

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
ÁREA DE ESTUDIO DE POSTGRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA EN CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO  
CRITICAMENTE ENFERMO**

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA QUE POSEEN LAS ENFERMERAS  
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO “DR. JESÚS MARÍA CASAL RAMOS”  
SOBRE CUIDADOS RESPIRATORIOS EN  
PACIENTES POLITRAUMATIZADOS  
CON VENTILACIÓN MECÁNICA**

**Autora:**

Maria de los Angeles Silva Pádua.

**VALENCIA, DICIEMBRE 2007**

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
ÁREA DE ESTUDIO DE POSTGRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA EN CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO  
CRITICAMENTE ENFERMO**

**CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR Y APROBACIÓN DEL  
PROFESOR DE SEMINARIO**

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA QUE POSEEN LAS ENFERMERAS  
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO “DR. JESÚS MARÍA CASAL RAMOS”  
SOBRE CUIDADOS RESPIRATORIOS EN  
PACIENTES POLITRAUMATIZADOS  
CON VENTILACIÓN MECÁNICA**

**Aprobada en el Área de Postgrado por (Nombre Completo) Profesor del  
Seminario de Investigación y Trabajo de Grado**

---

**Firma Autógrafa  
Cédula de Identidad**

**Tutor:** Dra. Cilia Véliz

Acepto la tutoría del presente trabajo según las condiciones de Área de  
Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo.

---

**Firma Autógrafa  
Cédula de Identidad**

**VALENCIA, DICIEMBRE 2007**

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
ÁREA DE ESTUDIO DE POSTGRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA EN CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO  
CRITICAMENTE ENFERMO**

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA QUE POSEEN LAS ENFERMERAS  
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO “DR. JESÚS MARÍA CASAL RAMOS”  
SOBRE CUIDADOS RESPIRATORIOS EN  
PACIENTES POLITRAUMATIZADOS  
CON VENTILACIÓN MECÁNICA**

**Autora:** María de los Ángeles Silva.

Trabajo Presentado ante el Área de Estudios de Postgrado de la  
Universidad de Carabobo para optar al Título de Magíster en:  
**Enfermería Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo**

**VALENCIA, DICIEMBRE 2007**  
**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**ÁREA DE ESTUDIO DE POSTGRADO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**MAESTRÍA EN ENFERMERÍA EN CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO**  
**CRITICAMENTE ENFERMO**

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA QUE POSEEN LAS ENFERMERAS**  
**DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL**  
**UNIVERSITARIO “DR. JESÚS MARÍA CASAL RAMOS”**  
**SOBRE CUIDADOS RESPIRATORIOS EN**  
**PACIENTES POLITRAUMATIZADOS**  
**CON VENTILACIÓN MECÁNICA**

**Autora:**

Maria de los Angeles Silva Pádua.

Aprobado en el Área de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo por Miembros de la Comisión Coordinadora del Programa

\_\_\_\_\_ (Nombre, Apellido y Firma).

\_\_\_\_\_ (Nombre, Apellido y Firma).

\_\_\_\_\_ (Nombre, Apellido y Firma).

**VALENCIA, DICIEMBRE 2007**

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
ÁREA DE ESTUDIO DE POSTGRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA EN CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO  
CRITICAMENTE ENFERMO**

**VEREDICTO**

Nosotros, Miembros del jurado designado para la Evaluación del Trabajo de Grado titulado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

presentado por: \_\_\_\_\_

para optar al título de: \_\_\_\_\_

estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerados como: \_\_\_\_\_.

Nombre, Apellido, C.I; Firma del Jurado

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VALENCIA, DICIEMBRE 2007**

## DEDICATORIA

A **Dios todopoderoso**, por permitirme darme la oportunidad de lograr esta meta, brindándome bienestar, sabiduría y sobre todo fuerzas para no decaer. Gracias por brindarme este sueño hoy hecho realidad.

A mi **padre**, por animarme siempre en mis estudios.

A mi **madre**, gracias por estar siempre conmigo, soportar mis angustias, desesperación y cuidar de mis hijos.

A mi **viejo Antonio**, quien siempre ha estado allí, brindándome mucho animo y apoyo para lograr esta meta.

A mis **hijos Ángel Antonio Y Víctor Manuel**, lo más hermoso que Dios me envió, para que mis esfuerzos sea de provecho en su futuro.

A **mis hermanos**, por estar siempre conmigo, apoyando mis logros y manteniendo mucha paciencia.

A mi **hermano Armencio**, quien me brindó mucho ánimo cuando más necesitaba. Jesús lo tenga en su gloria.

A mi **amiga America**, quien incondicionalmente, siempre presente cuando más la necesitaba. Gracias.

A mi **profesora Cilia Veliz**, por extenderme su mano y ayudarme a salir adelante en este proyecto, manteniendo su paciencia y dedicación.

A todos **aquellos profesores** que de una u otra manera enseñaron a construirme en valores.

