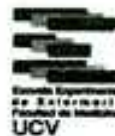


**PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA(O) EN EL CUIDADO DE  
PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD  
DE CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL UNIVERSITARIO  
“DOCTOR LUIS RAZETTI”, BARCELONA, ESTADO  
ANZOÁTEGUI, SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2004**



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 ESCUELA DE ENFERMERIA  
 COORDINACION DE INVESTIGACION



ACTA  
 TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los reglamentos de la Escuela de Enfermería, facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, quienes suscriben Profesores designados como Jurados del Trabajo Especial de Grado, Titulado:

*Participación de la Enfermera (a) en el Cuidado de Pacientes con Peritonitis Quirúrgica en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Universitario "Dr. José Rózzetti". Barcelona. Edo. Aragua.*

Presentados por las (os) Técnicos Superiores:

Apellidos y Nombres: *Frailes, Juan E.* C.I. No. *8-328.440*  
 Apellidos y Nombres: *Jimenez, Estelita* C.I. No. *8-234.573*  
 Apellidos y Nombres: *Jardines, Higdalia* C.I. No. *8-237.325*

Como requisito parcial para optar al Título de: Licenciado en Enfermería,

Deciden: *Aprobar*

En *Caracas*, a los *03* días del mes de *Diciembre* de *2005*.

Jurados

*Jorge Rocaforte*  
 Prof. *Jorge Rocaforte*  
 C.I. No. *6874903*

*Alma*  
 Prof. *Alma*  
 C.I. No. *5430.647*

*Antonio*  
 Prof. *Antonio*  
 Coordinador del Jurado  
 C.I. No. *6448.811*



Va sin enmienda  
 ETG/mm.



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA(O) EN EL CUIDADO DE  
PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD  
DE CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL UNIVERSITARIO  
“DOCTOR LUIS RAZETTI”, BARCELONA, ESTADO  
ANZOÁTEGUI, SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2004**

**(Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al Título de  
Licenciado en Enfermería)**

**TUTORA:  
LIC. REILLY SÁNCHEZ**

**AUTORAS: FARIÑAS, MARIA E.  
C.I.8.328.440  
JIMÉNEZ, MILAGROS  
C.I.8.234.593  
PACHECO, MIGDALIA  
C.I.8.237.325**

**JUNIO DE 2005**

## DEDICATORIA

A nuestra **Perseverancia** y **esfuerzo**, que permitieron asumir el reto y lograrlo, siendo **Dios**, en sus sabios preceptos nuestra guía y fortaleza.

A nuestros **Hijos**, por su estímulo y colaboración, nos han incentivado al logro de nuestros objetivos (Trabajo de Grado) para optar al Título de Licenciadas en Enfermería.

A nuestras **Madres**, por habernos dado el ser.

Autoras:  
María Elena Fariñas  
Milagros Jiménez  
Migdalia Pacheco

## AGRADECIMIENTO

A **DIOS**, como entidad suprema, en quien nos apoyamos en momentos difíciles y de quien recibimos la fuerza y perseverancia necesaria.

A la **Lic. Reyli Sánchez**, por su constante dedicación pedagógica y humana, quien a través de su orientación tutorial, condujo a la culminación de la investigación.

A la **Lic. Tibisay Sanabria**, por su colaboración con relación al Instrumento de Medición.

A la **Unidad de Cuidados Intensivos**, del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, Barcelona, Estado Anzoátegui, en su conjunto, con especial atención a la Coordinación de Enfermería por facilitar los momentos investigativos del estudio.

*Gracias,  
María Elena Fariñas  
Milagros Jiménez  
Migdalia Pacheco*

## TABLA DE CONTENIDO

APROBACIÓN DEL JURADO .....	i
DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
TABLA DE CONTENIDO .....	v
LISTA DE TABLAS .....	vii
LISTA DE GRÁFICOS .....	ix
RESUMEN .....	xi
INTRODUCCIÓN .....	1

### CAPÍTULO

#### I EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema .....	3
Objetivos de la Investigación .....	5
Objetivo General .....	5
Objetivos Específicos .....	5
Justificación .....	6

#### II MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación .....	8
Bases Teóricas .....	11
Ventilación Mecánica .....	11
Valoración Respiratoria .....	14
Fisioterapia Respiratoria .....	16
Higiene Broncopulmonar .....	19
Aspiración de Secreciones .....	22
Sistema de Variables .....	25
Definición Conceptual .....	25

Definición Operacional .....	26
Operacionalización de la Variable .....	27
<b>III MARCO METODOLÓGICO</b>	
Diseño de la Investigación .....	29
Tipo de Estudio .....	29
Población .....	30
Muestra .....	30
Instrumento de Recolección de Datos .....	31
Validez .....	31
Técnicas de Análisis y Tabulación de los Datos .....	31
<b>IV ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	
Presentación de los Resultados .....	32
<b>V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
Conclusiones .....	57
Recomendaciones .....	58
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXOS</b>	
A    VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	
B    INSTRUMENTO LISTA DE COTEJO	

## LISTA DE CUADROS

<b>Cuadro</b>		<b>Pág.</b>
1	Distribución de Frecuencia en las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, con relación a la Participación de la Enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador: Valoración Respiratoria a través de la Inspección .....	34
2	Distribución de Frecuencia en las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, con relación a la Participación de la Enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador: Valoración Respiratoria a través de la Auscultación .....	37
3	Distribución de Frecuencia en las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, con relación a la Participación de la Enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador: Valoración Respiratoria a través de la Palpación .....	40
4	Distribución de Frecuencia en las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, con relación a la Participación de la Enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador: Técnicas de Fisioterapia a través del Drenaje Postural .....	43
5	Distribución de Frecuencia en las observaciones	



	realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, con relación a la Participación de la Enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador: Técnicas de Fisioterapia a través de la Percusión-Vibración .....	46
6	Distribución de Frecuencia en las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, con relación a la Participación de la Enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador: Higiene Broncopulmonar a través de la Utilización de la Ropa de Protección .....	49
7	Distribución de Frecuencia en las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, con relación a la Participación de la Enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador: Higiene Broncopulmonar a través de la Aspiración de Secreciones .....	52

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico</b>		<b>Pág.</b>
1	Distribución de Frecuencia en las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, con relación a la Participación de la Enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador: Valoración Respiratoria a través de la Inspección .....	35
2	Distribución de Frecuencia en las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, con relación a la Participación de la Enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador: Valoración Respiratoria a través de la Auscultación .....	38
3	Distribución de Frecuencia en las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, con relación a la Participación de la Enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador: Valoración Respiratoria a través de la Palpación .....	41
4	Distribución de Frecuencia en las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, con relación a la Participación de la Enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador: Técnicas de Fisioterapia a través del Drenaje Postural .....	44
5	Distribución de Frecuencia en las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de	

	Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, con relación a la Participación de la Enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador: Técnicas de Fisioterapia a través de la Percusión-Vibración .....	47
6	Distribución de Frecuencia en las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, con relación a la Participación de la Enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador: Higiene Broncopulmonar a través de la Utilización de la Ropa de Protección .....	50
7	Distribución de Frecuencia en las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, con relación a la Participación de la Enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador: Higiene Broncopulmonar a través de la Aspiración de Secreciones .....	53



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA(O) EN EL CUIDADO DE  
PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD  
DE CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL UNIVERSITARIO  
“DOCTOR LUIS RAZETTI”, BARCELONA, ESTADO  
ANZOÁTEGUI, SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2004**

**AUTORAS: FARIÑAS, MARÍA E.  
JIMÉNEZ, MILAGROS  
PACHECO, MIGDALIA  
TUTORA: LIC. REYLI SÁNCHEZ  
AÑO: 2005**

**RESUMEN**

El estudio realizado, tuvo como objetivo determinar cuál es la participación de la enfermera(o) en el cuidado de pacientes con ventilación mecánica, cuando realizan la valoración respiratoria y la fisioterapia respiratoria.

La investigación se enmarca en el tipo descriptivo, transversal y de campo; para ello las autoras observaron en tres oportunidades en diferentes momentos a 25 enfermeras(os) que permiten verificar a cada paso por la muestra de una población de cincuenta (50) que constituye el universo. Para la recolección de la información se aplicó una lista de observación, cuya validez se obtuvo a través de juicios de expertos en contenido y metodología. El análisis de los datos se hizo a través de cuadros estadísticos; lo cual derivó en que más del 50% de las enfermeras(os) intensivistas no aplican cabalmente las acciones en la participación de los cuidados en pacientes en ventilación mecánica (Probablemente por la dotación de material insuficiente, de acuerdo al volumen y condiciones de los pacientes ingresados).

## INTRODUCCIÓN

Los cuidados de enfermería son factores indispensables en la promoción, fomento y restablecimiento de la salud de los individuos, sin embargo, en la participación de la enfermera(o) en los cuidados de los pacientes en ventilación mecánica, adquiere mayor relevancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde los usuarios tienen muchas necesidades interferidas, y que deben ser suplidas por la enfermera(o) ya que su grado de dependencia es elevado.

Este trabajo está enfocado a investigar sobre cuál es la participación de la enfermera(o) en los cuidados de los pacientes con ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, de Barcelona. Este análisis se realizó a partir de comprobar el nivel de aplicación de la valoración respiratoria y la fisioterapia respiratoria en las acciones que utilizan las profesionales de enfermería para disminuir las complicaciones en los pacientes en ventilación mecánica.

La población estudiada está representada por la totalidad de las enfermeras(os) de atención directa que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos, durante el mes de Mayo de 2005. La investigación es de tipo descriptiva, transversal; como medio de recolección de información se diseñó un instrumento de observación: Lista de Cotejo.

Esta investigación está estructurada en cinco capítulos,

discriminados de la siguiente manera:

Capítulo I, se presenta el planteamiento del problema.

Capítulo II, donde se plantea el marco teórico, conformado por los antecedentes y las bases teóricas de la variable en estudio.

Capítulo III, donde se presenta el diseño metodológico, describiendo tipo de estudio, población y procedimiento para la recolección de los datos.

Capítulo IV, contiene el análisis de los datos y los resultados obtenidos

Capítulo V, se presentan las conclusiones y recomendaciones del estudio.

Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y anexos que contienen los instrumentos implementados para la recolección de los datos, y los diversos recursos aplicados para la validación y confiabilidad de los mismos.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **Planteamiento del Problema:**

El cuidado es una característica inherente a la práctica de enfermería, en la cual la Enfermera(o) ayuda a los clientes a recuperarse frente a la enfermedad, a procurarle solución a su estado de salud, esto implica para el personal de enfermería detectar necesidades y/o problemas y con base a ellas planificar las intervenciones a realizar; y este compromiso es el que guía la relación de cuidados inmediatos, mediatos y tardíos, para lo cual se deben tener objetivos específicos y concretos, especialmente en pacientes críticamente enfermos, entendiéndose estos como pacientes que requieren cuidados especializados por tener fallas de uno o más órganos vitales, estando conectados a ventilación mecánica y quienes son potencialmente recuperables.

Es por ello que, en toda Unidad de Cuidados Intensivos, el centro de atención es el paciente, el cual recibe toda clase de técnicas invasivas a su integridad física, es allí donde se inicia la relación enfermera(o)/paciente. El profesional de enfermería debe poseer la preparación científica y tecnológica con la finalidad de realizar la práctica con responsabilidad, seguridad y eficiencia, lo cual permitirá

evaluar el estado fisiológico del paciente con ventilación mecánica, así como también prevenir signos de complicaciones respiratorias haciendo referencia a la evaluación física respiratoria y cuidado de vías aéreas a través de la higiene bronco pulmonar y las acciones encaminadas a restablecer la función respiratoria.

Los cuidados de enfermería a pacientes en ventilación mecánica están sujetos al óptimo funcionamiento de equipos de alta tecnología y provisión de material médico-quirúrgico, aunado al conocimiento científico que posea la Enfermera(o) para la aplicación de los diferentes procedimientos invasivos al enfermo crítico, realizando con ello las acciones de manera oportuna y de calidad.

De lo mencionado se desprende que en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti” se pudo evidenciar un aumento de las complicaciones respiratorias de los pacientes en ventilación mecánica, de acuerdo con el Libro de Ingresos y Egresos que se maneja en la Unidad; evidenciándose que para el Segundo Semestre del año 2004, ingresaron 149 pacientes, de los cuales 130 estuvieron sometidos a ventilación mecánica, reportándose que 20 de éstos casos desarrollaron neumonía y 5 atelectasia.

