

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**



**INFORME DE TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE GRADO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

MIGUEL A. CAYUNAO. LEG. 125065.

menuco777@hotmail.com

Directora: Lic. Carbajal María Cristina

Co-Directora: Lic. Massaux Natalia

Noviembre de 2019



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE –FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA SALUD
Departamento de enfermería-carrera licenciatura en enfermería
INFORME FINAL: *Cuidados y conocimientos de enfermería relacionados con la prevención de
infecciones respiratorias en usuarios hospitalizados en terapia intensiva.*
AUTOR: Miguel Cayunao



Cuidados y Conocimientos de enfermería relacionados con la Prevención de Infecciones Respiratorias en Usuarios Hospitalizados en Terapia Intensiva



Agradecimientos

A todos aquellos que de alguna manera colaboraron directa o indirectamente con este trabajo, a Cristina por su ayuda desinteresada, a Mauricio, a la “Vicky”, a Marcelo Loaiza por su aporte en los comienzos de este proyecto.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE –FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA SALUD
Departamento de enfermería-carrera licenciatura en enfermería
INFORME FINAL: *Cuidados y conocimientos de enfermería relacionados con la prevención de
infecciones respiratorias en usuarios hospitalizados en terapia intensiva.*
AUTOR: Miguel Cayunao



Dedicatorias

Dedicado al logro más grande de mi vida, Nahuel, y a Rosana por acompañarme en este proyecto.



Índice de contenidos

<u>Resumen.....</u>	<u>- 6 -</u>
<u>Introducción.....</u>	<u>- 7 -</u>
<u>Capítulo I.....</u>	<u>- 8 -</u>
<u>Origen del problema.....</u>	<u>- 9 -</u>
<u>Problema de investigación.....</u>	<u>- 10 -</u>
<u>Objetivo General.....</u>	<u>- 10 -</u>
<u>Objetivos Específicos.....</u>	<u>- 10 -</u>
<u>Capítulo II.....</u>	<u>- 11 -</u>
<u>Reseña bibliográfica.....</u>	<u>- 11 -</u>
<u>Estado del arte.....</u>	<u>- 12 -</u>
<u>Marco teórico.....</u>	<u>- 17 -</u>
<u>Operacionalización de las variables.....</u>	<u>- 29 -</u>
<u>Capítulo III.....</u>	<u>- 36 -</u>
<u>Contexto en el que se realizó la investigación.....</u>	<u>- 32 -</u>
<u>Diseño Metodológico.....</u>	<u>- 33 -</u>
<u>Método de Recolección de datos.....</u>	<u>- 34 -</u>
<u>Presentación y Análisis de los datos.....</u>	<u>- 34 -</u>
<u>Fundamentación.....</u>	<u>- 35 -</u>
<u>Capítulo IV.....</u>	<u>- 37 -</u>
<u>Presentación, análisis e interpretación de los datos.....</u>	<u>- 37 -</u>
<u>CAPITULO V.....</u>	<u>- 82 -</u>
<u>Conclusiones.....</u>	<u>- 83 -</u>
<u>Referencias Bibliográficas.....</u>	<u>- 86 -</u>



Anexos.....	- 93 -
Instrumento de recolección de datos.....	- 94 -
Lista cotejo.....	- 97 -
Hoja de firmas.....	- 105 -



Resumen

Introducción:

Las infecciones asociadas al cuidado de la salud son una de las principales causas de muerte y discapacidad, por lo que se hace necesario replantearse continuamente el cuidado enfermero y adaptar la práctica de cuidado siempre haciendo especial énfasis en la prevención y evitar daños agregados al usuario.

En esta investigación se propuso como objetivo, valorar los cuidados de enfermería relacionados con la prevención de infecciones respiratorias en personas hospitalizadas en servicios de terapia intensiva.

Metodología:

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal, siguiendo una estrategia cuantitativa. La población se constituyó con 32 enfermeros del plantel de terapia Intensiva de adultos. Se valoró el conocimiento enfermero a través de la aplicación de un cuestionario y la práctica de cuidado mediante la observación no participante. Se presentaron datos en tablas y gráficos aplicando para su análisis la estadística descriptiva.

Resultados:

El cuidado enfermero para la prevención de infecciones está directamente relacionado con el nivel de conocimiento, que en esta investigación es medianamente correcto.

Por lo tanto, se hace necesario que el cuidado enfermero siga evolucionando a la par del conocimiento para mejorar la praxis de enfermería a través de nueva evidencia, como también contribuir al cuerpo de conocimientos propios y su reconocimiento social como una profesión que protege la salud de las personas y garantiza su seguridad desde una práctica autónoma y competente.



INTRODUCCIÓN

Las infecciones nosocomiales ocurren en todo el mundo afectando tanto a los usuarios de servicios de salud de países desarrollados como a los que carecen de recursos y están entre las primeras causas de defunción y de aumento de la morbilidad en usuarios hospitalizados.

Si bien el conocimiento de esta problemática tiene larga data recién, en la década de los 50 en el siglo XX en los EEUU se inicia el desarrollo de investigaciones relacionadas con brotes de infecciones por estafilococos resistentes a la penicilina en los centros para el control de las enfermedades (CDC). En la década de los 60 se realizan los primeros estudios de forma sistemática y organizada, y en los 70 comienzan a crearse en el resto del mundo programas de Vigilancia y control de las Infecciones Intrahospitalarias.

En 1986 el National Nosocomial Infection Study (NNIS) reconoció en base a los datos obtenidos de los trabajos anteriormente mencionados la necesidad de reforzar la vigilancia en las áreas de mayor riesgo como cuidados intensivos y en usuarios que debían ser sometidos a distintos procedimientos quirúrgicos.

En la actualidad las infecciones nosocomiales se las define como infecciones asociadas al cuidado de la salud porque son contraídas durante la hospitalización y están relacionados con los cuidados que se brindan en el medio hospitalario.

Las infecciones más frecuentes son las asociadas a la inserción y mantenimiento de un catéter venoso central, infecciones urinarias y las respiratorias. Esta última es la más predominante en las unidades de cuidados críticos debido a que el usuario se encuentra bajo la asistencia de ventilación mecánica, y es causada por gérmenes resistentes, que colonizan la orofaringe y entran al tracto respiratorio a través del tubo orotraqueal.



A nivel mundial existen trabajos realizados sobre la prevención de Infecciones Intrahospitalarias, pero en Argentina es reciente. En este sentido en el año 1983 se crea a través del Ministerio de Salud de la Nación el Programa Vhida (Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina)

responsable de la vigilancia continua e intensificada a través de la adherencia de Hospitales Públicos y Privados de todo el país.

Esta investigación se relaciona con la necesidad de contribuir y aportar en lo que respecta a la prevención de infecciones, haciendo hincapié en el cuidado enfermero basado en evidencia científica, con lo cual se “tensiona y reflexiona” la práctica de cuidado adoptando las mejores decisiones de intervención que beneficien al usuario.

Esta investigación se abordó desde una perspectiva cuantitativa dado que se indagó y describió el comportamiento de variables seleccionadas. Los datos se recolectaron a través de un cuestionario y observación no participante para luego analizar los datos utilizando la estadística descriptiva. Los principales resultados indican que la práctica de cuidado no está totalmente sustentada en conocimiento científico, como así también se observan oportunidades perdidas para brindar el cuidado necesario.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE –FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA SALUD
Departamento de enfermería-carrera licenciatura en enfermería
INFORME FINAL: Cuidados y conocimientos de enfermería relacionados con la prevención de
infecciones respiratorias en usuarios hospitalizados en terapia intensiva.
AUTOR: Miguel Cayunao



Capítulo I



Origen del problema

Al revisar la literatura publicada, la seguridad de los usuarios comenzó a ser un motivo de indagación, análisis y reflexión para progresar en cuanto a actitudes y habilidades centradas en el cuidado de enfermería, teniendo en cuenta que muchos de los efectos adversos van acompañados con la transformación tecnológica, política y social.

En los países con economías en desarrollo como sucede en gran parte de Latinoamérica, aumenta la probabilidad de que se produzcan fenómenos vinculados a la inseguridad de las personas hospitalizadas debido a los escasos recursos de insumos, infraestructura no adecuada para brindar atención de salud, la sobrecarga laboral a la que es sometida muchas veces el personal o la falta de motivación y conocimientos suficientes.

En nuestro país la demanda laboral en muchos casos supera la oferta lo que influye directamente en la calidad del personal porque se desempeñan en unidades de cuidados especiales sin mínima experiencia y con escaso tiempo para su posterior formación, tampoco se valora el desempeño. La desigual formación académica o de especialidades, la falta de estímulo personal y económico para seguir perfeccionando el conocimiento son algunos de los factores que repercuten directamente sobre la calidad de los cuidados que se brinda a las personas.

Por lo tanto, la enfermería como disciplina científica y como profesión debe contribuir para mejorar las condiciones de salud modificando la práctica a través de la teorización e investigación.

Vásquez Truisi (2011), se refiere al respecto "... el reto de investigar desde el espacio profesional cotidiano implica el desarrollo de metodologías, que sin dejar de lado el rigor que debe caracterizarlas deben facilitar la celeridad del proceso para descubrir no solo aquellos elementos que condicionan el problema, sino también como un procedimiento para evaluar el cambio de la situación que originó la acción del cuidado". (p.178)



En las últimas décadas se han realizado investigaciones que evalúan los cuidados desde la perspectiva de la seguridad y calidad, se han elaborado protocolos y paquetes de medidas (Bundles) que se aplican a nivel internacional y la institución donde se desarrolló esta investigación (Clínica Pasteur) no ha sido ajena a estos cambios.

Si bien han sido medidas efectivas demostradas en la práctica que han logrado disminuir el porcentaje de infecciones, aún queda mucho por investigar desde el cuidado, la gran mayoría de los estudios que se analizaron en busca de evidencia sobre infecciones nosocomiales se abordan solo desde la práctica de enfermería dejando de lado el cuidado integral de la persona que no es solo el tratamiento de la enfermedad, si no también considerando el entorno, familia y comunidad.

De lo mencionado anteriormente surgen interrogantes tales como:

- ✓ ¿Qué cuidados brinda el personal de enfermería de Terapia Intensiva para evitar o disminuir la probabilidad de infecciones respiratorias en personas hospitalizadas?
- ✓ ¿Qué características tienen los cuidados críticos que se brindan?
- ✓ ¿Qué conocimientos refiere el personal sobre el cuidado a personas con infecciones respiratorias?

Por lo expuesto anteriormente, se plantea el siguiente problema:

Problema de investigación.

¿Qué prácticas de enfermería y conocimientos relacionados con la prevención de infecciones respiratorias en usuarios hospitalizados, brinda el personal de enfermería de terapia intensiva de Clínica Pasteur en el período marzo a mayo de 2018?



Objetivo General

Valorar las prácticas de enfermería y el conocimiento relacionados con la prevención de infecciones respiratorias en usuarios hospitalizados que brinda el personal de enfermería de terapia intensiva de Clínica Pasteur.

Objetivos Específicos

Valorar los cuidados brindados por el personal de enfermería a usuarios con infecciones respiratorias hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos

Valorar los conocimientos que refiere el personal de enfermería relacionados con las infecciones respiratorias en Usuarios Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE –FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA SALUD
Departamento de enfermería-carrera licenciatura en enfermería
INFORME FINAL: Cuidados y conocimientos de enfermería relacionados con la prevención de
infecciones respiratorias en usuarios hospitalizados en terapia intensiva.
AUTOR: Miguel Cayunao



Capítulo II

Reseña bibliográfica



Estado del arte

En cuanto a la búsqueda de antecedentes se citan los siguientes:

- Impacto de los cuidados de enfermería en la incidencia de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. 2011.

La formación de los profesionales sanitarios, en relación a las medidas preventivas de la neumonía asociada a la ventilación mecánica invasiva, reduce la incidencia de este grave efecto. Se evaluó la eficacia de un programa preventivo, no farmacológico, mediante la comparación de la incidencia de NAV (neumonía asociada a ventilación mecánica) en dos períodos; antes y después de formación de la enfermería de la unidad de cuidados críticos. Se realizó un estudio observacional comparativo con dos cortes de prevalencia, se incluyó a 69 pacientes en el período previo a la formación y 71 después. Se observó mayor número de factores de riesgo de NAV en el período previo antes de la formación de manera estadísticamente significativa. Se concluyó que las medidas preventivas disminuyen la incidencia de NAV en dos muestras de pacientes comparables en cuanto a factores de riesgo. La formación de enfermería tiene relación directa con los resultados en seguridad de los pacientes.

- Acciones y/o intervenciones de enfermería para la prevención de infecciones hospitalarias en pacientes gravemente enfermos: una revisión integrativa. 2014

Se identificó en la literatura publicada desde 1997 las acciones o las intervenciones de enfermería para la prevención de infecciones nosocomiales en pacientes adultos en estado crítico a través de una revisión integradora de fuentes de información de una biblioteca virtual en salud. Se analizaron 29 casos, se realizó una lectura interpretativa y análisis temático de las siguientes



categorías: lavado de manos, intervenciones educativas, introducción de nuevas tecnologías en salud, higiene bucal, aspiración de contenido gástrico, decúbito y elevación de la cabecera de la cama. Se concluye que las acciones o intervenciones de enfermería para la prevención de las infecciones nosocomiales que con más frecuencia aparecen en la literatura son las relacionadas con infecciones del torrente sanguíneo y respiratorio y que el lavado de manos contribuye a la disminución de las mismas.

- Prevalencia puntual de Infecciones Asociadas al cuidado de la Salud en Áreas no críticas de Hospitales en la Red Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (VHIDA). 2011.

En el 2010 el Programa VHIDA inició un estudio sobre Prevalencia Puntual de Infecciones asociadas al Cuidado de la Salud en Áreas no Críticas en Hospitales integrantes del programa, con el objetivo de conocer los distintos tipos de infecciones que prevalecen. Se realizó una encuesta y recolección de datos de las historias clínicas, de los 120 hospitales que componen la red; fueron incluidos aquellos que completaron el estudio (61 Hospitales), participaron 571 profesionales y 237 unidades no críticas con 5891 camas, cumplieron los requisitos de inclusión 3088 pacientes (Adultos y niños). Se concluyó que las infecciones más comunes asociadas al Cuidados de la Salud en Adultos fueron Infección del tracto urinario (26.7%), neumonía (23,6%) e infección del sitio quirúrgico (20%) mientras que en pacientes pediátricos correspondieron a neumonía (31,4%), infección gastrointestinal (17,1%), infección del tracto urinario (14,3%).

- Valoración de los cuidados de Enfermería en la prevención de la Neumonía asociada a Ventilación Mecánica. 2011.

En esta investigación descriptiva se analizó a 26 pacientes con más de 24 hs. de ventilación mecánica invasiva, la frecuencia de realización de lavado bucal, aspiración orofaríngea, cambios posturales y la tolerancia a la alimentación



enteral. Diariamente se recogían información acerca de los cuidados estudiados

y además se medía la presión del neumotaponamiento y la elevación de la cabecera de la cama. Se obtuvo un buen cumplimiento de los protocolos en higiene bucal en 23 pacientes, en aspiración orofaríngea y cambios posturales en 19, y valoración de la nutrición enteral en todos los casos. Se concluyó que la frecuencia de cumplimientos de los protocolos de los cuidados estudiados para la prevención de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica ha sido satisfactoria. La densidad de incidencia de Neumonía ha sido baja situándose dentro de los rangos establecidos a nivel internacional. No obstante, la incidencia de NAVM podría reducirse con un mejor control de la presión de neumotaponamiento y la elevación de la cabecera de la cama entre 30 y 45°.

- Acciones de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica: una revisión sistemática. 2014.

El objetivo de esta investigación es identificar acciones de enfermería en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica en los pacientes intubados en la Unidad de Cuidados intensivos a través de la revisión sistemática en la base de datos: Pubmed, BVS y Scielo, por lo que la muestra se constituyó con 13 artículos. Las acciones de enfermería que se destacaron fueron: elevación de decúbito de 30°, lavado bucal, formación de las enfermeras/os, protocolo de destete de la ventilación mecánica, proporción de las enfermeras entre turnos, y evitar la reutilización de material de succión.

- Cuidados de enfermería en la Prevención de la Neumonía asociada a la Ventilación Mecánica. 2013.

La neumonía es una complicación de la ventilación mecánica. Dada su relevancia como una de las principales causas de infecciones intrahospitalarias, se realizó una revisión bibliográfica de las intervenciones de



enfermería en una unidad de cuidados intensivos. Se utilizaron las principales bases de datos a nivel nacional como internacional, Ciberindex, Medline, Dialnet plus, y las

principales revistas que ofrecen evidencia resumida sobre cuidados de enfermería. El análisis de la información obtenida a través de la revisión bibliográfica establece el cumplimiento de un paquete de medidas de obligado cumplimiento y altamente recomendables que debe llevar a cabo el personal de enfermería por su alto grado de evidencia en la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. Entre otras se mencionan la formación y entrenamiento adecuado de manipulación de la vía aérea, lavado estricto de manos, higiene de la cavidad bucal, elevación de la cabecera, favorecer la extubación precoz.

- Infecciones nosocomiales, mortalidad atribuible y sobre Estancia Hospitalaria. 2012.Unidad de Medicina Preventiva y Epidemiología Hospitalaria. Centro Médico La raza. México

Un sistema activo de vigilancia de infecciones nosocomiales (IN), ahorran dinero a las instituciones, a los Sistemas de Salud y sobre todo impactan en la vida de los pacientes. Se realizó un estudio transversal, descriptivo estudiando la prevalencia de IN. El estudio consistió en realizar una vez al año una encuesta en los hospitales medico quirúrgicos, Se incluyeron todos los pacientes hospitalizados de enero a junio de 2011, captados por el sistema de vigilancia de infecciones. Los resultados indican que, de 8388 pacientes que egresaron, se identificaron 565 pacientes con un total de 815 IN. El promedio de edad fue de entre 49.13 y 17.9 años. Se refieren las siguientes IN: neumonía 24.2%, seguidas por bacteriemias 20.9%, infección de las vías urinarias 15.2%, infecciones relacionadas a catéter 13%, infecciones del sitio quirúrgico 11.4%. la mortalidad general fue del 5.93%. La proporción de la mortalidad hospitalaria atribuible a IN fue de 25.15%. En conclusión, las IN son muy costosas para los sistemas de salud, siendo muchas de estas prevenibles



con un sistema de vigilancia epidemiológica de IN eficiente para establecer medidas preventivas y de control, así como, supervisión continúa de las prácticas clínicas.



- Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en una Unidad Médica de Alta Especialidad.2000.

Estudio que se realizó en México para conocer la prevalencia de infecciones Nosocomiales en una Unidad Médica de alta especialidad, así como también conocer los factores de riesgo asociados a las infecciones. Se realizó un estudio observacional de tipo transversal tomando una población conformada por 383 pacientes, los criterios de inclusión fueron todos los pacientes internados en neonatología y pediatría en todas sus especialidades y se excluyeron pacientes adultos y de sala de guardia. Esta investigación determinó que las infecciones más frecuentes son la bacteriemia, neumonías, infecciones de heridas quirúrgicas y urinarias y que los factores de riesgo relacionados con las infecciones con mayor frecuencia fueron: utilización de catéter venoso central, sonda orogástrica, intubación orotraqueal, respirador mecánico y nutrición parenteral y el tratamiento de diálisis.

-.....Falta de adhesión de enfermería a las medidas de prevención y control de las infecciones intrahospitalarias. 2013.

