el calentamiento y la humidificación del aire debe realizarse por medio externo. Las enfermedades que demanda de aspiración y produce abundante secreciones son las Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, fibrosis quística, cualquier patología que deteriore los mecanismos de la tos como depresión del Sistema Nervioso Central, enfermedad neuromuscular también pueden producir retención de

secreciones y necesitan de aspiración. Generalmente estos pacientes con tubo endotraqueal requieren una aspiración para conservar la vía aérea permeable. La aspiración tiene el objetivo descartar del árbol bronquial las secreciones que el paciente tiene dificultad de eliminar por si solo, de esta forma se conserva la permeabilidad del tubo endotraqueal, cediendo un correcto intercambio de gases a nivel alveolo-capilar (Cabestrero & Añon, 2006).

Indicaciones.

Según Mosby (2010) presenta que los signos y síntomas refiere la necesidad de aspirar son: (a) “Aumento de la frecuencia respiratoria y cardíaca en el paciente. (b) Hipotensión arterial. (c) Intranquilidad y ansiedad en el paciente. (d) Secreciones visibles y obvias. (e) Cuando la auscultación capte la presencia de ruidos estertores y sibilancias respiratorias”.

Aspiración de secreciones en lactantes.

En la aspiración de secreciones de lactantes se utiliza método Abierto de Aspiración que es método convencional.

Procedimiento.

El procedimiento incluye un antes y un después según Mosby (2010):

Antes.

1. Mirar la radiografía previamente.
2. Escuchar ruidos en ambos campos pulmonares.
3. Evaluar la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno, la frecuencia cardíaca y presión arterial.
4. Verificar continuamente los resultados de gases arteriales.
5. Ejecutar contacto visual y táctil con el lactante si la condición lo permite

6. Garantizar la presión del equipo para aspiración, ajustarlo a: (a) Lactante menor de 6 meses 60 mmHg. (b) Lactante mayor de 6 meses 80 mmHg.
7. Confirmar la funcionalidad del sistema de reanimación manual, adaptado al sistema de administración de oxígeno a concentración del 100%. (a) Lactante menor de 6m mascara facial redonda. (b) Lactante mayor de 6m mascara facial redonda o triangular.
8. Comprobar la bolsa de reanimación en lactantes < de 2 años: 240 ml.
9. Situar al paciente con el cuello en hiperextensión, si no existe contraindicación, colocando una almohadilla por debajo y a la altura de los hombros.
10. Distinguir la sonda de aspiración que se va a utilizar siguiendo las reglas de asepsia. (a) Lactante < de 6 meses sonda de aspiración N° 6 – 8. (b) Lactante > de 6 meses sonda de aspiración N° 8 – 10.
11. Efectuar lavado de manos por 30 segundos.
12. Poner la máscara, las gafas protectoras y guantes quirúrgicos estéril (considerar contaminado el guante de la mano no dominante)

Durante.

1. Agilizar el aparato de aspiración (sistema empotrado).
2. La técnica de aspiración con la mano dominante enrollar la sonda en la mano dominante, y la conexión del tubo del aspirador, y comprobar su funcionalidad oprimiendo digitalmente la válvula de presión, desconectar al paciente del ventilador, del orificio de entrada del tubo endotraqueal o traqueotomía. Poner la conexión del ventilador sobre una compresa de gasa estéril y cubrirla con un extremo de la misma para prevenir la contaminación de la conexión.

3. Airear y hiperoxigenar al paciente 30 segundos antes de la aspiración para prevenir la hipoxemia, con el ventilador 3-5 minutos antes, con el Ambú de 4 a 5 Respiraciones. Si respira en forma espontánea, coordinar las ventilaciones manuales con la propia inspiración del paciente. Al intentar ventilar al paciente en contra de sus propios movimientos respiratorios se produce barotrauma (lesión pulmonar debida a presión).
4. Humedecer la punta de la sonda con cloruro de sodio y meter la sonda de aspiración en el orificio del tubo de traqueotomía o endotraqueal (según corresponda) suavemente, durante la inspiración del paciente, hasta encontrar una ligera resistencia.
5. Efectuar la aspiración con la mano dominante retirando la sonda 2 - 3cm, una vez introducida (para evitar la presión directa de la punta de la sonda). destinar presión negativa ocluyendo el orificio obturador de la sonda. Durante la aspiración se realizan movimientos rotatorios con la sonda, tomándola con los dedos pulgar e índice. La aspiración continua puede producir lesiones de la mucosa, limitar de 10 a 15 segundos que es el tiempo máximo de cada aspiración. Si existe alguna complicación suspender el procedimiento”. “Hiperóxigenar al paciente utilizando el ventilador o ambú, antes de intentar otro episodio de aspiración.
6. Disponer en el tubo endotraqueal la solución de cloruro de sodio al 0.9% para irrigación estéril si las secreciones son espesas. (a) < de 06 meses = 0.5ml. (b) De 06 a 1 año = 1ml.

7. Consecutivamente oxigenar al paciente con el designio que, al realizar la reanimación manual, con ello se estimula la producción de tos y se distribuye la solución logrando despegarlas secreciones. (La utilidad de este procedimiento es muy controvertida).
8. Aspirar las secreciones haciendo presión negativa.
9. Higienizar la sonda con una gasa estéril y lavar la sonda en su interior con agua estéril
10. Adherir nuevamente al paciente al ventilador.
11. Succión las secreciones oro faríngeas utilizando una nueva sonda de aspiración.

Después.

1. Observar y evaluar los signos vitales y saturación de oxígeno en el monitor.
2. Escuchar el tórax y valorar los ruidos respiratorios.
3. Descartar los guantes quirúrgicos, cogiendo la sonda de aspiración y eliminar en tacho rojo.
4. Descartar la mascarilla y guardarla en su protector correspondiente.
5. Sacar el mandilón y la gorra y guardarla.
6. Limpiezas de manos por 30 segundos
7. Efectuar la higiene bucal del paciente.
8. Inspeccionar la fecha, características de las secreciones (su consistencia, cantidad, olor y coloración) y la respuesta del paciente.

Aspiración de secreciones del pre – escolar.

En la aspiración de secreciones incluye un antes y un después.

Antes

1. Equivalente a la preparación de Aspiración en Lactantes
2. Evaluar la frecuencia respiratoria y auscultar los ruidos respiratorios y si el paciente está conectado a un monitor, vigilar constantemente la saturación de oxígeno, la frecuencia cardíaca y presión arterial. Verificar los resultados de gases arteriales la condición del paciente, si tolera la desconexión del ventilador mecánico.
3. Ejecutar contacto visual y táctil con el preescolar si la condición lo permite.
4. Confirmar la presión del equipo para aspiración, ajustar la presión del aspirador:
En niño preescolar de 80 – 100 mmHg.
5. Aprobar la funcionalidad del sistema de reanimación manual, adaptado al sistema de administración de oxígeno a concentración del 100%. Preescolar con mascarilla facial triangular modelo niño.
6. Verificar la bolsa de reanimación de 2 - 10 años: 500 ml.
7. Poner al paciente con el cuello en hiperextensión, si no existe contraindicación, colocando una almohadilla por debajo y a la altura de los hombros.
8. Situar el material que se va a utilizar siguiendo las reglas de asepsia.
9. Disponer la sonda de aspiración N° 10
10. Limpieza de manos por 30 segundos.
11. Poner la máscara, las gafas protectoras y guantes quirúrgicos estéril (considerar contaminado el guante de la mano no dominante).

Durante.