Estas estadísticas conducen a la formulación de interrogantes encaminadas a saber qué tantas actividades se ejecutan para reducir los



riesgos de complicaciones entre las cuales se formulan: ¿Realiza la Enfermera(o) la evaluación física respiratoria en pacientes con ventilación mecánica para prevenir complicaciones? ¿Ejecuta la Enfermera(o) terapia respiratoria a pacientes con ventilación mecánica?.

Dar respuestas a estas interrogantes, generó la formulación del siguiente problema: ¿Cuáles son las acciones de cuidado que realiza la Enfermera(o) en pacientes en ventilación mecánica a fin de reducir los riesgos de complicaciones?.

### **Objetivos de la Investigación:**

#### **Objetivo General:**

Determinar cuál es la participación de la Enfermera(o) en los cuidados respiratorios de pacientes con ventilación mecánica de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, de Barcelona, Estado Anzoátegui, Segundo Trimestre, Año 2004.

#### **Objetivos Específicos:**

- Identificar las acciones de cuidados que realiza la Enfermera(o) a pacientes con ventilación mecánica referido a valoración respiratoria.
- Identificar las acciones que realiza la Enfermera(o) referidas a la fisioterapia respiratoria.

**Justificación:**

Los cuidados representan la esencia de la actividad de toda Enfermera(o). Los cuidados conceden un valor muypreciado a la enfermería, la individualización de los cuidados del paciente, debe estar dirigida hacia usuarios críticamente enfermos, con énfasis en aquellos con ventilación mecánica, cuyas funciones vitales dependen totalmente de la atención de enfermería para poder evitar complicaciones respiratorias intrahospitalarias a las cuales están expuestos este tipo de pacientes, y que presupone riesgo de muerte debido a la inadecuada aplicación de técnicas específicas para mantener la permeabilidad de las vías aéreas.

Se considera que el desarrollo de esta investigación beneficiará al personal de enfermería, porque le permitirá revisar su práctica profesional y realizar cambios dirigidos hacia una atención de calidad y oportuna en los pacientes con ventilación mecánica, con la cual se evitarán complicaciones que prolonguen la estadía hospitalaria, disminuyendo el costo de hospitalización y el costo económico del usuario y familia.

Asimismo, el estudio pretende ofrecer un aporte significativo que contribuya como base a otras investigaciones que deseen profundiza e investigar aspectos relacionados con el tema tratado.

En el contexto social y administrativo de la organización

hospitalaria, se busca minimizar y disminuir las complicaciones respiratorias, destacando la importancia de los cuidados respiratorios a pacientes con ventilación mecánica; así como también, espera que el resultado de esta investigación pueda contribuir al estudio del personal de enfermería a participar en programas de educación, los cuales proporcionen conocimientos que contribuyan a prevenir las complicaciones respiratorias a pacientes sometidos a ventilación mecánica.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

El presente capítulo hace referencia a los antecedentes del estudio, las bases teóricas que sustentan la variable en estudio, definición de términos básicos relacionados con la participación de la Enfermera(o) en los cuidados respiratorios de pacientes con ventilación mecánica.

#### **Antecedentes de la Investigación:**

Blanco, R.; Delgado, A. y Villamizar, S. (2002), realizaron una investigación titulada Nivel de Información de las Enfermeras(os) sobre Cuidados Respiratorios y Prevención de Complicaciones Respiratorias en Pacientes con Ventilación Mecánica. El objetivo del estudio fue investigar el nivel de información de las enfermeras(os) sobre cuidados respiratorios y prevención de complicaciones respiratorias en pacientes con ventilación mecánica. El universo estuvo conformado por 24 enfermeras(os) de atención directa que laboran en los diferentes turnos de la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital “Dr. José María Carabaño Tosta”, Maracay, Estado Aragua. Para la muestra se seleccionó el 100% de la población. El tipo de estudio fue descriptivo y la información se obtuvo por medio de un cuestionario estructurado en dos partes; la primera parte correspondió a la obtención de datos demográficos, la segunda parte con treinta y ocho (38) ítems de selección simple

relacionados con la variable en estudio. Los hallazgos obtenidos permiten confirmar el logro de los objetivos propuestos orientados a determinar que el 74% del grupo investigado se ubica dentro de un nivel de información alto en cuanto a cuidados respiratorios, y en relación con la prevención de complicaciones respiratorias se ubica en un nivel medio con un 54%. Se recomienda promover la provisión continua y completa del material adecuado para realizar la higiene bronco pulmonar con las técnicas de asepsia y antisepsia.

Ávila, Freites y Ramírez (2000), investigaron sobre la Información que tiene el Profesional de Enfermería sobre las Técnicas de Asepsia y Antisepsia de Higiene Bronco Pulmonar. El universo estuvo conformado por veintidós (22) enfermeras(os) de atención directa de los diferentes turnos, pertenecientes a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Angel Larralde”, Valencia, Estado Carabobo; para la muestra se seleccionó el 100% de la población en estudio. El tipo de investigación fue descriptivo. Los hallazgos obtenidos permitieron determinar que las enfermeras(os) de atención directa tienen un alto nivel de información sobre las técnicas de asepsia y antisepsia antes, durante y después de la higiene bronco-pulmonar.

Este estudio es un antecedente para la presente investigación por su relación sobre la información que posee el profesional de enfermería sobre pacientes con ventilación mecánica.

Añez, E.; Caguana, R. y Reyes, I. (2000), elaboraron un estudio

titulado Intervención de Enfermería en la Prevención de Infecciones Respiratorias en los Pacientes Críticamente Enfermos Atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia, Estado Carabobo. Se seleccionó una población de cuarenta y ocho (48) enfermeras(os) de atención directa que laboran en los diferentes turnos, el estudio fue descriptivo, prospectivo y transversal. Los resultados lograron determinar la relación de la intervención de la Enfermera(o) en la prevención de infecciones con la aplicación de la higiene bronco-pulmonar.

Este estudio se relaciona con esta investigación porque determina cómo enfermería es esencial en el cuidado del paciente con ventilación mecánica para evitar complicaciones respiratorias.

Roa, P. (1999), realizó una investigación titulada Conocimiento del Personal de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Jesús María Casas Ramos”, sobre Precaución de Complicaciones Respiratorias en Pacientes con Traumatismos Encefálicos Conectados a Ventilación Mecánica. La muestra estuvo conformada por veintiséis (26) enfermeras(os) que representan el 100% de la población, en los resultados obtenidos hubo un aumento de 71% en el conocimiento de las enfermeras(os) de atención directa en la Unidad de Cuidados Intensivos, después de recibir el programa educativo, lo cual permitió concluir que las enfermeras(os) en servicio requieren y es efectiva la incorporación de

programas sobre aspectos relacionados a los pacientes con traumatismo cráneo-encefálico.

Matute, A. (1998), realizó un estudio sobre el Nivel de Conocimiento de las Enfermeras(os) de Atención Directa sobre el Cuidado del Paciente Politraumatizado Grave a su Ingreso a la Emergencia y la Actitud hacia éstos”. La población la conformaron ochenta (80) profesionales que laboran en los diferentes turnos de la Emergencia de Adultos, la muestra fue de setenta (70) enfermeras(os) que representó el 88% del universo. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional. Las conclusiones obtenidas expresan que las profesionales de enfermería tienen muy poco conocimiento para el manejo de estos pacientes, lo cual sugiere programas educativos para manejar la calidad de los cuidados.

### **Bases Teóricas:**

#### **Ventilación Mecánica:**

Un paciente ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos con insuficiencia respiratoria o ventilatoria, con trastornos neuromusculares o neurológicos que afectan el centro respiratorio o luego de un paro cardíaco respiratorio, es conectado a ventilación mecánica, al respecto Fernández, J. (1992) refiere que:

La ventilación mecánica se utiliza para reemplazar las funciones ventilatorias del pulmón. Cuando éste es capaz de asumir una ventilación cada minuto adecuada para

mantener una presión parcial arterial de dióxido de carbono normal, o se presume la existencia de una fatiga muscular en un plazo corto de tiempo. (p:50)

La ventilación mecánica se aplica como medida terapéutica en aquellos pacientes incapaces de mantener una ventilación espontánea adecuada, además es importante señalar que la ventilación mecánica es la base del tratamiento de apoyo de la insuficiencia respiratoria aguda; sin embargo, la perpetuación del soporte ventilatorio más allá de lo necesario puede significar mayor posibilidad de infección intrahospitalaria, atrofia de la musculatura respiratoria y mayor estadía y costos hospitalarios. De allí que la enfermera(o) aplicando los conocimientos que le permiten resolver problemas en la detección de signos de complicaciones respiratorias a través de una exhaustiva valoración respiratoria.

Según Urden, L., Lough, M. y Stacy, K. (1998): “La ventilación mecánica está indicada en diferentes situaciones, como la insuficiencia respiratoria, insuficiencia ventilatoria, algunas operaciones y en falla multiorgánica”. (p:275)

Así también, estas mismas autoras describen, también los tipos de ventiladores en uso, que son los dispositivos de presión positiva y negativa.

**Ventiladores de presión positiva:** Los ventiladores de presión positiva se usan para aportar oxígeno a los pulmones del paciente a



través de un tubo endotraqueal o traqueotomía, este proceso reduce el trabajo respiratorio y favorece el intercambio gaseoso; hay tres categorías de ventiladores de presión positiva: ciclados por volumen, presión y tiempo:

- Ventiladores ciclados por volumen: Estos ventiladores están diseñados para suministrar un volumen preestablecido de gas a los pacientes. Sin embargo, existe la desventaja de producir un alto riesgo elevado de Baro Trauma.
- Ventiladores ciclados por presión: Estos ventiladores aportan gas hasta que se alcanza la presión establecida. La desventaja, de estos tipos de ventiladores es que el volumen de gas varía según las presiones dentro de los pulmones de los pacientes.
- Ventiladores ciclados por tiempo: Estos aparatos suministran gas durante un intervalo de tiempo preestablecido, su desventaja es que la presión y el volumen cambian en cada respiración, no se usa en adultos, sino en recién nacidos y presión negativa.
- Ventiladores de presión negativa: Estos ventiladores rara vez son usados en cuidados intensivos. Se aplican externamente y disminuyen la presión atmosférica alrededor del tórax para iniciar una respiración.

Urden, L., Lough, M. y Stacy, K. (1998), en la complicación de la ventilación mecánica, señalan que:

La ventilación a menudo salva vida pero al igual que otro sistema no está excepto de complicaciones, algunas son prevenibles, mientras que otras se pueden minimizar pero no erradicar. Las complicaciones fisiológicas asociadas a

la ventilación mecánica son: Disminución del gasto cardíaco, alcalosis respiratoria aguda no intencionada, aumento de la presión intracraneal, distensión gástrica y Baro Trauma. (p:277)

Según Urden, L., Lough, M. y Stacy, K. (1998). Cuidados de pacientes con ventilación mecánica:

La prioridad de enfermería para los pacientes con ventilación mecánica es el control sistemático de las posibles complicaciones relacionadas con el paciente y con el ventilador. Las intervenciones incluyen la valoración global rutinaria, con particular énfasis en el aparato respiratorio, además es importante conocer el funcionamiento de las alarmas y sus problemas relacionados. (p:279)

### **Valoración Respiratoria:**

La valoración respiratoria entra dentro de las actividades que realiza la enfermera(o) en las Unidad de Cuidados Intensivos, basada en su conocimiento y bajo su responsabilidad.

Al respecto Under, L.; Lough, M. y Stacy, K. (1998) explican la valoración respiratoria como:

Un proceso sistemático que incluye una historia clínica y una exploración física. El objetivo de la valoración es doble: a) reconocer las alternativas de la función pulmonar que requieren una intervención de enfermería y b) determinar las vías en que la función pulmonar está referida con las actividades de autocuidado. (p:232)

De lo expuesto por las autoras, se puede señalar que es una actividad donde la enfermera(o) al realizar la valoración al paciente con ventilación mecánica debe poseer conocimientos básicos de fisiología, fisiopatología respiratoria y ventilación mecánica, que le permitan actuar con razonamiento e identificar los signos y síntomas de complicaciones respiratorias del paciente. Así mismo, los precitados autores plantean que: “En la valoración respiratoria se utilizan cuatro técnicas: Inspección, palpación, percusión y auscultación”. (p:233)

En los pacientes con ventilación mecánica se hace mayor énfasis en la inspección y auscultación, ya que son las técnicas más efectivas en la recolección de datos para la detección de complicaciones respiratorias a las que están expuestos los pacientes con ventilación mecánica.