A pesar del conocimiento sobre el concepto de infección hospitalaria, y en especial, sobre las medidas generales de prevención y control de las infecciones relacionadas con el cuidado de la salud, lo que ocurre a menudo, es la baja adhesión de los profesionales de enfermería a las medidas preventivas. Esta investigación se llevó a cabo en el año 2012 y tiene como objetivo comprender el incumplimiento, por parte de enfermería y a su vez analizar las causas de resistencia a la adhesión de medidas de control y prevención de las infecciones intrahospitalarias. Se realizó una revisión integradora con enfoque cualitativo, la clasificación se realizó con base en el teórico Alfred Schutz. Se seleccionaron 16 artículos en la base de datos de la biblioteca virtual em Saúde. La revisión mostró que la educación permanente



con el uso de la pedagogía crítica-reflexiva favorece la transformación del ser como profesional de la salud, estimulándolo a

reflexionar y modificar su actuación en la atención al paciente, con el fin de romper la cadena de transmisión de la infección nosocomial.

Luego de esta revisión de la literatura publicada, la mayoría de los informes obtienen sus datos de fuentes secundarias como lo son historias clínicas, análisis de artículos obtenidos de bibliotecas virtuales o evaluación de cumplimientos de protocolos de prevención de infecciones. No se citan trabajos que recuperen el conocimiento enfermero mediante cuestionarios diseñados a tal fin o los cuidados que se brindan a través de observaciones no participantes.

De la indagación bibliográfica se destaca el trabajo Falta de adhesión de la enfermería a las medidas de prevención y control de las infecciones intrahospitalarias, dado que aborda la utilización de la evidencia científica desde un diseño metodológico cualitativo.



Marco teórico

Resulta necesario iniciar el desarrollo de este marco teórico definiendo el concepto de enfermería desde la perspectiva de diferentes autores y organizaciones. Para León Román C, A. (2006) “abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, enfermos o sanos, que incluye la promoción de la salud la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas”. (p.2)

Callista Roy (citada por Orta González, Vázquez Hachero, Ponce Domínguez Neto y Polanco Gutiérrez, 2001) sostiene que la enfermería es requerida cuando una persona gasta más energía en el afrontamiento, dejando muy poca energía disponible para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos, ya sea en la salud o en la enfermedad. (p.1)

En tanto que Virginia Henderson (citada por García Gonzales, 2004) refiere que “la función de la enfermera o de la enfermería es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, que el usuario haría por sí mismo si tuviera el conocimiento y la voluntad de realizarlo con el objetivo de alcanzar su independencia”. (p. 3)

Además, Henderson (citada por Vargas Chávez, 2007) define los otros elementos que componen el meta paradigma de enfermería.

- Salud: es el bienestar físico, mental y social. La salud es básica para el funcionamiento del ser humano requiere de independencia e interdependencia. Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.
- Persona: lo define como un todo, una unidad indivisible, un ser integral que cuenta con catorce necesidades básicas.
- Entorno: es el conjunto de condiciones externas y sus respectivas influencias que afectan la vida y el desarrollo de la persona. Los individuos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en esta



capacidad, por lo tanto, las enfermeras/os deben recibir información sobre medidas de seguridad y, proteger y minimizar los riesgos de lesiones de la persona enferma.

- Cuidado: son aquellas actividades que se llevan a cabo para satisfacer las necesidades básicas de las personas, basadas en el juicio y razonamiento por parte de la enfermera/o con la intención de desarrollar la fuerza, conocimientos o voluntad que le permitan satisfacerlas por sí misma. (p.28-30).

De acuerdo con los diferentes conceptos sobre la enfermería los autores/as coinciden o centran su definición en la persona, cuidado y entorno, al hablar de cuidado abordan a la persona como un ser multidimensional tanto en la salud como en la enfermedad.

Sin embargo, no se puede desconocer la influencia que ha tenido el modelo médico-hegemónico que con el nacimiento de las instituciones hospitalarias se constituyeron en los centros de formación y saber médico, donde la enfermedad pasa a ser el centro del cuidado y la visión biologista empobrece las acciones cuidadoras de todo el personal de salud.

Para Zambrano de Guerrero, Guevara Berta, Maldonado García, Ani Evies, Pierina España y Salas (2010) este problema se ve reflejado en aquellos usuarios hospitalizados en Unidades de Terapia Intensiva, donde la prioridad de las acciones de los profesionales de la salud es superar sus desequilibrios fisiológicos, fragmentando a la persona y no considerarlo un ser unitario. Lo expresado nos conduce a reflexionar acerca del papel de la enfermería actual, la cual requiere del conocimiento de múltiples factores del entorno. (p. 69-71).

Al respecto Duque Cardona (1999) refiere que históricamente el conocimiento ha sido construido sobre la base del método científico, desde un enfoque positivista con predominio biologista del proceso salud-enfermedad, lo cual ha llevado a una fragmentación del saber, sobre todo del sujeto y objeto de producción de conocimiento, haciendo imposible asumir al ser humano como una totalidad y una unidad integral.



Carper en 1978 (citado por Durán de Villalobos, 2002) describió cuatro patrones de conocimiento, uno de ellos es el conocimiento empírico definido como aquel

que se organiza sistemáticamente en leyes y teorías cuya finalidad es describir, explicar y predecir fenómenos relacionados con la enfermería.

Sin embargo, el conocimiento de la enfermería no solo puede nutrirse de teorías empíricas o de evidencias derivadas de la misma porque se estarían perdiendo otros ámbitos de descubrimiento como el que ofrecen otros tipos de conocimiento, es por ello que la indagación de enfermería debe integrar al mismo, enfatizando el desarrollo de teorías éticas, estéticas y de conocimiento personal.

El cuidado de enfermería es un conjunto de acciones deliberadas que se centran en un objetivo común: la salud y el bienestar. Sin embargo, en algunas ocasiones estas acciones entran en conflicto en un contexto de salud complejo, si lo que hacemos es pertinente o no, en tiempos donde la enfermera vivencia el sufrimiento y el dolor de las personas. Es ahí donde el patrón ético se pone de manifiesto, no solo cumpliendo con lo expresado por el Código de Ética que rige el quehacer profesional, si no que tienen que ver con sus valores, con su visión de la vida y de la muerte, adoptando las mejores decisiones para aliviar y aplicar los cuidados necesarios.

La razón de ser de la enfermería es la práctica profesional, por lo tanto todo conocimiento enfermero debe tratar de solucionar los problemas de la misma, la investigación que crea, redefine y amplía el conocimiento debe introducir teorías que describan, expliquen y predigan los fenómenos de comportamiento de la enfermería y a su vez deben ser factibles de comprobación, los patrones de conocimiento pueden mantenerse separados pero en algún punto debe establecerse un puente para que formen un soporte para la estructura de la ciencia de enfermería.(p.13).

Por lo expresado anteriormente “la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de



intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de cada persona”. (Diers, D citado por Zárate Grajales, 1986). En este sentido Villalobos (2000) afirma que “la práctica es la expresión de las formas en que enfermeras/os utilizan el conocimiento”, por

lo que se interpreta que al referirse a “prácticas de enfermería” se está vinculando el cuidado que se brinda basado en un marco conceptual que incluye el conocimiento empírico, estético, ético y personal. En este marco conceptual y para este proyecto se indagará el conocimiento empírico.

Por lo dicho, aun siendo la UTI un lugar frío, donde el trabajo es mecanicista, con un fuerte predominio de la tecnología, la presencia de un discurso humanizado de la enfermería contribuye a rescatar la lógica del saber integral, acercándonos a un cuidado más humanizado. Pero ¿Qué significa cuidar en las Unidades de Cuidado Intensivo?

Para Collière (citada por Burgos Moreno y Paravic Klijn, 2009) los cuidados desde los inicios de la vida nunca pertenecieron a un oficio, siempre estuvieron ligados a la mujer, vinculados con actividades propias de este género como lo eran el cuidado de los hijos, de los ancianos y la preservación de la especie. Sin embargo, la sociedad actual sufre profundos cambios, la reorganización de nuevas clases sociales, nuevos fundamentalismos, las diferentes culturas y etnias ha llevado a ampliar la visión del cuidado. (p. 3)

Cuidar es una ciencia y un arte que requiere de un tiempo y dedicación, que presupone un conocimiento teórico y práctico, que desde el punto de vista cultural adquiere mayor complejidad ya que la nueva cosmovisión debe contemplar, los modos de vida, las distintas concepciones de salud-enfermedad, los valores, las creencias, para brindar un cuidado integrador. (Valle Racero, 2000, p. 96)

Se advierte entonces que, el cuidado visto desde diferentes perspectivas por teóricos y filósofos siempre ha sido el eje de la enfermería, la gravedad de la enfermedad obliga en numerosas ocasiones el ingreso a las unidades de cuidados intensivos donde se trata la fase aguda de la enfermedad, estos



lugares han sido considerados como generadores de estrés, la persona es alejada de sus seres más cercanos, la instrumentalización y la tecnificación del cuidado hace perder la individualidad de cada persona centrando la importancia en su patología y tratamiento.(Solano Ruiz y Gonzales,2005,p.1)

El cuidado deshumanizado (Do Nascimento y Alocoque Lorenzini. 2009) es más notorio en las unidades de Terapia Intensiva las cuales se caracterizan por estar estructuradas para brindar atención a personas en estado crítico, contando con la más alta tecnología para brindar cuidado a la persona enferma, con un equipo de profesionales capacitados para tal actividad, pero sin embargo lo que debería ser un soporte del cuidado como el equipamiento, muchas veces hace que las relaciones entre el cuidador y el cuidado se vuelvan más distantes.

En tanto que para Villareal Cantillo (2007) otro aspecto a tener en cuenta del cuidado es la seguridad en la atención de los usuarios, el cual tiene implicaciones directas en la calidad de atención a la persona enferma, esta seguridad muchas veces se ve disminuida por el hecho de estar en un entorno desconocido y alejado de la familia, a esto hay que sumarle los riesgos propios de la hospitalización

El objetivo de las intervenciones de salud son beneficiar al usuario, sin embargo, cada una de ellas tienen su propio riesgo, estos eventos adversos muchas veces se producen por la falta de conocimientos o habilidades por parte del personal, y algunos autores, lo definen como las enfermedades de la modernización en salud.

Los eventos adversos producen incapacidad temporal y pueden ser mortales, las infecciones nosocomiales son la principal causa de complicaciones, por lo tanto, el cuidado humanizado, es un valor, una actitud, una conducta que le permita al cuidador procurar la calidad de los servicios brindados.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, las Infecciones Intrahospitalarias cada año afectan el pronóstico y recuperación de los usuarios hospitalizados prolongando su internación, aumentando la mortalidad como



consecuencia de esto, es un problema a nivel mundial con múltiples causas, asociados a los nuevos tratamientos contra el cáncer, trasplantes de órganos, el uso de tecnología y dispositivos médicos.

La infección hospitalaria o nosocomial en la actualidad es llamada” infección asociada al cuidado de la salud, ya que hay otros sitios distintos al clásico hospital, sanatorio o clínica donde las personas también cumplen tratamientos

para mejorar su salud. Estos lugares son centros de tercer nivel, atención domiciliaria, hospital de día, consultorios médicos donde se realizan prácticas mínimamente invasivas. La infección nosocomial se define como aquella infección que no estaba presente ni incubándose en el momento que el usuario asiste al centro de salud para el cuidado específico. Por esto se entiende que la infección asociada al cuidado de la salud se adquiere en el centro de salud”. (Maimone S., 2012.)

Las infecciones intrahospitalarias no solo aumentan la morbimortalidad, (Schmunis, Gordillo, Acosta, Bologna, Rubinski, Aragón, Zurita.2008) también representa un alto costo para el presupuesto de los hospitales, y a pesar de las medidas de prevención aplicadas hay otros factores que ayudan al desarrollo de las infecciones, como lo son problemas relacionados con la infraestructura edilicia, la planta de personal escasa en relación con el número de camas, falta de material para el lavado de manos y personal calificado. (P. 70-77)

La gran mayoría de estos eventos (infecciones) son prevenibles a través de medidas generales y/o específicas dependiendo de la localización, algunas estrategias para disminuir la incidencia de infecciones tiene que ver con la vigilancia y el seguimiento ya que para resolver un problema es necesario conocer su impacto y magnitud; la formación del personal sanitario es fundamental a través de programas de educación; elaboración de protocolos de sedación, destete, nutrición, han mostrado ser eficaces para la reducción de la tasa de infecciones.

El personal de enfermería es el que mayor contacto tiene con la persona enferma. Por lo que es necesario conocer que son y cómo se transmiten las infecciones y así disminuir la vía de contagio durante la práctica profesional por



medio de la higiene, desinfección, realización de procedimientos con técnica aséptica, aplicar precauciones estandarizadas y medidas de aislamiento si fueran necesarias basadas en fundamentación científica.

Para Lisboa y Rello (2008) el cambio de cultura generado por distintas publicaciones relacionando los errores con la calidad de los cuidados ha cambiado la forma de controlar las infecciones, la idea de que todas las

infecciones “son inevitables y algunas se pueden prevenir” se ha ido modificando por “todas las infecciones son potencialmente prevenibles mientras no se demuestre lo contrario”, lo cual ha generado un paquete de medidas o precauciones estándar para optimizar el cuidado. (p.1)

En general las infecciones están relacionadas con procedimientos invasivos: la infección urinaria nosocomial con el cateterismo urinario, la infección respiratoria con el uso de ventilación mecánica asistida, y la bacteriemia de catéter con el cateterismo vascular.

Los cuidados enfermeros brindados a usuarios hospitalizados en áreas de Cuidados Críticos tienen como objetivo disminuir las infecciones respiratorias debido a que son la principal causa de aumento en la estadía, costos y mortalidad de los usuarios ((Martínez Torres y García,2017)

La evolución del concepto de salud (Hernández Cabezas, Pérez y García Blanco) y los diferentes teóricos a través de la historia han abordado de manera diferente la resolución del problema, desde el tratamiento exclusivamente de la enfermedad hasta nuestros días donde la atención va en varias direcciones, una de ellas es la persona como un conjunto, como un ser bio-psicosocial, inserto en un medio en el cual se encuentra en constante interacción y equilibrio. (2012)

Luego de lo expresado se adhiere al Modelo de Virginia Henderson quien considera la globalidad de la persona y su relación con el medio, basa su modelo en la independencia y dependencia del usuario para satisfacer sus necesidades priorizando aquellas que no puede realizar para su satisfacción y las clasifica en catorce necesidades.

- Respirar.



- Comer y beber.
- Eliminar residuos corporales.
- Movilizarse.
- Descanso y sueño
- Elegir la prenda de vestir.
- Mantener la temperatura corporal.
- Mantener el cuerpo limpio y los tegumentos.

- Evitar riesgos del entorno.
- Comunicarse con los demás y expresar sus emociones.
- Realizar prácticas religiosas según su fe
- Trabajar
- Realizar prácticas recreativas
- Aprender la manera que conduzca a un desarrollo y una salud normal.

Toda persona tiene la capacidad de jerarquizar cada una de estas necesidades y modificar el medio de acuerdo con su prioridad a través de su capacidad de elegir y decidir.

Uno de los supuestos de Virginia Henderson dice “cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo en su integridad, ni es independiente. El término independiente significa que el individuo tiene los conocimientos, la fuerza y la voluntad que son necesarios, para ejecutar las acciones que se requieren para conservar o recuperar la salud. (Hernández Martín, 2015)

Considerando el planteo del problema solo se abordaron cinco necesidades del modelo de Virginia Henderson relacionadas directamente con la Ventilación mecánica y su alteración.

Necesidades respiratorias

Teniendo en cuenta que la primera necesidad de Henderson es la respiración, en la mayoría de los casos esta actividad en los usuarios hospitalizados se ve afectada, uno de los principales problemas es la neumonía asociada a la



ventilación mecánica debido a que están conectados a un ventilador a través de una vía aérea artificial.

A través de la respiración las células del cuerpo obtienen la energía que necesitan para la oxidación de carbohidratos, grasas y proteínas, este proceso requiere de oxígeno, algunos tejidos vitales como el corazón y el cerebro no sobreviven demasiado tiempo sin el aporte de este gas, el proceso de oxidación en los tejidos libera dióxido de carbono que debe ser eliminado para evitar la acumulación de productos ácidos de desecho.

Un gran problema de los usuarios ventilados es que el reflejo de la tos se encuentra disminuido por este motivo la movilización de secreciones de la vía aérea puede marcar la diferencia de una recuperación rápida y sin complicaciones.

Aspiración de secreciones

“La técnica de aspiración de secreciones consiste en la aspiración de secreciones propiamente dicha a través de una sonda conectada a un aparato de aspiración y siempre debe ser con técnica estéril cuando se realiza a nivel traqueal”. (Gualán Sarango, G. 2009, p. 7-8)

Existen dos tipos de técnicas de aspiración por sistema abierto que consiste en desconectar el tubo endotraqueal o traqueostomía del respirador o fuente de oxígeno, se inserta una sonda en el extremo abierto y conectado a la aspiración por un lapso de tiempo no mayor a 10-12 segundos.

El sistema de aspiración cerrado permite la aspiración de secreciones sin desconectar las tubuladuras de la ventilación mecánica, quedando la sonda siempre protegida por una camisa plástica es una manera efectiva de disminuir el riesgo de padecer neumonía asociada a la técnica, no se manipula la vía aérea y se utiliza la misma sonda varias veces. (Oña Gjangoluisa ,2017)

Las secreciones (Núñez Olvera, 2015) que se acumulan encima del tubo endotraqueal son un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones respiratorias por lo tanto se debe aspirar por lo menos la cavidad oral cada cuatro horas o cuando se movilice al usuario, hay un incremento en la



colonización de bacterias en usuarios que utilizan sistemas de aspiración abierto vs. sistema cerrado.

Control de presión del balón del tubo traqueal

Uno de los cuidados críticos (Velasco Sanz, Delgado de la Fuente, Sánchez de la Ventana, reyes Marino Martínez) más importantes es el de la vía aérea del usuario, se relaciona con el control y el mantenimiento de la presión de neumotaponamiento o manguito traqueal, el cuidado de éste implica aquellos

cuidados que garantizan el buen funcionamiento del balón que consiste sellar la tráquea estableciendo dos compartimientos, vía aérea superior e inferior. (2014)

Está indicado para asegurar una ventilación eficaz, evitar fugas, disminuir el riesgo de bronco aspiración y por consiguiente la neumonía asociada a la ventilación mecánica. (P.40-45).

Necesidad de alimentación

Los usuarios en estado crítico (Barrera Mondragón, Estrada García y Cadavid Bedoya) presentan un consumo excesivo de energía y de oxígeno como respuesta a la injuria sufrida por los distintos órganos y sistemas, que al asociarse con mal nutrición conducen a mayores requerimientos de energía y utilización de proteínas, lo cual acarrea detrimentos del sistema inmune, de la composición corporal y gastrointestinal, esto se verá reflejado en una mayor mortalidad, aumento de la estancia hospitalaria y los días de ventilación mecánica.

Existe evidencia de que la malnutrición es un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones y dificulta la cicatrización de heridas. (2015)

Comer y beber

Todo organismo requiere de fluidos y nutrientes para la supervivencia por lo tanto la enfermería debe estar en conocimiento del tipo de dieta e hidratación



según los requerimientos nutricionales de cada persona, los horarios, las cantidades, creencias culturales y religiosas, la capacidad de masticar y deglutir.

- Cuidados de la sonda de alimentación enteral.

La utilización cada vez más frecuente de la alimentación enteral (Mesejo, Juan y García-Simón), se asocia con un aumento de la mortalidad de los usuarios en estado crítico, se ha demostrado que la nutrición enteral preserva la estructura y función de la mucosa gastrointestinal, evita y reduce la traslocación bacteriana, sin embargo como contrapartida debido a la vía utilizada que es la vía aérea, puede producir complicaciones como alcanzar los requerimientos nutricionales

programados, intolerancia a la dieta, elevado residuo gástrico, colonización bacteriana y neumonía aspirativa.(2007)

A esto se le debe sumar (Sociedad española de anestesiología y reanimación) que la colocación de la sonda para alimentación enteral suele ser un proceso sencillo en usuarios que colaboran y no están bajo efecto de sedación profunda, sin embargo, suele complicarse en usuarios en estado de coma, con dificultad en la deglución o vómito recurrente tienen mayor probabilidad de colocación incorrecta de la sonda con consecuencias graves, (2017)

- Alimentación por sonda enteral

Los cuidados de enfermería (Ilari y Salas) que se deben brindar a los usuarios con nutrición enteral tienen como objetivo garantizar la correcta administración y la adecuación en lo que se administra y recibe. (2009)

Se debe monitorizar especialmente el volumen infundido, así como la prevención de complicaciones como vómitos, diarrea, constipación, desplazamiento del catéter de alimentación y la posición del usuario en el momento de la administración de la nutrición.