1. Activar el aparato de aspiración (sistema empotrado).

2. Con la mano dominante enrollar la sonda en la mano dominante.
3. Unir la sonda de aspiración al tubo de aspiración, protegiendo la sonda de aspiración con la mano dominante y con la otra embonar a la parte de entrada del tubo del aspirador, comprobar su funcionalidad oprimiendo digitalmente la válvula de presión”.
4. Destetar al paciente del ventilador, del orificio de entrada del tubo endotraqueal o traqueotomía y poner la conexión del ventilador sobre una compresa de gasa estéril y cubrirla con un extremo de la misma para prevenir la contaminación de la conexión.
5. La Ventilación y/o hiperoxigenar al paciente antes de la aspiración para prevenir la hipoxemia, con el ventilador 3-5 minutos antes, con el Ambú de 4 a 5 respiraciones.
6. En caso de que el paciente respire en forma espontánea, coordinar las ventilaciones manuales con la propia inspiración del paciente. Al intentar ventilar al paciente en contra de sus propios movimientos respiratorios se puede producir barotrauma (lesión pulmonar debida a presión). Este procedimiento de preferencia realizarlo por dos enfermeras(os).
7. Lubricar la punta de la sonda con cloruro de sodio.
8. Meter la sonda de aspiración en el orificio del tubo de traqueostomía o endotraqueal (según corresponda) delicadamente, durante la inspiración del paciente, hasta encontrar una ligera resistencia (Mosby,2010).
9. Efectuar aspiración del paciente, con la mano dominante retirando la sonda 2 - 3 cm, una vez introducida (para evitar la presión directa de la punta de la sonda).

Con la mano no dominante aplicar presión negativa ocluyendo el orificio obturador de la sonda. Durante la aspiración se realizan movimientos rotatorios con la sonda, tomándola con los dedos pulgar e índice. La aspiración continua puede producir lesiones de la mucosa, limitar de 10 a 15 segundos que es el tiempo máximo de cada aspiración. Si existe alguna complicación suspender el procedimiento.

10. Hiperoxigenar al paciente utilizando el ventilador o ambú, antes de intentar otro episodio de aspiración.
11. Disponer en la tráquea la solución de cloruro de sodio al 0.9% para irrigación estéril a través de la vía aérea artificial si las secreciones son espesas.
12. Colocar SF por TET (Pré-escolar) = 2 - 3 ml de CLNa 0.9%
13. Ulteriormente oxigenar al paciente con el propósito que, al ejecutar la reanimación manual, con ello se estimula la producción de tos y se distribuye la solución logrando despegar las secreciones. (La utilidad de este procedimiento es muy controvertida).
14. Aspirar las secreciones haciendo presión negativa.
15. Limpiar la sonda con una gasa estéril y lavar la sonda en su interior con agua estéril
16. Conectar nuevamente al paciente al ventilador.
17. Aspirar las secreciones oro faríngeas utilizando una nueva sonda de aspiración.

Después.

1. Observar y valorar los signos vitales y saturación de oxígeno en el monitor.
2. Auscultar el tórax y valorar los ruidos respiratorios.

3. Retirarse los guantes quirúrgicos, cogiendo la sonda de aspiración y descartarlos en tacho rojo.
4. Retirarse la mascarilla y guardarla en su protector correspondiente.
5. Retírese el mandilón y la gorra y guardarla.
6. Lavados de manos por 30 segundos
7. Realizar la higiene bucal del paciente.
8. Registrar la fecha, características de las secreciones (su consistencia, cantidad, olor y coloración) y la respuesta del paciente.

Aspiración de secreción del escolar y adultos.

En la aspiración de secreciones incluye un antes y un después

Antes.

1. Conforme al del pre escolares.
2. Evaluar la frecuencia respiratoria y auscultar los ruidos respiratorios. Vigilar asiduamente “la saturación de oxígeno, la frecuencia cardiaca y presión arterial”. Valorar los resultados de gases arteriales. Valorar la condición del paciente, si tolera la desconexión del ventilador mecánico
3. Ejecutar contacto visual y táctil con el escolar si la condición lo permite.
4. Corroborar la presión del equipo para aspiración, ajustar la presión del aspirador:
5. En niño escolar de 100 – 120 mmHg.
6. Corroborar la funcionalidad del sistema de reanimación manual, adaptado al sistema de administración de oxígeno a concentración del 100%.
7. Ponerse mascarilla facial triangular modelo adulto pequeño
8. Comprobar la bolsa de reanimación > 10 años: 1,600 ml

9. Poner al paciente con el cuello en hiperextensión, si no existe contraindicación, colocando una almohadilla por debajo y a la altura de los hombros
10. Disponer el material que se va a utilizar siguiendo las reglas de asepsia.
11. Distinguir sonda de aspiración N° 12 – 14
12. Lavado de manos por 30 segundos.
13. Colocarse la máscara, las gafas protectoras y guantes quirúrgicos estéril (considerar contaminado el guante de la mano no dominante).

Durante.

1. Activar el aparato de aspiración (sistema empotrado).
2. Con la mano dominante enrollar la sonda en la mano dominante.
3. Conectar la sonda de aspiración al tubo de aspiración, protegiendo la sonda de aspiración con la mano dominante y con la otra embonar a la parte de entrada del tubo del aspirador, comprobar su funcionalidad oprimiendo digitalmente la válvula de presión.
4. Desconectar al paciente del ventilador, del orificio de entrada del tubo endotraqueal o traqueotomía. Poner la conexión del ventilador sobre una compresa de gasa estéril y cubrirla con un extremo de la misma para prevenir la contaminación de la conexión.
5. Ventilar y /o hiperoxigenar al paciente antes de la aspiración para prevenir la hipoxemia, con el ventilador 3-5 minutos antes, con el Ambú de 4 a 5 respiraciones.
6. En caso de que el paciente respire en forma espontánea, coordinar las ventilaciones manuales con la propia inspiración del paciente. Al intentar ventilar

al paciente en contra de sus propios movimientos respiratorios se puede producir barotrauma (lesión pulmonar debida a presión). De preferencia realizarlo por dos enfermeras(os).

7. Lubricar la punta de la sonda con cloruro de sodio
8. Introducir la sonda de aspiración en el orificio del tubo de traqueotomía o endotraqueal (según corresponda) suavemente, durante la inspiración del paciente, hasta encontrar una ligera resistencia.
9. Realizar la aspiración del paciente, con la mano dominante retirando la sonda 2 - 3 cm, una vez introducida (para evitar la presión directa de la punta de la sonda). Con la mano no dominante aplicar presión negativa ocluyendo el orificio obturador de la sonda. Durante la aspiración se realizan movimientos rotatorios con la sonda, tomándola con los dedos pulgar e índice. La aspiración continua puede producir lesiones de la mucosa, limitar de 10 a 15 segundos que es el tiempo máximo de cada aspiración. Si existe alguna complicación suspender el procedimiento. Mosby(2010)
10. Hiperoxigenar al paciente utilizando el ventilador o ambú, antes de intentar otro episodio de aspiración.
11. Administrar en la tráquea la solución de cloruro de sodio al 0.9% para irrigación estéril a través de la vía aérea artificial si las secreciones son espesas.
12. Administrar de SF por TET (Escolar) = 3 - 4 ml de CLNa 0.9%.
13. Posteriormente oxigenar al paciente con el propósito que, al realizar la reanimación manual, con ello se estimula la producción de tos y se distribuye la

solución logrando despegar las secreciones. (La utilidad de este procedimiento es muy controvertida).

14. Aspirar las secreciones haciendo presión negativa
15. Higienizar la sonda con una gasa estéril y enjuagar la sonda en su interior con agua estéril.
16. Conectar nuevamente al paciente al ventilador
17. Aspirar las secreciones oro faríngeas utilizando una nueva sonda de aspiración.

Después.

1. Observar y valorar los signos vitales y saturación de oxígeno en el monitor
2. Auscultar el tórax y valorar los ruidos respiratorios.
3. Retirarse los guantes quirúrgicos, cogiendo la sonda de aspiración y descartarlos en tacho rojo.
4. Retirarse la mascarilla y guardarla en su protector correspondiente.
5. Retírese el mandilón y la gorra y guardarla.
6. Lavados de manos por 30 segundos
7. Realizar la higiene bucal del paciente.
8. Registrar la fecha, características de las secreciones (su consistencia, cantidad, olor y coloración) y la respuesta del paciente.

Complicaciones de la aspiración de secreciones.