En la inspección se observa la conformación torácica variable, de acuerdo a: edad, sexo, tipo de constitución; se debe investigar la presencia de deformaciones bilaterales (tórax paralítico, tórax enfisematoso, periforme, abocardamientos, depresiones y retracciones); el estudio de la piel informará sobre la presencia de coloración anormal, circulación colateral, distribución pilosa, arañas vasculares y estrías.

En cuanto a los movimientos respiratorios se inspecciona el tipo, amplitud, presencia y ritmo; pueden observarse movimientos nerviosos (rumocomas, fasciculaciones), también pueden observarse otros signos como: aleteo nasal, depresión de fosas supraclaviculares.

La auscultación permite reconocer ruidos respiratorios normales, patológicos y agregados; se realiza en cada hemitórax comparando los sonidos transmitidos, tanto los fisiológicos como los agregados, en este grupo se incluyen: roncus, sibilancias, estertores crepitantes, estertores de burbuja y frotos pleurales. De allí que una evaluación efectiva en un paciente con ventilación mecánica proporciona a la enfermera(o) una guía de actuación de manera que se facilite una óptima ventilación y un intercambio gaseoso adecuado, y poner en práctica cuidados de enfermería dirigidos a la fisioterapia respiratoria.

### **Fisioterapia Respiratoria:**

La intubación endotraqueal es un procedimiento invasivo, suprime todos los mecanismos de defensa de la mucosa nasal y faríngea e inhibe el reflejo de la tos, ayudando la acumulación de secreciones traqueobronquiales con la posibilidad de contaminación e infección.

Una vez realizada la valoración física respiratoria al paciente, la enfermera(o) procederá a organizar y analizar hallazgos para planificar los cuidados a través de la fisioterapia respiratoria que Soy, M., (1998): “Es un cuidado clave y multidisciplinario que tiene como finalidad ayudar al paciente a eliminar las secreciones bronquiales, cuyo estancamiento en las vías aéreas compromete la ventilación del paciente”. (p:273-274)

De acuerdo a la definición expuesta, se puede decir que la

fisioterapia respiratoria advierte una serie de ejercicios de los músculos respiratorios, tales como las técnicas respiratorias como: la percusión y vibración torácica, y la higiene bronco-pulmonar que comprende la aspiración de secreciones bronquiales que se realiza a través del drenaje postural, las cuales son técnicas que facilitan la aspiración de secreciones acumuladas en el tracto respiratorio para mantener las vías permeables y así evitar las complicaciones respiratorias en pacientes con ventilación mecánica.

### **Técnicas de Fisioterapia Respiratoria:**

#### **Drenaje Postural:**

Según De Wit, S. (1999): “Implica cambiar de posiciones al paciente para que la gravedad ayude a los bronquios y a los pulmones”. (p:476). La enfermera(o) de la Unidad de Cuidados Intensivos debe intercambiar ideas con respecto al resto del equipo de salud, para colocar al paciente en las posiciones adecuadas.

Durante la terapia en ocasiones se usan técnicas de percusión, palmoteo y vibración, medidas destinadas a desalojar los tapones de moco para que sea más fácil expectorarlo, deben realizarse con precisión, es importante señalar que es mejor llevarlo a cabo antes de las comidas, con el estómago vacío para reducir posibilidades de vómito.

#### **Percusión:**

La percusión es una técnica incluida en la evaluación de la

aspiración endotraqueal para realizarla se requiere de la previa valoración respiratoria, ya que la auscultación de los ruidos respiratorios y la visualización del Rx de tórax se identifica la localización de los segmentos pulmonares que requieren de estas técnicas.

Según Kozier, B., Erg, G. y Olivieri, P. (1998) refieren que: “La percusión consiste en golpear enérgicamente la piel con la mano ahuecada”. (p:796), la finalidad de estos golpes sobre los pulmones movilizan las secreciones desde las vías aéreas de menor calibre a las vías centrales hasta la tráquea de donde se puedan aspirar.

### **Vibración Torácica:**

Con respecto a la vibración Brunner, L. y Suddarth, D. (1991) explican que: “Se realiza con las dos manos, colocando una sobre la pared del tórax, directamente sobre los segmentos pulmonares afectados y aplicando movimientos de sacudidas”. (p:1371); presenta la misma finalidad de las percusiones torácicas, movilizar secreciones hacia la tráquea para que puedan ser aspiradas, la ventilación en todos los segmentos pulmonares, prevenir la acumulación de secreciones y permitir que haya una buena irrigación sanguínea.

La vibración es el resultado de finas vibraciones creadas manualmente a través de la compresión torácica realizada en la expiración, Beare, M. y Myers, J. (1993) señalan que: “En el

procedimiento la enfermera(o) coloca las manos abiertas sobre la pared torácica, con los brazos rectos, cuando el paciente expira la pared torácica vibra”. (p:471). Las manos de la enfermera(o) deben <<temblar>> con un movimiento trémulo, no con un movimiento de fuerte sacudida.

El tratamiento debe repetirse por lo menos tres (3) veces para cada segmento pulmonar, será adecuado realizar el tratamiento cada cuatro (4) horas de acuerdo a la necesidad y tolerancia del paciente.

### **Higiene Broncopulmonar:**

Los pacientes sometidos a ventilación mecánica, pueden beneficiarse con los procedimientos dirigidos a la higiene broncopulmonar porque los propósitos son: 1) movilizar las secreciones para lograr un intercambio gaseoso más eficiente y 2) ayudarlos a controlar su respiración de manera que el ciclo respiratorio sea más efectivo; la higiene se logra con la administración de los medicamentos prescritos, la humidificación del aire inspirado, las terapias con nebulizaciones e inhaladores, la terapia respiratoria y los ejercicios de respiración como la aspiración de secreciones.

### **Ropa de Protección:**

#### ***Uso de guantes:***

Así como los trabajadores de la salud en su mayoría tienen

conocimiento sobre la colocación y retiro de guantes, deben conocer también, que los guantes deben ser usados en cualquier circunstancia que lo requiera como es la manipulación de sangre o fluidos corporales que contengan o no sangre, en lesiones abiertas, en la extracción de sangre venosa o arterial, al colocar líneas venosas o al retirarlas, en la aspiración de secreciones entre otros.

Los guantes deben ser cambiados entre la atención de un paciente y otro y deben ser descartados y nunca reutilizados.

Es recomendable la utilización de doble guante para reducir el riesgo de exposición, cuando se emplean instrumentos punzo-cortantes o cuando se realicen procedimiento invasivos.

***Uso de mascarillas, gorros y protectores oculares:***

Estas barreras de protección se utilizan para prevenir exposición de las membranas mucosas de la boca, nariz y ojos, durante la realización de procedimientos que pudieran generar gotas de sangre y otros fluidos corporales que contengan sangre.

***Uso de batas:***

Deberán ser usadas durante procedimientos que puedan generar escapes importantes de sangre y otros fluidos corporales o cuando el salpicado de ropa es probable que ocurra. Esta otra barrera protectora



ofrece seguridad mientras ésta seca, a menos que cuente con batas impermeables al agua.

***Lavado de Manos:***

Un cuidadoso lavado de manos por parte del personal sanitario es, probablemente, el método más efectivo para reducir la transmisión de patógenos.

Beare, M. y Myers, J. (1999), señalan que: “Todas las personas que tienen contacto con el paciente deben recordar que han de lavarse las manos antes de entrar en las habitaciones. El lavado de manos es necesario inmediatamente después que la persona haya entrado en contacto con material contaminado y tras el contacto con el paciente”. (p:147).

Un meticuloso lavado de manos conjuntamente con las precauciones universales (guantes, batas, mascarilla, gafas y gorros), minimizan el riesgo de exposición de la enfermera(o) a los fluidos corporales del usuario.

***Técnica de Lavado de Manos:***

La técnica del lavado de manos depende del propósito del mismo, la duración ideal debe ser de 30 segundos para remover la mayoría de los contaminantes. El Departamento de Enfermería del Massachusetts

General Hospital de Boston (1996), señala que: “El personal de enfermería debe lavarse las manos antes y después de estar en contacto directo con cualquier paciente”. (p:449).

La Federación Médica Venezolana, (1993) en su Manual de Salud Ocupacional del Médico, expone el tema de la Escuela de Medicina “Doctor José María Vargas”, sobre las bases para una política institucional del manejo y control de infecciones. Este manual señala los pasos para el lavado de manos en lavabos de mecanismo manual:

1. Abrir la llave.
2. Humedecer las manos.
3. Aplicar jabón.
4. Frotar rigurosamente por 10 segundos cubriendo todos los espacios.
5. Escurrir completamente.
6. Secar las manos con toallas descartables.
7. Usar la toalla para cerrar la llave.

Si no se cumplen estos requisitos, el lavado de mano debe considerarse inadecuado. Cualquiera que sea la técnica del lavado de manos, el lavabo se considera como contaminado, por lo que si se toca en forma accidental, el lavado de manos debe repetirse.

#### **Aspiración de Secreciones:**

La aspiración de secreciones está indicada en pacientes que pueden eliminar secreciones, Urden, L.; Lough, M. y Stacy, K. (1998), definen el

procedimiento de aspiración como: “Un procedimiento estéril, realizado solo cuando es estrictamente necesario. Se puede acompañar de varias complicaciones como hipoxemia, atelectesia, broncoespasmos, arritmias cardíacas, aumento de la presión intracraneal y traumatismo de la vía aérea” (p:274). El procedimiento mencionado es un cuidado de las vías respiratorias que realiza la enfermera(o), el mismo debe hacerse con técnicas asépticas estrictas.

Beare, M. y Myers, J. (1993), este procedimiento debe realizarse de la siguiente manera:

Debe lavarse las manos, luego colocarse bata, mascarilla, lentes y explicar el procedimiento al paciente; colocarse guantes esterilizados, ajustar el regulador de succión y ocluir el entubado con el dedo para probar succión. Se coloca en posición al paciente, preoxigenándolo previamente, se retira el catéter manteniendo la esterilidad, luego se desconecta el ventilador y adaptando la bolsa de reanimación. Se deben cerrar temporalmente los mecanismos de alarma apretando el botón de silencio o de bypass, se sumerge la punta del catéter en el lubricante y se hace progresar suavemente a través de la nariz, siguiendo la curva de la cavidad nasal, éste debe pasarse con suavidad durante la inspiración, luego se conecta el catéter al entubado de succión con la mano no esterilizada. Se retira el catéter 2 a 3 cms mientras se aplica la succión intermitente y es rotado entre el pulgar y el dedo índice. Este proceso se debe repetir al paciente dos veces como mínimo. Luego se limpia el catéter y entubado con agua embotellada, se debe descartar el catéter y los guantes. Posteriormente se debe administrar cuidados de la boca, auscultar tórax y evaluar ruidos respiratorios. (p:473)

### **Aspiración Endotraqueal:**

La aspiración endotraqueal se utiliza como medida complementaria de la fisioterapia respiratoria, siendo utilizada en aquellos enfermos que por sus condiciones no son capaces de expulsar las secreciones bronquiales a través de la tos.

Raffoensperger, E. Zusy, M. y Marchesseaulf, L. (1996), señalan que: “La aspiración de la tráquea a través de la orofaringe o nasofaringe se utiliza para mantener despejadas las vías aéreas”. (p:80). En este sentido el catéter o sonda de aspiración puede introducirse por la boca, la nariz o una vía aérea artificial.

Beare, M. y Myers, J. (1997), refieren que: “Ésta está indicada cuando el paciente es incapaz de limpiar las secreciones con la tos”. (p:504). Este procedimiento lo realiza el personal de enfermería de acuerdo a la necesidad del enfermo.