**María de los Ángeles Silva.**

## INDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
LISTA DE CUADROS.....	x
LISTA DE GRÁFICOS.....	xii
RESUMEN.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
<b>CAPÍTULO I EL PROBLEMA</b>	
Planteamiento del Problema.....	4
Objetivos deL Estudio.....	9
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos.....	9
Justificación del Estudio.....	11
<b>CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL</b>	14
Antecedentes de la Investigación.....	14
Bases Teóricas.....	18
Definición de Términos.....	35
Sistema de Hipótesis.....	37
Definición de Variables.....	38
Operacional de las Variables.....	39
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>	43
Diseño de Investigación.....	43
Población.....	44
Muestra.....	43
Instrumentos de Recolección de Datos.....	43
Validez y Confiabilidad del Instrumento.....	45
Procedimiento de Recolección de Datos.....	46
Técnicas de Análisis de Datos.....	47
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	48

Análisis e Interpretación de los Resultados.....	48
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	78
Conclusiones.....	78
Recomendaciones.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
ANEXOS.....	86
A Instrumento	87



## LISTA DE CUADROS

<b>Cuadros</b>		<b>Pág.</b>
1.-	Distribución de Frecuencia Absoluta y Porcentual según Edad del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.	54
2.-	Distribución de Frecuencia Absoluta y Porcentual Según Sexo del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.	56
3.-	Distribución de Frecuencia Absoluta y Porcentual Según Nivel de Instrucción del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.	58
4.-	Distribución de Frecuencia Absoluta y Porcentual Según Turno Laboral de Instrucción del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.	60
5.-	Distribución de Frecuencia Absoluta y Porcentual Según Tiempo de Servicio del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.	62

<b>Cuadros</b>	<b>Pág.</b>	
6.-	<p>Distribución de Frecuencia Absoluta y Porcentual Según Asistencia a Cursos del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.</p>	64
7.-	<p>Valores Medios (X) y de Desviación Estándar (S) del Porcentaje del Conocimiento y Práctica Adecuada en los Factores Insumos Cognitivos y Cumplimiento de las Actividades en Valoración Respiratoria Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.</p>	66
8.-	<p>Valores Medios (X) y de Desviación Estándar (S) del Porcentaje del Conocimiento y Práctica Adecuada en los Factores Insumos Cognitivos y Cumplimiento de las Actividades en Fisioterapia Respiratoria Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.</p>	69
9.-	<p>Valores Medios (X) y de Desviación Estándar (S) del Porcentaje del Conocimiento y Práctica Adecuada en los Factores Insumos Cognitivos y Cumplimiento de las Actividades en Aspiración de Secreción Endotraqueal Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.</p>	72
10.-	<p>Valores Medios (X) y de Desviación Estándar (S) del Porcentaje del Conocimiento y Práctica Adecuada en las Variables en Estudio Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.</p>	75

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráficos</b>	<b>Pág.</b>
1.- Distribución de Frecuencia Absoluta y Porcentual según Edad del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.	55
2.- Distribución de Frecuencia Absoluta y Porcentual Según Sexo del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.	57
3.- Distribución de Frecuencia Absoluta y Porcentual Según Nivel de Instrucción del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.	59
4.- Distribución de Frecuencia Absoluta y Porcentual Según Turno Laboral de Instrucción del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.	61
5.- Distribución de Frecuencia Absoluta y Porcentual Según Tiempo de Servicio del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.	63

<b>Gráficos</b>	<b>Pág.</b>
6.- Distribución de Frecuencia Absoluta y Porcentual Según Asistencia a Cursos del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.	65
7.- Valores Medios (X) y de Desviación Estándar (S) del Porcentaje del Conocimiento y Práctica Adecuada en los Factores Insumos Cognitivos y Cumplimiento de las Actividades en Valoración Respiratoria Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.	68
8.- Valores Medios (X) y de Desviación Estándar (S) del Porcentaje del Conocimiento y Práctica Adecuada en los Factores Insumos Cognitivos y Cumplimiento de las Actividades en Fisioterapia Respiratoria Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.	71
9.- Valores Medios (X) y de Desviación Estándar (S) del Porcentaje del Conocimiento y Práctica Adecuada en los Factores Insumos Cognitivos y Cumplimiento de las Actividades en Aspiración de Secreción Endotraqueal Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.	74
10.- Valores Medios (X) y de Desviación Estándar (S) del Porcentaje del Conocimiento y Práctica Adecuada en las Variables en Estudio Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.	77

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
ÁREA DE ESTUDIO DE POSTGRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA DEL PACIENTE CRITICAMENTE  
ENFERMO**

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA QUE POSEEN LAS ENFERMERAS  
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO “DR. JESÚS MARÍA CASAL RAMOS”  
SOBRE CUIDADOS RESPIRATORIOS EN  
PACIENTES POLITRAUMATIZADOS  
CON VENTILACIÓN MECÁNICA**

**Autora:** María de los Ángeles Silva.  
**Tutor:** Dra. Cilia Véliz.

**RESUMEN**

El presente estudio se ubica en una investigación correlacional de campo descriptiva y de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre el conocimiento teórico y la práctica que poseen las enfermeras (os) sobre los cuidados respiratorios en el paciente politraumatizado con ventilación mecánica en sus factores valoración respiratoria, fisioterapia y aspiración de secreciones endotraqueales. La población estuvo conformada por veintiséis (26) enfermeras (os) del Hospital Universitario Dr. Jesús María Casal Ramos de Acarigua Estado Portuguesa. La recolección de la información se obtuvo mediante la aplicación de dos cuestionarios: el primero lo constituyó datos demográficos y el segundo conformado por treinta y un (31) ítems de alternativas variadas, y la observación directa de 20 ítems tipo dicotómico (SI-NO), el mismo fue sometido a un proceso de validación mediante el juicio de expertos. Los resultados demostraron que existe relación entre el conocimiento y la práctica; ello se refleja en el análisis estadístico realizado donde La diferencia a favor de la práctica fue de 0,1% no siendo significativa con un error mayor al cinco por ciento ( $P < 0,05$ ). Se recomienda ejecutar programas de educación permanente a fin de la actualización constante en el personal de enfermería de la UCI que le proporcione las habilidades y destrezas tanto cognitivas como técnicas a fin de dar atención optima en lo que respecta al cuidado respiratorio en el paciente politraumatizado con ventilación mecánica.