Según Mosby (2010) refiere la aspiración de secreciones es significativo durante los cuidados traqueales, no está libre de complicaciones entre ellos presenta:

Hipoxia.

Cuando se aspira las secreciones se aspira también oxígeno en un paciente, por tal motivo se hiperoxigena o hiperinsuflar al paciente antes y después de la aspiración, disponiendo al menos cinco insuflaciones con ámbu conectado a un flujo de oxígeno al 100% y debe estar conectado a un ventilador, se cambiar la FiO₂ al 100%, esto se realizan anticipadamente en los ventiladores más modernos mediante el tiempo de un minuto.

Arritmias.

Las arritmias son provocadas por la hipoxia miocárdica y por la estimulación del vago; se debe controlar la frecuencia; y ritmo cardíaco en cada instante que se realiza la aspiración de secreciones, y también se detectará cambios significativos que se puedan dar en el paciente.

Hipotensión.

Esta dificultad emerge el resultado de la hipoxia, bradicardia que es la estimulación del vago. La aspiración provoca una maniobra parecido a la calidad, la cantidad, la secreciones que favorece la hipotensión y se asentará al inicio y término de la sesión.

Atelectasias.

La alta presión negativa durante la aspiración, que causa colapso alveolar e inclusive pulmonar, para prevenir las complicación se realizara la aspiración y la sonda deberá ser de tamaño adecuado. Una regla de oro a seguir: la sonda de aspiración debe ser un número exacto para el tubo endotraqueal; el nivel seguro para la aspiración estará comprendido entre 80 y 120 mmHg.

Paro cardíaco.

La complicación más grave en la obstrucción en la traquea es consecuencia de la aspiración de secreciones. Valorar el monitor cardíaco en busca de arritmias durante y después

de la aspiración. “En caso aparezcan, deje de aspirar y adminístrele el oxígeno al 100% hasta que el ritmo cardíaco vuelve a la normalidad; en caso necesario tener preparado el coche para RCP”, Mosby(2010).

Riesgo de Infección.

Si bien los riesgos de contagio durante la maniobra de aspiración de secreciones, es importante efectuar la técnica de lavado de mano y lo esteril de los materiales. La Centers for disease, “recomienda la precauciones universales que cuando se aspire un paciente el uso de guantes, gafas protectoras y mascarilla durante la aspiración. Colocarse dos pares de guantes y al realizar una aspiración de secreciones, aplique no solo las medidas de barrera hacia el paciente, sino que cuide también su propia protección”, Mosby (2010).

Contraindicaciones.

Absolutas: Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño.

Relativas: Bronco espasmo en el paciente ya que la hiperactividad bronquial y la inflamación son dos procesos activos que se dan momento y evitan el avance de la sonda se tendrá que administrar corticoides.

Cuidados de enfermería en la aspiración de secreciones.

Las consideraciones a tener en cuenta durante el cuidado son las siguientes: (a) no pretender obligar la entrada de la sonda de aspiración cuando hay resistencia, ya que producir traumatismos en las membranas o pólipos nasales. Si causa hemorragia notificar al médico; (b) La aspiración repetida veces producir irritación de las membranas mucosas, edema, dolor, edema laríngeo y traumatismo. Suspender la aspiración difícil o existe obstrucción; (c) determinar la necesidad de aspirar las secreciones del árbol traqueobronqueal, valorando el estado del paciente, y evitar una acumulación excesiva de las secreciones; (d) usar mascarilla ,gorra,mandil y guantes

esteriles en la aspiración de secreciones; (e) realizar higiene bucal con clorhexidinaal 2%; (f) mantener una técnica estéril para reducir el riesgo de infecciones; (g) el procedimiento de la aspiración de secreciones no debe durar más de 10 segundos en cada aspiración, y debe haber un intervalo de uno a dos minutos entre cada episodio para dar tiempo al paciente a respirar; (h) tener ambú para oxigenar los pulmones del paciente antes y después de aplicar la técnica, para reducir el riesgo de hipoxemia, disrritmias y micro atelectasias, (i) control de los signos vitales antes y después de realizar el procedimiento, para detectar problemas respiratorios, disrritmias e hipotensión; (j) evitar los traumatismos de la mucosa traqueal durante la aspiración, utilizando sondas de aspiración estéril de material blando con múltiples orificios (las sondas con un solo orificio pueden adherirse a la mucosa adyacente, aumentando posteriormente el traumatismo local); y (k) utilizar solución estéril para el lavado traqueal cuando las secreciones están espesas (Mosby, 2010; Pérez & Gardey, 2008).

Recomendaciones en la aspiración de secreciones.

Se debe tener en cuenta lo siguiente:” (a) la sonda manipulada para aspirar la tráquea, no se utilizara para aspirar la nariz y la boca; (b) usar una sonda estéril nueva para cada episodio de aspiración; (c) las sondas y los sistemas de aspiración deben ser transparentes para que puedan ser observables las secreciones residuales; (d) es esencial el uso de guantes estériles, ya que se considera a la técnica de aspiración de secreciones una técnica estéril; (e) la técnica de aspiración se debe realizar suavemente, ya que la aspiración en forma vigorosa (brusca) puede interrumpir la barrera protectora de moco y producir abrasiones locales, aumentando la susceptibilidad a la infección; (f) el aspirador de secreciones debe contar con un filtro para disminuir la aero solidación de microorganismos o partículas de materias de la bomba de vacío; y (g) cambiar los

frascos del sistema de aspiración empotrados cada 12 horas o según necesidad” (Perez & Gardey, 2008).

Conocimientos.

La teoría de la comprensión es el resultado de la investigación, en la relación entre el sujeto y el objeto, es el comienzo y la esencia del conocimiento que identifica los elementos interactuantes en el progreso histórico del pensamiento. El conocimiento es un producto de teoría y la práctica en la persona y de la relación recíproca del hombre sobre el hombre. Desde su principio el hombre afronta mediante el trabajo, a la naturaleza para usar sus recursos y transformarlos de acuerdo a sus necesidades diarias. “El conocimiento es la asimilación espiritual de la realidad indispensable en la práctica es el proceso que crean los conceptos y las teorías de manera creadora, racional y activa; los fenómenos, las propiedades y las leyes del mundo objetivo, forma del sistema lingüístico” (Pérez & Gardey, 2008).

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, etc., 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 espontáneo.

Son aquellos conocimientos que en la actividad práctica humana resaltaron necesarios para establecer exitosamente las múltiples acciones requeridas para el trabajo. Fueron reafirmando y transmitiéndose de generación, la actividad cotidiana del hombre. Por ello, los conocimientos en este transcurso, aparecen en forma descriptivas, que se recoge las experiencias de las generaciones anteriores. No es sistemático ni consecuente, es superficial, solo se contentaron en la apariencia.

El conocimiento científico.

Es un producto de la investigación científica en cuya ventaja actúan la actividad conjunta de los órganos sensoriales, el pensamiento del sujeto cognoscente relacionado a la teoría científica, guiador por el método científico y auxilio de medios técnicos, en el cual trasciende el conocimiento empírico espontáneo, más de la apariencia y capta la esencia de los objetos y fenómenos ejecutando así principios, hipótesis y leyes científicas, con lo cual se expone de forma objetiva la realidad. Es un término, el conocimiento científico es una de las formas de apropiación espiritual de la realidad. En el proceso que describe Lenin; “los teóricos distinguen tres momentos: (a) El primer momento: “la observación de los órganos sensoriales al mundo externo para obtener sensaciones y percepciones; (b) el segundo momento, en el proceso de abstracción obtenidos; en base a experiencias, analizan y sintetizan y (c) el tercer momento; la práctica científica implica la confrontación del pensamiento abstracto con la realidad en la práctica científica “(Perez & Gardey, 2008).

Elementos del conocimiento científico.