Necesidad de movilización



La posición supina predispone a la aspiración y a la neumonía intrahospitalaria, la posición semi-fowler la disminuye (30-45°) se recomienda la elevación de la cabecera siempre y cuando no exista contraindicación y grado de elevación debe ser registrado por turno, la nutrición enteral se considera un factor de riesgo por la posibilidad de aspiración de contenido gástrico.

Entorno Seguro

La necesidad de seguridad puede definirse como permanecer libre de lesiones físicas, psicológicas y sociales, el medio ambiente contiene diversos peligros visibles e invisibles, un entorno seguro es aquel en que se satisfacen las

necesidades básicas, se reducen los riesgos físicos y la transmisión de microorganismos, se mantiene la higiene y se controla la contaminación. Una de estas actividades es la higiene bucal.

- Higiene de la cavidad bucal

Miquel-Roig, Picó Segura, Huerta Linero y Pastor Martínez. (2006) refieren que la boca es la primera porción del tubo digestivo y es una puerta de entrada para la colonización bacteriana de la vía aérea, contribuyendo al desarrollo de neumonía, un lavado exhaustivo de la boca y enjuague gingival es el primer paso para disminuir la colonización bacteriana.

Hablar de la seguridad (De Salud, C.2006) de salud del usuario es referirse a la organización encargada de brindar atención y cuidados seguros, es gestionar y tener la suficiente capacidad de reconocer los incidentes, poder abordarlos para analizarlos y aplicar soluciones que minimicen estos riesgos.

Como ya se ha mencionado, las infecciones intrahospitalarias constituyen un gran problema para la seguridad del usuario.

✓ Lavado de manos.

Se constituye en la primera barrera para proteger a las personas contra la colonización de microorganismos multirresistentes.



A pesar de ser una práctica sencilla y que no requiere de un costo elevado para su implementación, el personal de salud solo se lava las manos menos de la mitad de las veces necesarias argumentando temor, daño de la piel, falta de tiempo, entre otras justificaciones.

Los cinco momentos del lavado de manos

Momento 1. Antes del contacto con el usuario.

Esto es el último contacto de las manos con la superficie de un objeto que se encuentra en la zona del trabajador de salud y el primer contacto con la zona del usuario. El lavado de manos aquí previene la colonización cruzada y ocasionalmente una infección exógena.

Momento 2. Antes de una tarea aséptica.

El lavado de manos en este momento tiene por objetivo prevenir la colonización y la infección. Una vez dentro de la zona del usuario, luego de la exposición de la mano del trabajador con la piel del enfermo o cualquier otro objeto se debe realizar una limpieza aséptica al realizar la apertura de un acceso venoso, dar una inyección o curar una herida.

Esto es importante porque el lavado de manos debe ser la última actividad antes de tocar el sitio limpio, en muchas ocasiones el personal suele tocar otras partes de la unidad para luego recién realizar la actividad.

Momento 3. Después del riesgo de la exposición a un fluido corporal

Luego de una tarea con riesgo de exposición de las manos con fluidos corporales se deben lavar inmediatamente antes de tocar cualquier otra superficie o parte del cuerpo del usuario que se encuentra limpio, los guantes son utilizados como una segunda piel sin embargo las manos no están lo suficientemente protegidas y el lavado de manos se recomienda fuertemente después de retirar los mismos.

Momento 4. Después del contacto con el paciente.



Una vez finalizado el cuidado cuando se deja la zona del usuario y antes de tocar la zona del trabajador se deben lavar las manos para evitar la diseminación de microorganismos al medioambiente.

Momento 5. Después del contacto con los alrededores del paciente

Luego de que las manos se espongan a cualquier superficie que este en contacto con el usuario, pero sin tocar a este, todo aquel material que se retire para su descarte o descontaminarse, se debe realizar el lavado de manos antes de entrar en contacto con otra zona o usuario.



Operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones	Indicadores
Práctica de enfermería relacionados con la prevención de Infecciones Respiratorias según el modelo de Virginia Henderson	Cuidados referidos a: Necesidades respiratorias	Realiza aspiración de secreciones según necesidad y técnica. Pre oxigena al usuario antes de realizar el procedimiento. Realiza higiene de la cavidad bucal. Control de balón de neumotaponamiento según protocolo.
	Necesidad de movilización	Cambios de posición para favorecer la disminución de infecciones respiratorias de acuerdo al protocolo. Mantiene la cabecera entre 30-45°
	Entorno seguro	Medidas de prevención de infecciones: los cinco momentos del lavado de manos.
	Alimentación	Valora la necesidad de alimentación por sonda nasogástrica. Proporciona la nutrición dentro de los planes prescriptos (tiempo y cantidad)

Variable	Dimensión	Indicador
	Conocimientos referidos a: Necesidades respiratorias	<p>Fundamenta la necesidad de aspirar secreciones y explica la técnica para realizar el procedimiento.</p> <p>Explica la necesidad de mantener limpia la cavidad oral y su contribución a disminuir las infecciones respiratorias.</p> <p>Explica la importancia de mantener la posición de la cabecera en 30 y 45 °</p> <p>Manifiesta la importancia de controlar la presión del balón de neumotaponamiento.</p>
	Necesidad de movilización.	<p>Argumenta la necesidad de lateralizar al usuario para mejorar la ventilación y su importancia para disminuir las infecciones respiratorias.</p> <p>Explica la importancia de mantener la posición de la cabecera en 30 y 45°</p>
	Entorno seguro	Fundamenta la importancia de respetar los cinco momentos del lavado de manos en la prevención de infecciones.
	Alimentación enteral	Fundamenta la importancia de controlar la ubicación de la sonda para alimentación.



A los fines de valorar el conocimiento se propone la siguiente escala de medición.

- ✓ Conocimientos suficientes: responde correctamente de 6 a 8 preguntas.
- ✓ Conocimientos medianamente suficientes: responde 5 preguntas correctamente.
- ✓ Conocimientos insuficientes: responde correctamente 4 o menos preguntas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE –FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA SALUD
Departamento de enfermería-carrera licenciatura en enfermería
INFORME FINAL: Cuidados y conocimientos de enfermería relacionados con la prevención de
infecciones respiratorias en usuarios hospitalizados en terapia intensiva.
AUTOR: Miguel Cayunao



Capítulo III

Diseño metodológico



Contexto en el que se realizó la investigación

Clínica Pasteur se encuentra en la ciudad de Neuquén, Capital, ubicada sobre calle Rioja 35, cuenta con servicio de Clínica Médica, Cardiología, Cirugía General y Vasculat, Neonatología, Maternidad, Ginecología, Pediatría, Cuidados Críticos de Adultos.

El siguiente trabajo se realizó en la Unidad de Cuidados Críticos (Terapia Intensiva de Adultos), el servicio se encuentra conformado por dos sectores, la UTI la cual cuenta con 12 camas cada una de ellas equipadas con monitoreo y ventiladores mecánicos y cuatro de estas camas son de aislamiento, cada box está separados por paredes de vidrios con todos los elementos necesarios para brindar atención de enfermería al usuario enfermo y la Terapia intermedia conformada por 16 camas. Al respecto no se conocen investigaciones realizadas por la institución.

El personal de enfermería que brinda cuidados en ambos sectores está integrado por un total de 42 agentes (5 Licenciados en Enfermería y 47 Técnicos en Enfermería). Una parte del personal, aquellos de más de 5 años de antigüedad cuentan con horarios fijos y los ingresos más recientes con horarios rotativos, con un supervisor de enfermería en cada turno.

En cuanto a la formación intra-institución del personal aún no se cuenta con programas de formación continua, hace muy poco tiempo se conformó el comité de Docencia en Enfermería.



Diseño Metodológico

Estrategia y Tipo de estudio

La investigación sigue una estrategia cuantitativa cuya principal característica es identificar aspectos (variables) de la realidad que indaga, por medir los hechos mediante valores numéricos matemáticos que permiten aplicar procedimientos estandarizados y, también, mediante la estadística.

Para el desarrollo de esta investigación se propuso un estudio de tipo descriptivo dado que la variable y sus dimensiones se pueden describir, medir y expresar en valores numéricos. Determina entonces, “como está” o “es” la-s variable-s. Este estudio es de tipo transversal ya que se hace un corte en el tiempo y se estudian las variables simultáneamente.

Población en estudio

En la presente investigación la población en estudio fue constituida por la totalidad del recurso de enfermería que pertenece a la Unidad de Cuidados Intensivos de Clínica Pasteur, conformada por 42 personas, de los cuales 5 son Licenciados en Enfermería y 37 Técnicos en Enfermería, todos ellos tienen más de seis meses de antigüedad

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión/exclusión

1. Criterios de inclusión:

- ✓ pertenecer a la planta de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, que se encuentre trabajando durante el período de



Investigación, con alcance a licenciados en Enfermería y Técnicos en Enfermería que estén de acuerdo en participar del estudio.

- ✓ Antigüedad en el servicio: superior a 6 meses
- 1. Criterios de exclusión:
 - ✓ aquellas personas que no quieran participar del estudio o que no se encuentren en el momento de la recolección de los datos, por ausencia y/o licencias.
 - ✓ Antigüedad en el servicio: inferior a 6 meses



Método de Recolección de datos

Cuestionario: Este instrumento está compuesto por preguntas cerradas que se podrán responder mediante selección doble o múltiple acerca del conocimiento que refiere el personal. Una de las ventajas es que al ser preguntas que se contestan rápido evitará la fatiga y la incertidumbre que ésta crea al dejarse preguntas sin contestar. Todas las preguntas se formulan de la misma manera a cada una de las personas encuestadas.

Observación: se hizo uso de la observación no participante, la cual permite identificar los cuidados que brinda el personal de enfermería siguiendo una lista cotejo elaborada para tal fin. La observación no participante se desarrolla tomando contacto el observador con los sujetos observados, pero manteniéndose ajeno a la situación que observa. La condición de “no participante” no excluye que sea una técnica consiente, dirigida y ordenada hacia el objetivo propuesto (Ander Egg, 1995 p.203). Es una técnica que se adapta de forma pertinente para observar actividades periódicas con exclusión de las subjetividades que puedan atravesar el suceso observado.

La observación se realizó en los tres turnos programados durante un período de 6 semanas, considerando los tres turnos de trabajo diagramados en el servicio. Se consideró una jornada de observación de 4 a 6 horas, iniciando la misma 1 hora después del comienzo del turno y finalizando el período de observación 1 hora antes de concluir el turno de trabajo.

Presentación y Análisis de los datos

Los datos se codificaron y procesaron en tablas y gráficos, utilizando la estadística descriptiva (medidas de tendencia central que correspondan) para su correspondiente análisis.



Fundamentación

En las últimas décadas hubo un incremento en la vigilancia, el control y la prevención de las infecciones intrahospitalarias que está dada principalmente para reducir la estancia hospitalaria y las graves afecciones que padecen las personas enfermas, esto ha hecho que la enfermería asuma una responsabilidad mayor, no solo en la prevención, sino también en lo que respecta a la seguridad del usuario, la calidad del cuidado, etc. Para reducir las infecciones y los días de estancia en el hospital, se realizan cada vez más estudios de investigación para disminuir infecciones nosocomiales que a su vez son útiles y esenciales para establecer programas de vigilancia epidemiológica y elaboración de medidas de control, que también servirán como indicadores para evaluar la calidad de los cuidados brindados.

Los avances científicos y tecnológicos, y las exigencias institucionales llevan al profesional de enfermería a actualizarse, especialmente para comprender las necesidades reales de la persona enferma. En este sentido, la investigación es una herramienta que permite crear nuevos conocimientos para la disciplina para que luego se trasladen al usuario y de esta manera contribuir a mejorar la calidad de vida de este último.

El cuidado es visto como un servicio (Ochoa Marín, 2005) que puede mejorarse continuamente, pero para ello se deben implementar estrategias. Una de ellas, es la investigación la cual aporta nuevos conocimientos, nuevos fundamentos, así como instrumentos para medir y evaluar, de este modo la enfermería toma decisiones basadas en la evidencia que nos aporta la investigación generando cambios que tienen que ser atravesados por el debate y el análisis del cuidado en las distintas situaciones. La mayoría de los gobiernos exigen evidencias a la hora de la toma de



decisiones en salud y la enfermería debe estar a la altura para demostrar cómo influye positiva y significativamente sobre la calidad del cuidado, así como también determinar

los costos y los resultados para producir impacto en las finanzas y las prácticas de salud.

La investigación en enfermería además de generar conocimiento y mejorar el ya existente, es importante porque sin investigación la actividad está condenada a la rutina, adapta los cuidados a la demanda social y tecnológica, además, si se pretende lograr un reconocimiento social debe mostrar a la sociedad que es una profesión autónoma e independiente y debe tener un campo de conocimiento propio para fundamentar su accionar. (Varela Curto, M, D 2012)

A lo largo de la historia la enfermería ha adquirido y transmitido conocimiento de distintas maneras, como el ensayo-error, una forma elemental de descubrir una posible solución entre varias alternativas sin que la solución adoptada sea la más adecuada, a través de la experiencia personal, donde la experiencia acumulada influye en la complejidad del conocimiento enfermero y aumenta su habilidad para resolver una situación en forma rápida y eficaz. Sin embargo luego del desarrollo del conocimiento iniciado en el siglo XIX, actualmente estas formas de adquirir conocimientos son inadecuadas para proporcionar un cuidado centrado en una base de conocimiento enfermero.

Por lo tanto, se hace necesario estudiar e investigar para revisar y modificar la práctica profesional, por lo que el impacto que tendrá este estudio es importante, no solo por la producción de conocimiento enfermero sino también por su transferencia a la práctica de cuidado jerarquizando, de este modo, la profesión.



Capítulo IV

Presentación, análisis e interpretación de los datos

Necesidad de Respiración

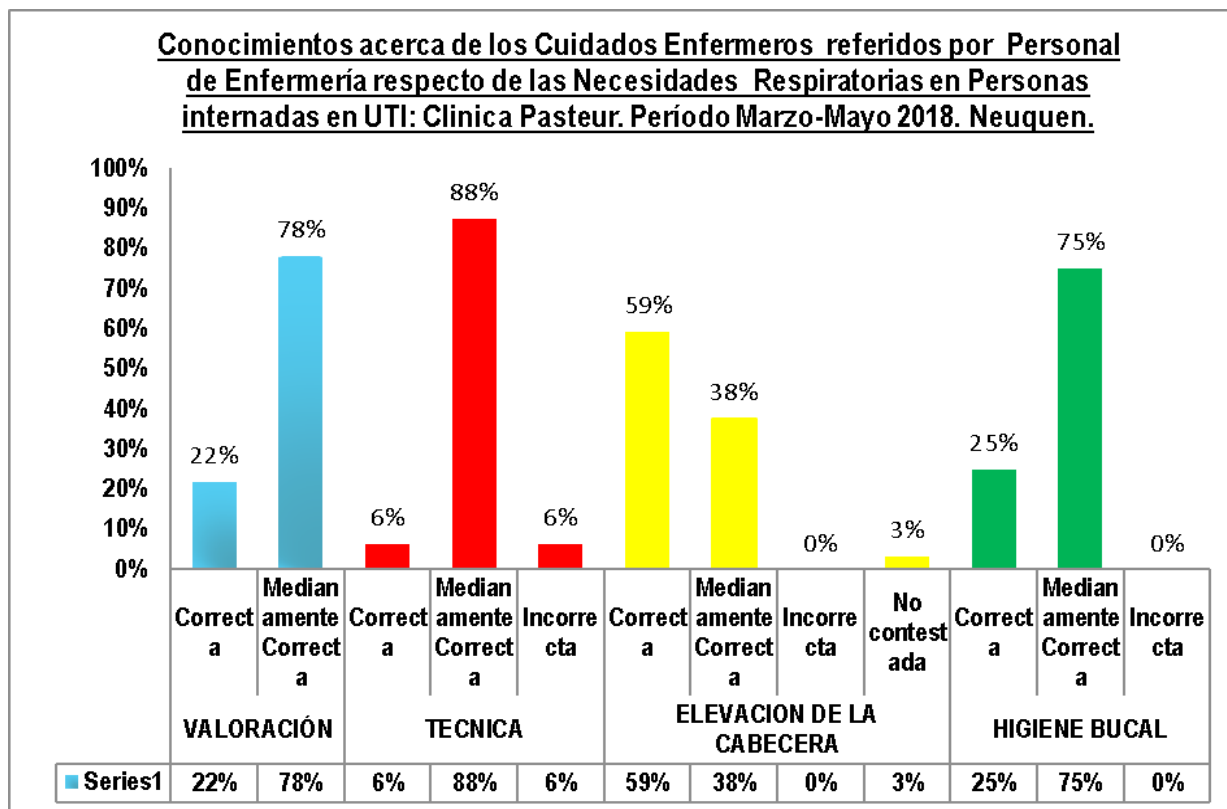
Tabla N° 1

Conocimientos acerca de los Cuidados Enfermeros referidos por Personal de Enfermería respecto de las Necesidades Respiratorias en Personas internadas en UTI. Clínica Pasteur período Marzo-mayo 2018. Neuquén.

Necesidad Respiratoria					
Valoración del conocimiento	Respuestas correctas	Medianamente correctas	Incorrectas	No contesta	Total
Valoración de la Vía aérea	22%	78%	0%	0%	100%
Técnica de aspiración	6%	88%	6%	0%	100%
Elevación de la cabecera	59%	38%	0%	3%	100%
Higiene bucal	25%	75%	0%	0%	100%

Fuente: elaboración propia del investigador.

Gráfico 1



Fuente: elaboración propia del Investigador.



Análisis e Interpretación de los datos

Para valorar el conocimiento se utilizó un instrumento de recolección de datos basado en ocho consignas o ítems, cada una de ellas evaluaba las distintas formas de prevención de infecciones respiratorias en usuarios ventilados en la Unidad de Cuidados Críticos, se estableció una escala que mide el conocimiento correcto (6 a 8 respuestas correctas), medianamente correcta (5 respuestas correctas), conocimiento incorrecto o insuficiente (4 o menos respuestas correctas).

De una población conformada por 32 sujetos, se evaluó el conocimiento acerca de cuidados enfermeros que se brindan en la Unidad de Cuidados Críticos para la prevención de Infecciones respiratorias en Usuarios sometidos a Ventilación Mecánica.

Se analizaron cuatro dimensiones o cuidados como la valoración de la vía aérea, técnica de aspiración de secreciones, elevación de la cabecera y la importancia de la higiene bucal.

En el gráfico de valoración de la vía aérea se observa que el 72% de la población estudiada posee un conocimiento medianamente correcto a la hora de evaluar la necesidad de aspirar o mantener libre la vía aérea de secreciones principal actividad que se realiza en una unidad de cuidados críticos para mantener una función vital del usuario que es la necesidad de respirar

Solamente el 22% posee un conocimiento correcto con respecto a la valoración de la vía aérea.

En la realización o aplicación de la técnica correcta de aspiración de secreciones se observa que el 88% de la población tiene un conocimiento medianamente correcto acerca de los distintos pasos que se deben de realizar para una aspiración correcta y disminuir la posibilidad de contraer infecciones respiratorias.

Un 6% tiene un conocimiento incorrecto acerca de esta técnica y tan solo el 6% restante posee un conocimiento correcto para prevenir infecciones relacionadas con la aspiración de secreciones.