**Descriptor:** Conocimiento y Práctica, Cuidados respiratorios, Ventilación mecánica, Politraumatizado.

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
ÁREA DE ESTUDIO DE POSTGRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA DEL PACIENTE CRITICAMENTE  
ENFERMO**

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA QUE POSEEN LAS ENFERMERAS  
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO "DR. JESÚS MARÍA CASAL RAMOS"  
SOBRE CUIDADOS RESPIRATORIOS EN  
PACIENTES POLITRAUMATIZADOS  
CON VENTILACIÓN MECÁNICA**

**Autora:** María de los Ángeles Silva.

**Tutor:** Dra. Cilia Véliz.

**SUMMARY**

The present study is located in an investigation descriptive field correlational and of traverse court whose objective was to determine the existent relationship among the theoretical knowledge and the practice that the nurses possess (you) on the breathing cares in the patient politraumatism with ventilation mechanics in their factors breathing valuation, physiotherapy and aspiration of secretions endotracheales. The population was conformed by twenty-six (26) nurses (you) of the University Hospital Dr. Jesus María Casal Fields of Portuguese Acarigua. The gathering of the information was obtained by means of the application of two questionnaires: the first one constituted it demographic data and the second conformed by thirty and a (31) articles of varied alternatives, and the direct observation of 20 articles type dicotómico (YES-NO), the same one was subjected to a validation process by means of the trial of experts. The results demonstrated that relationship exists between the knowledge and the practice on the part of the nurses that work in the ICU of the University Hospital Dr. "Jesus María Casal Fields", in correspondence to the critically sick patient with ventilation mechanics that is confined in the same one; he/she is reflected it in the carried out statistical analysis where it is evidenced that the knowledge expressed. The difference in favor of the practice was of 0,1% not being significant with a bigger error to five percent ( $P < 0,94$ ). it is recommended to Execute programs of permanent education in order to the constant upgrade in the personnel of infirmary of the ICU that provides him the abilities and dexterities so much cognitivas as technical in order to give good attention in what concerns to the breathing care in the patient politraumatism with ventilation mechanics.

**Describers:** Breathing cares, Knowledge and Practice, Ventilation mechanics, Politraumatism.

## INTRODUCCIÓN

En el contexto de las diversas profesiones, la enfermería es de gran importancia dentro del sistema de Educación Superior en Venezuela y el mundo, por cuanto la misma permite preservar y mantener la salud de los seres humanos.

Por lo tanto el paciente en estado crítico, que ha sufrido un politraumatismo y se encuentra en asistencia ventilatoria mecánica presenta una alta incidencia de complicaciones por múltiples procedimientos invasivos a los que se ve sometido, sin embargo, estas complicaciones son en cierta medida prevenibles mediante la aplicación correcta de las técnicas de asepsia y antisepsia implementadas.

La actuación del personal de enfermería, en el área asistencial debe ser asumida con responsabilidad, objetividad y acercamiento hacia el paciente y su familia, optimizando así el proceso de cuidado y promoviendo la conservación y recuperación del estado de salud. De ahí que la preparación del personal de salud que atiende a estos pacientes, es fundamental, donde sus conocimientos, habilidades y destrezas, unidas a

la tecnología hacen posible que el paciente con politraumatismo, disminuya sus complicaciones y preserve la vida.

La enfermera como parte del equipo de salud, ocupa un lugar importante en el cuidado de los pacientes, pues, son quienes detectan cualquier anomalía o complicación que se presente, por ser este personal el que más tiempo permanece cerca del paciente, ofreciendo un cuidado continuo, por lo cual es importante que éste personal posea un cuerpo de conocimientos sólidos obtenidos de la educación continua.

El objetivo de ésta investigación es determinar la relación que existe, entre el conocimiento y la práctica que poseen las enfermeras (os) de cuidados intensivos, sobre los cuidados respiratorios en el paciente politraumatizado con ventilación mecánica.

Dicho estudio se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Dr. "Jesús María Casal Ramos" de Acarigua estado Portuguesa, la misma está enmarcado en la línea de investigación Cuidado de Enfermería a Pacientes Politraumatizados de la maestría correspondiente a la mención Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo de la Universidad de Carabobo.



El diseño a utilizar se enmarca dentro de la investigación correlacional, puesto que se pretende establecer la relación que existe entre la variable conocimiento en un grupo de enfermeras de la UCI y su relación con la práctica que ellas realizan.

El Estudio se divide en cinco capítulos, el primero contiene el problema, los objetivos del estudio: General y Específicos, y la justificación. El segundo comprende el marco referencial que incluye los antecedentes del estudio, las bases teóricas que sustentan el presente estudio, la definición de términos, sistema de hipótesis, sistema de variables y operacionalización de las variables.

El tercer capítulo contiene el marco metodológico, constituido por el diseño de la investigación, la población, la muestra, el instrumento de recolección de datos, el procedimiento de recolección de datos y finalmente la técnica de análisis de datos.

El cuarto capítulo contiene los resultados de la investigación que comprende la presentación de los resultados y el análisis e interpretación de los hallazgos. El quinto capítulo presenta las conclusiones y recomendaciones del estudio. Por último se tienen las Referencias

Bibliográficas y los anexos los cuales incluye los instrumentos de recolección de datos.

## ***CAPITULO I***

### ***EL PROBLEMA***

#### **1.- Planteamiento del Problema**

El Diario Salud (2006) señala que:

En Uruguay los accidentes de tránsito son la principal causa de politraumatismo y mortalidad infantil. Cada año mueren en el país alrededor de 200 niños por accidentes de todo tipo, pero 49 de ellos fallecen como consecuencia de los vinculados al transporte. (pp. 1).