Entre los elementos más importantes del conocimiento tenemos: Las vicisitudes, las clases, la ley, la teoría, el supuesto y el postulado, los modelos. El conocimiento teórico y la

práctica deben formar una sólida unidad. La teoría solo puede extraerse de la práctica de generalización de la experiencia práctica y debe entonces ayudar a su vez a transformar la práctica es el objetivo final de todo conocimiento. Y se considera como practica científica al conjunto de actividades manuales y técnicos disponibles. Desde el punto de vista pedagógico; el conocimiento es una hábito incluye de la experiencia vivida; es la autoridad de propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón.

Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondy, lo define como acto y contenido. Dice que el conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico.

Del conocimiento como “contenido asume que aquel se adquiere gracias a los actos de conocer, al producto de la operación mental de conocer, este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como; conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico” (Salazar,A; 1988) .

Mario Bunge define al conocimiento como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claras, precisos, ordenados e inexactos, en base a ello se tipifica al conocimiento en: conocimiento científico y conocimiento vulgar y el primero lo identifica como conocimientos racionales, analíticos, objetivos y sistemáticos y verificables a través de la experiencia y el conocimiento vulgar, como un conocimiento vago, inexacto limitado a la observación. En cuanto al marco conceptual de práctica se le define como sinónimo de experiencia, para que el ser humano ponga en práctica su conocimiento sea este científico o vulgar; es necesario en primera instancia un contacto directo, mediante el uso de los sentidos y conducta psicomotriz.

Desde el punto de vista filosófico, “la experiencia presenta una serie de problemas propios de la filosofía sobre su naturaleza. Sin embargo, Mario Bunge refiere el conocimiento

científico, es verificable en la experiencia pero es hipótesis relativa a un cierto grupo de hechos materiales es adecuada o no. Agrega la experiencia que la humanidad y el conocimiento de un hecho convencional, que busca la comprensión y el control de los hechos a compartirse según sugerencias con la experiencia” (Bunge, 2012).

Práctica.

Es un concepto con varios usos y significados. La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. Por ejemplo: “Tengo todos los conocimientos teóricos necesarios, pero aún no he logrado llevarlos a la práctica con éxito”, “Dicen que un científico chino logró demostrar teorías milenarias en la práctica”. Una persona práctica, por otra parte, es aquella que piensa y actúa de acuerdo a la realidad y que persigue un fin útil. Se puede decir que alguien posee esta cualidad cuando es capaz de resolver situaciones imprevistas sin perder el control, basándose en los recursos de los cuales dispone e ideando soluciones sin necesidad de un conocimiento previo. La práctica también es el ejercicio que se realiza de acuerdo a ciertas reglas y que puede estar sujeto a la dirección de un maestro o profesor, para que los practicantes mejoren su desempeño. Este término puede usarse para hablar del entrenamiento como concepto o de una sesión en particular: “la práctica es esencial para mejorar”, “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”. No existe disciplina creada por el ser humano que no se beneficie de la práctica. En primer lugar, cabe mencionar que no se trata de la constante repetición de un ejercicio sin rumbo alguno, sino de un entrenamiento realizado a consciencia, con un cierto grado de organización y con la perseverancia necesaria para no dejarse vencer por los fracasos. A través de la práctica, no solamente se refuerza lo aprendido, sino que se descubren nuevos conceptos, algunos de los

cuales pueden resultar reveladores, imposibles de hallar a través del estudio de la teoría (Pérez & Gardey, 2008).

Por otra parte, cuando se aplica a una cosa, este adjetivo hace alusión a una gran utilidad o a una especial versatilidad. En este caso, existe una mayor subjetividad, dado que la practicidad de un objeto o producto está directamente ligada a las necesidades de sus usuarios. De todos modos, algo práctico suele permitir que se resuelva un problema determinado con mucha facilidad.

Teorías de enfermería

Las teorías de enfermería que se relacionan al presente trabajo de investigación son las siguientes:

Teorías del cuidado humano de Jean Watson.

Sostiene “que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería” (Marriner & Railer, 2012).

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades propaga la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias. A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadw y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada “Del cuidado humano”. A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo,

se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería es por esto que se basa en siete supuestos básicos: (a) El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal; (b) el cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas; (c) el cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar; (d) las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser; (e) un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado; (f) el cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación; y (g) la práctica del cuidado es fundamental para la enfermería (Marriner & Railer, 2008).

Factores cuidativos de la ciencia del cuidado.

Formación de un sistema humanístico – altruista de valores.

Este factor, que “incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes y también describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud”. (Marriner & Railer; 2008).

Inculcación de la fe-esperanza.

Este factor que definir que es el deleite a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.

Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás.

La declaración de los sentimientos induce actualización a través de la auto aceptación tanto para la enfermera y el paciente. Cuando el personal de salud examinan su sensibilidad y sentimientos, son más genuinos, auténticos y perceptivos hacia su prójimo (Marriner & Raile, 2012).

Desarrollo de una relación de ayuda-confianza.

Una relación continua produce confianza entre la enfermera y el paciente es decisivo para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza mutua provoca la expresión de sentimientos positivos y negativos. Enlaza coherencia, empatía, recibimiento no posesiva y comunicación eficaz.

Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos.

Cuando transmite los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar competente en los sentimientos positivos como negativos y conocer la comprensión intelectual y emocional en diferentes situaciones con los demás.

Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones.

El uso del proceso de enfermería colabora con un enfoque científico en la solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional como “ayudante de un médico”. El proceso enfermero es conforme al proceso de investigación sistemático y organizado en el aspecto de la salud.

Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal.

Es un factor importante para la enfermería porque diferencia el cuidado de la curación. Consiente que el paciente este informado y produce la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera proporciona en este proceso las técnicas de enseñanza y aprendizaje diseñadas que permiten a los pacientes que realicen el autocuidado, determinar las insuficiencias personales y brindar las oportunidades para su desarrollo personal (Marriner & Raile, 2012).

Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual.

Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas.

La enfermera inspecciona las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes “tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior”.

Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas.

La fenomenología describe “ la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión y la psicología existencial es una ciencia de la existencia humana Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud” (Marriner & Raile, 2012).

Los tres primeros factores del cuidado forman la base filosófica”. Es una teoría filosófica en la que supone a la persona como "un ser en el mundo". La misma tiene en cuenta: el alma, el cuerpo, y el espíritu que la persona se esfuerza en actualizar la relación entre estos tres, para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta y sosteniendo que el cuidado humano es considerado como una relación terapéutica básica entre los seres

humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo que le permitió la articulación de sus premisas teóricas, éstas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana, proporcionando el fundamento para el desarrollo posterior de su teoría:

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2. La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Según Watson, “el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida” (Marriner & Raile, 2012).

Salud: Es estar bien en toda tu unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) y esta asociada con el categoría de coherencia en la percepción y el yo experimentado.

Persona: Es un ser único que presenta tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven mediadas por el concepto de sí mismo, y libre de tomar decisiones y es integral, tiene capacidad y autoridad para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es predominante para el cuidado del paciente.

Entorno: Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia del ambiente paciente sea un paliativo, cicatrizante. La situación objetiva y externa, cuadro de referencia subjetivo del individuo.

Enfermería: Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

Aplicaciones de la teoría.

Utilizada como marco disciplinario en “programas de enfermería de algunas universidades de Estados Unidos y a través del mundo”. La Facultad de Enfermería y Nutriología, seleccionó “esta teoría para adecuar sus planes de estudio a esta realidad, y cumplir con los lineamientos establecidos por la Universidad Autónoma de Chihuahua” (Marriner & Raile, 2012).

Investigación: estimula al personal de salud utilizar enfoques de investigación innovadores (Marriner & Raile, 2012).

Teoría del cuidado humano: Dorothea Orem.

En la que explica el concepto de auto cuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia”: "El auto cuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el auto cuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo: (a) Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. (b) Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia,” adulto y vejez. (c) Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

La teoría del déficit de autocuidado.

En la que describe y explica las causas que provocan dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones por su salud o relaciones, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. “Establece cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

La teoría de sistemas de enfermería.