La elevación de la cabecera entre 30 y/o 45° para personas bajo ventilación mecánica es una norma importante para la prevención de complicaciones o riesgo como la bronco aspiración, el 59% de la población refiere un conocimiento correcto sobre esta actividad, mientras que el 38% tiene un conocimiento medianamente correcto y un 3% que desconoce la actividad.

La higiene bucal es una de los procedimientos más simple, menos complejo y una de las principales actividades para la prevención de infecciones de la vía aérea en usuarios que no pueden realizarlas por sí mismo, el 75% de las personas evaluadas tiene un conocimiento medianamente correcto acerca la actividad, y un 25% solamente sabe acerca de la importancia del lavado bucal.

Los cuidados enfermeros en Unidades de Cuidados Críticos tienen como objetivo disminuir las Infecciones Respiratorias, pero para que este objetivo se cumpla debe haber un seguimiento y actualización permanente del cuidado enfermero, es decir, no solo lo que respecta a servicios técnicamente actualizados sino que respondan a la necesidad de la población, la enfermedad ha dejado de ser un problema transitorio de solución emergente para convertirse en la respuesta de toda una forma de vida que requiere de la reorientación hacia la búsqueda de un equilibrio entre las múltiples variables que tienen incidencia en la calidad de vida del individuo.

El objetivo del cuidado o las intervenciones en salud son beneficiar al usuario, pero todas ellas tienen un riesgo como la inserción de catéteres en el torrente sanguíneo, la ventilación mecánica y todo procedimiento que altera la barrera normal del organismo como es la piel y mucosas, que sumados a la falta de conocimiento adecuado pueden producir complicaciones que pueden llevar desde el aumento de los días de estancia hospitalaria, así como el aumento de la morbilidad y en muchos casos el riesgo de vida para la personas.

Necesidad de Alimentación

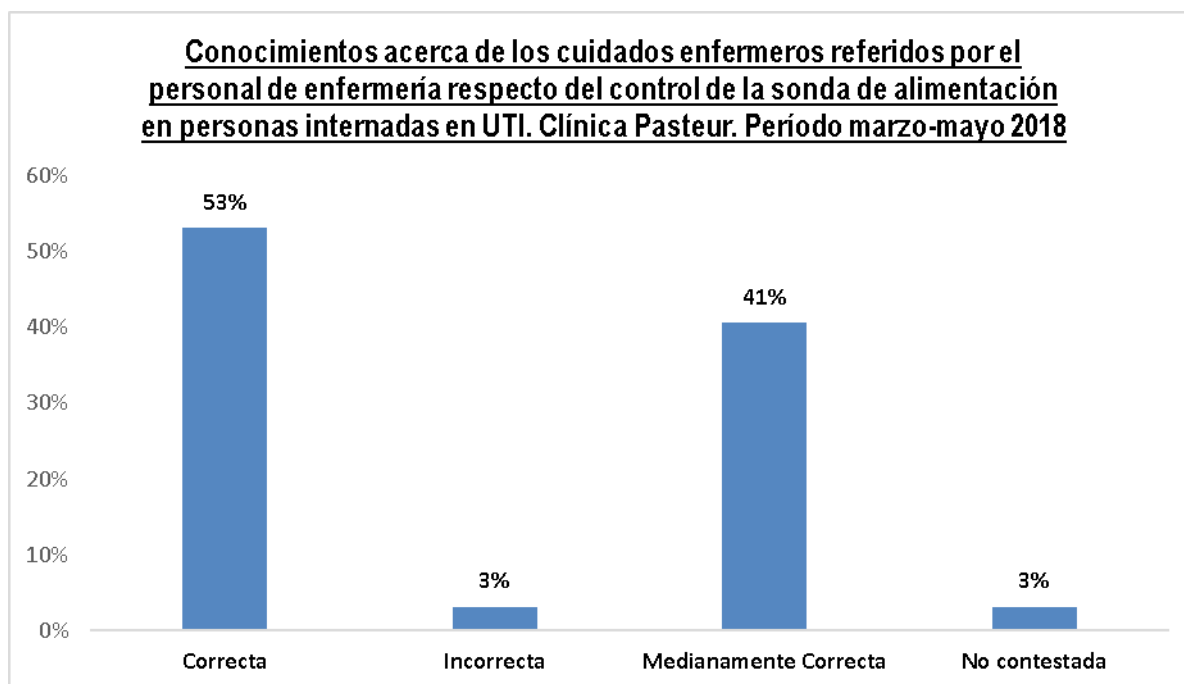
Tabla N° 2

Conocimientos acerca de los Cuidados Enfermeros referidos por Personal de Enfermería respecto del control de Sonda de Alimentación en Personas Internadas en UTI. Período Marzo-mayo 2018.Neuquén

Control de Sonda de Alimentación					Total
Valoración del Conocimiento	Respuesta Correcta	Medianament e correcta	Incorrecta	No contesta	
Total	53%	41%	3%	3%	100%

Fuente: elaboración propia del investigador.

Gráfico N° 2



Fuente: elaboración propia del investigador



Análisis e Interpretación

En cuanto a la necesidad de alimentación y el correcto mantenimiento de la sonda de alimentación nasogástrica para evitar infecciones respiratorias el 53% de la población encuestada tienen un conocimiento correcto y un 41% un conocimiento medianamente correcto, en tanto que un 6% o no conoce o no contesta, con lo cual, puede interpretarse que 1 de cada 2 enfermeros tiene el conocimiento suficiente para evitar o aplicar medidas de prevención de infecciones respiratorias.

Por lo tanto, los resultados indican que se bien hay un porcentaje aceptable de conocimiento correcto no es menos importante el conocimiento medianamente correcto, lo que implica que en la práctica del cuidado puede convertirse en riesgoso para el usuario, teniendo en cuenta que uno de los principios de la enfermería es proteger al usuario de lesiones o agentes externos (enfermedades).

Para Barrera Mondragón et.al. (2015) los usuarios en estado crítico presentan un consumo excesivo de energía y de oxígeno como respuesta a la injuria sufrida por los diferentes órganos y sistemas, por lo que los cuidados enfermeros que se deben brindar a los usuarios debe garantizar la correcta administración en cuanto a cantidad, pero también se debe cuidar la sonda de alimentación de posibles desplazamientos del tubo digestivo hacia la vía aérea y prevenir infecciones respiratorias

La seguridad de la persona enferma implica responsabilidad moral y legal, por lo tanto, la práctica de enfermería se debe desarrollar de forma competente y segura

Necesidad de Movilización

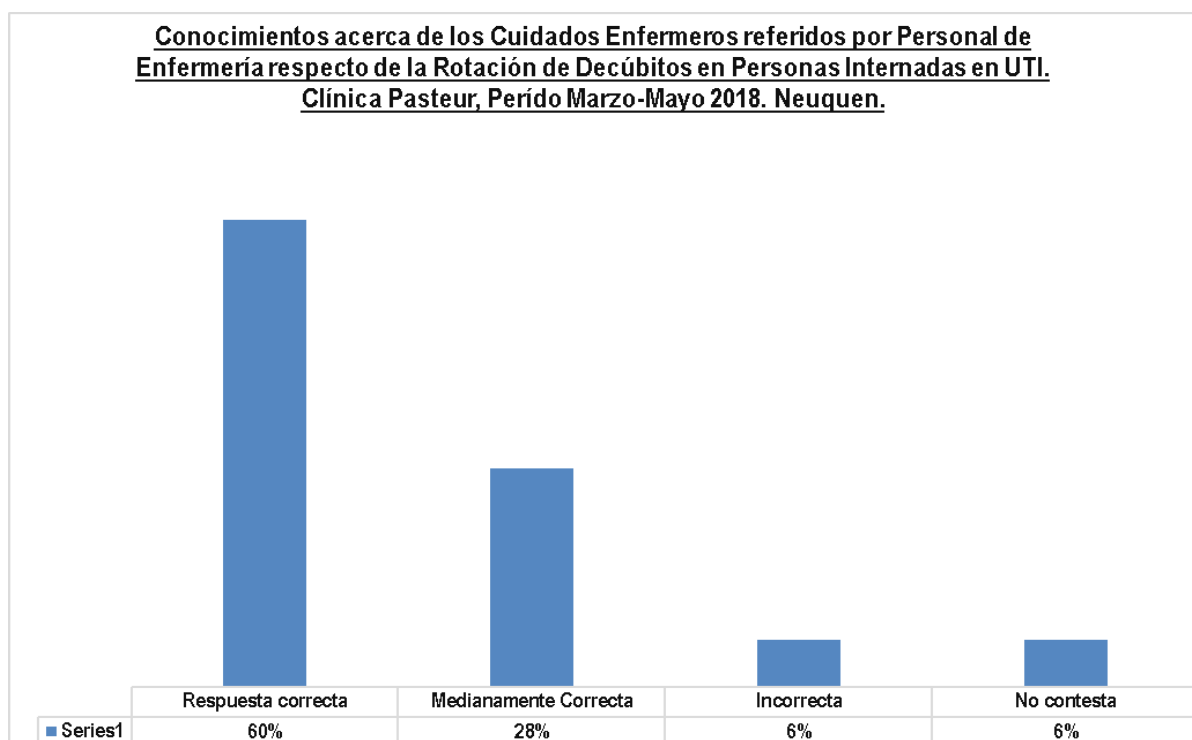
Tabla N° 3

Conocimientos acerca de los Cuidados Enfermeros referidos por Personal de Enfermería respecto de la Rotación de Decúbitos en Personas Internadas en UTI. Clínica Pasteur. Período Marzo-mayo 2018. Neuquén.

Rotación de Decúbitos					Total
Valoración del Conocimiento	Respuesta correcta	Medianamente Correcta	Incorrecta	No contesta	
Total	60%	28%	6%	6%	100%

Fuente: elaboración propia del investigador

Gráfico N° 3



Fuente: elaboración propia del investigador



Análisis e Interpretación

En lo que respecta a la movilización (rotación de decúbitos), el 59% de la población posee un conocimiento medianamente correcto y solo un 28% tiene un conocimiento correcto acerca del beneficio de la movilización en el usuario sometido a ventilación mecánica, en tanto que, un 12% no sabe o no contesta.

La inmovilidad predispone a la aspiración de secreciones de la propia vía aérea superior y como consecuencia de ello se desarrolla la neumonía Intrahospitalaria, además de favorecer la acumulación de secreciones y la dificultad de mantener la vía aérea inferior permeable para su correcta oxigenación, además de mantener la integridad física de la persona, como la integridad de piel y tegumentos.

En los usuarios sometidos a ventilación mecánica la movilidad es nula por lo que es importante que el equipo de enfermería esté debidamente entrenado y capacitado para realizar estas maniobras con el fin de evitar más complicaciones y se prolongue la estadía, los costos y los riesgos de vida que el no cumplimiento de estos cuidados puede acarrear.

Necesidad de Seguridad

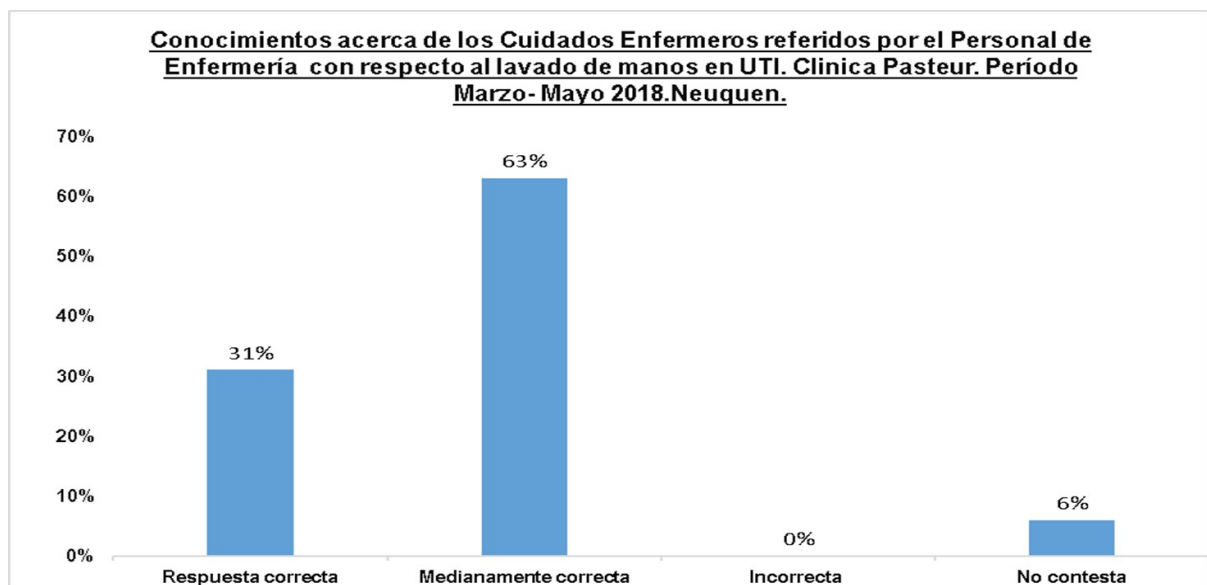
Tabla N° 4

Conocimientos acerca de los Cuidados Enfermeros referidos por Personal de Enfermería con respecto al lavado de manos en UTI. Clínica Pasteur. Período Marzo-mayo 2018. Neuquén.

Lavado de Manos					
Valoración del conocimiento	Respuesta correcta	Medianamente correcta	Incorrecta	No contesta	Total
Total	31%	63%	0%	6%	100%

Fuente: Elaboración propia del investigador

Gráfico N° 4



Fuente: Elaboración propia del investigador

Necesidad de entorno seguro.

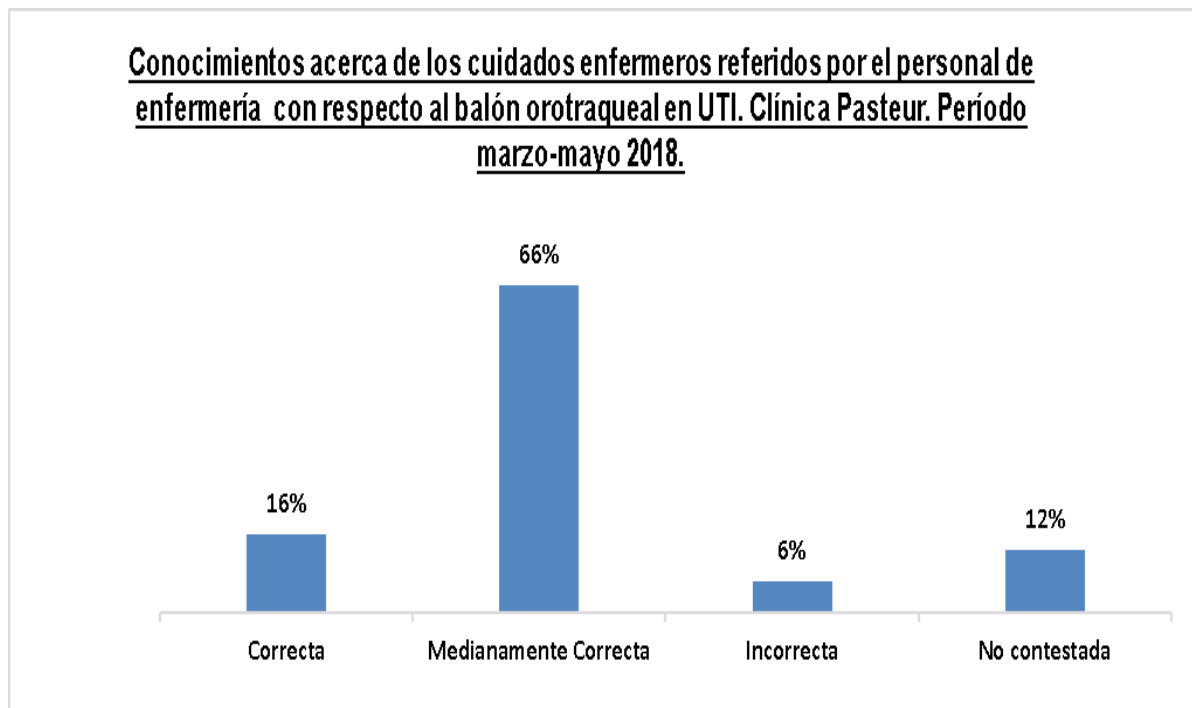
Tabla N° 5

Conocimientos acerca de los Cuidados Enfermeros referidos por Personal de Enfermería con respecto al control del Balón Orotraqueal en UTI. Clínica Pasteur. Período Marzo-mayo 2018.

Neuquén

<u>Control de Balón Traqueal</u>				
Valoración del conocimiento	Respuesta correcta	Medianamente correcta	Incorrecta	No contesta
Porcentaje	16%	66%	6%	12%

Gráfico N° 5



Fuente: Elaboración propia del Investiga



Análisis e Interpretación

Considerando la necesidad de entorno seguro, en lo que respecta a la evaluación del conocimiento acerca del lavado de manos, el 63% del personal tiene un conocimiento medianamente correcto y un 31% tiene un conocimiento correcto acerca de la actividad y un 6% no contesta.

Entre las medidas más efectivas para reducir las infecciones nosocomiales se encuentra el lavado de manos, una medida simple de realizar de bajo costo pero que tiene un alto impacto en la salud de las personas. Por lo tanto, se debe alcanzar el máximo nivel de adhesión por parte del personal de enfermería.

El personal de salud debe conocer los cinco momentos del lavado de manos no solo para proteger a la persona enferma si no a sí mismo, las infecciones intrahospitalarias están presentes desde la creación de los hospitales independientemente de la complejidad, infraestructura, nivel socio-económico y cultural.

Las personas enfermas son las más vulnerables ya que son sometidos a procedimientos invasivos de diagnóstico y tratamiento, o por el solo hecho de ingresar a una unidad de cuidados críticos y el exponerse a microorganismos muchos más resistentes a antibióticos que aquellas que se encuentran fuera del ambiente hospitalario.

Hablar de seguridad (De Salud, 2006), es referirse a brindar atención y cuidados seguros y tener la capacidad de reconocer los incidentes y las infecciones intrahospitalarias que constituyen un gran problema para la salud del usuario.

Todas las intervenciones que se realizan para la atención de salud tienen como objetivo beneficiar al usuario, es decir, recuperar su estado de salud, sin embargo, la combinación compleja de procesos, tecnología e interacciones humanas tiene un riesgo elevado de sufrir algún evento adverso.

Con respecto a otro cuidado que se debe realizar para la atención segura se encuentra el control del balón endotraqueal que tiene 66% de conocimiento



medianamente correcto y solo un 16% de conocimiento correcto, mientras que un 19% no sabe o no contesta.