De igual manera Dorado, A. y Revilla, J. (2000) reporta que:

En el Hospital Infantil Sur Docente, Santiago de Cuba señala que la frecuencia de los politraumatismos ha aumentado en

forma progresiva, en las últimas décadas; se estima que estos casos ocupan del 10 al 12% de las camas de los hospitales, y representan una de las principales causas de muerte a partir del año de edad en la cual las fracturas costales representan la lesión torácica mas común aumentando así la posibilidad de otras lesiones y complicaciones, y el uso de la asistencia ventilatoria mecánica. (pp. 1).

Por otra parte Espinola, L. (2002) reseña que:

Los accidentes de tránsito en Argentina son la primera causa de muerte en menores de 35 años y la tercera considerando todas las edades, 21 personas por día, 7.579 víctimas fatales por año y unos 120 mil heridos de distinto grado, con miles de discapacitados. (pp. 1)

Los autores mencionados anteriormente, hacen evidente los riesgos por los cuales son expuestos los seres humanos al estar frente a un volante, por lo cual dichas cifras resultan alarmantes.

Asimismo, en el Estado Portuguesa según cifras obtenidas por el Ministerio de Infraestructura Cuerpo Técnico de Transporte y Tránsito Terrestre según resumen anual de accidentes de tránsito por la Unidad

Estadal N° 54 en Acarigua señala que para el año 2006 ocurrieron 4647 accidentes con 733 lesionados, 88 muertos resultando 3826 con daños materiales y una de las principales causas lo constituye la imprudencia, ingesta de alcohol y el exceso de velocidad; para el año 2007 hasta el mes de julio hubo un total de 3122 accidentes, con 466 lesionados y 58 muertos con 2598 daños materiales y donde la primera causa fue violar el derecho a la circulación, seguido del exceso de velocidad, ingesta de alcohol, condiciones de la vía y fallas mecánicas del vehículo. (pp. 2).

Cabe destacar que el paciente politraumatizado que ingresa por la unidad clínica de emergencia y de acuerdo a las condiciones críticas deben ser recluido en una unidad de cuidados intensivos ameritando atención y asistencia por personal altamente capacitado, debido a la complejidad de su manejo clínico, donde en su mayoría de las ocasiones ameritan asistencia ventilatoria mecánica y otros monitoreos invasivos por lo que está en riesgo de sufrir otras complicaciones que son en cierta medida prevenibles. Es por ello que el mismo necesita una Valoración Física completa tanto por el personal médico como de enfermería.

Cabe señalar que la valoración del paciente politraumatizado que permanece en la unidad de cuidados intensivos es de vital importancia, puesto que ellas indican las condiciones en las que se encuentra, y como ha sido su evolución. Por lo cual la valoración que se realiza al paciente debe ser céfalocaudal, ya que si bien hay lesiones importantes que comprometen la vida del paciente, y el lento diagnóstico puede ocasionar secuelas no deseadas, tal puede ser el caso de las fracturas costales que producen hipo ventilación alveolar, por lo que hay que mitigar el dolor y prevenir la aparición de insuficiencia respiratoria.

En consecuencia, el paciente politraumatizado que recibe asistencia ventilatoria mecánica, necesita una valoración respiratoria continua y eficaz, de esa manera se evitan complicaciones inherentes a este procedimiento invasivo. Para tal caso, se hace necesario la aplicación de diversas técnicas en el cuidado respiratorio, entre ellas la fisioterapia respiratoria, la cual consta de dos técnicas como son la percusión torácica y la vibración, ambas técnicas ayudan a la eliminación de las secreciones, o al fácil drenaje de los mismos, o usando una combinación con el drenaje postural de ser necesario, no olvidando que estas terapias están contraindicadas, en aquellos pacientes con fracturas costales.

Ante las complicaciones y el cuidado que ameritan dichos pacientes, el objetivo primordial de las enfermeras (os) que laboran en una unidad de cuidados intensivos, es mantener una conducta responsable y una óptima calidad en la atención del paciente críticamente enfermo, lo cual conduce a la necesidad de una formación integral y actualizadas, así como de unidades altamente tecnificadas.

Por lo tanto la participación de la enfermera en el cuidado del paciente y las medidas terapéuticas son fundamentales, además en la técnica de aspiración de secreciones endotraqueales, es necesario mantener una técnica aséptica y aspiración de secreciones endotraqueales, es necesario el uso de sonda y guantes estériles, ello implica que dicho procedimiento debe realizarse con estricta precaución, considerando que las infecciones se desarrollan con mayor rapidez en pacientes que se encuentran con monitoreo invasivo, ya que sus mecanismos de defensa están alteradas.

Por lo que la calidad asistencial, permite dar respuestas adecuadas a las necesidades del paciente y sus familiares en cuanto al servicio de

salud, así como de los recursos materiales del cual se disponen, el nivel de desarrollo y la capacitación profesional con la que cuentan.

Debe realizarse una valoración respiratoria inicial al paciente con ventilación mecánica antes de iniciar la técnica de aspiración Endotraqueal, ya que este es un procedimiento estéril realizado solo cuando es estrictamente necesario, no como maniobra de rutina, como es evidenciado en algunas profesionales.

En razón que el profesional de Enfermería es quien realiza la práctica de aspiración endotraqueal, el conocimiento de ellas debe ser suficiente. Para tal aseveración obedece que en ocasiones se observan algunas Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” de Acarigua Estado Portuguesa manipulando la sonda de aspiración con las dos manos y no con la mano dominante como lo establece la norma para la aplicación de tales principios.