La aspiración es un procedimiento sencillo, sin embargo la enfermera(o) debe conocer y dominar la técnica a fin de disminuir al máximo los riesgos de contaminación de ella misma, ya que implica para la enfermera(o) la exposición directa o indirecta a las secreciones bronquiales, lo que la expone a riesgos laborales de tipo biológico, que aumenta en relación directa con la frecuencia en que se realiza este procedimiento, lo que constituye una continua amenaza a la salud de la enfermera(o), como son las infecciones respiratorias, conjuntivitis, etc.

Tal es el caso de la tuberculosis que según Contreras, M.; León, R.; Romero, M. y Vásquez, L. (1996) refieren que: “El modo de transmisión de esta enfermedad es por inhalación del bacilo en los núcleos de gotitas procedentes de secreciones bronquiales del enfermo al toser, expectorar o hablar”. (p:268). De igual forma existe gran variedad de agentes que por la misma vía pudieran afectar al personal de enfermería.

Este tipo de riesgo siempre está presente, sin embargo, el accidente puede evitarse, según la habilidad, técnica y uso de medidas de protección, de aquí la importancia para la enfermera(o) de tener presente que el cuidado y protección del enfermo a su cargo implica simultáneamente la protección de su propia salud; es decir, la técnica estéril y uso de barreras (guantes, batas, gorros, mascarillas y lentes) ayudan a reducir el contacto con las secreciones.

### **Sistema de Variables:**

#### **Variable:**

Participación de la enfermera(o) en los cuidados respiratorios a pacientes con ventilación mecánica.

#### **Definición Conceptual:**

Cuidados respiratorios, es la valoración continua de la enfermera(o) para optimizar la oxigenación y la ventilación en el paciente con ventilación mecánica. (Urden, L., Lough, M. y Stacy, K. 1998).

**Definición Operacional:**

Corresponde a las acciones que realiza el personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos para proporcionar cuidados a los pacientes conectados a ventilación mecánica mediante la valoración respiratoria y fisioterapia.

### Operacionalización de la Variable:

<b>Variable:</b>	Participación de la enfermera(o) en los cuidados respiratorios a pacientes con ventilación mecánica
<b>Definición Operacional:</b>	Corresponde a las acciones que realiza el personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos para proporcionar cuidados a los pacientes conectados a ventilación mecánica mediante la valoración respiratoria y fisioterapia.

<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Subindicadores</b>	<b>Ítems</b>
<p><b>Valoración respiratoria:</b> Son todas aquellas acciones que realiza la enfermera(o) con ventilación mecánica que le permite detectar complicaciones respiratorias, a través de la inspección respiratoria, auscultación y palpación.</p>	<p><b>Inspección:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Proceso de recolección de información a través de la observación para detectar complicaciones respiratorias en pacientes con ventilación mecánica a través de:</li> </ul> <p><b>Auscultación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Referida a las acciones diseñadas para escuchar la vibración del árbol respiratorio (desde la laringe hasta los alvéolos) producida por la entrada y salida de aire durante cada ciclo respiratorio.</li> </ul> <p><b>Palpación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se refiere a las acciones orientadas a palpar comparativamente ambos hemitórax.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Simetría del tórax.</li> <li>Expansión de tórax.</li> <li>Aleteo nasal.</li> <li>Depresión de fosas supraclaviculares.</li> <li>Tubo endotraqueal</li> <li>Ruidos respiratorios normales: Vesiculares, bronquiales y broncovesiculares.</li> <li>Ruidos respiratorios patológicos.</li> <li>Ruidos agregados.</li> <li>Uso del estetoscopio.</li> <li>Expansión torácica inspiratoria.</li> <li>Táctil.</li> </ul>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5,6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10</p>

<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Subindicadores</b>	<b>Ítems</b>
<p><b>Fisioterapia respiratoria:</b> Acciones encaminadas a restablecer la función respiratoria, manteniendo las vías aéreas superiores libres de secreciones, garantizando el drenaje y efectividad del mismo en el momento indicado.</p>	<p><b>Técnicas de fisioterapia respiratoria</b></p> <p><b>Higiene broncopulmonar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drenaje postural.</li> <li>• Percusión-vibración.</li> <li>• Ropa de protección.</li> <li>• Aspiración de secreciones.</li> </ul>	<p>11,12,13,14</p> <p>15,16,17,18,19,20,21</p> <p>22,23,24,25,26</p> <p>27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38</p>



## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

En este capítulo se presenta el marco metodológico utilizado en el desarrollo del trabajo, el cual contiene el diseño y tipo de estudio, la población muestral, métodos, técnicas y procedimientos para la recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, técnica de análisis y tabulación de los datos.

#### **Diseño de la Investigación:**

De acuerdo a la fuente de donde provienen los datos, el estudio es de campo, ya que la información se recopila directamente en la Unidad de Cuidados Intensivos donde se realiza el estudio. A lo que la Universidad Pedagógica Experimental “Libertador” (UPEL) (1998), define la investigación de campo como:

La que se caracteriza por la recolección de los datos por parte del investigador en el mismo lugar donde ocurren los acontecimientos, con la finalidad principal de explicar sus causas o efectos, entender su naturaleza o predecir su ocurrencia, gracias al análisis sistemático de un problema determinado. (p:5)

#### **Tipo de Estudio:**

Con relación a la problemática y los objetivos planteados en la investigación, es de tipo descriptivo, al respecto Hernández, R.,

Fernández, C. y Batista, P. (2003) afirman que: “El propósito del investigador es descubrir situaciones y eventos. Esto es: cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno”. (p:60). Lo descrito por los autores, se puede decir que el presente estudio describe la variable, así mismo persigue analizar los datos obtenidos para describirlos, detectar indicadores necesarios, obtener conclusiones posibles de la investigación.

Es prospectivo, ya que se desarrolla basado en situaciones y hechos ocurridos en la actualidad, información aportada por el personal de enfermería durante el período del segundo semestre de 2004 en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, Barcelona, Estado Anzoátegui.

### **Población:**

Según Hurtado, J. (2000), citando a Arnau, G. (1980) refiere que la población es el: “Conjunto de elementos, seres o eventos, concordantes entre sí en cuanto a una serie de características, de las cuales se desea obtener alguna información”. (p:142). La población de este estudio está conformada por cincuenta (50) profesionales de enfermería que laboran en los diferentes turnos de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, Barcelona, Estado Anzoátegui.

### **Muestra:**

La muestra consiste en una parte significativa de la población y

que reúne las mismas características de la totalidad, Sabino, C. (2002), la considera como: “Una muestra, en un sentido amplio, no es más que una parte de ese todo que llamamos universo y que sirve para representarlo”. (p:122). La conformación de la muestra se realizó con el 50% de los integrantes de la población dando como resultado veinticinco (25) profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, Barcelona, Estado Anzoátegui.

#### **Instrumento de Recolección de Datos:**

Se utilizó una observación la cual consistió de 38 ítems que permitieron verificar la aplicación a cada paso por la muestra de 25 Enfermeras(os) a quienes se les aplicó una observación en tres momentos distintos en el cual atendían a los pacientes sometidos a ventilación mecánica, lo cual arrojó un total de 75 observaciones.

#### **Validez:**

La validez de un instrumento de recolección de datos, es definida por Hurtado, R.; Fernández, C. y Batista, P. (2003) como: “El grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir”. (p:236). La validez del Instrumento fue realizada mediante el juicio de expertos, los cuales confirieron sugerencias y posterior validación.

#### **Técnicas de Análisis y Tabulación de los Datos:**

La tabulación de los datos fue realizada de forma manual por las

investigadoras, mediante tablas estadísticas que reflejan la frecuencia absoluta y porcentual de cada uno de los ítems formulados a los profesionales observados. Se realizó un cuadro estadístico por cada indicador, definido en la operacionalización de la variable estudiada. El análisis se hizo utilizando las frecuencias de respuestas observadas y se ilustran convenientemente por medio de gráficos de barra.

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Después de realizadas las observaciones al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti” de Barcelona, sobre la participación de la enfermera(o) en el cuidado de pacientes con ventilación mecánica, éstas se codificaron como positivas y negativas según el criterio establecido, se elaboró una matriz de doble entrada donde se reflejan los resultados obtenidos.

A estos datos se les calculó la estadística descriptiva de frecuencia absoluta (*fa*) y relativa (%) a cada uno de los ítems, los remitidos se llevaron a cuadros según los indicadores de las variables, los cuales se representan en gráficos de barra, para luego analizarlos e interpretarlos en forma cuantitativa y cualitativa.

### CUADRO 1

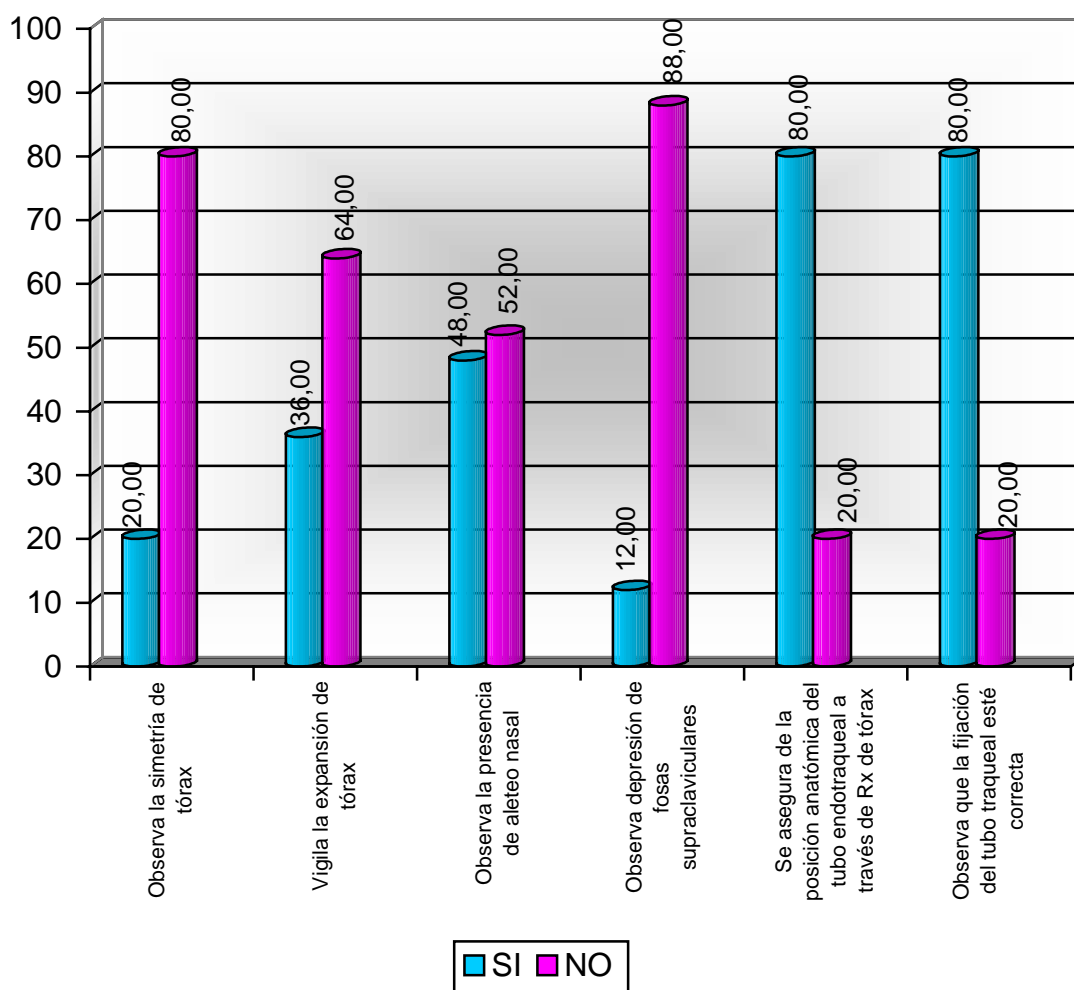
**Distribución de Frecuencia de las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti” en la Participación de la enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador Valoración Respiratoria a través de la Inspección**

Ítem	SI		NO		TOTAL	
	<i>fa</i>	%	<i>fa</i>	%	<i>fa</i>	%
1) Observa la simetría de tórax.	15	20.00	60	80.00	75	100.00
2) Vigila la expansión de tórax.	27	36.00	48	64.00	75	100.00
3) Observa la presencia de aleteo nasal.	36	48.00	39	52.00	75	100.00
4) Observa depresión de fosas supraclaviculares.	9	12.00	66	88.00	75	100.00
5) Se asegura de la posición anatómica del tubo endotraqueal a través de Rx de tórax	60	80.00	15	20.00	75	100.00
6) Observa que la fijación tubo traqueal esté correcta	60	80.00	15	20.00	75	100.00

**FUENTE:** Instrumento de Observación (Lista de Cotejo) aplicado en la U.C.I./H.U.D.L.R./BNA-ANZ.

## GRÁFICO 1

**Distribución de Frecuencia de las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti” en la Participación de la enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador Valoración Respiratoria a través de la Inspección**



FUENTE: Cuadro 1

## ANÁLISIS

En el Cuadro se aprecian las observaciones realizadas en la participación de la enfermera(o) en el cuidado de pacientes con ventilación mecánica en su indicador valoración respiratoria a través de la inspección.