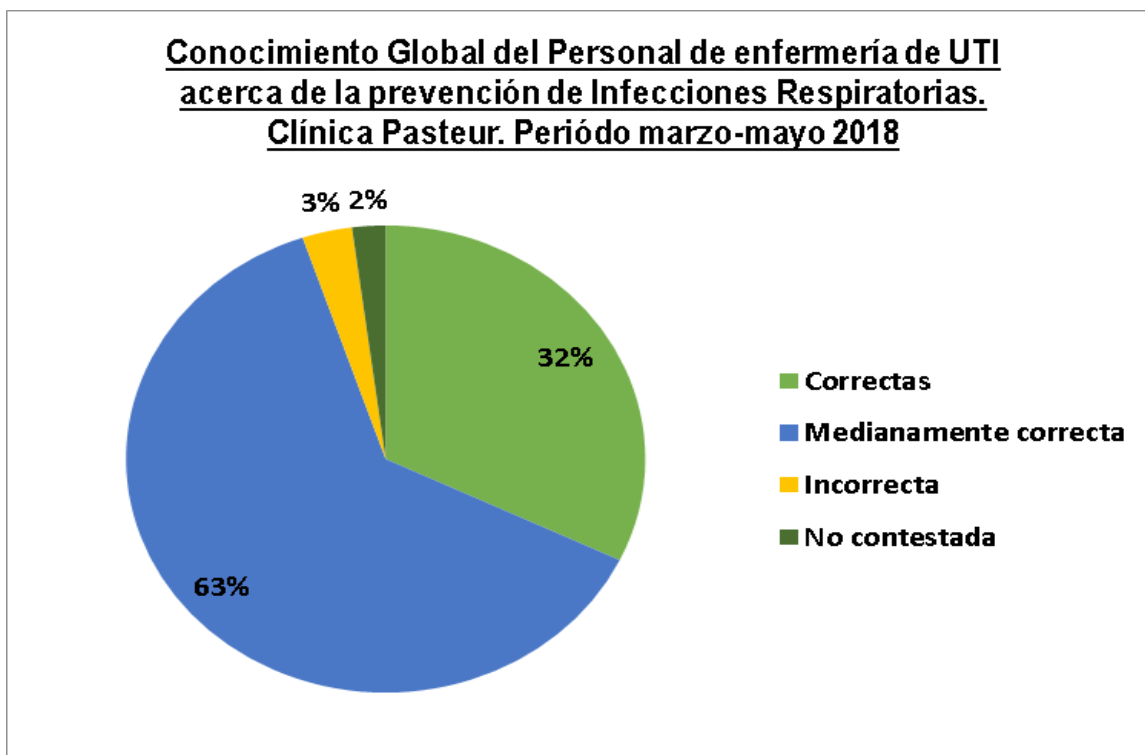
La mayoría de los usuarios en estado crítico requieren intubación orotraqueal para aislar la vía aérea y asegurar una ventilación eficaz. El cuidado de la vía aérea es una parte importante dentro de las funciones de enfermería de cuidados intensivos, el control del balón implica los cuidados necesarios que garanticen el correcto funcionamiento del mismo como una ventilación eficaz evitando fugas y disminuir la posibilidad de bronco aspiración.

La medición del balón del tubo endotraqueal se debe medir ante cualquier manipulación del tubo, con el cambio de postura, antes del lavado bucal o al menos cada 6 horas como mínimo.

Si tenemos en cuenta la importancia de medir la presión de insuflado, no solo se estará beneficiando al usuario en la prevención de infecciones respiratorias ya que no permite o disminuye la posibilidad de que contenido gástrico o bien contenido de secreciones de la propia boca pasen hacia la vía aérea inferior y desarrollar alguna infección, sino también a mantener la irrigación adecuada de la tráquea y evitar en el futuro lesiones que puedan comprometer más la salud del individuo.

A continuación, se presenta un gráfico

Grafico N°6



Fuente: elaboración propia del Investigador

Análisis e Interpretación de los datos

En el gráfico se observa que el conocimiento del personal a nivel general es medianamente correcto con un porcentaje del 63% y un 32% de respuestas correctas y un 5% que no sabe o no contesta. En este sentido se recuerda que el cuidado enfermero particularmente exige nuevas habilidades de los profesionales de enfermería, que sean flexibles y se adapten a los cambios tecnológicos y las exigencias del usuario.

El personal de enfermería más allá de la gravedad del usuario debe estar apto para cuidar, sin embargo las instituciones suelen estar sesgados por modelo



tecno-biológico predominante en las unidades de cuidados crítico, pero como lo define Diers (1986), la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas que respondan a las necesidades particulares de cada persona.

La prevención de infecciones es responsabilidad de todos los integrantes del equipo de salud sin embargo enfermería es la que permanece más tiempo al lado del enfermo proporcionando un cuidado permanente por lo tanto se requiere altos niveles de conocimiento, habilidades y actitudes en la identificación de infecciones y potencialización de ambientes que favorezcan la seguridad del usuario, modificación de procesos de riesgo y estableciendo estrategias para la promoción de la salud y la prevención de situaciones de riesgo.

A continuación, se presentan resultados que surgen de las observaciones realizadas.

Tabla 6

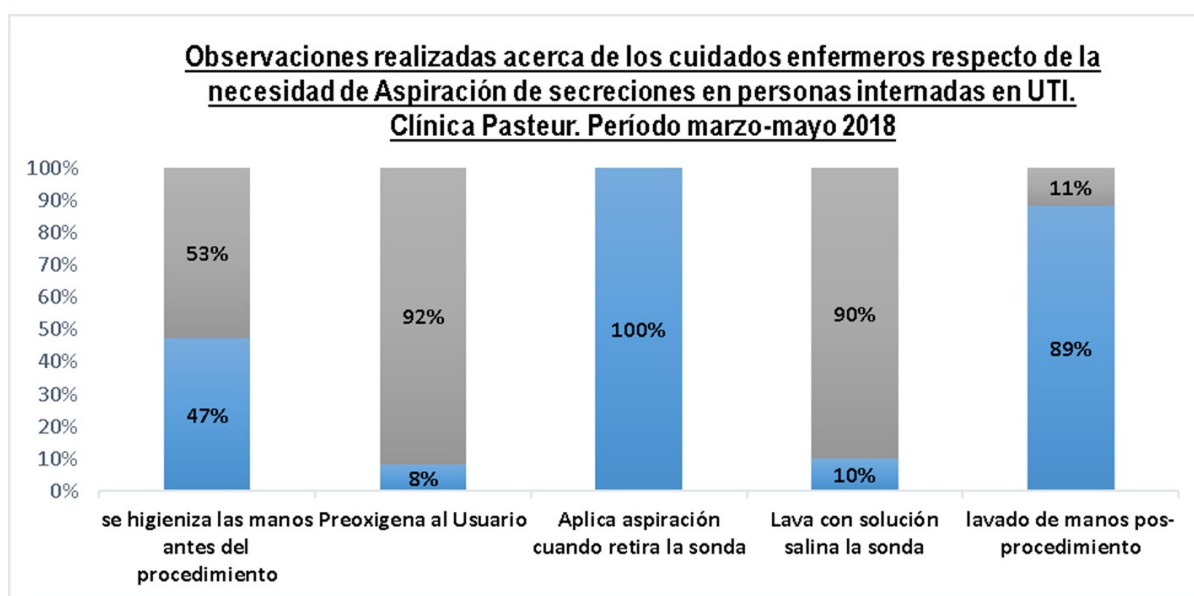
Necesidad de Respiración

Observaciones realizadas acerca de los Cuidados Enfermeros respecto de la Necesidad de Aspiración de Secreciones en Personas Internadas en UTI. Clínica Pasteur. Período Marzo –mayo 2018.Neuquen.

Técnica Aspiración de secreciones	Observaciones realizadas				Total Observaciones
	Sí		No		
	Sub.	%	Sub.	%	
Se higieniza las manos a/ del procedimiento	78	47	87	53	168
Pre oxigena al Usuario	14	8	154	92	168
Aplica aspiración cuando retira la sonda	168	100	0	0	168
Lava con solución salina la sonda	17	10	151	90	168

Fuente: Elaboración propia del Investigador (lista cotejo).

Gráfico 7



Fuente: Elaboración propia del Investigador (lista cotejo).



Análisis e interpretación

La variable Aspiración de secreciones se analiza siguiendo cinco dimensiones:

1. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento.
2. Pre-oxigenación del usuario antes de realizar la aspiración de secreciones
3. La aplicación de aspiración cuando retira la sonda.
4. Lavado con solución salina de la sonda de aspiración después de realizar el procedimiento.
5. Lavado de manos pos-procedimiento.

Los distintos trabajos que se revisaron acerca de la importancia del lavado de manos coinciden es que es una de las medidas más baratas y efectivas para prevenir infecciones, además de otras complementarias como el uso de mascarilla, guantes, batas y la disposición adecuada de los residuos.

En los servicios de salud donde existe sobrecarga horaria, exceso de personas internadas, la mala utilización de la tecnología y la escasa preparación del personal en la prevención de riesgos relacionados con la atención del usuario hace que se acentúe aún más este problema. (De Vita, Weisburd, Beltramino y Bussi.2014)

Las causas que se atribuyen a la falta de lavado de manos son variadas, desde el olvido, la sobrecarga de trabajo, irritación de la piel relacionados con los productos de desinfección, así como la falta de conocimientos, por lo que es importante resaltar los cinco momentos del lavado de manos, no solo como una manera de proteger al usuario sino de protegerse a sí mismo y el entorno que lo rodea.

De la observación realizada y posterior análisis acerca del lavado de manos antes de realizar un procedimiento se obtiene que, el 53% de las personas realiza esta actividad mientras que un 47% no se lava las manos cuando aspira al usuario, como se dijo anteriormente esta medida tiene un alto impacto en el sistema sanitario en la prevención de infecciones y que la frágil salud de las personas que se encuentran en unidades de cuidados críticos.



La práctica de aspirar secreciones en la mayoría de los casos se realiza por la acumulación de secreciones en forma intempestiva lo cual requiere de una respuesta rápida, espontánea, que muchas veces hace que no se cumplan ciertos pasos esenciales a la hora de actuar como el lavado de manos y la preoxigenación antes de aspirar, en personas con problemas respiratorios severos, puede producir una hipoxia grave que va repercutir en los distintos órganos vitales del organismo profundizando aún más la gravedad como puede ser el desarrollo de una arritmia, la afectación de órganos vitales como cerebro y corazón y las posibles secuelas sobre estos.

En la segunda dimensión de preoxigenar antes de aspirar al usuario, sólo el 8% realiza esta actividad mientras que el 92% no la realiza, es una de las medidas que siempre se tendrían que priorizar para evitar una desaturación e hipoxia severa con las consecuencias descritas anteriormente

En cuanto al mantenimiento y cuidado del sistema cerrado de aspiración debe realizarse bajo una vigilancia cuidadosa si bien no hay estudios todavía que determinen la ventaja del sistema cerrado Vs. Sistema abierto en la prevención de infecciones respiratorias, brinda algunas virtudes como el que sea un solo operador el que lleve a cabo la aspiración, evita salpicaduras de secreciones hacia el personal, no permite que se pierda la presurización del circuito de respirador evitando de saturaciones bruscas, pero se debe vigilar la limpieza y lavado de la sonda después de cada aspiración y los tiempos de duración establecidos por el fabricante entre 24 y 48 hs que en la mayoría de los casos no se cumplen. En la población observada sólo el 10% cumple con esta actividad y el 90% no la realiza.

Recuperando nuevamente la importancia del lavado de manos antes de realizar un procedimiento al usuario, igual de importante es el lavado de manos pos-procedimiento para evitar la contaminación hacia otro usuario o al entorno donde se realizan otras actividades de enfermería como la preparación de medicamentos, sala de estar, etc.



Necesidad de Alimentación

Tabla 7

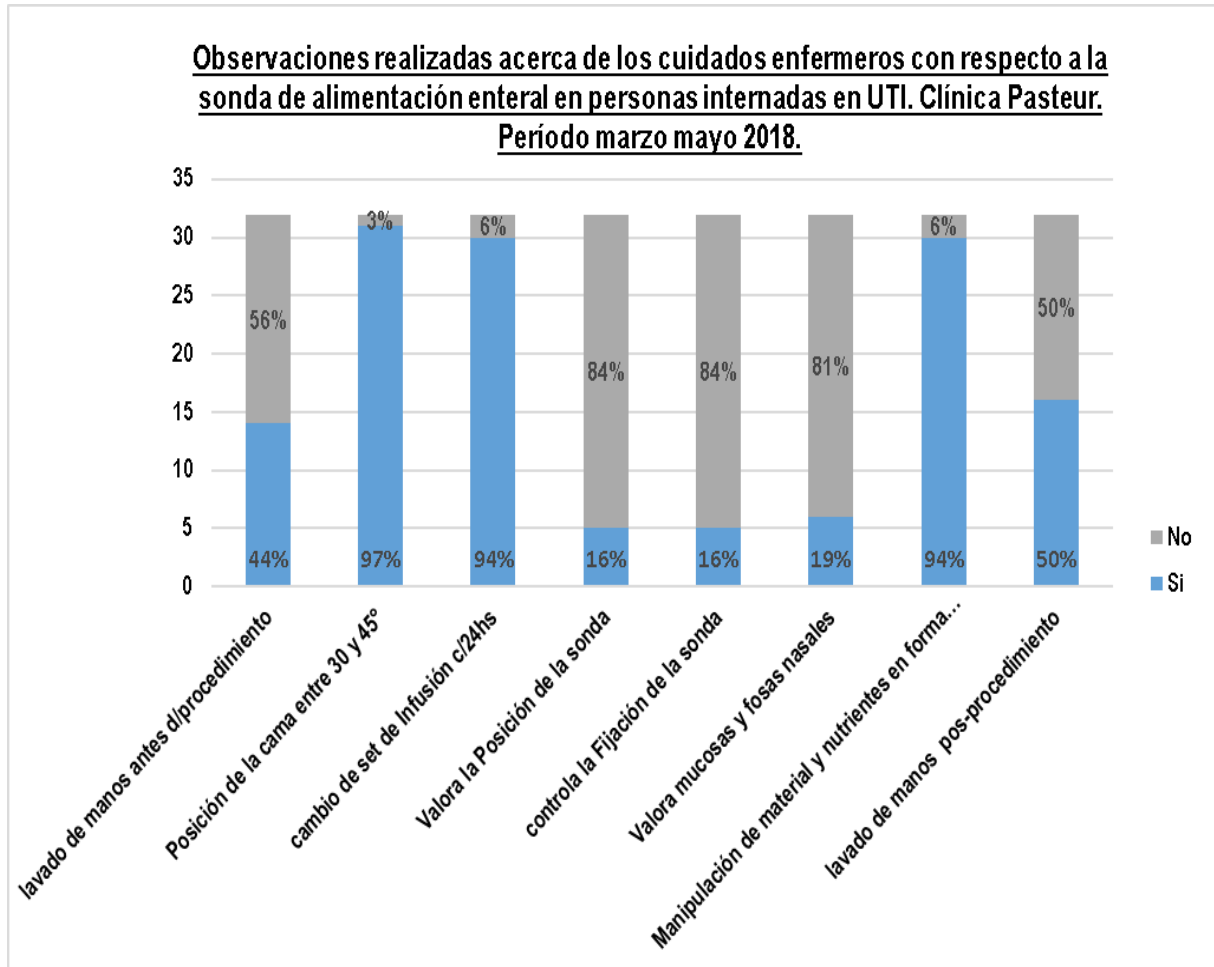
Observaciones realizadas acerca de los Cuidados Enfermeros con respecto a la Sonda de Alimentación Enteral en Personas Internadas en UTI. Clínica Pasteur. Período Marzo- mayo 2018.Neuquen.

Cuidados de la Sonda p/alimentación	Observaciones realizadas				Total observaciones
	Sí		No		
	Sub.	%	Sub.	%	
lavado de manos antes d/procedimiento	14	44%	18	56%	32
Posición de la cama entre 30 y 45°	31	97%	1	3%	32
cambio de set de Infusión c/24hs	30	94%	2	6%	32
Valora la Posición de la sonda	5	16%	27	84%	32
controla la Fijación de la sonda	5	16%	27	84%	32
Valora mucosas y fosas nasales	6	19%	26	81%	32
Manipulación de material y nutrientes en forma aséptica	30	94%	2	6%	32
lavado de manos pos-procedimiento	16	50%	16	50%	32

de

Fuente: Elaboración propia del Investigador (lista cotejo)

Gráfico 8



Fuente: elaboración propia del investigador ((lista cotejo).



Análisis e Interpretación

La higiene de manos es el método más efectivo para la prevención de Infecciones, la manipulación de las distintas fórmulas de alimentación debe realizarse bajo una cuidadosa limpieza tanto del frasco contenedor como las guías para su administración, sin embargo, un 44% del personal solamente se lava las manos y un 56% no realiza esta actividad al manipular la alimentación enteral.

Los beneficios de la alimentación enteral están establecidos como mantener la nutrición del usuario, incorporar elementos esenciales para combatir las infecciones, aportar nutrientes para el mantenimiento de la bomba muscular que mueve la respiración, acelera el proceso de cicatrización, evita a la atrofia de las vellosidades del intestino entre otras.

Sin embargo esta técnica de alimentación tiene sus riesgos, una de ellas es el reflujo gastroesofágico que puede contribuir a la aspiración de ese contenido hacia la vía aérea en un usuario que no tiene la capacidad de deglutir que se encuentra bajo sedación profunda aumentando la posibilidad de una desarrollar una infección respiratoria, por lo tanto se recomienda desde diversos estudios mantener una posición entre 30 y 45° para evitar microaspiraciones hacia la vía aérea inferior.

En el personal observado esta práctica se realiza en el 97% de los casos, solamente un 3% de la población no realiza esta actividad

Todas las guías o Protocolos de alimentación enteral establecen que las guías de infusión así como el frasco contenedor no deben durar más de 24 hs una vez abierto para mantener todas las características del preparado como su esterilidad, esta actividad se realiza en el 94% de las observaciones realizadas, mientras que un 6% no cumple con el protocolo.

La alimentación por sonda nasogástrica es una forma barata y segura de administrar nutrientes esenciales para el buen funcionamiento del organismo de aquellas personas que no pueden hacerlo por la vía normal, pero se deben cumplir con requisitos básicos, uno de ellos es la valoración de la fijación de la



sonda, se debe cambiar la cinta o cualquier método de fijación cada 24 hs para evitar que las secreciones de las fosas nasales permitan el desplazamiento de la sonda hacia la vía aérea y que el preparado valla hacia el pulmón con la posibilidad de producir un hidrotórax e infección que puede poner en riesgo la vida del usuario, el 84% de las personas observadas no cumplen con esta actividad y un 16% solamente la realiza.

Es importante también realizar la valoración diaria del estado de la mucosa de las fosas nasales que dependiendo del grosor de la sonda y el tipo de material pueden producir lesiones en la misma, por lo tanto se recomiendan utilizar sondas de pequeño calibre (12Fr) y en lo posible de material siliconado que tiene una duración de hasta 6 meses, así como la limpieza con agua y la aplicación de crema hidratante para evitar lesiones en la cavidad nasal, el 81% de las observaciones muestra que esto no se realiza, el 9% cumple con esta actividad.

Como se dijo anteriormente la manipulación de la alimentación enteral debe realizarse bajo ciertas condiciones de higiene sobre todo el lavado de manos antes y posterior al procedimiento, se observó que un 50% se lava las manos después del contacto con el usuario y el 50% no lo hace.

Necesidad de Entorno seguro.