La aplicación de los procedimientos para el cuidado respiratorio requieren habilidades y destrezas seguras y precisas puesto que el

paciente se hace vulnerable a las infecciones respiratorias por presentar elementos que constituyen factores predisponentes como son la inmovilidad y depresión del reflejo tusígeno como mecanismo de defensa, entre otros.

Por lo anteriormente expuesto, se plantea la presente investigación para determinar sí:

¿Existe relación entre el conocimiento teórico y la práctica que realizan las enfermeras (os) que laboran en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” sobre cuidados respiratorios en el paciente politraumatizado con ventilación mecánica?

## **2.- Objetivos del Estudio**

### **2.1- Objetivo General**



Determinar la relación que existe entre el conocimiento teórico y la práctica que poseen las Enfermeras (os) sobre los Cuidados Respiratorios en el Paciente Politraumatizado con ventilación mecánica en sus factores Valoración Respiratoria, Fisioterapia Respiratoria y Aspiración de Secreciones Endotraqueales.

## **2.2 Objetivos Específicos**

2.2.1- Determinar la relación que existe entre el conocimiento teórico y la práctica que poseen las Enfermeras (os) sobre los Cuidados Respiratorios en el Paciente Politraumatizado con ventilación mecánica en su factor Valoración Respiratoria.

2.2.2.- Determinar la relación que existe entre el conocimiento teórico y la práctica que poseen las Enfermeras (os) sobre los Cuidados Respiratorios en el Paciente Politraumatizado con ventilación mecánica en su factor Fisioterapia Respiratoria.

2.2.3.- Determinar la relación que existe entre el conocimiento teórico y la práctica que poseen las Enfermeras (os) sobre los Cuidados Respiratorios en el Paciente Politraumatizado con ventilación mecánica en su factor Aspiración de Secreciones Endotraqueales.

## **3.- Justificación del Estudio**

Los avances científicos y tecnológicos relacionados con el cuidado al paciente críticamente enfermo, y la complejidad de los procedimientos conllevan a que el mismo reciba una asistencia óptima y de calidad.

La enfermera juega un papel importante en la unidad de cuidados intensivos, puesto que actúa en forma oportuna, ante alguna respuesta anormal en el paciente, de esta manera previene complicaciones que pueden poner en peligro la vida del mismo, por lo cual se hace necesario la preparación de este profesional tanto en conocimiento como en habilidades y destrezas para así garantizar al paciente politraumatizado, que se encuentre con vía aérea artificial, un excelente cuidado de enfermería.

En la medida que existe el conocimiento basado en fundamentos, producto de los estudios, se brindará cuidados de enfermería de calidad, y podrán evitarse complicaciones y daños mayores que comprometan la vida del paciente y por ende su recuperación e incorporación a la sociedad en menor tiempo.

La presente investigación pretende, determinar si el conocimiento que poseen las enfermeras, que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos

del Hospital Universitario "Dr. Jesús María Casal Ramos" tiene relación con la práctica profesional que ellas ejecutan, de ser así este estudio serviría de punto de partida para implementar programas de actualización sobre la aplicación de principios de asepsia y antisepsia en los procedimientos del cuidado respiratorio a pacientes politraumatizados con ventilación mecánica.

Asimismo una vez conocidos los resultados y la puesta en práctica de actualizaciones pertinentes los aportes del estudio van dirigidos a todos los grupos sociales inmersos en el proceso de investigación.

Al paciente como persona demandante de cuidados, por la alta dependencia que en su situación de enfermedad se encuentren, para garantizarle su recuperación a corto plazo y evitar las complicaciones al ser cuidados por enfermeras con conocimientos actualizados como lo requieren.

A la enfermera, como profesional y especialista del área, a fin de considerar conocimientos teóricos – prácticos, unificar criterios, promover

el sentido ético – moral en sus acciones, mejorar técnicas y ofertar cuidados de calidad.

A la profesión como ciencia y arte del cuidado humano, proactivo, confiado, seguro y empático que se le debe suministrar al individuo, familia y comunidad.

A la institución, como organización formal, científica, técnica y humana, donde la toma de decisión hace que el desempeño acorde a lo esperado, minimice la estadía, índice de incapacidad o muerte.

Finalmente la investigación como proceso serio y confiable puede orientar futuros estudios en estas u otras temáticas relacionadas con el cuidado al paciente crítico.

## **CAPITULO II**

### **MARCO REFERENCIAL**

En el presente capítulo se presentan los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, el sistema de hipótesis, definición de las variables en estudio, la operacionalización de las variables y definición de términos.

#### **1.- Antecedentes de la Investigación**

Entre las investigaciones relacionadas con las variables en estudio, se encuentran:

Millán, A. y Guevara, B. (2004), realizó un estudio denominado “Conocimiento que poseen las Enfermeras Intensivistas del CHET y HCM sobre los principios de asepsia y antisepsia en el procedimiento de aspiración de secreciones endotraqueales en pacientes conectados a ventilación mecánica y su aplicación en la práctica”, el diseño fue descriptivo correlacional y de corte transversal, la muestra la constituyeron 20

enfermeras intensivistas, utilizó un cuestionario constituido por tres partes: primera parte: datos Socio-demográficos, Segunda parte para medir conocimiento con 22 ítems y una Tercer parte constituida por una lista de observación con igual número de ítems para la práctica. Los resultados obtenidos demostraron que hubo relación estadísticamente significativa por debajo del promedio ( $p < 0,0001$ ) que se cumple 100% correctamente los principios de asepsia y antisepsia antes y durante el procedimiento de aspiración de secreciones endotraqueales y el cumplimiento en la práctica.