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos identificando tres tipos de sistemas: (a) Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo. Acción de la enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege. (b) Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados. Acción de la enfermera: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente. Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera” (Marriner & Raile , 2012). (c) “Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda. Acción de la enfermera: regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado”. Acción del paciente: Cumple con el autocuidado.

Naturaleza del autocuidado:

El autocuidado se considera como “la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él (Marriner & Raile , 2012) .

Conceptos según la teoría.

Concepto de persona.

Concibe al ser humano que es organismo biológico, racional y pensante y como tal es afectado por el entorno y las condiciones que imposibilitan realizar su autocuidado. “Además, es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente” (Marriner & Raile, 2012).

Concepto de Enfermería.

Enfermería es proporcionar su autocuidado, según sus incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo instruirlo para valerse por si mismo, conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar la vida. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son: (a) Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente. (b) Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas. (c) Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito. (d) Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas. (e) Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar”.

Conceptos de Entorno: Son “Factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que pueden influir o interactuar con la persona”. También los siguientes conceptos, abarcados en la teoría de Orem: (a) “Necesidades de autocuidado

terapéutico: El conjunto de medidas de cuidado que se requieren en ciertos momentos o durante un cierto tiempo, para cubrir las necesidades de autocuidado de la persona; (b) actividad de autocuidado: Las acciones deliberadas e intencionadas que llevan a cabo las personas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo; (c) agente: La persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en él mismo; (e) agente de cuidado dependiente: Es el adolescente o adulto que asume la responsabilidad de cubrir las demandas terapéuticas de las personas que son importantes para él. La relación enfermero-paciente-familia representa para Orem el elemento básico del sistema de enfermeros, ya que influyen estos agentes en el proceso de enfermería, el cual se basa en tener una relación efectiva, en la cual se deberá ponerse de acuerdo para poder realizar las cuestiones relacionadas con la salud del paciente.

Esta relación se ve también en la guía de planificación de la enfermera según Orem, que dice: (a) Información previa, se debe consultar al paciente y a la familia sobre el estado de salud del mismo y las condiciones culturales. A su vez Identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos. (b) Valoración: evaluar el desarrollo del paciente y su familia, que se analizara las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia (acerca del tratamiento). (c) Planificación: Planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar los déficits de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que puede encontrarse la familia. La enfermera deberá apoyar la toma de decisiones del paciente y su familia (Marriner & Raile, 2012).

Definición Conceptual

Conocimientos

El conocimiento consiste en la aprovechamiento espiritual de la situación indispensable por la práctica que causa los conceptos y las teorías. Esta asimilación refleja de manera creadora, racional y activa; los fenómenos, las propiedades y las leyes del mundo objetivo y tienen una existencia real en forma del sistema lingüístico (Perez & Gardey, 2008).

Prácticas

La práctica también es el ejercicio que se realiza de acuerdo a ciertas reglas y que puede estar sujeto a la dirección de un maestro o profesor, para que los practicantes mejoren su desempeño. A través de la práctica, no solamente se refuerza lo aprendido, sino que se descubren nuevos conceptos, algunos de los cuales pueden resultar reveladores, imposibles de hallar a través del estudio de la teoría (Perez & Gardey, 2008).

Capítulo III

Metodología

Descripción del lugar de ejecución

La investigación se realizará en la Clínica San Felipe ubicada en el distrito de Jesús María, av. Gregorio Escobedo # 650. Es una Clínica privada que cuenta con un excelente staff médicos y profesionales de enfermería, así como la modernización de sus instalaciones, la adquisición de nuevo equipamiento de última tecnología y la atención integral de calidad por la que es ampliamente conocida, convierten hoy día a la Nueva Clínica San Felipe en la primera clínica de nivel mundial en Perú y la ubica entre las principales clínicas privadas de Latinoamérica. Con la apertura de su centro pediátrico, Clínica San Felipe logra reunir en un ambiente exclusivo para pacientes neonatales y pediátricos no solo la mejor infraestructura y

tecnología sino al personal médico y asistencial especializado con gran experiencia y trayectoria. Dependiendo de la complejidad del paciente cuenta con camas de UCI y UCIN. Todos ambientes individuales que cuentan con un sistema de monitoreo permanente al que se le suma un selecto grupo de pediatras y enfermeras intensivistas, apoyados tanto por sub especialistas como por la infraestructura de imágenes y el laboratorio central. La Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales cuenta con la capacidad de 10 cunas, donde laboran 15 enfermeras que trabajan en el turno de 12 horas (turno diurno y nocturno). La Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos cuenta con la capacidad de 10 camas, donde dónde laboran 15 enfermeras que trabajan en el turno de 12 horas (turno diurno y nocturno).

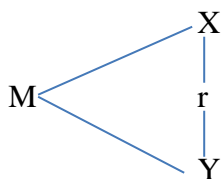
Población y muestra

Población.

La población de estudio estará constituida por 30 profesionales de enfermería de la unidad de cuidados intermedios Neonatales y Pediátrica de la Clínica San Felipe.

Muestra.

La muestra estará comprendida por el total de población 30 profesionales de enfermería, el muestreo será no probabilístico por conveniencia.



Dónde:

M: Muestra.

X: Variables conocimiento.

Y: Variable prácticas

R: Coeficiente de relación

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.

Personal profesional de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales y Pediátricos, con una experiencia mayor de 1 año, que sea nombrado y contratado.

Criterios de exclusión.

Personal profesional de enfermería que asuma funciones administrativas (Jefa de servicio), o personal asistencial que se encuentre de vacaciones, con licencia de enfermedad o por maternidad y profesionales de enfermería que no acepten participar del estudio

Tipo y diseño de investigación

La investigación será de enfoque cuantitativo, correlacional y de corte transversal porque permitirá obtener la información sobre Conocimientos y prácticas sobre la aspiración de secreciones en profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios neonatales y pediátricos de la Clínica San Felipe.

El diseño a utilizar es la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población (Tamayo, 2004).

El diseño de la investigación será de tipo no experimental. Es no experimental “la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde se hace variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables” es transversal porque la medición de las variables se realiza en un solo momento (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Formulacion de Hipotesis.

Ha: Existe relación entre el nivel de conocimiento y practicas sobre la aspiración de secreciones en profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios neonatales y pediátricos de la Clinica San Felipe,Lima 2017.

Ho:No existe relación entre el nivel de conocimiento y practica sobre la aspiración de secreciones en profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios neonatales y pediátricos de la Clinica San Felipe ,Lima 2017

Identificacion de Variables.

Conocimientos sobre la aspiración de secreciones en profesionales de enfermería .

Practica sobre la aspiración de secreciones en profesionales de enfermería.

Operacionalización de variables

Tabla 1.

Operacionalización de variables.

| VARIABLES | DEFINICIÓN DE VARIABLE | DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLE | INDICADORES | ESCALA DE MEDICIÓN |
|--|--|---|---|---------------------------|
| Conocimientos sobre la aspiración de secreciones en el profesional de enfermería | Es el conjunto de saberes y conceptos que tiene la enfermera en su actuar frente a las respuestas humanas del paciente | toda aquella información que tienen las profesionales de enfermería sobre la técnica antes, durante y al finalizar la aspiración, los objetivos, principios, equipos, complicaciones y contraindicaciones en la aspiración de secreciones <i>Escala de respuestas:</i> Conoce : 1 No conoce : 0 <i>Escala de medición:</i> Alto : 9 -15 puntos Medio :5- 8 puntos Bajo : 0- 4 puntos | 1. ¿Qué es para Ud. la Aspiración de Secreciones? 2. La Aspiración de Secreciones tiene como objetivo principal? 3. ¿Cuáles son las Barreras de Protección que se utiliza en la aspiración de secreciones? 4. ¿Cuáles son los Principios de Aspiración de secreciones? 5. ¿Cuáles son los signos y síntomas que indica la Aspiración de Secreciones? 6. ¿Qué es lo primero que se evalúa en un paciente antes de proceder a la Aspiración de Secreciones? 7. ¿Qué es lo primero que considera Ud. ¿Antes de aspirar secreciones? 8. ¿Cuál es el primer paso durante la Aspiración de Secreciones? 9. La Aspiración de Secreciones debe realizarse: 10. ¿Cuánto tiempo debe durar cada Aspiración de Secreciones? 11. ¿cuáles son la complicación más frecuente durante la Aspiración de | Cuantitativa ordinal |