El 20% de las enfermeras(os) observan la simetría de tórax cuando realizan la inspección y un 80% no lo hacen; el 36% observa la expansión de tórax y el 64% no; el 48% observa la presencia de aleteo nasal y 52% no; el 12% observa depresión de fosas supraclaviculares mientras el 88% no lo realiza; el 80% se asegura de la posición anatómica del tubo endotraqueal a través de Rx de tórax y un 20% no; el 80% observa que la fijación del tubo traqueal esté correcta y el 20% no se asegura.

Estos resultados permiten inferir que aun cuando la enfermera(o) realiza los cuidados en un alto índice en asegurarse de la posición anatómica del tubo endotraqueal a través de Rx de tórax y observa la fijación del tubo endotraqueal, descuida en un alto índice la observación de simetría de tórax y depresión de fosas supraclaviculares, lo cual indica una aplicación incompleta de la valoración respiratoria a través de la inspección en el paciente sometido a ventilación mecánica.



## CUADRO 2

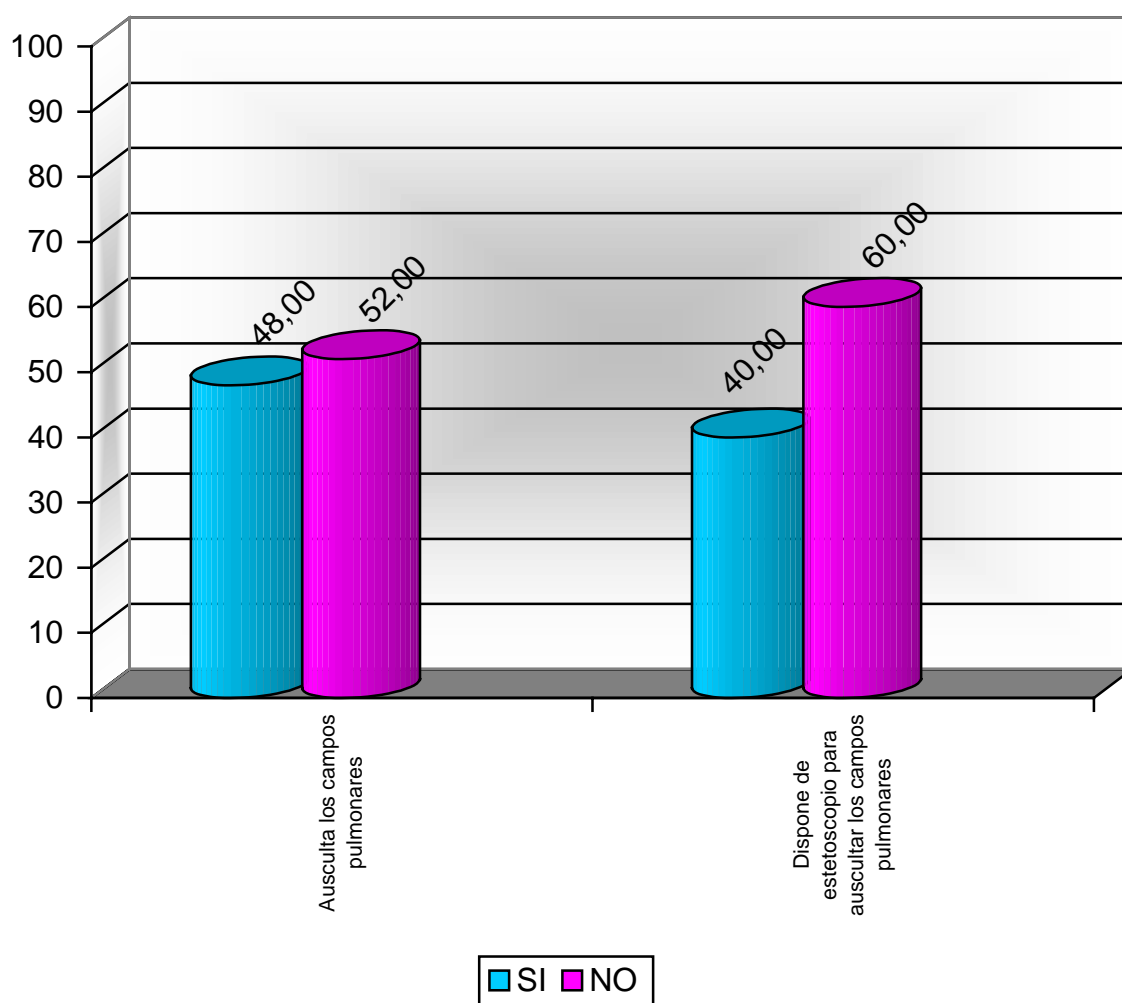
**Distribución de Frecuencia de las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti” en la Participación de la enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador Valoración Respiratoria a través de la Auscultación**

Ítem	SI		NO		TOTAL	
	<i>fa</i>	%	<i>fa</i>	%	<i>fa</i>	%
7) Ausculta los campos pulmonares.	36	48.00	39	52.00	75	100.00
8) Dispone de estetoscopio para auscultar los campos pulmonares.	30	40.00	45	60.00	75	100.00

**FUENTE:** Instrumento de Observación (Lista de Cotejo) aplicado en la U.C.I./H.U.D.L.R./BNA-ANZ.

## GRÁFICO 2

**Distribución de Frecuencia de las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti” en la Participación de la enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador Valoración Respiratoria a través de la Auscultación**



FUENTE: Cuadro 2

## ANÁLISIS

Están reflejadas en el cuadro las observaciones realizadas a las enfermeras(os) en su participación en el cuidado de pacientes con ventilación mecánica en su indicador valoración respiratoria a través de la auscultación de los campos pulmonares, el 48% lo hace y un 52% no. El 40% dispone de estetoscopio para auscultar los campos pulmonares y un 60% no.

De acuerdo a la alta frecuencia de observaciones negativas, se hace evidente que más de la mitad de las enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos no utilizan el estetoscopio para realizar la auscultación de los campos pulmonares durante la valoración respiratoria, sería de mucha importancia el uso del mismo para la valoración respiratoria del paciente crítico.

### CUADRO 3

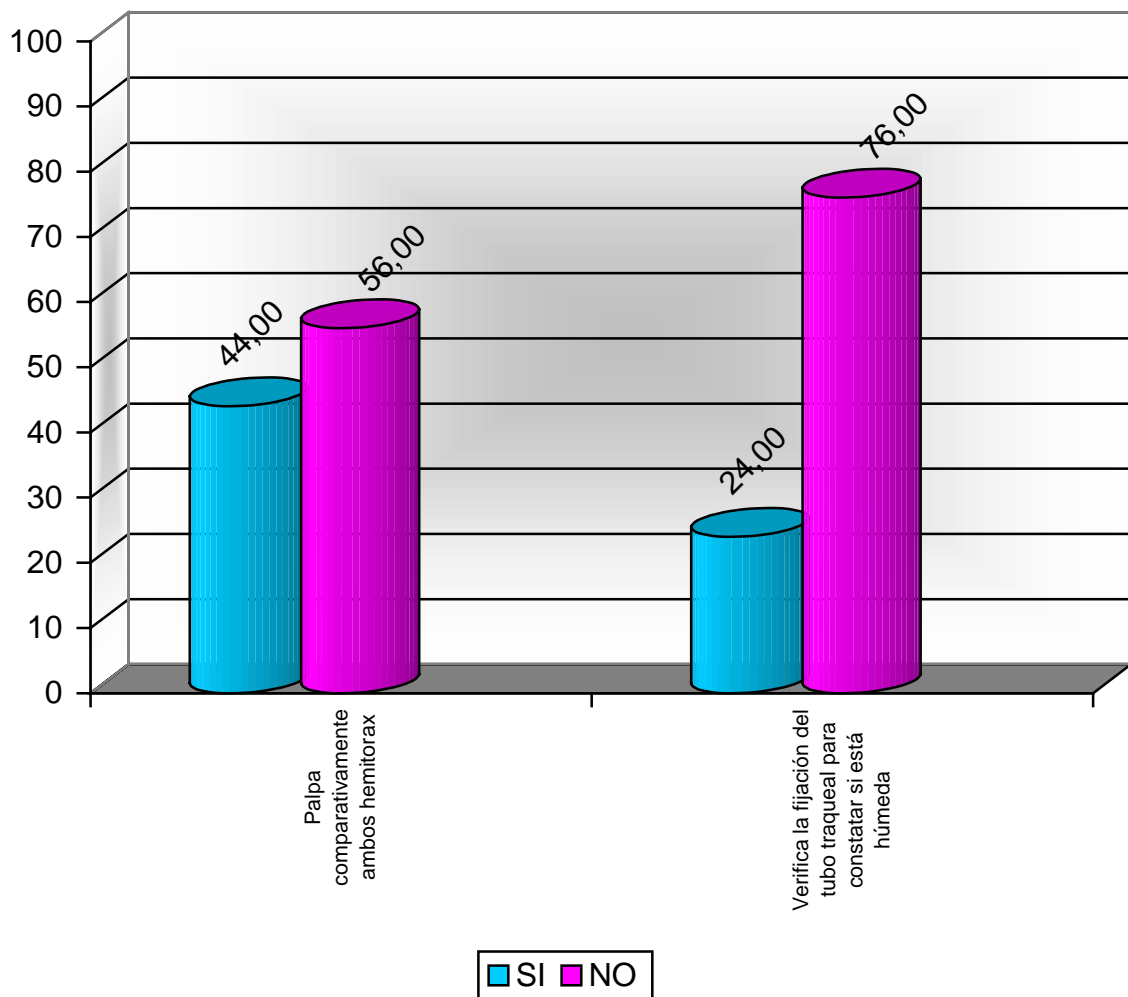
**Distribución de Frecuencia de las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti” en la Participación de la enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador Valoración Respiratoria a través de la Palpación**

Ítem	SI		NO		TOTAL	
	<i>fa</i>	%	<i>fa</i>	%	<i>fa</i>	%
9) Palpa comparativamente ambos hemitórax.	33	44.00	42	56.00	75	100.00
10) Verifica la fijación del tubo endotraqueal para constatar si está húmeda.	18	24.00	57	76.00	75	100.00

**FUENTE:** Instrumento de Observación (Lista de Cotejo) aplicado en la U.C.I./H.U.D.L.R./BNA-ANZ

**GRAFICO 3**

**Distribución de Frecuencia de las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti” en la Participación de la enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador Valoración Respiratoria a través de la Palpación**



FUENTE: Cuadro 3

## ANÁLISIS

Los datos permiten observar el comportamiento de la enfermera(o) en su participación en el cuidado de pacientes con ventilación mecánica en su indicador valoración respiratoria a través de la palpación, donde un 44% palpa comparativamente ambos hemitórax, mientras un 56% no lo hace, en relación a la verificación de la fijación del tubo traqueal constata si está húmeda el 24% y el 76% no lo hace.

Los datos descritos anteriormente muestran que la verificación de la fijación del tubo traqueal para constatar si está húmeda no se realiza en un alto índice, lo que significa un riesgo para el enfermo crítico, ya que, una buena fijación previene, tanto la extubación accidental como el desplazamiento del T.O.T. hacia el bronquio derecho y producción de un colapso pulmonar, aparte de disminuir el trauma sobre la tráquea y laringe debido a los movimientos del paciente.