Tomando en cuenta dicha investigación, la misma guarda relación con el estudio, por cuanto dependiendo de los resultados al medir conocimiento y relacionarlo con la práctica en los cuidados respiratorios en el procedimiento aspiración de secreciones endotraqueales se implementaran estrategias educativas a fin de mejorar los cuidados de enfermería.

González, A; Coscojuela, M. y Erro, A. (2002), realizaron un estudio titulado “Evaluación de la Competencia Práctica y de los Conocimientos Científicos de Enfermeras de UCI en la Aspiración Endotraqueal de Secreciones” en la Clínica Universitaria de Navarra – Pamplona. El objetivo fue evaluar la competencia práctica de las enfermeras, así como los conocimientos científicos que tienen sobre dicho procedimiento, en una

Unidad de Cuidados Intensivos Polivalentes, y analizar si existen discrepancias entre la competencia práctica y los conocimientos científicos.

El estudio es descriptivo, realizado en 34 enfermeras, ha analizado la realización de la aspiración endotraqueal de secreciones mediante observación directa, utilizando para la recolección de datos una parrilla estructurada que incluía 19 aspectos a evaluar, agrupados en 6 categorías. Del mismo modo, se analizaron los conocimientos acerca del procedimiento utilizando un cuestionario de 19 ítems agrupados también en 6 categorías que evaluaban los mismos aspectos observados. La puntuación total media obtenidas en la parrilla de observación de la práctica (P) fue de 12,09 para una puntuación máxima de 19 mientras que en el cuestionario de conocimientos (C) fue de 14,24. Al analizar categorías se observaron discrepancias entre la práctica y los conocimientos en varios aspectos evaluados, lo que orienta hacia las necesidades específicas de formación en este procedimiento.

Evidentemente este estudio guarda relación con la presente investigación por cuanto se pretende buscar si existe relación entre el conocimiento y la práctica que las enfermeras ejecutan y así contribuir a minimizar infecciones y complicaciones en el paciente.

En el escenario nacional, Mendivil, A. y Emilia, R. (2002) en su estudio denominado "Conocimiento y Práctica que tienen las enfermeras sobre la Aspiración de Secreciones en Pacientes Intubados en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Nacional Hipólito Unánue, Lima-Perú, el mismo centró su objetivo en determinar los conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados periodo 2002. Empleó la metodología bajo un estudio descriptivo de corte transversal; utilizó como técnica la encuesta y la observación, el instrumento lo conformó un cuestionario estructurado y una lista de chequeo.

Las conclusiones determinaron que un 84% de las enfermeras poseen conocimiento "medio" sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados, según los datos obtenidos a través de un cuestionario, asimismo un gran porcentaje no supieron definir la técnica, ni los objetivos.

El antecedente citado se vincula a la investigación por cuanto se percibe el conocimiento y la práctica de las enfermeras en la aspiración de secreciones endotraqueales, lo cual constituye una herramienta para el personal de enfermería que ejerce esta acción de forma responsable.

Ortega N. (2000), en su estudio expofacto correlacional titulado "Conocimientos sobre Valoración Hemodinámica en Pacientes Operados del Corazón que poseen las Enfermeras Intensivistas, y la Práctica de Enfermería que ellas Realizan, investigó un grupo de 22 enfermeras intensivistas. Los resultados evidenciaron una ausencia de relación significativa entre el conocimiento y la práctica de enfermería pues notó que a medida que



aumentan los niveles de conocimiento no hay un aumento proporcional de los niveles de práctica; esto pudiera orientar la problemática de la separación de teoría y práctica hacia el hecho de que posiblemente no sean suficientes los conocimientos actuales de la muestra estudiada, por la preparación académica, en su mayoría más del 60% no poseen títulos de licenciados.

De allí que esta investigación tiene relación con dicho estudio, ya que se pretende buscar también si existe relación significativa en cuanto al conocimiento con la práctica que las enfermeras ejecutan y de ser así contribuir a la necesidad de la permanente actualización del personal que labora en dicha unidad.

## **2.- Bases Teóricas**

La elaboración de las bases teóricas obedecen al sistema de variables, el cual se constituyó por el Conocimiento que poseen las Enfermeras (os) sobre Cuidados Respiratorios en el paciente politraumatizado con ventilación mecánica se citan a continuación algunos autores que fundamentan el aspecto Conocimiento. Al respecto Bennet citado por Alvarado, Z. (2001), quien percibe el conocimiento teórico como “el saber acerca de un fenómeno, comprende manifestaciones formales sobre la relación causal y la relación mutua entre los acontecimientos”. (pp. 14).

Asimismo, agrega el mismo autor que el conocimiento es el que desarrolla la vida profesional, todo conocimiento deriva una reacción causa efecto y naturalmente la responsabilidad del saber para responder a las inquietudes y demandas del servicio de enfermería.

Ideas similares expresa Marriner, T. (2000), cuando establece que el conocimiento “es la ciencia o percepción de la realidad que se adquiere por medio del aprendizaje o de la investigación”. (pp. 103).

Ello permite inferir que las enfermeras de la UCI, deben poseer información concreta sobre los cuidados de los pacientes que ameritan cuidados respiratorios, inclusive las posibles consecuencias de un cuidado inadecuado en este tipo de clientes y tener siempre presente como prevenir complicaciones ejecutando la práctica con los aprendizajes conceptuales adquiridos.