| | | | | |
|---|--|--|--|----------------------|
| Práctica sobre la aspiración de secreciones en el profesional de enfermería | Es la habilidad , destreza de la enfermera para poner practica sus procedimientos Se medirá la práctica en el manejo de aspiración de secreciones con la observación y lista de chequeo. | La tecnica utilizada en la aspiracion de secreciones ante , durante y despues del procedimiento Escala de respuestas: Si=1 No=0 Escala de medicion: Adecuada : Más de 14 puntos. Inadecuada: De 0 a 14 puntos. | secreciones? 12. ¿Cuáles es la contraindicación relativa para aspirar secreciones? 13. Después del procedimiento de Aspiración de Secreciones.se debe tener en cuenta: 14. ¿Cuál es el número de la sonda apropiada para la Aspiración de Secreciones? 15. ¿Durante la Aspiración de Secreciones la presión negativa en la sonda será en forma? Antes. 1. Se lava las manos. 2. Ausculta al paciente. 3. Verificar la saturación. 4.Prepara el material: 5.Nª de sonda de aspiración 6. Succión portátil operativa. 7.Bolsa de resucitación manual 8.Frascos con agua estéril para aspiración 8. Hiperoxígena al paciente. 9.Se colocan los guantes estériles y mascarilla 10. Expone, la vía aérea artificial del paciente. Durante la aspiración. 1. Introduce la sonda dentro del tubo orotraqueal sin aplicar presión positiva. 2. Aspira en forma intermitente mientras se rota y retira la sonda, por | Cuantitativa ordinal |
|---|--|--|--|----------------------|

un tiempo de diez segundos.

3. Duración por aspiración menor de 10 segundos.

4. Verificar la saturación por oximetría de pulso.

5. Brinda oxigenación al paciente.

Lava la sonda de aspiración y la tubuladora.

Repite los pasos según necesidad.

Después de la aspiración

1. Ausculta los campos pulmonares.

2. Observa el patrón respiratorio del paciente SpO₂ y FR.

3. Desecha los guantes.

4. Desecha las soluciones usadas.

5. Se lava las manos.

6. Alinea la cabeza del paciente con el tubo endotraqueal.

Técnica e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizará en la encuesta y la observación. El instrumento será el cuestionario y la lista de chequeo. Los cuales fueron sometidos a juicio de expertos, la autor del instrumento es la Licenciado Narciso Quispe Raul(2009).

La confiabilidad que se obtuvo del cuestionario de conocimiento fue $K-R \geq 0.98$, por lo tanto este instrumento es confiable.

La confiabilidad que se obtuvo de la lista de chequeo que evalúa la practica fue $K-R \geq 0.80$, por lo tanto este instrumento es confiable.

Cuestionario estructurado sobre conocimiento.

Cuestionario estructurado, evalúa el conocimiento (15 preguntas).

Cuestionario lista de chequeo.

Lista de chequeo, evalúa la práctica (19 ítems).

Proceso de recolección de datos

Para implementar el estudio se llevará a cabo el trámite administrativo, la coordinación con el Departamento de Enfermería y los jefes de las unidades de cada servicio a fin de establecer el cronograma de recolección de datos, considerando aproximadamente de 20 a 30 minutos para la aplicación previo consentimiento informado a fin de obtener la autorización respectiva.

Procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizará el programa SPSS 21. Además, se usará la estadística descriptiva como el promedio aritmético, la mediana y moda, y la estadística inferencial, con la prueba de chi cuadrado. Los resultados serán presentados en gráficos y/o tablas estadísticas.

Consideraciones éticas

Para ejecutar el estudio será necesario tener en cuenta la autorización de la institución y el consentimiento Informado de los sujetos de estudio, es decir los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intermedios neonatales y pediátrico, expresándole que la información es de carácter anónimo y confidencial. El equipo investigador en todo momento se comprometerá a respetar los principios de la investigación en ciencias de la salud establecida a nivel nacional e internacional (Declaración de Helsinki). Poniendo especial atención en el anonimato de cada uno de los participantes y en la confidencialidad de los datos recogidos, este proyecto tiene la conformidad de Comité Ético y de Investigación, la participación en el estudio fue voluntaria de forma que los participantes consintieron, de forma oral y escrita, participar en el estudio después de recibir información suficiente sobre la naturaleza del mismo. Para ello, se les entregara una hoja de Consentimiento Informado así como la explicación de la consistencia en dicho estudio, los datos recogerá para el estudio están identificados mediante un código y solo el responsable del estudio puede relacionar dichos datos con los participantes, la identidad de los participantes no será revelada en ningún informe de este estudio, los investigadores no difundirán información alguna que pueda identificarles, en cualquier caso el equipo investigador se comprometerá a cumplir estrictamente y respetar los códigos éticos y la Protección de Datos de Carácter Personal, garantizando al participante en este estudio que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos recogidos ante el investigador principal.

Presupuesto

Tabla 3.

Presupuesto.

| Detalle | Unidad de medida | Costo unitario | Cantidad | Costo |
|-----------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------|
| Recursos humanos | | | | |
| Asesor lingüística | Asesor | | | |
| Asesor estadístico | Asesor | | 400 | |
| Facilitadores | Facilitadores | | 100 | |
| Asistentes | Asistentes | | | |
| Equipos | | | | |
| Alquiler de laptop | Laptop | | | |
| Alquiler de multimedia | Multimedia | | | |
| Alquiler de local | Local | | | |
| Infraestructura | | | | |
| Alquiler de un aula (salón) | local | | | |
| Materiales | | | | |
| Fotocopias | Copia | 0.10 | 400 | 40.00 |
| Impresiones | Impresión | 0.50 | 176 | 88.00 |
| Lapiceros | Unidad | 05.0 | 2 | 1.00 |
| Papel bond A4 | Millar | 30.00 | 2 | 60.00 |
| Anillados | Unidad | 4.00 | 6 | 24.00 |
| Movilidad | Unidad | 100.00 | 2 | 200.00 |
| Viáticos | unidad | 60.00 | 3 | 180.00 |
| Total | | | | S/.1157.00 |

Referencias

- Ajenjo, C. (2006). Infecciones Intrahospitalarias: Conceptos Actuales de Prevención y Control. *Revista Chilena de Urología*.
- Albornoz, C. (2010). Efectividad de la aspiración de secreciones subglóticas para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*. 25(2)
- Arencón, A., Llobet, E., Moreno, C., & Rayo, F. (2004). *Aspiración de secreciones*. Barcelona. Editorial ACCURA UHD. Atención asistencial domiciliaria.
- Arévalo, H., Cruz, R., Palomino, F., Fernández, F., Guzmán, E., & Melgar, R. (2005). Aplicación de un programa de control de infecciones intrahospitalarias en establecimiento de salud de la Región de San Martín. *Revista Perú Med*. Perú.
- Arpasi, O., & Roca, M. (2009). Relación que existe entre el nivel de conocimiento y la aplicación de protocolos de aspiración de secreciones por TET en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*.
- Bejarano, J., De la calle, S., & Notario, J. (2012). Implantación de un protocolo de aspiración de secreciones endotraqueales basados en la evidencia científica en una unidad de cuidados intensivos. 15(1).
- Blasco, R. (2006). Enfermería Medico Quirurgico. Necesidad de Oxigenación. 6da edición. *Serie manuales de enfermería*. Editorial Masson, S.A .
- Bunge, M. (2012). *La ciencia, su método y su filosofía*. Buenos Aires: Editorial Siglo XX.
- Cabestrero, D. (2006). *Criterios de diagnósticos en pacientes críticos*. Madrid. Editorial Ergon S.A.