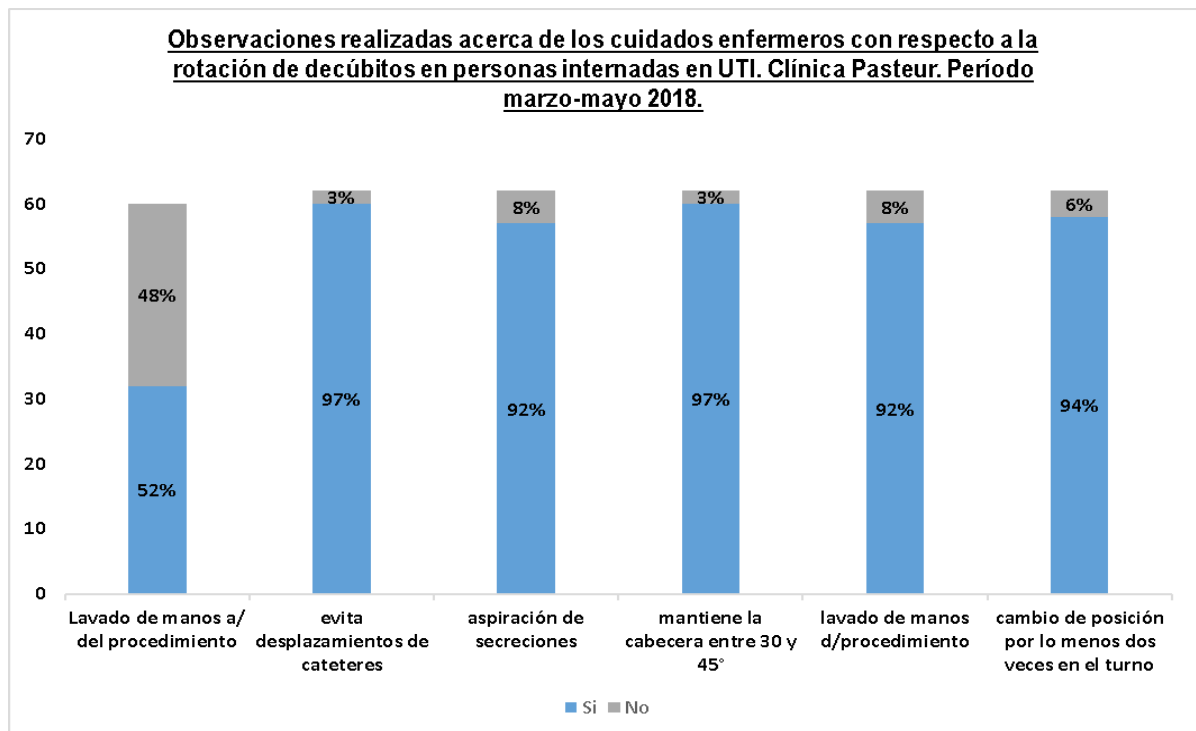
Tabla 8

Observaciones realizadas acerca de los Cuidados Enfermeros con respecto a la Rotación de Decúbitos en Personas Internadas en UTI. Clínica Pasteur. Período Marzo-mayo 2018. Neuquén

	Observaciones realizadas				Total Observaciones
	Sí		No		
	Sub.	%	Sub.	%	
Lavado de manos a/ del procedimiento	32	52%	30	48%	62
evita desplazamientos de catéteres	60	97%	2	3%	62
aspiración de secreciones	57	92%	5	8%	62
mantiene la cabecera entre 30 y 45°	60	97%	2	3%	62
lavado de manos d/procedimiento	57	92%	5	8%	62
Cambio de posición por lo menos dos veces en el turno	58	94%	4	6%	62

Fuente: elaboración propia del investigador (lista cotejo)

Gráfico 9



Fuente: elaboración propia del investigador (lista cotejo).



Análisis e interpretación

Las intervenciones en salud se realizan con el propósito de beneficiar al usuario pero también pueden causar daño, no solo se trata de procedimientos o técnicas invasivas, si no también aquellas como caídas, desplazamientos de catéteres o cualquier dispositivo que pueda poner en riesgo la vida, la movilización es muy importante en la unidad de cuidados críticos no solo para evitar lesiones en la piel si no como una forma de facilitar la movilización de secreciones en personas que están en asistencia respiratoria mecánica.

Por lo tanto la seguridad de las personas internadas ha comenzado a tomarse en cuenta en nuestro país sobre todo en la última década, dentro del equipo de salud la atención de enfermería es la prestación que más relación directa tiene con el usuario, de allí la importancia del recurso humano capacitado para poder evitar estos eventos adversos como lo define la OMS.

En la observación realizada un alto porcentaje del personal tiene en cuenta esta actividad, el 97% evita el desplazamiento de catéteres mantiene la elevación de la cabecera y solo un 3% desconoce la importancia de evitar daños agregados al usuario.

Los tubos endotraqueales y/o diferentes dispositivos que se utilizan para la ventilación mecánica sumado a la incapacidad del usuario de eliminar secreciones por estar sometido a sedación profunda en la mayoría de los casos, producen la acumulación de moco en el árbol bronquial inferior.

Las acumulaciones de secreciones producen la obstrucción de la vía respiratoria, además de atelectasias que dificultan el intercambio de oxígeno y la eliminación del dióxido de carbono que es fundamental para el buen funcionamiento de los distintos tejidos y órganos vitales.

La aspiración de secreciones previene este tipo de problemas, pero también se deben tener en cuenta algunos aspectos como la hidratación sistémica, la humidificación de las secreciones, la hiperoxigenación antes de aspirar y el



drenaje postural (rotación de ambos decúbitos) como medidas para facilitar la eliminación de secreciones.

La retención de secreciones es la primera indicación de aspiración, una vez realizado este procedimiento se deben auscultar los campos pulmonares para ver si no hay ruidos sobreagregados y asegurarse de la limpieza de la vía aérea, todo usuario con tubo traqueal requiere en algún momento de aspiración, es un procedimiento estéril, que debe realizarse solo cuando es necesario y no como una tarea rutinaria.

En la población observada el 92% de las personas cumple con esta actividad y solo un 8% desconoce o no sabe su importancia.

La posición semisentado del usuario en la unidad de cuidados críticos cumple un papel importante en la prevención de la aspiración de secreciones y contenido gástrico por reflujo hacia la vía aérea, sobre todo, aquellos que reciben alimentación por sonda, esta actividad por lo general es liderada por personal de enfermería que es la que más tiempo pasa con el usuario, es de gran utilidad llevar a cabo esta actividad así como la movilización ya que busca minimizar secuelas que deterioren la capacidad funcional de los pulmones y retarden su rehabilitación a causa del reposo prolongado.

Por encima del 90% del personal sabe de la importancia de esta actividad y la cumple y un porcentaje menor la desconoce o no la realiza.

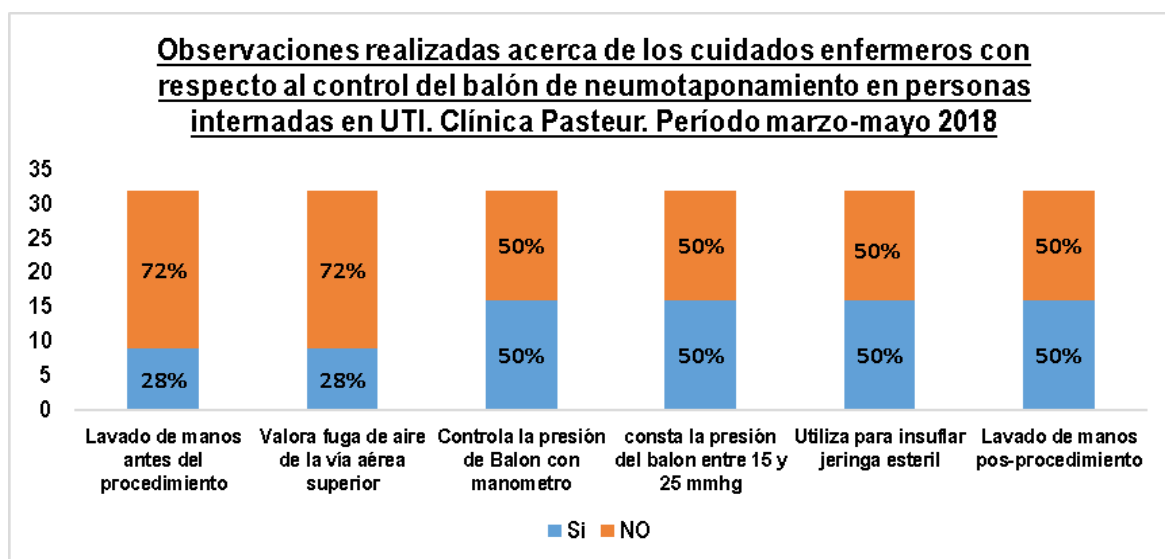
Tabla 9

Observaciones realizadas acerca de los Cuidados Enfermeros con respecto al Control del Balón de Neumotaponamiento en Personas Internadas en UTI. Clínica Pasteur. Período Marzo- mayo 2018. Neuquén.

Control del balón de neumotaponamiento	Observaciones realizadas				Total Observaciones
	Sí		No		
	Sub.	%	Sub.	%	
Lavado de manos antes del procedimiento	9	28%	23	72%	32
Valora fuga de aire de la vía aérea superior	9	28%	23	72%	32
Controla la presión de Balón con manómetro	16	50%	16	50%	32
consta la presión del balón entre 15 y 25 mmhg	16	50%	16	50%	32
Utiliza para insuflar jeringa estéril	16	50%	16	50%	32
Lavado de manos pos-procedimiento	16	50%	16	50%	32

Fuente: elaboración propia del investigador (lista cotejo)

Grafico 10



Fuente: elaboración propia del investigador.



Análisis e Interpretación.

Siempre que se realiza alguna actividad o cuidado del usuario se debe realizar el lavado de manos por la importancia fundamentada que se describe en los puntos anteriores.

La intubación orotraqueal es un procedimiento en donde se inserta un tubo en el interior de la tráquea, la finalidad de este dispositivo es aportar a través de la ventilación una cantidad controlada de oxígeno dependiendo de los requerimientos del organismo, además, permite la permeabilidad y la protección de la vía aérea y la aspiración de secreciones del árbol bronquial.

El tubo en su porción distal posee un globo que funciona como sello entre la pared de la tráquea y la parte final de este instrumento que permite incorporar presión positiva al pulmón para distender los alveolos colapsados y mejorar el intercambio de gases necesarios para el funcionamiento de los órganos.

Este globo denominado balón de neumotaponamiento no solo permite ventilar con presión positiva si no que, además, sirve para evitar que las secreciones provenientes de la boca y contenido gástrico que se acumulan en el lago faríngeo pasen hacia los pulmones y produzcan infecciones respiratorias.

La valoración de fuga de aire se realiza al controlar la presión del balón que siempre debe oscilar entre los 25 y 32 mmhg aproximadamente y a través de la observación del monitor de los ventiladores para ver si se alcanza el volumen programado y calculado para ese usuario, lo establecido es que ese control se realice una vez por turno, se observó que, un 72% de los enfermeros realiza esta actividad en forma rutinaria y el 28% restante no la realiza.

Con respecto a la presión del balón de neumotaponamiento se recomienda (Delgado Gómez, Athié García y Díaz Castillo . 2017) entre 25 y 30 mmhg aproximadamente, que es la presión estimada a nivel capilar para mantener una irrigación adecuada de los tejidos y evitar la necrosis y posterior lesión traqueal, que en el caso de producirse este daño, la resolución del mismo requiere de cirugías complejas para el usuario que retardarían aún más el



proceso de recuperación con secuelas que afectarían su calidad de vida. (p.9-10)

Para llevar a cabo esta medición se debe utilizar el instrumento adecuado, un manómetro diseñado para tal fin y la cantidad necesaria (por lo menos 2 manómetros para 12 camas), además de la formación del personal para entender la relevancia de esta actividad para la prevención de infecciones y sobre todo de lesiones que podrían afectar aún más la complicada salud de la persona, el 50% de los enfermeros realiza la actividad de medir la presión y que esta se encuentre en los valores establecidos, mientras que el otro 50% no controla la presión ni utiliza el manómetro para tal fin.

La finalidad de utilizar una jeringa estéril es para evitar que se obstruya con restos de medicación la válvula que se encuentra dentro del balón traqueal y no permita medir la presión dentro del mismo, que muchas veces, determinan el recambio del tubo con los riesgos que eso conlleva como la experiencia del operador, volver a realizar sedación profunda del usuario la cual produce hipotensión, en algunos casos arritmias, hipoxia si no realiza en forma rápida el recambio del tubo, y aumentar aún más el riesgo de neumonía si la técnica para instrumentar la vía aérea resulta dificultosa.

El 50% de los enfermeros saben de la importancia de realizar el insuflado con jeringa estéril y un 50% desconoce la finalidad.

Siempre después de cada actividad con el usuario se debe realizar un correcto lavado de manos por los fundamentos explicados en las demás actividades.

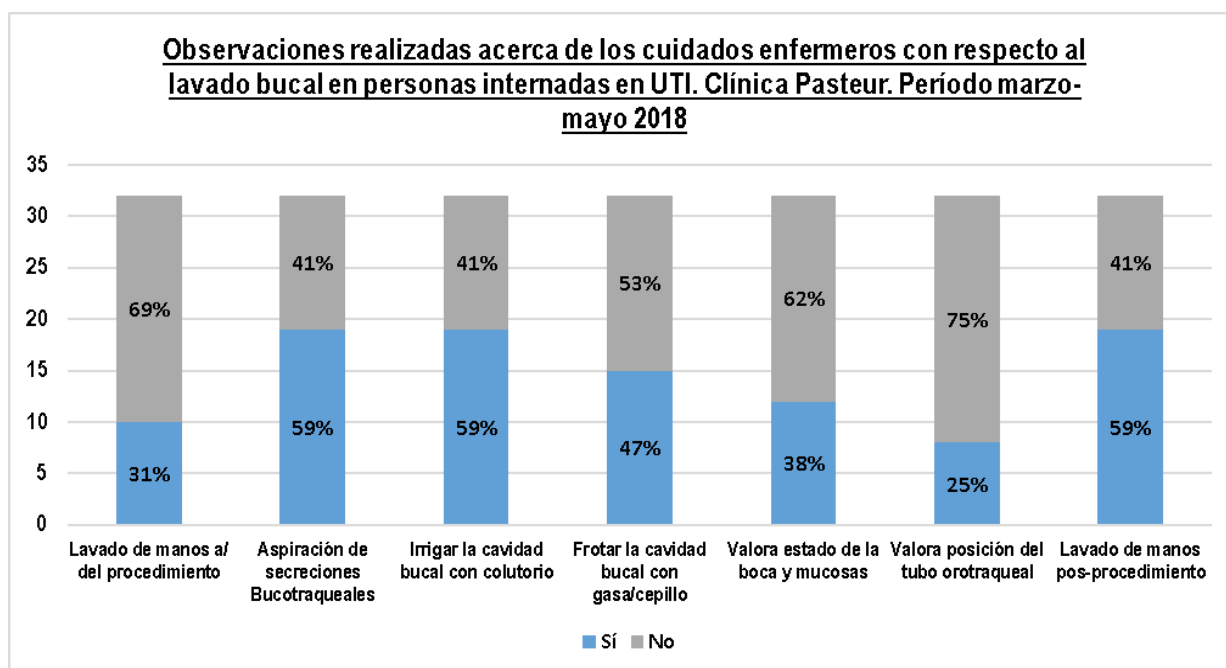
Tabla 10

**Observaciones realizadas acerca de los Cuidados Enfermeros con respecto a la Higiene Bucal en
 Personas internadas en UTI. Período Marzo- mayo 2018. Clínica Pasteur. Neuquén**

Higiene de la cavidad bucal	Observaciones realizadas				Total de observaciones
	Sí		No		
	Sub.	%	Sub.	%	
Lavado de manos a/ del procedimiento	10	31%	22	69%	32
Aspiración de secreciones Bucotraqueales	19	59%	13	41%	32
Irrigar la cavidad bucal con colutorio	19	59%	13	41%	32
Frotar la cavidad bucal con gasa/cepillo	15	47%	17	53%	32
Valora estado de la boca y mucosas	12	38%	20	62%	32
Valora posición del tubo orotraqueal	8	25%	24	75%	32
Lavado de manos pos-procedimiento	19	59%	13	41%	32

Fuente: elaboración propia del investigador.(lista cotejo)

Gráfico 11



Fuente: elaboración propia del investigador



Análisis e Interpretación

En la actividad de higiene bucal se observó que el 31% de los enfermeros se lava las manos y el 69% no lo realizaba, como se ha descrito en todas las actividades el lavado de manos es la principal acción para la prevención de infecciones, y la preocupación actual está centrada en la adhesión a esta actividad por parte de los profesionales que brindan atención al usuario.

La aspiración de secreciones es imprescindible para el manteamiento de la vía aérea artificial y un correcto intercambio de gases entre el ventilador y el usuario, pero no deja de ser una actividad que puede producir complicaciones como la hipoxia, por lo que es necesario preoxigenar al usuario con una concentración de oxígeno del 100% para evitar o aminorar esta posibilidad, las arritmias producidas también por hipoxia y estimulación del nervio vago encargado de mantener la frecuencia y el ritmo cardiaco, las atelectasias por la presión negativa que se ejerce durante la aspiración produciendo el colapso de los alveolos y en el más grave de los casos paro cardiaco, por lo que es muy importante conocer cuando y como realizar la aspiración de secreciones.

Se observó que un 59% de los enfermeros conoce la importancia de esta actividad, mientras que un 41% la desconoce.

Dentro de las estrategias para la prevención de infecciones respiratorias se encuentra la higiene oral, que al ser deficiente porque el usuario se encuentra bajo sedación o la incapacidad de eliminarlas secreciones de la boca aumentan el riesgo de infección por aspiración.

El aumento de la placa dental y la colonización de la boca por bacterias han demostrado ser uno de los factores de aumento de neumonías en la unidad de cuidados críticos, los elementos más utilizados para la higiene bucal son la gasa humedecida con colutorio y el cepillo de diente de cerdas suave. La placa bacteriana puede ser removida con el cepillo solamente pero se puede utilizar algún colutorio para disminuir el número de bacterias, pero lo realmente efectivo suele ser la higiene cada 8 horas, que se realice en forma concienzuda, y que se realice un correcto aspirado de secreciones sobre todo



del lago faríngeo que es el reservorio desde donde las bacterias pasan a la vía aérea inferior produciendo infecciones respiratorias.

El 59% de los enfermeros observados realiza esta práctica, y el 41% solo realiza la aspiración de secreciones, en tanto que un 47%, realiza el cepillado o frota la cavidad bucal para la remoción de la placa dental y el 53% no realiza esta actividad.

Con respecto a los dos últimos puntos observados como la valoración de la boca y las mucosas tienen que ver con las lesiones como escaras en la comisura de los labios que se producen en muchos casos por la fijación con vendas que se realiza para evitar que se desplace el dispositivo, la valoración del tubo endotraqueal tiene que ver con las vendas que con el correr de las horas se humedecen con la saliva perdiendo el agarre y el tubo comienza a desplazarse y poder ventilar ambos pulmones, en el peor de los casos tener que someter a una reintubación del usuario con los riesgos que eso implica. Un 62% de los enfermeros no valora el estado de la boca y las mucosas y un 75% tampoco valora la posición del tubo endotraqueal.

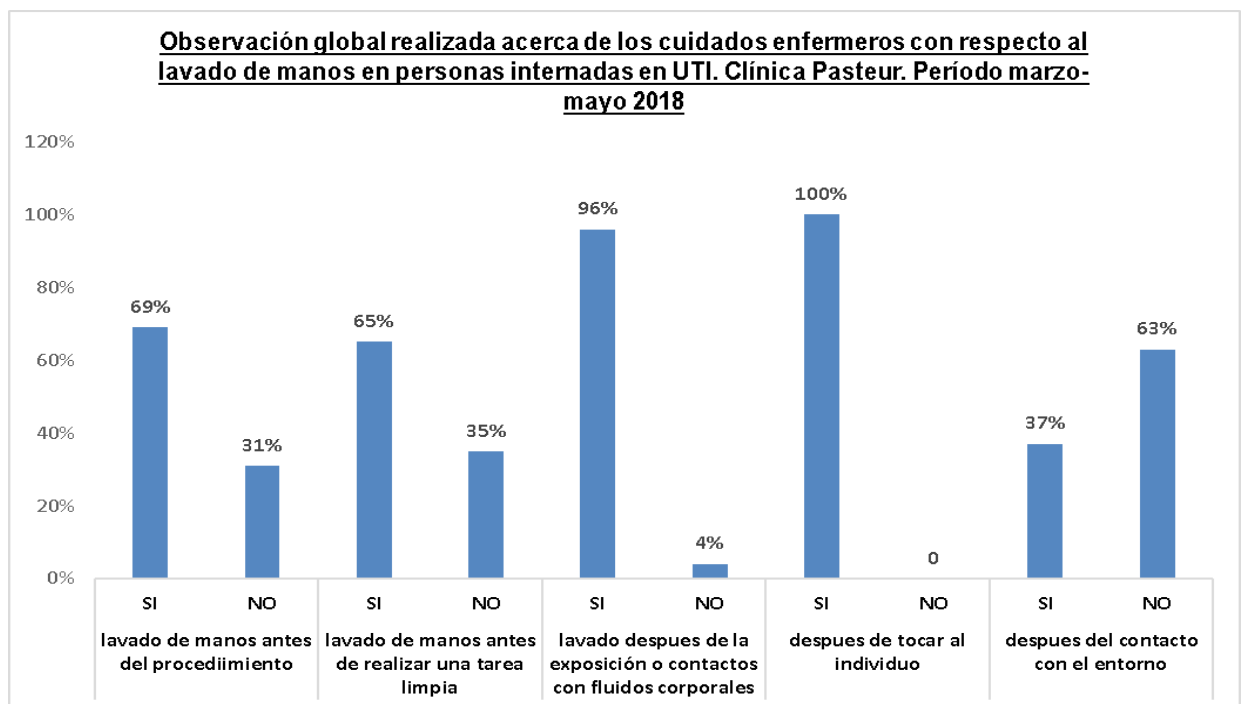
Tabla 11

Observaciones realizadas acerca de los cuidados enfermeros con respecto al lavado de manos en personas internadas en UTI. Clínica Pasteur. Período marzo-mayo 2018.