### CUADRO 4

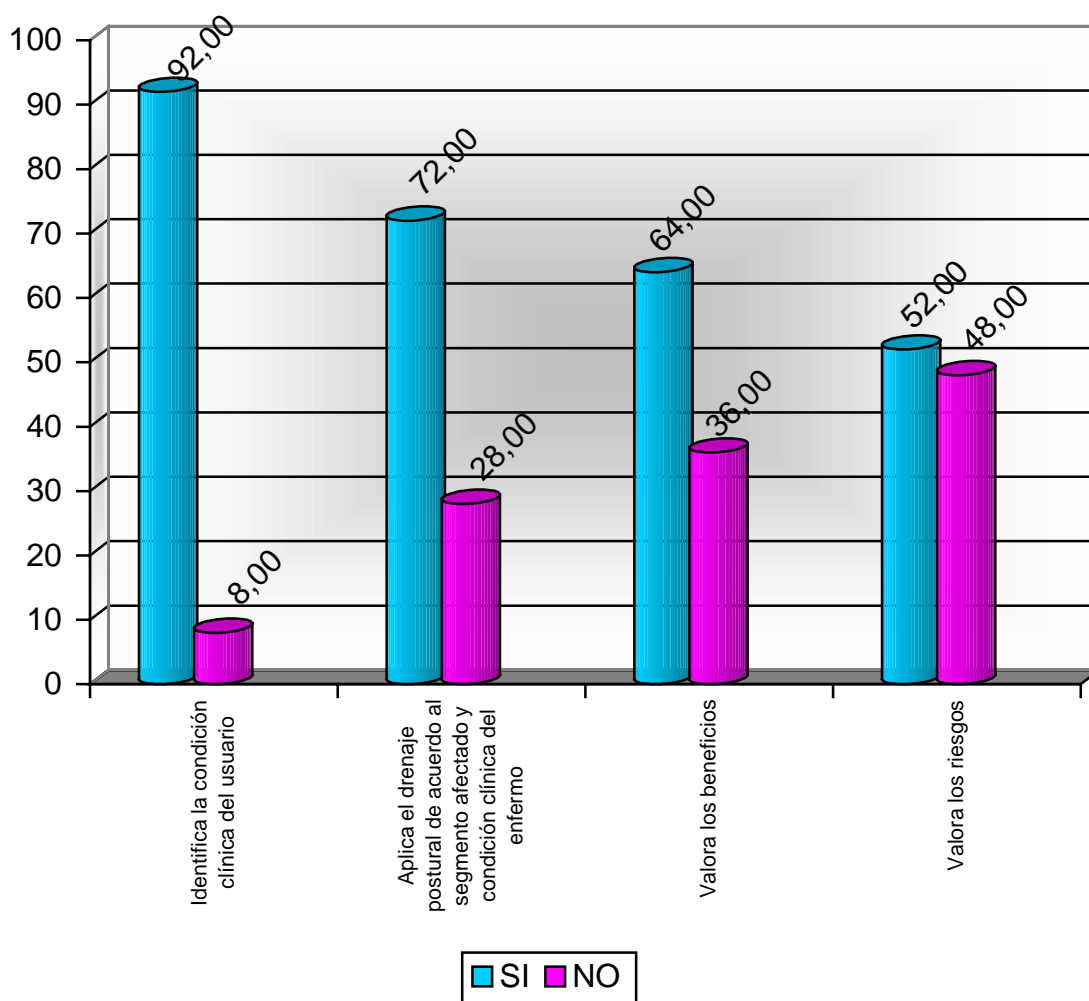
**Distribución de Frecuencia de las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti” en la Participación de la enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador Técnicas de Fisioterapia a través del Drenaje Postural**

Ítem	SI		NO		TOTAL	
	<i>fa</i>	%	<i>fa</i>	%	<i>fa</i>	%
11) Identifica la condición clínica del usuario.	69	92.00	6	8.00	75	100.00
12) Aplica el drenaje postural de acuerdo al segmento afectado y condición clínica del enfermo.	54	72.00	21	28.00	75	100.00
13) Valora los beneficios.	48	64.00	27	36.00	75	100.00
14) Valora los riesgos.	39	52.00	36	48.00	75	100.00

FUENTE: Instrumento de Observación (Lista de Cotejo) aplicado en la U.C.I./H.U.D.L.R./BNA-ANZ

### GRÁFICO 4

**Distribución de Frecuencia de las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti” en la Participación de la enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador Técnicas de Fisioterapia a través del Drenaje Postural**



FUENTE: Cuadro 4



## ANÁLISIS

En referencia a los datos presentados en la participación de la enfermera(o) en el cuidado de pacientes con ventilación mecánica en su indicador: técnicas de fisioterapia a través del drenaje postural, la identificación de la condición del usuario ocupa el SI en un 92% y un 8% no identifica la condición, la aplicación del drenaje postural de acuerdo al segmento afectado y condición clínica del enfermo lo aplican 72% y el 28% no, para la valoración de los beneficios un 64% los valora y un 36% no; en la valoración de riesgos un 52% lo hace y un 48% no.

Las técnicas de fisioterapia a través del drenaje postural proporcionan un gran beneficio al usuario, que por ser crítico su estado de salud tiene limitada su movilidad, el cuadro nos revela que casi la mitad del personal de enfermeras(os) no valora los riesgos, lo cual indica que no aplica la técnica de drenaje postural de una forma correcta.

### CUADRO 5

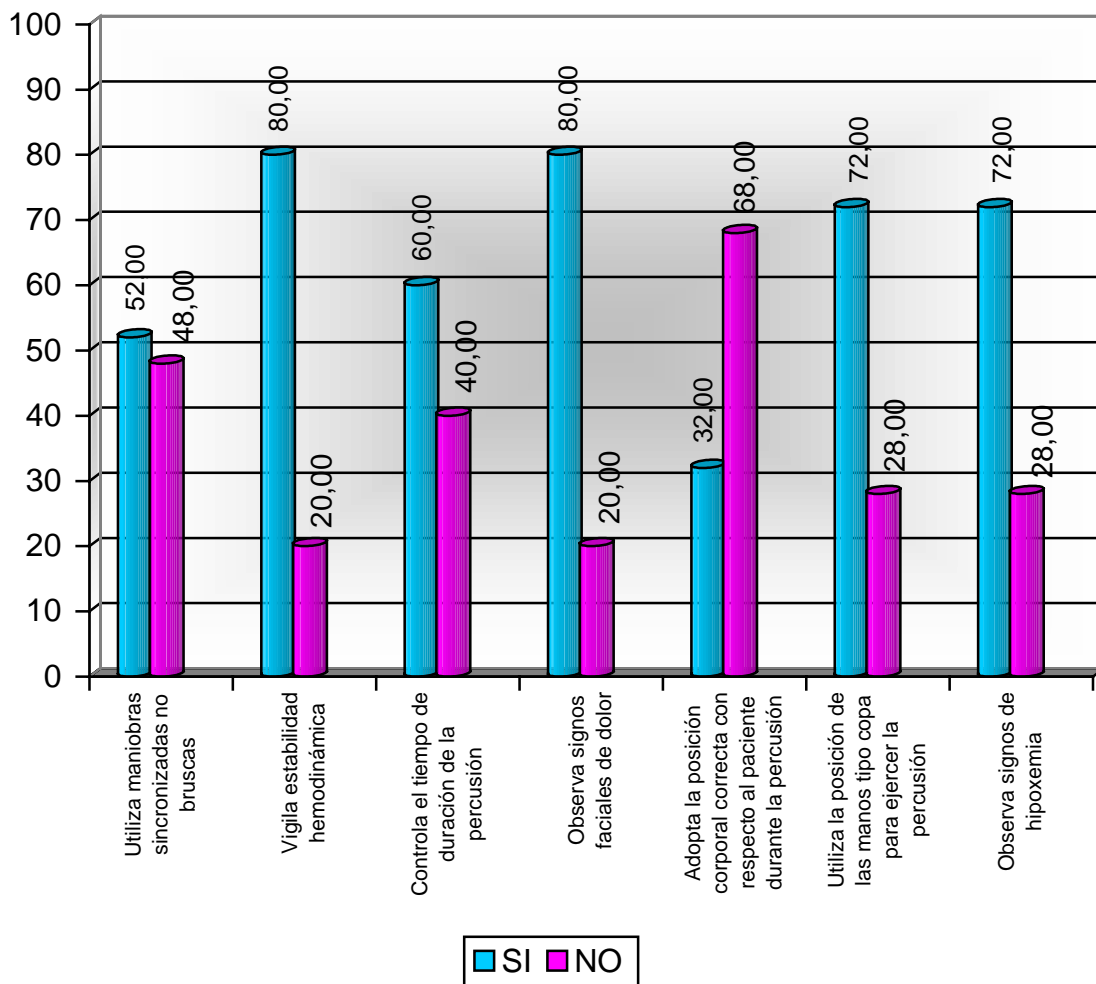
**Distribución de Frecuencia de las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti” en la Participación de la enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador Técnicas de Fisioterapia a través de la Percusión-Vibración**

Ítem	SI		NO		TOTAL	
	fa	%	fa	%	fa	%
15) Utiliza maniobras sincronizadas no bruscas.	39	52.00	36	48.00	75	100.00
16) Vigila estabilidad hemodinámica.	60	80.00	15	20.00	75	100.00
17) Controla el tiempo de duración de percusión.	45	60.00	30	40.00	75	100.00
18) Observa signos faciales de dolor.	60	80.00	15	20.00	75	100.00
19) Adopta la posición corporal correcta con respecto al paciente durante la percusión.	24	32.00	51	68.00	75	100.00
20) Utiliza la posición de las manos tipo copa para ejercer la percusión.	54	72.00	21	28.00	75	100.00
21) Observa signos de hipoxemia.	54	72.00	21	28.00	75	100.00

FUENTE: Instrumento de Observación (Lista de Cotejo) aplicado en la U.C.I./H.U.D.L.R./BNA-ANZ.

GRAFICO 5

**Distribución de Frecuencia de las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti” en la Participación de la enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador Técnicas de Fisioterapia a través de la Percusión-Vibración**



FUENTE: Cuadro 5

## ANÁLISIS

Con relación a la participación de la enfermera(o) en el cuidado de pacientes con ventilación mecánica en su indicador: técnicas de fisioterapia a través de la percusión-vibración, en las maniobras sincronizadas un 52% lo realiza y el 48% no las efectúan; en cuanto a la vigilancia de la estabilidad hemodinámica un 80% lo hace y un 20% no; en el control del tiempo de duración de la percusión; el 60% lo hace y el 40% no, en la observación de signos faciales de dolor el 80% lo hace y el 20% no, en relación a la posición con respecto al paciente durante la percusión el 32% lo hace y el 68% no utiliza la posición de manos tipo copa, para ejercer la percusión un 72% lo hace y un 28% no. En la observación de hipoxemia lo hacen el 72% y el 28% no.

Se evidencia que casi la mitad de enfermeras(os) utiliza maniobras bruscas, lo que ocasiona dolor al enfermo por su condición de poca movilidad, además casi la mitad del personal no controla el tiempo de duración de la percusión; está establecido en la Norma de Manual de Procedimientos de la U.C.I., que debe interrumpir periódicamente la maniobra para que el enfermo se ventile y evitar hipoventilación.