- Cahua, S. (2015). *Conocimiento y prácticas de la enfermera sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la unidad de cuidados intensivos neonatales y pediátricos Hospital María Auxiliadora*. Lima.
- Camac, L. (2003). "Relación entre conocimientos y prácticas en las medidas preventivas de las enfermedades por contactos con fluidos corporales que realiza el enfermero del servicio de emergencias Hospital Nacional Dos de Mayo ". Lima – Perú.
- Clemente, F. (2009). *Guía Práctica para Enfermería, Ventilación Mecánica. Definición de práctica de enfermería en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos*. Recuperado de: <http://definicion.de/practica>.
- De Los Remedios, M., & A, I. (2007). Aspiración de secreciones a través de tubos endotraqueales. *Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales*.
- Domínguez, A. (2010). Prevención de Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica de una Unidad de Terapia Intensiva Oncológica. México. 1(1).
- Fernández, N., Martínez, A., Marraco, M., Navarro, M., Salvador, E., & Gómez, J. (2005). Respuesta de la presión intracraneal durante la aspiración de secreciones previa a la administración de un relajante muscular. *Enfermería Intensiva*.
- García, E. &. (2002). Medidas de bioseguridad, precauciones estándar y sistema de aislamiento. *Rev. Enfermería IMSS*.
- García, J., & Gonzales, M. (2016). Ventilación Mecánica no invasiva. *En tratado de enfermería en cuidados críticos pediátricos y neonatales*.
- González, A., & Coscojuela, M. (2004). Evaluación de la competencia practica y de los conocimientos científicos de enfermería de la UCI en la aspiración endotraqueal de secreciones. *Revista Enfermería intensiva*. 15(3).

- Hernández, R., & Fernández, C. (2014). Metodología de la investigación. México. Editorial Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2006). Metodología de la Investigación Científica. México.
- Ibarra, A. (2014). Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales. Obtenido de Cuidados de Pacientes con Ventilación Mecánica.
- Jiménez, M. (2004). Como cuidar al paciente con soporte mecánico ventilatorio. Bogotá.
- López, I. (2007). "Medidas de bioseguridad que utiliza el personal de Enfermería en el manejo de aspiración de secreciones a pacientes traqueostomizados del servicio de cirugía, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas". Lima – Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- MINSA (2010). Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud.
- Marriner, A. (2012). Modelo de teorías de enfermería. España. Editorial Elsevier Mosby. Sexta Edición. 91 - 105.
- Moreno, Z. (2008). "Nivel de conocimientos y medidas de bioseguridad en internos previamente capacitados del Hospital Nacional Dos de Mayo". Lima - Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Mosby, D. (2010). Medicina, Enfermería y ciencias de la salud. España: ° Edición, Editorial Harcour
- Narciso, R. (2008). "Nivel de conocimientos y prácticas que tiene el Enfermero sobre la aspiración de secreciones con tubo endotraqueal en el servicio de Emergencias del Hospital Vitarte ". Lima – Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- Oliveira, D., De Campos, R., Marín, S., Garbín, L., Merizio, F., & Barcellos, M. (2012). Aspiración endotraqueal en pacientes adultos con vía aérea artificial. *Revista Latino - Am.Enfermagen*.
- OMS, (2005). Seguridad del paciente. Técnicas de aspiración de secreciones por tubo endotraqueal. Región de las Américas.
- Orellana, M., Changa, R., & Sullcapuma, B. (2013). Técnicas asépticas en el cuidado enfermero a paciente hospitalizados que requieren administración de fármacos y aspiración de secreciones del tracto respiratorio. *Rev. Enferm Herediana*.
- Parra, M., & Arias, S. (2003). Procedimientos y Técnicas en el Paciente Critico. Masson.
- Perez, J. & Gardey, A (2008). *Definición.De*. Obtenido de Definición de conocimiento: (<https://definicion.de/conocimiento/>)
- Perez, J. & Gardey, A (2008). *Definición.De*. Obtenido de Definición de practica: (<https://definicon.de/practica/practica/>)
- Pérez, Y., & Nash, N. (2015). Efecto de una intervención en el conocimiento técnico de aspiración de secreciones en neonatos. Ensayo clínico. *Rev. Medica Electrónica Portales Médicos*.
- Salazar, A. (1988). *El punto de vista filosófico*. Lima, Perú: Ediciones Alce.
- Santiago, C., Solís, M., Rivera, E., & Vásquez, M. (2003). Determinación del índice de eficiencia del proceso de aspiración de secreciones traqueo bronquiales con sistema cerrado. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 11(1).

Tamayo, & M. (2004). El proceso de la investigación científica. Mexico. Editorial Limusa, S.A de C.V. Grupo Noriega Editores.

Thompson, L. (2000). Best practice Aspiracion traqueal en adultos con vía artificial. 4(4).

Uceda, D. &. (2014). Relación entre el cumplimiento del procedimiento de aspiración de secreciones y la presencia de complicaciones en pacientes críticos, emergencia de un Hospital de Lima. *Rev enferm Herediana*.

Villanueva, G. (2006). Nivel de conocimientos y prácticas de las enfermeras sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados en el servicio de emergencia y la unidad de cuidados intensivos del Hospital Huacho Huaura Oyon. Lima – Peru.

Apéndice

Apéndice A

Instrumento de Recoleccion de Datos.



Una Institución Adventista

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud

Instrumentos de recolección de datos

Introducción.

El presente cuestionario se realiza con el objetivo de Identificar los Conocimientos de las profesionales de enfermería sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados. Es importante contar con su colaboración ya que contribuirá al desarrollo de la profesión con los resultados obtenidos. El cuestionario es anónimo por lo que se le pide la mayor sinceridad posible.

Datos generales.

- 1.-Edad. < 30 años () De 31 – 45 años () > 46 años ()
- 2.-Sexo: M () F ()
- 3.-Estado civil. Soltero () Casado () Separado (a) ()
- 4.-Experiencia profesional en el servicio. < 1 año () De 1 – 5 años () > 5 años ()
- 5.-Estudio post grado. Especialidad () Maestría () Doctorado () Licenciada ()
- 6.-Condición laboral: Nombrado (a) () Contratado (a) ()
- 7.- En los 2 últimos años. Realizó Ud. cursos de aspiración de secreciones en pacientes pediátricos y adultos. a) Si () b) No ()
- 8.-De ser afirmativo donde Usted lo realizo.

Datos específicos.

Marque con un aspa (X) la respuesta que considere correcta.

1. ¿Qué es para Ud. la Aspiración de Secreciones?
 - a. Es un procedimiento que elimina secreciones.
 - b. Es un procedimiento que ayuda a eliminar secreciones del árbol traqueo bronquial.
 - c. Es un procedimiento simple y rápido que no implica riesgos para el paciente
 - d. Es un procedimiento que se utiliza cuando el paciente tiene obstruida la vía aérea.

2. La Aspiración de Secreciones tiene como objetivo principal?
 - a. Eliminar del árbol bronquial las secreciones acumuladas
 - b. Permite el intercambio gaseoso a nivel alveolo capilar
 - c. Disminuir los ruidos agregados en ambos campos pulmonares
 - d. Disminuir las secreciones de la tráquea

3. ¿Cuáles son las Barreras de Protección que se utiliza en la aspiración de secreciones?
 - a. Mascarilla y guantes.
 - b. Gafas protectoras y mascarillas.
 - c. Mandilón y guantes.
 - d. Mandilón mascarilla y guante.

4. ¿Cuáles son los Principios de Aspiración de secreciones?
 - a. Hidratación, humidificación e hiperoxigenación.
 - b. Hidratación, saturación de oxígeno y nebulización.
 - c. Humidificación, hidratación y ventilación.
 - d. Ventilación, nebulización e hiperoxigenación

5. ¿Cuáles son los signos y síntomas que indica la Aspiración de Secreciones?
 - a. Hipoxemia.
 - b. Hipertensión Arterial.
 - c. Auscultación de estertores y sibilancias.
 - d. Ruidos respiratorios anormales.