Procedimiento	Lavado de manos				total de observaciones
	Sí		No		
	Sub	%	sub	%	
Lavado de manos antes del procedimiento	185	69%	85	31%	270
Lavado de manos antes de realizar una tarea limpia	40	65%	22	35%	62
Lavado después de la exposición o contacto con fluidos corporales	52	96%	2	4%	54
Después de tocar al individuo	214	100%	0	0%	214
Después del contacto con el entorno	35	37%	59	63%	124

Fuente: elaboración propia del investigador (lista cotejo)

Gráfico 12



Fuente: elaboración propia del investigador



Análisis e interpretación

Los usuarios internados en cualquier unidad hospitalaria son susceptibles de adquirir una infección hospitalaria, numerosos trabajos realizados en distintas partes del mundo muestran una baja de las infecciones al optimizar el lavado de manos.

Para que una infección asociada al cuidado de la salud se desarrolle depende de varios factores, en primer lugar, la capacidad de enfermar del agente (virulencia, capacidad de sobrevivir al medio), el huésped (edad avanzada, desnutrición, inmunosuprimidos) y el medio ambiente (Ingreso a una Unidad de cuidados críticos, hospitalización prolongada, procedimientos invasivos y la terapia con antibióticos).

Además, es importante agregar los problemas de los países en vías de desarrollo como Argentina, en donde se suman otros factores como personal de enfermería insuficiente en relación con la cantidad y complejidad de los internados, medidas de higiene deficientes, falta de materiales y equipamiento básicos, infraestructura inadecuada, hacinamiento, entre otros.

El mecanismo de transmisión de los patógenos se produce a través del contacto directo e indirecto, el contagio mediante manos contaminadas por el personal de salud es el más común.

Este mecanismo requiere de cinco pasos secuenciales, en primer lugar, las bacterias presentes en la piel del enfermo que han sido diseminados a objetos inanimados próximos a él, en segundo lugar esas bacterias deben ser transferidas a las manos del personal de salud, deben sobrevivir al menos algunos minutos en las manos y, el lavado o la antisepsia de las manos debe realizarse en forma deficiente u omitirse, por último, deben entrar en contacto con otra persona o con su entorno para que se desarrolle la infección.

La higiene de manos en forma correcta es la única medida que ha sido demostrada para disminuir las infecciones intrahospitalarias, sin embargo, es una de las medidas más resistidas a la hora de aplicarla, entre los argumentos



más comunes se encuentran la falta de suficientes bachas para el aseo, la mala

calidad de los jabones que secan la piel, dermatitis o reacciones alérgicas, la excesiva demanda que lleva al olvido de la actividad, entre otras.

Al realizar una observación global acerca de los cinco momentos del lavado de manos que aplica el personal de enfermería podemos deducir que, un gran porcentaje, entre el 27 y 31 % se lava las manos antes de tocar al usuario o al realizar un procedimiento o después de tocar al usuario, pero también hay un porcentaje importante que no se lava las manos al finalizar un procedimiento, después de realizar alguna actividad con el usuario o después de haber estado en contacto con el entorno del mismo, aumentando la posibilidad de transmisión de estas bacterias hacia otras personas no solo a personas enfermas si no personal de salud que funciona como medio de transporte de las mismas.

Por lo tanto, es fundamental hacer hincapié en los cinco momentos del lavado de manos y su importancia en el cumplimiento para brindar un cuidado seguro.



Respecto de las observaciones realizadas se procedió a determinar la frecuencia de oportunidades de cuidados de enfermería aprovechados. Para ello se determinó la frecuencia con el que el personal reiteraba cada cuidado.

Distribución de frecuencias de oportunidades de cuidados de enfermería aprovechados relacionados al control de balón de neumotaponamiento.

	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Lavado de manos antes del procedimiento	9	56	7	44	16	100
Valora fuga de aire por VAS	9	56	7	44	16	100
Control de presión del manómetro	16	100	0	0	16	100
Constata presión de balón 15-25mmHg	16	100	0	0	16	100
Uso jeringa estéril para insuflar	16	100	0	0	16	100

Distribución de frecuencias de oportunidades de cuidados de enfermería aprovechados relacionados a cuidados de sonda de alimentación. UTI. Clínica Pasteur. Período marzo-mayo 2018

	Si		No		Total	
	n	%	N	%	n	%
Lavado de manos antes del procedimiento	14	45	18	56	32	100
Posición de la cama entre 30 y 45 grados	32	100	0	0	32	100
Cambio de set de infusión c/ 24 hs.	30	97	1	3	32	100
Manipulación de material y nutrientes en forma aséptica	30	97	2	3	32	100
Valora la posición de la SNG	5	16	27	84	32	100
Controla la fijación de la SNG	5	16	27	84	32	100
Valora fosas y mucosas nasales	6	19	25	81	32	100
Lavado de manos después del procedimiento	16	50	16	50	32	100

Distribución de frecuencias de oportunidades de cuidados de enfermería aprovechados relacionados a la higiene de la cavidad bucal. UTI. Clínica Pasteur. Período marzo-mayo 2018

	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Lavado de manos antes del procedimiento	10	53	9	47	19	100
Aspiración de secreciones buco-traqueales	19	100	0	-	19	100
Irrigar la cavidad bucal c/colutorio	19	100	0	-	19	100
Frotar la cavidad bucal con gasa y cepillo	15	79	4	21	19	100
Valora estado de la boca y mucosas	12	63	7	37	19	100
Valora posición y permeabilidad del tubo traqueal	8	42	11	42	19	100
Lavado de manos después del procedimiento	19	100	0	-	19	100



Distribución de frecuencias de oportunidades de cuidados de enfermería aprovechados relacionados a los cambios de decúbitos. UTI. Clínica Pasteur. Período marzo-mayo 2018.

	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Lavado de manos antes del procedimiento	32	53	28	47	60	100
Evita desplazamientos de catéteres	60	100	-	-	60	100
Aspiración de secreciones	57	95	3	5	60	100
Mantiene la cama entre 30 y 45 grados	60	100	-	-	60	100
Lavado de manos después del procedimiento	57	95	3	5	60	100
Cambio de posición 2 veces por turno	58	91%	6	9%	64	100%



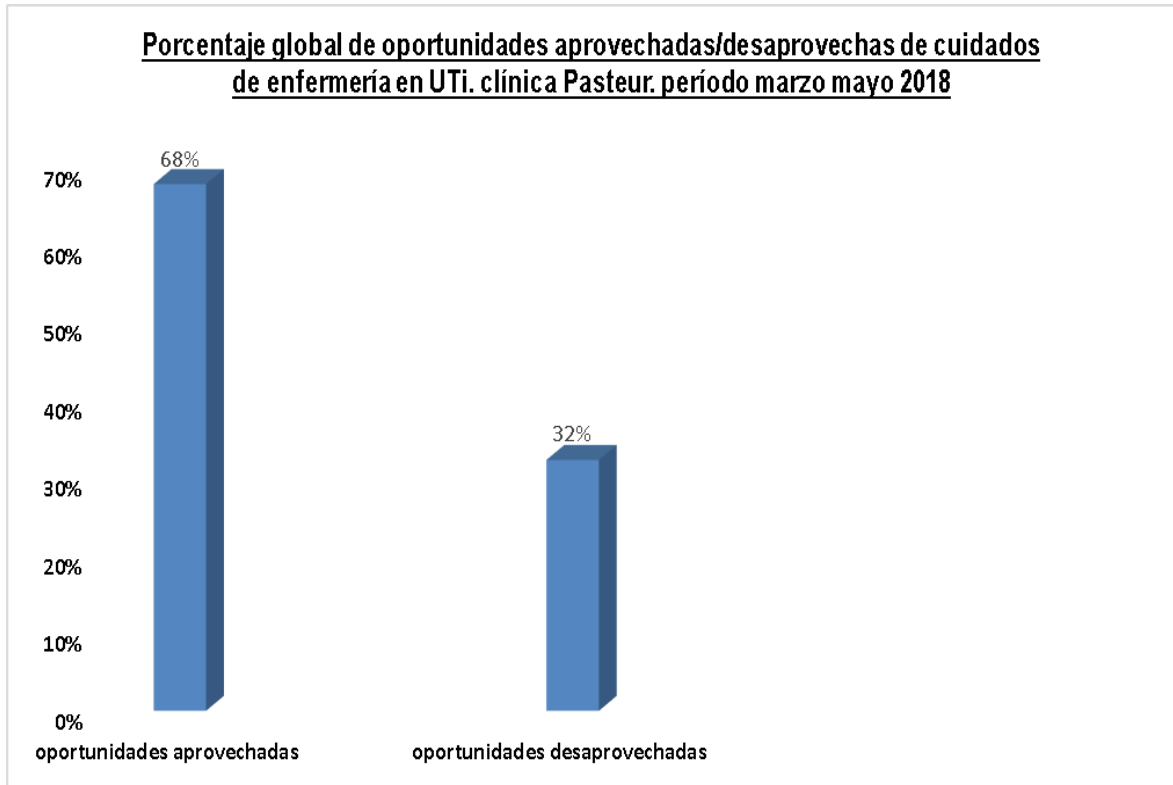
Distribución de frecuencias de oportunidades de cuidados de enfermería aprovechados relacionados a la aspiración de secreciones. UTI. Clínica Pasteur. Período marzo-mayo 2018

	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Lavado de manos antes del procedimiento	79	48	87	52	166	100
Pre oxigena al usuario antes del procedimiento	14	8	150	92	164	100
Aplica aspiración cuando retira la sonda	167	100	0	-	167	100
Lava con solución salina la sonda después del procedimiento	17	10	146	90	163	100
Lavado de manos después del procedimiento	138	87	20	13	158	100



Distribución de frecuencias de oportunidades de cuidados de enfermería aprovechados relacionados al lavado de manos. UTI. Clínica Pasteur. Período marzo-mayo 2018.

	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Lavado de manos antes del procedimiento	187	70	82	30	269	100
Lavado de manos antes de realizar una tarea limpia o aséptica.	40	65	22	35	62	100
Después del riesgo de exposición a fluidos corporales	52	96	2	4	54	100
Después de tocar al usuario	215	100	0	--	215	100
Lavado de manos después del procedimiento	35	37	60	63	95	100



Fuente: lista cotejo. Elaboración propia del investigador.



Análisis e interpretación

En la necesidad respiratoria al realizar la actividad de aspiración de secreciones no se realiza el lavado correspondiente de la sonda de aspiración en un 90% aumentado la posibilidad de contaminación y colonización del circuito de aspiración, 92% no oxigenó al usuario antes de aspirar secreciones con el riesgo de alterar el intercambio de oxígeno y aumentar la hipoxia con consecuencias para la vida del usuario.

En las unidades de cuidados críticos el control del balón de neumotaponamiento debe realizarse obligatoriamente una vez por turno para asegurar que el contenido de la boca no llegue a través de la tráquea al pulmón, sin embargo, no en todas unidades esto se encuentra protocolizado, en una población de 32 personas solo el 50% realizan esta actividad, es decir solo la mitad cumple con este cuidado, junto con ella un número menor, no se higieniza correctamente las manos (44%).

La alimentación en los usuarios en estado crítico es de vital importancia, no solo por el aporte de nutrientes sino además de la importancia para mantener un medio interno equilibrado y favorecer su recuperación, esta alimentación se realiza por medio de una sonda de muy bajo costo y de fácil colocación, sin embargo requiere de estrictos cuidados, sobre todo, evitar su desplazamiento con el correr de los días favoreciendo que el alimento líquido pueda pasar hasta la vía aérea y de esta manera favorecer una neumonía aspirativa.

El 56% de los enfermeros no se lava las manos al comenzar el procedimiento, el 84% no valora la posición de la sonda de alimentación que en muchos casos con el correr de los días suele desplazarse por causas como deficiente fijación, tiramientos como consecuencia de la movilización, vómitos, tos, allí la importancia de controlar durante todos los turnos que la misma se encuentre en el lugar correcto, de esta manera, disminuir el riesgo de broncoaspiración y el desarrollo de neumonía.

Otra actividad importante en la prevención de infecciones respiratorias es el lavado bucal, además de la limpieza y disminución de la flora bacteriana se



evita que secreciones presentes en la boca pasen hacia los pulmones a través del aspirado de la misma, el 100% de los enfermeros cumple con esta actividad, así también con la limpieza en un 79%.

La rotación de decúbitos además de la prevenir las úlceras por presión, colaboran con la movilización, drenaje y expectoración de las secreciones pulmonares, teniendo en cuenta que los usuarios se encuentran bajo sedación sin poder realizar esta actividad por ellos mismos.

El 91% cumple con esta actividad de movilizar al usuario, como también con la aspiración de secreciones en un 95% de los casos.

Por último, si bien todos los cuidados mencionados anteriormente son importantes, el lavado de manos adquiere mayor relevancia porque es el comienzo de toda actividad y finalización de la misma, se pueden realizar los cuidados de la forma más correcta, pero, si no se cumplen los cinco momentos del lavado de manos después de cada actividad en cierta forma afecta o influye en todo lo realizado.

El lavado de manos antes de realizar un procedimiento y después de realizar una tarea aséptica tiene un porcentaje del 70 y 65%, pero no deja de ser importante el 30 y 35% que no cumple con la actividad, después del riesgo a exposición a fluidos corporales y después del contacto con el usuario el porcentaje de cumplimiento es elevado, entre el 100 y 96%, pero, hay un porcentaje también elevado del personal, un 63% que no se lava las manos después de haber realizado un procedimiento o actividad con el usuario convaleciente.

Al realizar un cálculo global de las oportunidades aprovechadas/desaprovechadas se puede observar que un 68% de la población en estudio cumple con las actividades, sin embargo, un 32% no hace uso de estas oportunidades.

Podemos definir a las oportunidades desaprovechadas como la pérdida del momento o los medios oportunos para conseguir algo, en este caso la posibilidad de brindar un cuidado seguro.



La seguridad en la atención del usuario está considerada por la organización mundial de la salud como un problema de salud pública, relacionada directamente con la calidad.

Analizar la calidad es un tema complejo, que requiere de un análisis profundo e individual de cada institución, de su visión y misión establecidas desde su creación, pero hay algo que trasciende todo esto y es la obligatoriedad y compromiso por parte de todo el personal para con la salud de las personas.

Parte de este compromiso tiene que ver con el conocimiento científico-técnico que promuevan las mejores prácticas de enfermería, así como documentar e investigar temáticas relacionadas con su área de experiencia.

Los cuidados de enfermería han ido evolucionando a través del tiempo, en la actualidad son más especializados, sobre todo en las unidades de cuidados intensivos donde se encuentran usuarios de diversa criticidad y dependen de un equipo interdisciplinario para solucionar su problema de salud.

Como se ha mencionado a lo largo de todo el desarrollo de este trabajo, las infecciones adquiridas dentro del hospital representan el problema más complejo a resolver por la salud Pública, a pesar de las distintas investigaciones que se han llevado a cabo en todo el mundo, abordando distintos problemas relacionados directa e indirectamente con la prevención de infecciones aún sigue siendo elevado el porcentaje de interurrencias durante la estadía del usuario que acude a una institución para resolver un problema de salud.

Al realizar el análisis y posterior interpretación de los datos obtenidos, se puede concluir que el nivel de conocimiento está directamente relacionado con el cuidado brindado, pero también surge un nuevo dato, las oportunidades aprovechadas/ desaprovechadas al realizar una determinada actividad que potencian los riesgos de poder brindar un cuidado seguro.



CAPITULO V

Conclusiones y

Recomendaciones.



Conclusiones

Luego del procesamiento, análisis e interpretación de los datos y atendiendo al problema de investigación planteado, se concluye lo siguiente:

- El conocimiento correcto representa el 32% del total, el cual se puede evidenciar en:

- Necesidad de respiración (elevación de la cabecera 59%).
- Necesidad de alimentación (control de SNG 53%).
- Necesidad de movilización (rotación de decúbitos 69%)

- El conocimiento medianamente correcto se encuentra representado por el 62%, se evidencia al referirse a:

- Necesidad de respiración (elevación de la cabecera en el 59% de los casos).
- Necesidad de entorno seguro (lavado de manos 66% y cuidados del balón traqueal en el 6% de los casos)

- En cuanto al conocimiento incorrecto o no sabe/ no contesta 6% del total se evidencia en:

- Necesidad de respiración (elevación de la cabecera).
- Necesidad de alimentación (control de SNG).
- Necesidad de movilización (rotación de decúbitos).
- Necesidad de entorno seguro (lavado de manos, cuidados del balón traqueal).



En relación a los cuidados que se brindan (observados siguiendo una lista cotejo), se evidencia lo siguiente:

- Necesidad Respiración y Necesidad de Entorno Seguro
- Se aplica aspiración de la sonda al retirarla, luego de aspirar secreciones en todas las intervenciones de cuidado.
- Respecto del balón de neumotaponamiento, los cuidados se realizan en un 28 a 50% de las intervenciones de cuidado.
- En relación a los cuidados de la cavidad bucal estos se realizan en un 25 a 59% de las intervenciones de cuidado.
- Se evita el desplazamiento de catéteres, se aspiran secreciones, se mantiene la cabecera entre 30 y 45° y se realiza lavado de manos después del procedimiento en un 92 a 97% de las intervenciones de cuidado.
- El lavado de manos no se realiza en todos los casos que se requiere.

- Necesidad de Alimentación
- Se verifica posición de la cama, se cambia el set de infusión cada 24 hs., y se manipulan los materiales y nutrientes en forma aséptica entre un 94 a 97% de las intervenciones de cuidado.

- Necesidad de Movilización
- Lavado de manos antes de realizar el procedimiento en un 52% de los casos, evita el desplazamiento de catéteres, aspira secreciones, mantiene la cabecera en 30 o 45°, cambios de posición dos veces en el turno y lavado de manos pos-procedimiento en el 92 y 97% de los casos.



El cuidado enfermero es lo que caracteriza y diferencia a la enfermería de las demás profesiones, cuidar es una palabra con un significado muy amplio dependiendo de la óptica que se la mire. En las unidades de alto riesgo el cuidado enfermero se caracteriza por la inmediatez para resolver las necesidades de las personas a cuidar como así también la continuidad del cuidado y la presencia constante del personal de enfermería al lado de la persona enferma.

Por lo tanto, el cuidado de enfermería es esencial para lograr estos objetivos, sin embargo, existen riesgos y complicaciones en personas con alteración en la función respiratoria, conectadas a un equipo de ventilación, por lo que requieren de cuidados oportunos, seguros y especiales.

Para brindar ese cuidado especializado la enfermería que desarrolle cuidados en una unidad de cuidados críticos, debe poseer conocimientos científicos amplios, propios de la enfermería y de otras disciplinas, tecnológicos, como también afectivos y emocionales, lo cual promueve autonomía y calidad en el cuidado que se brinde.