La adquisición del conocimiento se obtiene a través de un proceso educativo formal, por lo que estos profesionales deben incluir en su desempeño la actualización profesional asistiendo a talleres, cursos, congresos, así como se hace que se establezca como normas la educación en los servicios, garantizando cuidados de calidad, eficacia y oportuno en pacientes que ameriten cuidados respiratorios lo que les permitirá tener una práctica profesional actualizada y libre de riesgos.

### **Cuidados Respiratorios**

La exploración funcional respiratoria valora la función respiratoria en el paciente con ventilación mecánica. Nettina, S. (1998) expone que “debe realizarse exploración física del tórax mediante inspección, palpación, auscultación y percusión para averiguar el estado respiratorio y diferenciar los problemas pulmonares primarios de los de origen cardíaco” (pp. 145).

Este autor menciona que cuando se realiza una exploración física del tórax se evalúa y diferencia la existencia de un problema cardíaco del pulmonar.

Por su parte Griffin, A. y Potter, P. (2002) menciona que la “Enfermera inspecciona la forma y simetría del tórax de los pulmones en sentido anteroposterior y posterior determinando así la velocidad del ritmo respiratorio” (pp. 790).

Este autor refiere que la valoración respiratoria se realiza con la finalidad de determinar la variabilidad en la funcionabilidad del estado respiratorio del paciente.

Manual Mosby (1996) menciona que “La expansión del tórax debe ser simétrica bilateralmente y el patrón respiratorio debe ser uniforme, no demasiado superficial ni muy profundo.” (pp. 277).

Lo que quiere decir que al realizar la valoración torácica en el paciente la expansibilidad debe ser uniforme.

Manual Mosby (1996) expone que los “ruidos respiratorios se auscultan para valorar la cualidad del movimiento del aire a través del sistema pulmonar e identificar la presencia de ruidos anormales”. (pp. 212). Esto permite a la Enfermera actuar de manera oportuna ante alguna complicación que surja en el paciente.

También señala que los ruidos respiratorios los produce el flujo de aire a través del árbol respiratorio y se clasifican en vesicular, broncovesicular y bronquial (tubular) (pp. 287). Cabe señalar que al auscultar el tórax se diferencia el paso de aire a los pulmones.

Por otra parte Wuani, H; Oletta, J. y Mendoza R. (2001), menciona que un “ruido respiratorio normal es un ruido de baja frecuencia o tonalidad y

es predominantemente inspiratorio“ (pp. 134). Lo que quiere decir que al auscultar al paciente la entrada de aire a los pulmones debe ser suave y en la fase inspiratoria.

De igual manera expresa que “el ruido respiratorio normal es producido como resultado de la vibración de los bronquios terminales y los alvéolos durante la inspiración” (pp. 134).

Los ruidos adventicios según Wuani, H; Oletta, J. y Mendoza R. (2001), son “vibraciones anormales ocasionadas por procesos patológicos en la luz del árbol traqueobronquial” (pp.135). De allí que la valoración respiratoria efectiva permite en la auscultación diferenciar el ruido respiratorio normal de un adventicio.

En este sentido Manual Mosby (1996), señala que “los crepitantes están asociadas con edema pulmonar, fibrosis intersticial o neumonía”. (p. 47). Esto nos indica que ante la presencia decrepitante tenemos un alveolo mal ventilado.

Los Roncus según Manual Mosby (1996). “Se producen al paso del aire a través de una vía aérea obstruida por secreciones espesas, espasmo muscular, neoformaciones o presión externa” (pp. 289).

En este sentido, Manual Mosby (1996) menciona que:

Una sibilancia (sibilante) es un ruido continuo, de tono agudo y musical, casi como un silbido, que puede escucharse durante la inspiración o la espiración. Se produce por el paso del aire a una velocidad relativamente elevada a través de una vía aérea estrecha. (pp. 1162).

Se concluye entonces que para la enfermera es fundamental reconocer este tipo de sonido por lo cual se la da la pauta de actuación decidiendo sus acciones al momento de proporcionar la fisioterapia respiratoria auscultando antes al paciente.

### **Fisioterapia Respiratoria**

La fisioterapia respiratoria es un procedimiento inherente a la práctica de enfermería considerándose una acción independiente de esta práctica comprende el **drenaje postural** del cual Luckmann, J. (2000) considera que

“es una técnica que combinadas favorece la movilización de secreciones desde la periferia pulmonar hacia las vías respiratorias centrales”. (pp. 936).

El autor anteriormente mencionado asegura que en aplicación de fisioterapia respiratoria y el drenaje postural utilizada en combinación, facilitan la salida de las secreciones mejorando la ventilación del paciente y por ende la respiración.

Así mismo, agrega este autor que: “el drenaje postural es el drenaje de secreciones por efecto de gravedad desde uno o más segmentos pulmonares hacia las vías aéreas centrales donde pueden ser removidas por la tos o la aspiración mecánica.” (pp. 2).

Logston, R. y Wooldridge-King, M. (1995), argumenta que: “la técnica del drenaje postural se realiza colocando al paciente en una serie de posiciones que facilita el drenaje gravitacional desde segmentos pulmonares periféricos pequeños hacia las vías aéreas centrales” (pp. 87).

El Drenaje Postural es una técnica que si bien en combinación con vibración o percusión, o no, permite el fácil drenaje de las secreciones por gravedad, lo que permite mantener al paciente que se encuentra en

ventilación mecánica el mantenimiento de la vía aérea permeable y por ende una mejor oxigenación.