### CUADRO 6

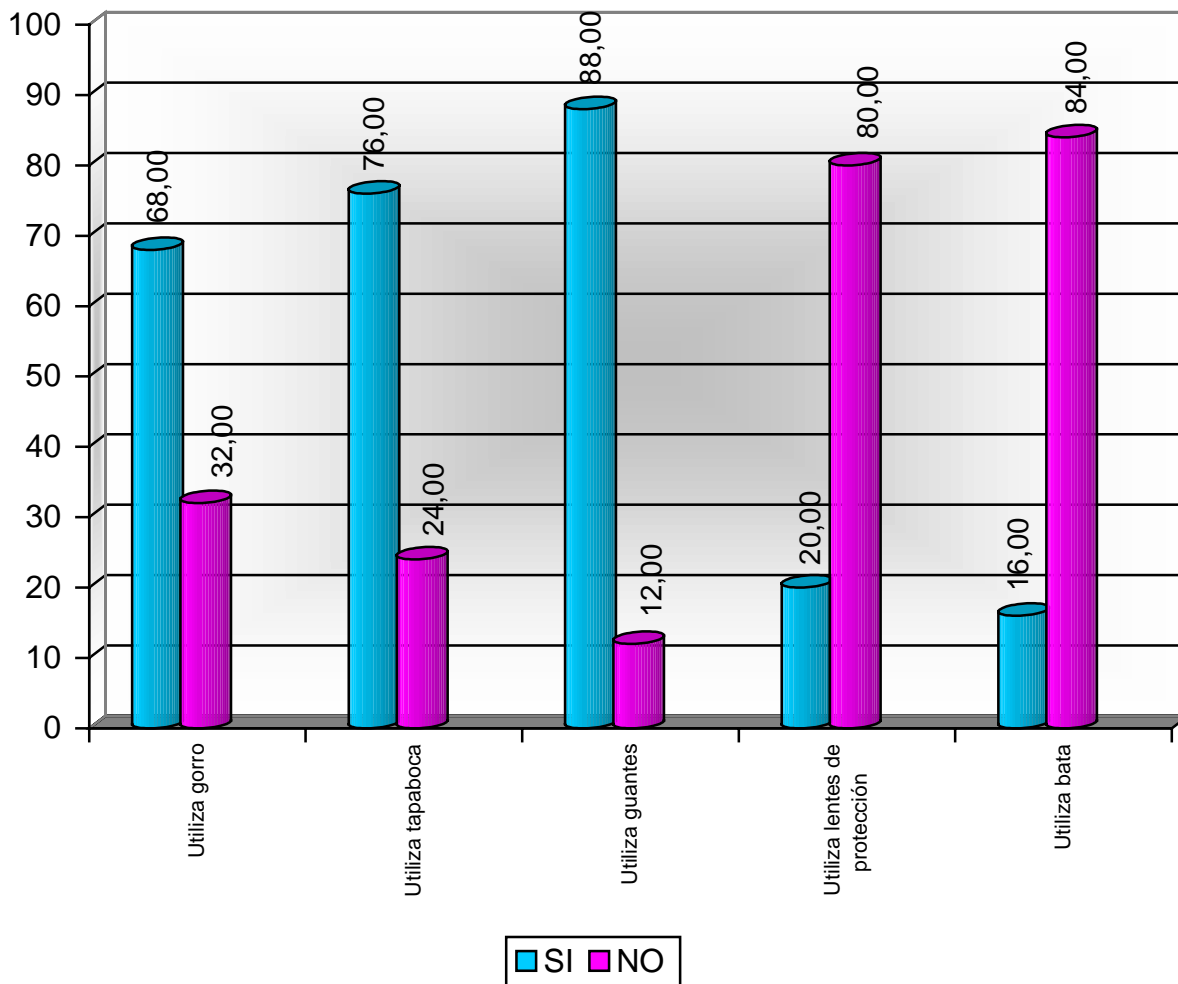
**Distribución de Frecuencia de las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti” en la Participación de la enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador Higiene Broncopulmonar a través de la Utilización de la Ropa de Protección**

Ítem	SI		NO		TOTAL	
	<i>fa</i>	%	<i>fa</i>	%	<i>fa</i>	%
22) Utiliza gorro.	51	68.00	24	32.00	75	100.00
23) Utiliza mascarilla.	57	76.00	18	24.00	75	100.00
24) Utiliza guantes.	66	88.00	9	12.00	75	100.00
25) Utiliza lentes de protección.	15	20.00	60	80.00	75	100.00
26) Utiliza bata.	12	16.00	63	84.00	75	100.00

FUENTE: Instrumento de Observación (Lista de Cotejo) aplicado en la U.C.I./H.U.D.L.R./BNA-ANZ.

## GRÁFICO 6

**Distribución de Frecuencia de las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti” en la Participación de la enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador Higiene Broncopulmonar a través de la Utilización de la Ropa de Protección**



FUENTE: Cuadro 6

## ANÁLISIS

La participación de la enfermera(o) en el cuidado de pacientes con ventilación mecánica en su indicador higiene broncopulmonar a través de la utilización de la ropa de protección en el uso del gorro el 68% de las encuestadas lo utiliza y el 32% no; en el uso de mascarilla el 76% afirma su utilización mientras que el 24% lo desecha por completo. En la utilización de los lentes de protección el 20% los utiliza para mantener la higiene como protección, pero un índice de personal profesional no lo utiliza (80%). Con relación a la bata se evidencia que un 16% si le da el debido uso y un 84% no.

Se infiere de este análisis un alto índice de negatividad en el uso de ropa de protección, lo que significa que la totalidad del personal que conforma la Unidad de Cuidados Intensivos obvia esta protección, y la causa se debe a que el centro de salud no lo proporciona con la suficiente regularidad que debiera. El personal que si utiliza la protección es porque los compra directamente para proteger su salud.

La importancia del uso de los implementos como lentes previene la exposición de las membranas acuosas y protección completa en situaciones de aerolización de fluidos. El uso de la bata ocupa un alto índice de negatividad por la falta de insumos oportuna en la unidad.

### CUADRO 7

**Distribución de Frecuencia de las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti” en la Participación de la enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador Higiene Broncopulmonar a través de la Aspiración de Secreciones**

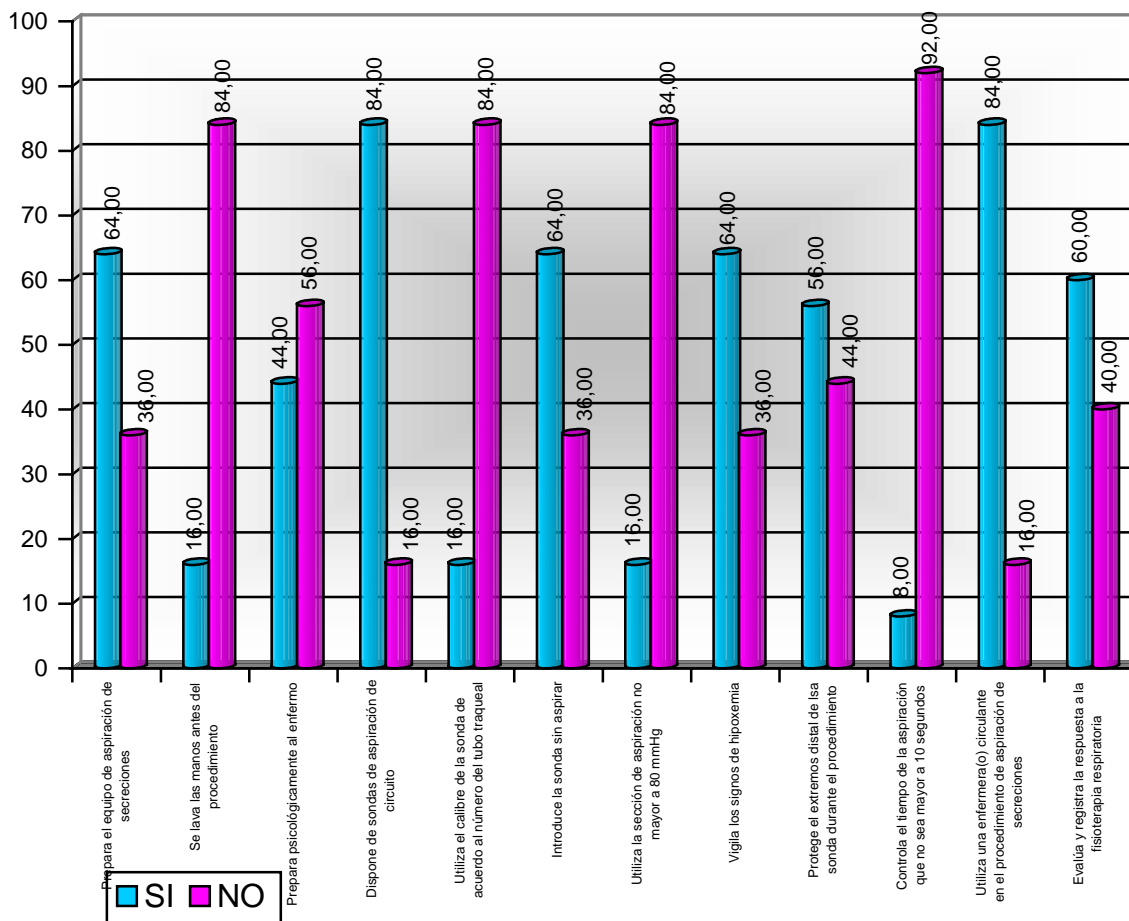
Ítem	SI		NO		TOTAL	
	fa	%	fa	%	fa	%
27) Prepara el equipo de aspiración de secreciones.	48	64.00	27	36.00	75	100.00
28) Se lava las manos antes del procedimiento.	12	16.00	63	84.00	75	100.00
29) Prepara psicológicamente al enfermo.	33	44.00	42	56.00	75	100.00
30) Dispone de sondas de aspiración de circuito.	63	84.00	12	16.00	75	100.00
31) Utiliza el calibre de la sonda de acuerdo al número del tubo traqueal.	12	16.00	63	84.00	75	100.00
32) Introduce la sonda sin aspirar.	48	64.00	27	36.00	75	100.00
33) Utiliza la succión de aspiración no mayor a 80 mmHg	12	16.00	63	84.00	75	100.00
34) Vigila los signos de hipoxemia.	48	64.00	27	36.00	75	100.00
35) Protege el extremo distal de la sonda durante el procedimiento.	42	56.00	33	44.00	75	100.00
36) Controla el tiempo de la aspiración que no sea mayor a 10 segundos.	6	8.00	69	92.00	75	100.00
37) Utiliza una enfermera(o) circulante en el procedimiento de aspiración de secreciones.	63	84.00	12	16.00	75	100.00
38) Evalúa y registra la respuesta a la fisioterapia respiratoria.	45	60.00	30	40.00	75	100.00

FUENTE: Instrumento de Observación (Lista de Cotejo) aplicado en la U.C.I./H.U.D.L.R./BNA-ANZ



## GRÁFICO 7

**Distribución de Frecuencia de las observaciones realizadas a las Enfermeras(os) de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti” en la Participación de la enfermera(o) en el Cuidado de Pacientes con Ventilación Mecánica en su Indicador Higiene Broncopulmonar a través de la Aspiración de Secreciones**



FUENTE: Cuadro 7

## ANÁLISIS

Los datos permiten observar el comportamiento de la participación de la enfermera(o) en el cuidado de pacientes con ventilación mecánica en su indicador higiene broncopulmonar a través de la aspiración de secreciones.

En la frecuencia SI, se observa altos porcentajes arrojados por las profesionales de enfermería en los ítems: Prepara el equipo de aspiración de secreciones con un 64% afirmativo y de negatividad un 36%; dispone de sondas de aspiración de circuito con un 84%, y solo un 16% no dispone de éstas. Introduce la sonda sin aspirar al paciente, un 64% lo efectúa correctamente y un 36% no aspira antes de la introducción de la sonda; vigila los signos de hipoxemia, el 64% si está al tanto de esta técnica, mientras que un 36% no la aplica; en la protección del extremo distal de la sonda durante el procedimiento el 56% si lo realiza, mientras que un 44% no lo hace. En la utilización de una enfermera(o) circulante para el procedimiento de aspiración de secreciones un 84%, en verdad alto índice, si utiliza esta técnica y un 16% no prevé su utilización.

En la frecuencia NO, se observa igualmente altos porcentajes en los ítem: Se lava las manos antes del procedimiento, un 84% no aplica y el 16% si lo hace manteniendo con ello la prevención higiénica. En la preparación psicológica del enfermo para la aspiración de secreciones, un 56% no aplica esta técnica y un 44% si lo hace. En la utilización del

calibre de la sonda de acuerdo al número del tubo traqueal un alarmante 84% nos indica que no lo hacen y un 16% si lo hacen; en la utilización de la succión de aspiración no mayor a 80mmHg un 84% no lo aplica, mientras que un 16% si lo aplica. En cuanto al control del tiempo de la aspiración que no sea mayor a 10 segundos, un altísimo 92% no controla el tiempo, mientras que un 8% si lo efectúa.