Henderson refiere que el “proceso de cuidar está dirigido a suplir los déficits de autonomía del sujeto...”, (2003, p, 169) si estos cuidados no suplen adecuadamente la autonomía de las personas para satisfacer las necesidades, surgirán una serie de factores que ubican al usuario en alto riesgo de mantener su dependencia y/o morir. Esta situación se debe a que su potencial para satisfacer sus necesidades es insuficiente o inadecuado.

En este sentido Duran de Villalobos (2000) afirma que la práctica es la expresión de las formas en que los-as enfermeros-as utilizan el conocimiento, por lo que se interpreta que al referirse a las prácticas de enfermería se está vinculando el cuidado basado en un marco conceptual amplio.

En este sentido cabe concluir, que, si bien no se pretendió indagar acerca de la relación entre conocimientos y práctica de cuidado, si se puede especificar



que entre el conocimiento medianamente correcto y lo que no se sabe o no contesta

supera al conocimiento correcto obtenido, y que esta situación se evidencia en la práctica, no utilizando el 100% de oportunidades de intervención de cuidado, con lo cual la práctica de cuidado se puede considerar como insuficiente.

Por lo tanto, se recomienda:

- Reflexionar acerca de la práctica de cuidado.
- Consensuar un modelo teórico a seguir lo que permitirá abordar el cuidado desde una perspectiva disciplinar y no solo procedimental.
- Abordar la evidencia científica desarrollada por la comunidad de enfermería en el país y Latinoamérica, que refiere cuidados a brindar con el objetivo de evitar o disminuir el riesgo de infecciones respiratorias en usuarios hospitalizados en unidades de Terapia Intensiva.



Referencias

Bibliográficas



- Ander Egg, E. (1995). *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires: Humanitas.
- A. Mesejo, M.J., y M. García, S. (2007). Acceso enteral y evaluación de la función intestinal en el paciente crítico. *Nutrición Hospitalaria*, 22, (2), 37-49.
- Benavent Garcés, M.A., Ferrer Ferrandis, E., y Francisco del Rey, C. (2003) Corrientes del pensamiento enfermero I: modelos y teorías desde 1859 hasta 1969. En Benavent Garcés, M.A., Ferrer Ferrandis, E., y Francisco del Rey, C., *Fundamentos de Enfermería* (161-188). Madrid, España: Ediciones DAE (Grupo Paradigma)
- Blanco Bello, L. (2013). Cuidados de Enfermería en la prevención de neumonía nosocomial asociada a la ventilación mecánica (Trabajo de fin de grado). Universidad de Coruña, Barcelona, España.
- Burgos Moreno, M., Paravic Klijn, T. (2009). Enfermería como profesión. *Revista Cubana de Enfermería*, 25, (1-2), 1-7.
- Calil, K., Cavalcanti, V., Geilsa, S., y Selvino, Z. R. (2014) Acciones y/o intervenciones de enfermería para la prevención de infecciones hospitalarias en pacientes gravemente enfermos: una revisión integrativa. *Enfermería global*, (34), 406-421.
- Chávez Vargas Y. M. (2007). Algunos fundamentos teóricos para el cuidado de enfermería. *Revista Mexicana de enfermería cardiológica*, 15, (1), 28-30.
- De Salud, C. (2006). Servicio Madrileño de Salud. Estrategia para la seguridad del paciente. Recuperado de www.madrid.org/publicamadrid.
- Duque Cardona, S. (1999). Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento. *Investigación y educación en Enfermería*, XVII, (1), 75-85.
- Durán de Villalobos, M. M. (2001) Disciplina de Enfermería. En *Enfermería. Desarrollo teórico e investigativo* (15-60). Santa Fe de Bogotá, Colombia; Unibiblos.
- Durán de Villalobos, M. M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Revista Aquichán*, 2, (2), 13-25
- Elorza Mateos, J., Ania González, N., Ágreda Sádaba, M., Del Barrio Linares, M., Margall Coscojuela, M. A. y Asiain Erroa, M.C. (2011). Valoración de los cuidados de enfermería en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica. *Enfermería Intensiva*, 22, (1), 22-30.



- Ferreira Fernandes Da Silva, E., Marinho Chrizostimo, M., Lopes De Azevedo, S., Ferreira de Souza, D., de Souza Braga, A.L. y Lima, J. L. (2013). Un desafío para el controlador de infección: falta de adhesión de la enfermería a las medidas de prevención y control. *Enfermería Global*, 31, 316-356.
- García Gonzales M.J. (2002). *El Proceso de la Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería*. México: Editorial Progreso, S.A. DE C.V. Recuperado de: <https://books.google.com.ar/books?isbn=9706414932>
- Gualán Sarango, L.A. (2009). *Técnica de aspiración de secreciones nasofaríngeas*. Tesis de grado. Universidad de Loja. Ecuador.
- Guillén Cadena, M. D. y Cuevas Guajardo L. (2009). Investigar en Enfermería: ¿por qué y para qué? *Desarrollo Científico en Enfermería*, 17 (2) ,89-92.
- González, M. D. J. G. (2004). *El Proceso de la enfermería y el modelo de Virginia Henderson*. Lugar: México. Editorial Progreso.
- Hernández Cabezas M., Hernández Cabezas M., Pérez Mauri, J. L., y García Franco, V. (2012) La filosofía, el Proceso salud-enfermedad y el medio ambiente. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11, (5), 727-735.
- Hernández Martín, C. (2015). *El modelo de Virginia Henderson en la práctica de enfermería*. Tesis de grado en enfermería. Universidad de Valladolid. España. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf?jsessionid=23B3E459DAAD674793E71B27984E4ED9?sequence=1>
- Ilari, S., Salas, M. A. (2009). Evaluación nutricional y soporte nutricional por vía enteral: nivel de conocimientos de enfermeros de unidades de terapia intensiva adultos de los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Revista Enfermería Global*, (6) ,1-10.
- Kluczynik Vieira, C. E.N., de Andrade, P. S., Coura, A. S, Enders, B. C., Dutra, M. O. M. (2014). Acciones de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica: revisión sistemática. *Enfermería Global*, 13, (3), 338-361.
- Lalane, M., Abel, R. M., Rolón D., Basso, M., Benítez, V., Cardozo, G. (2008). Estudio de prevalencia del lavado de manos en el equipo de Enfermería



de las Clínicas Médicas del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quíntela, Universidad de la República, Uruguay. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 3, (2), 8-18.

Lenos Gonzales, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de antropología*, 22, Disponible en https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/7118/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.pdf?sequence=10&isAllowed=y

León Román, C. A. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 22, (3) ,1-7.

Lisboa, T., Rello, J. (2008). Prevención de infecciones nosocomiales: estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Medicina intensiva*, 32, (5), 248-252.

López-Herrera, J.R., Méndez-Cano, A.F., Bobadilla-Espinosa, R.I., y Zacate-Palacios, J. (2012). Infecciones nosocomiales, mortalidad atribuible y sobre estancia hospitalaria. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 20 (2) ,85-90.

Lossa G., Giordano Lerena, R., Arcidiácono, D., Fernandez L., Diaz C., Peralta N., Cabral M., y Clemente M. (2011). Prevalencia Puntual de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud en Áreas no Críticas de Hospitales en la Red Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de argentina (VIHDA). *Revista Argentina de Salud Pública* 2, (6) ,11-18.

Luna, C. M., Monteverde, A., Rodríguez, A., Apezteguia, C., Zabert, G., Ilutovich, S., y Mera, J. (2005). Neumonía intrahospitalaria: guía clínica aplicable a Latinoamérica preparada en común por diferentes especialistas. *Archivos de Bronconeumología*. 41, (8), 439-456.

Maimone S. (2012). *Infección Hospitalaria 1*. San Miguel, Buenos Aires. Argentina: Editorial Copy Sig.

Martínez Torres, C., García Aguilar, R. (2017). La realidad de la unidad de cuidados críticos. *Revista Medicina Crítica*, 31, (3) ,171-173.

Ministerio de Salud de la Nación. (1983) Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias (VIHDA) de la República Argentina.

Mínguez Arias. (2000). Antropología de los Cuidados. Universidad de Alicante. 1 y 2 semestre. (7-8) ,102-106.



- Miquel Roig, C., Picó Segura, P., Huertas Linero, C. y Pastor Martínez, M. (2006). Cuidados de enfermería en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica. Revisión sistemática. *Enfermería Clínica*, 16 (5), 244-252.
- Mondragón Barrera A., Estrada García A., y Cadavid Bedoya D. (2014). Importancia de la recuperación nutricional para la realización de actividad física en pacientes críticamente enfermos. *Revista CES Movimiento y Salud*, 2, (2), 101-113.
- Montesinos Giménez, G., Ortega Vargas, M.C., Leija Hernández, C., Quintero Barrios, M.M., Cruz Ayala, G., Suarez Vázquez, M. (2011). Validación de un instrumento de valoración de enfermería cardiovascular con el enfoque de Virginia Henderson. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 9, (1), 13-20.
- Moya Romero, J.A., Centeno Espinoza, E.G., y Jalinas Pavón, M. J. (2016). *Conocimiento y práctica que tiene el personal de Enfermería sobre las medidas de prevención de las infecciones asociadas a la atención en la salud en la sala de UCI del Hospital escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez*. Tesis para optar al título de Lic. en Enfermería en pacientes críticos. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Nicaragua. Disponible en <http://repositorio.unan.edu.ni/2296/1/40150.pdf>
- Nascimento, K C, Erdmann, A. L. (2009). Comprender las dimensiones de los cuidados intensivos: la teoría del cuidado transpersonal y complejo. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 17 (2), 215-221.
- Núñez Olvera S., Pérez Castro A., Alonso Trujillo J., Soto Arreola M., Orozco Reyes A., y Molina Gómez, A. (2015). Cumplimiento de los cuidados de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. *Revista CONAMED*, 20, (1), 7-15.
- Ochoa Marín, S. C. (2005). A propósito de la enfermería basada en la evidencia: algunos cuestionamientos, limitaciones y recomendaciones para su implementación. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23, (2), 138-146.
- OMS. (2005). Reto Mundial en Pro de la Seguridad del Paciente. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. pp. 4-5. Recuperado de: www.who.int/patientsafety/information_centre/GPSC_Launch_sp.pdf
- Oña Changoluisa, K. E. (2017). *Plan de capacitación sobre técnicas de aspiración de secreciones y su relación con la aparición de complicaciones en los pacientes intubados de la unidad de cuidados*



intensivos del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Tesis de pregrado. Universidad Regional de los Andes. UNIANDES, Ambato, Ecuador. Disponible en <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/6044/1/PIUAENF016-2017.pdf>

OPS. (2013). Sistemas de Notificación de Incidentes en América Latina. pp. 3-4. Recuperado de: www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task

Orta González, M., Vázquez Hachero, G.A., Ponce Domínguez, J., Neto Barrera, C. P., Polanco González, E, M. (2002). Proceso de Atención de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy. Disponible en <https://studylib.es/doc/5342989/proceso-de-atenci%C3%B3n-de-enfermer%C3%ADa--modelo-de-sor-callista...>

Polit, D y Hungler, B. (1992). *Investigación científica en ciencias de la salud.* México: Nueva Editorial Interamericana.

Poblete Troncoso M. y Valenzuela Suazo S. (2007). Cuidado Humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20, (4), 499-503.

Raurell Torredà, M. (2011). Impacto de los cuidados de enfermería en la incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica invasiva. *Enfermería Intensiva*, 22, (1), 31-38.

Shmunis G, Gordillo A, Acosta Gnass S., Bologna R., Rubinski S, Aragón, C., Zurita J., Douce R., Sánchez O., Falconi G., Guerrero F., Mejía C., Silvestre M., Villafañe M., y Mogdazi C. (2008). Costo de la infección nosocomial en unidades de cuidados intensivos de cinco países de América Latina: Llamada de atención para el personal de salud. *Revista Panamericana de Infectología*, 10, (1), 70-77.

Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación SENSAR. (2017). Sonda nasogástrica de nutrición enteral en localización pulmonar. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 64, (1), 61-65.

Solano Ruiz, M., Siles González, J. (2005). Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. *Índex de enfermería*, 14, (51), 29-33.

Torres García, M., González González, B.A, García Puga, M. T., González Juárez, L., Espinosa Vital, G.J., Vélez Marquez, M.G.D. (2009). Estudio de prevalencia de infecciones nosocomiales en una unidad médica de alta especialidad. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 6 (2), 39-45.



- Valle Racero, J. I. (2000). Cuidar desde una perspectiva cultural. *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*. (7y8), 96-101. DOI: <https://doi.org/10.14198/cuid.2000.7-8>
- Varela Curto, D. M., Gómez Sanjurjo, L. M., y Blanco Garcia, F.J. (2012). La investigación en enfermería. Rol de la enfermería. *Revista Enfuro*, (121),19-21. Disponible en [file:///C:/Users/POSITIVO%20BGH/Downloads/Dialnet-LaInvestigacionEnEnfermeriaRolDeLaEnfermeria-4093900%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/POSITIVO%20BGH/Downloads/Dialnet-LaInvestigacionEnEnfermeriaRolDeLaEnfermeria-4093900%20(1).pdf)
- Vásquez Truisi, M.L. (2011). Cuidar e investigar: desafíos metodológicos en enfermería. *Texto and Contexto Enfermagem*, 20, (1) ,175- 183.
- Velazco Sanz, T., Delgado De la Fuente, R. M., Sánchez de la Ventana, A. B., Merino Martínez, R. (2015). El control del neumotaponamiento en cuidados intensivos: influencia de la formación de los profesionales de enfermería. *Enfermería Intensiva*, 26, (2), 40-45. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/396557>
- Villarreal Cantillo, E. (2007) Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Revista Salud Uninorte*, 23, (1), 12-119.
- Zambrano de Guerrero A., Guevara, B., Maldonado García M., Evies A., España P., y Salas, B. (2010). Humanizando el cuidado a personas críticamente enfermas. *Revista Educación en Valores*, I, (13), 68-77. Universidad de Carabobo
- Zarate Grajales, R. A. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Índex de Enfermería*, 13, (44-45),42-46. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&nrm=iso>. Accedido en 04 abr. 2016.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE –FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA SALUD
Departamento de enfermería-carrera licenciatura en enfermería
INFORME FINAL: Cuidados y conocimientos de enfermería relacionados con la prevención de
infecciones respiratorias en usuarios hospitalizados en terapia intensiva.
AUTOR: Miguel Cayunao



Anexos



Instrumento de recolección de datos

Cuestionario anónimo elaborado y aplicado para el proyecto de investigación

Marque la/s consignas correctas

1. Cómo evalúa la necesidad de aspiración en el usuario en ARM:
 - Administra aire u oxígeno humidificados porque facilita la movilización de secreciones
 - Ausculta sonidos respiratorios porque permite oír el choque del aire contra las secreciones que ocluyen parcialmente la vía aérea.
 - Fundamenta la necesidad de mantener la vía aérea libre de secreciones para que no se desadapte el enfermo a la ventilación mecánica.

1. En cuanto a la técnica de aspiración de secreciones en un usuario en ARM:
 - Detiene la alimentación durante 30 o 60 segundos o lo que dure el procedimiento porque evita la regurgitación gástrica.
 - Abre la vía aérea elevando la barbilla o empujando la barbilla para favorecer la aspiración
 - Hiperoxigena al usuario antes de la aspiración de secreciones para evitar una baja brusca de la saturación de O₂
 - Ausculta los campos pulmonares después de la aspiración de secreciones porque valora la entrada de aire a los pulmones

1. Con respecto al lavado bucal se realiza para:
 - Mantener limpia la cavidad oral porque evita la halitosis.
 - Evitar la colonización bacteriana y disminuye el riesgo de infecciones respiratorias



- Evitar el desplazamiento del tubo orotraqueal porque los dispositivos mojados permiten el desplazamiento del mismo.

1. Sobre el mantenimiento de la presión del balón de neumotaponamiento se realiza para:

- Evitar que el tubo se desplace porque se insufla un balón que aumenta la presión sobre la tráquea.
- Evita las infecciones porque sella las vías respiratorias no permitiendo que las secreciones de la cavidad bucal pasen hacia el pulmón.
- Mejorar la ventilación porque al sellar la vía aérea superior no permite que se escape volumen de O₂ hacia fuera del pulmón.

1. La elevación de la cabecera a 30-45° tiene por objeto:

- Disminuir el riesgo de aspiración de contenido gástrico porque evita la regurgitación
- Mejorar la ventilación porque permite la expansión del tórax y disminuye el riesgo de aspiración
- Evita la distensión gástrica porque el usuario se adapta mejor a la ventilación.

1. La lateralización del usuario con ventilación mecánica tiene por finalidad:

- El aclaramiento de las secreciones bronquiales porque mejora la fluidificación de las secreciones.gt
- Contribuir a disminuir el riesgo de infecciones respiratorias porque permite la movilización de secreciones por gravedad
- Mejorar la tos porque esta estimula la expulsión de secreciones del pulmón.



1. Se debe lavar las manos para:

- evitar la colonización cruzada y eventualmente la contaminación exógena.
- Después del contacto con el usuario y fluidos corporales con guantes se debe realizar lavado de manos nuevamente porque el guante actúa como segunda piel.
- Se debe lavar las manos después de salir de la unidad del usuario porque evita la diseminación al medio ambiente.

1. Controlar la sonda para alimentación enteral es importante para:

- Prevenir infecciones respiratorias porque evita la aspiración de contenido gástrico.
- Prevenir lesiones por decúbito porque puede producir necrosis y abscesos de nariz.
- Prevenir vómitos porque evita la distensión abdominal.

Lista cotejo

Dimensión	Indicadores	Observaciones
Cuidados enfermeros relacionados con la prevención de infecciones respiratorias	<p>Aspiración de secreciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar higiene de manos. previo Oxigenar al usuario durante 30 segundos antes de la aspiración. Colocarse los guantes Colocar una jeringa con solución salina en la entrada de la sonda para lavar luego de la aspiración. Aplicar aspiración mientras se retira la sonda. Lavado de manos posterior al procedimiento <p>Higiene de la cavidad bucal.</p> <ul style="list-style-type: none"> Lavado de manos Comprobar la presión del balón de tubo orotraqueal Aspiración de secreciones bucofaringeas. Irrigar la cavidad bucal con 10 a 15 ml de antiséptico bucal. Frotar la cavidad bucal y dientes con gasa impregnada con colutorio. <p>Control de presión del balón de neumotaponamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> Valorar fuga de aire por la boca. Medir la presión con el manómetro utilizado para tal fin. Constatar que la presión se encuentre entre 15-25mmhg. <p>Cuidados de la sonda de Alimentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> Posición de la cama a 30°. Control de la presión del tubo endotraqueal. Cambio de contenedores y guías de infusión c/24hs para evitar contaminación. La manipulación del material y nutrientes se deberá hacer en forma aséptica. Vigilancia por turno y cambio de fijación las veces que sean necesarias. Cuidados de fosas nasales por turno para evitar lesiones, acodamientos y desplazamientos de la sonda. <p>Cambios de posición (rotación de decúbitos)</p> <ul style="list-style-type: none"> Lavado de manos Cuidado de desplazamiento de los catéteres como sonda de alimentación. Aspirar secreciones. Mantener la posición de la almohada en 30-45 	
	<p>Entorno seguro (medidas de prevención de Infecciones)</p> <ul style="list-style-type: none"> Lavado de manos antes de tocar al usuario. 	



	<ul style="list-style-type: none">• Antes de realizar una tarea limpia o aséptica.• Después del riesgo de exposición a agentes corporales.• Después de tocar al usuario.• Después del contacto con el entorno del usuario.	
--	---	--



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE –FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA SALUD
Departamento de enfermería-carrera licenciatura en enfermería
INFORME FINAL: *Cuidados y conocimientos de enfermería relacionados con la prevención de
infecciones respiratorias en usuarios hospitalizados en terapia intensiva.*
AUTOR: Miguel Cayunao



Hoja de firmas.

Miguel Cayunao
Tesista

Lic. Natalia Massaux

Lic. M. Cristina
Carbajal