6. ¿Qué es lo primero que se evalúa en un paciente antes de proceder a la Aspiración de Secreciones?
 - a. La función cardíaca.
 - b. La función cardiorrespiratoria.
 - c. La función respiratoria.

d. La función neurológica.

7. ¿Qué es lo primero que considera Ud. ¿Antes de aspirar secreciones?

- a. La posición debe ser decúbito dorsal.
- c. Preparación del equipo.
- d. Asegurarse de contar con el personal para asistir.

8. ¿Cuál es el primer paso durante la Aspiración de Secreciones?

- a. Introducir la sonda de aspiración sin ejercer presión negativa.
- b. Aspiración del bronquio afectado.
- c. Control de saturación de oxígeno.
- d. Mantener la vía aérea permeable.

9. La Aspiración de Secreciones debe realizarse:

- a. Cada dos horas.
- b. Una vez por turno.
- c. Cada vez que sea necesario.
- d. Cada veinticuatro horas.

10. ¿Cuánto tiempo debe durar cada Aspiración de Secreciones?

- a. Quince segundos.
- b. Diez segundos.
- c. Veinte segundos.
- d. Treinta segundos.

11. ¿Cuál es la complicación más frecuente durante la Aspiración de secreciones?

- a. Arritmias.
- b. Hipoxia.
- c. Hipocapnia.
- d. Dolor torácico.

12. ¿Cuáles es la contraindicación relativa para aspirar secreciones?

- a. Neumonía basal.
- b. Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño.
- c. Enfermos con trastornos de la coagulación.
- d. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

13. Después del procedimiento de Aspiración de Secreciones se debe tener en cuenta:

- a. Instalar el dispositivo de oxígeno por cánula binasal.
- b. Auscultar los pulmones para verificar la disminución de roncus y sibilantes.
- c. Control de SpO₂ después de dos horas.
- d. Colocar al paciente decúbito lateral

14. ¿Cuál es el número de la sonda apropiada para la Aspiración de Secreciones?

- a. El número de sonda es menor de 10.
- b. El diámetro de la sonda es 1/3 del diámetro del T.E.T.
- c. El diámetro de la sonda 2/3 al diámetro del T.E.T.
- d. No se toma en cuenta de número de sonda.

15. ¿Durante la Aspiración de Secreciones la presión negativa en la sonda será en forma?

- a. Constante.
- b. Intermitente.
- c. Alternada.
- d. No se toma en cuenta.

Apéndice B

Lista de chequeo.



UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud

Lista de Chequeo o Ítems

Una Institución Adventista

Enfermera(o) Observada.....Fecha.....Hora.....

| | Si | No | Observación |
|--|----|----|-------------|
| <p>Antes de la aspiración la Enfermera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se lava las manos. 2. Ausculta al paciente. 3. Verificar la saturación. 4. Prepara el material: <ul style="list-style-type: none"> - N^a de sonda de aspiración - Succión portátil operativa. - Bolsa de resucitación manual - Frascos con agua estéril para aspiración - Hiperoxígena al paciente. 5. Se colocan los guantes estériles y mascarilla 6. Expone, la vía aérea artificial del paciente. | | | |
| <p>Durante la aspiración:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Introduce la sonda dentro del tubo orotraqueal sin aplicar presión positiva. 2. Aspira en forma intermitente mientras se rota y retira la sonda, por un tiempo de diez segundos. 3. Duración por aspiración menor de 10 segundos. 4. Verificar la saturación por oximetría de pulso. 5. Brinda oxigenación al paciente. 7. Lava la sonda de aspiración y la tubuladora. 8. Repite los pasos según necesidad. | | | |
| <p>Después de la aspiración:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausculta los campos pulmonares. <p>Observa el patrón respiratorio del paciente SpO₂ y FR.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Desecha los guantes. 4. Desecha las soluciones usadas. 5. Se lava las manos. 6. Alinea la cabeza del paciente con el tubo endotraqueal. | | | |

Apéndice C

Consentimiento Informado.



Una Institución Adventista

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud

Consentimiento informado.

La presente investigación es conducida por un grupo de Licenciadas en Enfermería, de la Escuela de Post Grado, Especialidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Universidad Peruana Unión. El objetivo de la investigación es determinar los conocimientos y prácticas del personal de enfermería sobre la aspiración de secreciones en la unidad de cuidados intermedios neonatales y pediátricos de la clínica san Felipe se le pedirá responder preguntas de un cuestionario y resolver unos ítems de una lista de chequeo. Esto tomará aproximadamente entre 30 minutos de su tiempo.

Yo.....Actualmente Trabajo como enfermera asistencial en el servicio de la unidad de cuidados Intermedios neonatales y/o Pediátricos de la clínica san Felipe , he sido informada en forma detallada sobre el propósito y naturaleza del estudio, asimismo indicar que mi participación es voluntaria, debe quedar claro que no es una evaluación sino es una investigación que reportará beneficios a la unidad de Cuidados intermedios neonatales y Pediátricos de la clínica san Felipe , la base de datos no incluirá nada que me permita ser identificado.

Se tomarán medidas de seguridad para proteger los documentos que identifican a la guía de observación de prácticas. Por lo tanto acepto participar en la siguiente investigación.

.....
Fecha

.....
Firma

Apéndice D

Autorización Institucional.



Una Institución Adventista

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud

Autorización institucional

Año de la Consolidación del Mar de Grau

Solicitud Permiso para realizar trabajo de investigación

Sr. Ernesto Aspillaga Morey, director de la Clínica San Felipe

Las investigadoras, Ebli Natali Flores López identificada con N° DNI 43436908, Janet Gladys Lazo León identificada con N° DNI 10155034.

Ante Ud. Respetuosamente nos presentamos y exponemos:

Que como parte del Curso de Investigación de la Especialidad de Cuidados Intensivos Pediátricos que actualmente cursamos en la Universidad Peruana Unión, solicitamos a Ud. Permiso para realizar el Trabajo de Investigación “Conocimientos y Practicas sobre la aspiración de secreciones en profesional de enfermería de la unidad de cuidados intermedios neonatales y pediátricos de la clínica san Felipe” para optar el Título de Especialistas de Enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos.

Por lo expuesto:

Rogamos a Ud. Acceder a nuestra solicitud.

Lima, Julio del 2017.

Apéndice E

Confiabilidad del Instrumento de Conocimientos.

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO- CONOCIMIENTOS

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar la Prueba Estadística Kuder Richardson.

$$K-R = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum p \cdot q}{Sx^2} \right]$$

Dónde:

K: N° de preguntas o ítems.

Sx²: Varianza de la prueba.

P: Proporción de éxito, proporción donde se identifica la característica

O: atributo en estudio.

q: Proporción donde no se identifica al atributo.

Remplazando:

$$K-R = \frac{15}{15-1} \left(1 - \frac{3}{47} \right) = \frac{15}{14} (1 - 0.0637607)$$

$$K-R = (1.07) (0.93)$$

$$K-R = 0.98$$

Por lo tanto el coeficiente KR20 indica que el este instrumento es CONFIABLE.

Apéndice F

Confiabilidad del Instrumentos de Practicas.

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO-PRÁCTICAS

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar la prueba Estadística

Kuder Richardson

$$\frac{K-R}{k-1} = \frac{k}{Sx^2} [1 - \sum p.q]$$

Donde:

k : N° de preguntas o ítems.

Sx²: Varianza de la prueba.

P: Proporción de éxito, proporción donde se identifica la característica

o atributo en estudio.

q : Proporción donde no se identifica al atributo.

Remplazando:

$$\frac{K-R}{23-1} = \frac{23}{28} (1 - 3.3) = \frac{23}{28} (1-0.22177937)$$

$$K-R = (1.05) (0.77822063)$$

$$K-R = 0.80$$

Por lo tanto el coeficiente KR20 indica que el instrumento es CONFIABLE.