De acuerdo a la alta frecuencia de observaciones negativas en el lavado de manos antes del procedimiento de aspiración de secreciones se evidencia que las enfermeras(os) no utilizan la forma más importante y efectiva de prevenir la dispersión de microorganismos infecciosos. El lavado deberá ser realizado antes y después del contacto físico directo y luego de la remoción de guantes para prevenir infecciones cruzadas. En relación al uso del calibre adecuado de sonda de acuerdo al número del tubo endotraqueal casi la totalidad de las enfermeras(os) no lo hacen por no haber existencia, equipamiento, supervisión continua de la edad de los pacientes ingresados en relación al número de tubo que usan y equipan de acuerdo a esto. En la utilización de succión no mayor a 80 mmHg casi la totalidad de las enfermeras(os) no lo hacen por varios motivos, tales como deterioro de las fuentes de succión que no registran y no se pueden graduar y se aspira con más de 80 mmHg o menor a 80 mmHg. En el control del tiempo de la aspiración no mayor a 10 segundos la totalidad no lo hace lo que ocasiona hipoxemia al enfermo, atelectesias y complicaciones para restablecer su estado crítico, en la evaluación y registro de la respuesta a la fisioterapia respiratoria casi la mitad de las

enfermeras(os) no lo hace, esto implica que los cuidados no son continuos por la falta de información entre los diferentes turnos, que deben tomar en cuenta la respuesta del enfermo para mejorar o continuar los cuidados respiratorios.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### **Conclusiones:**

Luego de las observaciones efectuadas a las enfermeras(os) que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti” de Barcelona, Estado Anzoátegui, se pudo evidenciar de su desempeño con relación a la participación de enfermería en el cuidado del paciente con ventilación mecánica en sus indicadores: Inspección, auscultación y palpación para detectar complicaciones en la valoración respiratoria: es incompleta.

Cuando se observó sobre la participación de la enfermera(o) en el cuidado del paciente con ventilación mecánica en la fisioterapia respiratoria en su indicador: Drenaje postural, percusión-vibración, ropa de protección y aspiración de secreciones, se evidencia el alto incumplimiento en realizar las normas establecidas como el lavado de manos antes de los diferentes procedimientos y técnicas, representado por un 84% de las enfermeras(os) que no lo hacen. Luego de observar la participación de la enfermera(o) en el cuidado de paciente con ventilación mecánica se puede inferir que más de la mitad de las enfermeras(os) intensivistas que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”, Barcelona,

Estado Anzoátegui no aplican cabalmente los mismos.

**Recomendaciones:**

Se sugiere al personal de enfermeras(os) intensivistas que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Doctor Luis Razetti”:

- ... Tomar en cuenta el cabal cumplimiento de su participación en el cuidado de pacientes con ventilación mecánica.
- ... De igual manera se recomienda a estos profesionales que en mesa de trabajo conjunta con la coordinación y supervisora de área la elaboración de manuales dirigidas al personal de enfermería, a objeto de fomentar los cuidados a pacientes con ventilación mecánica.
- ... Se sugiere a la coordinación y supervisión docente la organización con el equipo de trabajo en la elaboración de rotafolios con tópicos sobre los cuidados de enfermería a pacientes con ventilación mecánica para charlas y demás actividades donde se motive profundizar el conocimiento de éstos.
- ... Se recomienda la implementación de un sistema de evaluación periódica para optimizar las técnicas de cuidados a pacientes con ventilación mecánica, fortaleciendo de esta manera las competencias en el cuidado de estos pacientes.
- ... Se sugiere a la Coordinación de la Unidad de Cuidados Intensivos proporcionar y garantizar de forma continua la ropa de protección para los familiares en la hora de visita para prevenir la exposición relacionada con las condiciones del medio ambiente al que está expuesto el paciente críticamente enfermo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AÑEZ, E.; CAGUANA, R. y REYES, I. (2000). Intervención de Enfermería en la Prevención de Infecciones Respiratorias en los Pacientes Críticamente Enfermos atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Carabobo. T.E.G.EE. U.C.V.

AVILA, FREITES y RAMÍREZ (2000). Información que tiene el Profesional de Enfermería sobre las Técnicas de Asepsia y Antisepsia de Higiene Broncopulmonar de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Ángel Larralde de Valencia. T.E.G.EE. U.C.V.

BEARE, M. y MYERS, J. (1999). Enfermería, Principios y Prácticas. Segunda Edición. Editorial Panamericana. Madrid-España

BLANCO, R.; DELGADO, A. y VILLAMIZAR, S. (2002). Nivel de Información de las Enfermeras(os) sobre Cuidados Respiratorios y Prevención de Complicaciones Respiratorias en Pacientes con Ventilación Mecánica. T.E.G.EE. U.C.V.

BRUNNER, L. y SUDDARTH, D. (1991). Manual de la Enfermera. Cuarta Edición. McGraw-Hill. Interamericana. México

CONTRERAS, M.; LEON, R; ROMERO, M. VASQUEZ, L. (1996). Bioestadística y Epidemiología. Universidad Central de Venezuela. Caracas-Venezuela

DE WIT, S. (1999). Fundamentos de Enfermería Médico-Quirúrgica. Cuarta Edición. Editorial Harcourt-Brace. Barcelona-España

Federación Médica Venezolana (1993). Manual de Salud Ocupacional. Escuela de Medicina “Doctor José María Vargas”. Caracas-Venezuela

HURTADO, J. (2000). Metodología de la Investigación Holística. Segunda Edición. Editorial Sypal Fundarte. Caracas-Venezuela

KOZIER, B.; ERB, G. y OLIVIERI, P. (1998). El Proceso de Atención de Enfermería: Un Enfoque Científico. Manual Moderno, S.A. de C.V.

MATUTE, A. (1998). Nivel de Conocimiento de las Enfermeras(os) de Atención Directa sobre el Cuidado del Paciente Politraumatizado Grave a su Ingreso a la Emergencia y la Actitud hacia éstos. T.E.G.EE. U.C.V.

RAFFOENSPERGER, E.; ZUSY, M. y MARCHESSEAU, L. (1996). Enciclopedia de Enfermería. Océano Grupo Editor, S.A. España

ROA, P. (1999). Conocimiento del Personal de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Jesús María Casas Ramos. T.E.G.EE. U.C.V.

SABINO, C. (2002). El Proceso de Investigación. Tercera Edición. Editorial Panapo. Caracas-Venezuela

SOY A., María T. (1997). Manual Práctico de Enfermería. Cuidados Intensivos. Editorial McGraw-Hill Interamericana, S.A. Bogotá-Colombia

Universidad Pedagógica Experimental “Libertador” (UPEL). (1998). Manual de Trabajos de Grado de Especialización, Maestría y Tesis Doctorales. Vicerrectorado de Investigación y Postgrado. Caracas-Venezuela

URDEN, L.; LOUGH, M. y STACY, K. (1998) Cuidados Intensivos en Enfermería. Editorial Harcourt, S.A. Madrid-España

<http://es.shearch.yahoo.com>

Fecha: 28-05-04

Hora: 04:05 p.m.

Hospital General de Massachusetts, (1996). Departamento de Enfermería. Manual de Procedimientos de Enfermería. Massachusetts, Boston-U.S.A.



# **ANEXOS**

**ANEXO “A”  
VALIDACIÓN INSTRUMENTO  
POR EXPERTOS**

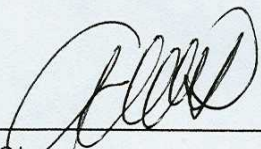
## CERTIFICADO DE VALIDEZ

Yo, Anny's Palacios en mi carácter de experto  
(a) en Metodología certifico que he leído y revisado  
los instrumentos de recolección de datos de la investigación que  
desarrollan las T.S.U. FARIÑAS MARIA, JIMÉNEZ MILAGROS Y  
PACHECO MIGDALIA; titulada PARTICIPACIÓN DE LA  
ENFERMERA EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON  
VENTILACIÓN MECANICA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS  
INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "Dr. LUIS RAZETTI"  
DE BARCELONA, ESTADO ANZOATEGUI, DURANTE EL PRIMER  
TRIMESTRE DEL 2005", los cuales a mi criterio reúnen los requisitos  
para su validación.

En Barcelona, a los 18 días del mes de Mayo de 2005.

Firma:

C.I. N°:

  
4.466704

**OPINIÓN DEL EXPERTO:**

Tras de revisar la Operacionalización de Variable y el propósito del estudio Considero: Total de acuerdo con la técnica simplificada, el instrumento cumple los parámetros adecuados

Firma: 

Apellido y Nombre:

Palacios Amuniz

C.I.

4466704

Título:

Ep. en Metodología

## CERTIFICADO DE VALIDEZ

Yo, Teresa Saubria en mi carácter de experto  
(a) en Enfermería certifico que he leído y revisado  
los instrumentos de recolección de datos de la investigación que  
desarrollan las T.S.U. FARIÑAS MARIA, JIMÉNEZ MILAGROS Y  
PACHECO MIGDALIA; titulada PARTICIPACIÓN DE LA  
ENFERMERA EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON  
VENTILACIÓN MECANICA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS  
INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "Dr. LUIS RAZETTI"  
DE BARCELONA, ESTADO ANZOATEGUI, DURANTE EL PRIMER  
TRIMESTRE DEL 2005", los cuales a mi criterio reúnen los requisitos  
para su validación.

En Barcelona, a los 20 días del mes de Mayo de 2005.

Firma:

C.I. N°: 8.326.917



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN  
LISTA DE COTEJO**

**AUTORAS: FARIÑAS, MARÍA ELENA  
JIMÉNEZ, MILAGROS  
PACHECO, MIGDALIA**

**MAYO 2005**

## **LISTA DE COTEJO**

SUJETO OBSERVADO: \_\_\_\_\_

FECHA DE OBSERVACIÓN: \_\_\_\_\_

HORA DE OBSERVACIÓN: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE OBSERVACIÓN: \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE OBSERVACIÓN POR LISTA DE COTEJO,  
SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA(O) EN EL  
CUIDADO DE PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA**

No.	<b>PREGUNTAS</b>	<b>Criterios</b>	
	<b>VALORACIÓN</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	<b>INSPECCIÓN</b>		
	La Enfermera(o):		
1.	Observa la simetría de tórax		
2.	Vigila la expansión de tórax		
3.	Observa la presencia de aleteo nasal		
4.	Observa depresión fosa supraclaviculares		
5.	Se asegura de la posición anatómica del tubo endotraqueal a través de Rx de tórax		
6.	Observa que la fijación del tubo traqueal esté correcta.		
	<b>AUSCULTACIÓN</b>		
	La Enfermera(o):		
7.	Ausculca los campos pulmonares.		
8.	Dispone de estetoscopio para auscultar los campos pulmonares.		
	<b>PALPACIÓN</b>		
	La Enfermera(o):		
9.	Palpa comparativamente ambos hemitórax		
10.	Verifica la fijación del tubo traqueal.		
	<b>FISIOTERAPIA RESPIRATORIA</b>		
	<b>TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA</b>		
	<b>DRENAJE POSTURAL</b>		
	La Enfermera(o):		
11.	Identifica condición clínica del usuario.		



	<b>FISIOTERAPIA RESPIRATORIA</b>		
	<b>TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA</b>		
	<b>Drenaje Postural</b>		
12.	Aplica el drenaje postural de acuerdo al segmento afectado y condición clínica del enfermo.		
13.	Valora los beneficios		
14.	Valora los riesgos		
	<b>Percusión-vibración</b>		
	La Enfermera(o):		
15.	Utiliza maniobras sincronizadas no bruscas.		
16.	Vigila estabilidad hemodinámica.		
17.	Controla el tiempo de duración de la percusión		
18.	Observa signos faciales de dolor.		
19.	Adopta la posición corporal correcta con respecto al paciente durante la percusión.		
20.	Utiliza la posición adecuada de las manos para ejercer la percusión.		
21.	Observa signos de hipoxemia.		
	<b>HIGIENE BRONCOPULMONAR</b>		
	<b>Ropa de Protección</b>		
	La Enfermera(o):		
22.	Utiliza gorro.		
23.	Utiliza mascarilla.		
24.	Utiliza guantes.		
25.	Utiliza lentes.		
26.	Utiliza batas.		