Por su parte Weilitz (1992) menciona que “la vibración se ejecuta durante la espiración, utilizando la parte plana de la palma sobre la zona tratada”. (pp. 132). A hora bien, la maniobra de vibración según el autor ayuda a desprender las secreciones utilizando las dos manos, una sobre la otra con movimientos de sacudidas. También El autor menciona que debido al aspecto de Sacudida de la vibración, esta maniobra “no se ejecuta sobre fracturas costales o esternales conocidas. Aunque las costillas y la anatomía normal de la columna dorsal brindan una estabilidad inherente al tórax, no se aconseja la vibración vigorosa sobre lesiones de columna dorsal inestable”. (pp. 94).

Asimismo señala que “los pacientes de edad avanzada y los que recibieron esteroides durante un periodo prolongado tengan distintos grados de osteoporosis, que deben tenerse en cuenta al efectuar la vibración torácica”. (pp. 94)



Esto es con la finalidad de prevenir complicaciones en el paciente que recibe esteroides por un periodo prolongado.

Por su parte Griffin, A. y Potter, P. (2002), señala que “la percusión consiste en golpear la pared de la caja torácica con las manos cerradas en forma de copa”. (pp. 468). Esta maniobra realizada correctamente favorece el desprendimiento de las secreciones retenidas en el árbol traqueobronquial.

Es fundamental que la enfermera que se desempeña en una unidad de cuidados intensivos donde permanezcan pacientes que requieran procedimientos invasivos, demuestre mediante su práctica el conocimiento, por lo que es fundamental en este estudio traer a colación algunos aspectos relacionados con la variable II Práctica Profesional de las Enfermeras (os) en la aspiración de secreciones endotraqueales, es pertinente señalar que entre los supuestos principales de la Teoría de Jean Watson citada por Marriner, T. (2000), expresa que “el ejercicio de la asistencia es el eje central de la Enfermería” (pp. 153).

Es decir, que la razón de ser de la Enfermera es el cuidado de nuestros pacientes brindándoles así seguridad en la asistencia.

Por su parte Dugas, B. (2000), expresa que “Enfermería es una profesión dinámica cuya práctica cambia de manera constante” (pp. 39). Lo expresado por el autor permite concluir que la enfermera debe estar constantemente actualizada para así ejecutar con mayor seguridad la práctica.

El mismo autor define Las enfermeras prácticas:

Como aquellas tituladas que poseen habilidades adicionales para el diagnóstico físico, la valoración psico – social y la satisfacción de las necesidades respecto a salud y enfermedad en la atención primaria las cuales se han preparado en programas formales afiliados a instituciones de enseñanza superior. (pp. 50).

Asimismo agrega que el papel más amplio de la enfermera práctica integra: “la conservación de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico físico y el tratamiento de problemas episódicos y crónicos comunes en la atención primaria con igual interés en la enseñanza de la salud y el tratamiento de enfermedades”. (pp. 50).

Por su parte Florencia Nightigale citado por Marriner, T. (op-cit), afirma que:

El ejercicio profesional de la enfermería comprende la manipulación de su entorno y que las experiencias prácticas

para dominar la técnica está ligada a las experiencias, y el conocimiento teórico con fundamento científico, establece que un buen ejercicio profesional solo puede provenir de una completa formación. (pp. 256).

El autor destaca que la enfermera debe hacer uso y disposición de sus conocimientos en el desempeño de sus funciones, para la adquisición de experiencias en el campo laboral, dado que de ello dependerá en un nivel considerable el dominio de las técnicas y manipulación de las diversas situaciones con relación a la preservación de la salud y la vida.

Shoemaker, W; Grenvik, A; Huebrook, P. y Stephen M. (1998) menciona que “el ámbito cambiante de la práctica ha conducido a confiar más en el conocimiento así como también la experiencia en el profesional de Enfermería a nivel asistencial” (pp. 1728).

El mismo autor destaca que la práctica:

Forma parte del conocimiento y la experiencia la va adquiriendo a lo largo de su formación, capacitación y desempeño laboral, pero afirma que la misma debe permanecer en constante investigación y documentarse e instruirse siempre que sea necesario para de este modo ir mejorando las técnicas que forman parte a la asignación de la asistencia de salud dentro de cualquier orden de complejidad otros profesionales, en especial con la enfermera profesional, y que a medida que desarrollan distintas identidades a través de la investigación requiere de un

desarrollo de la práctica integrada en asistencia de salud.  
(pp. 1728).

Por su parte, Leddy, S. y Pepper, J. (1989) mencionan que el papel de ayuda se considera como una acción en la que “la enfermera profesional utiliza su experiencia y conocimientos como instrumento terapéutico para contribuir en los pacientes a producir respuestas eficaces, resistir o vencer las amenazas a su salud”. (pp. 81).

Para tal fin es necesario que la enfermera aplique sus conocimientos para así contribuir en la práctica profesional a prevenir las complicaciones que se generen en el paciente por desconocimiento de algún tema.

Debe señalarse que el equipo de salud que forma parte en una unidad de cuidados intensivos debe mantener una conducta responsable y ofrecer un nivel óptimo de calidad en el trabajo realizado en relación a ello el objetivo primordial de las enfermeras debe estar fundamentado bajo los principios de responsabilidad y calidad de los cuidados.

Entre las múltiples actividades que la enfermera debe realizar está la valoración como primera etapa del proceso de enfermería.

En virtud a lo anterior Urden L. (1999), plantea que la “valoración respiratoria se realiza con el objetivo de conocer las alteraciones de la función pulmonar y determinar las vías en las que esa disfunción pulmonar esta interfiriendo con las actividades de auto cuidado”. (pp. 211).

En este sentido se comprende que el conocimiento que tiene la enfermera facilita una valoración general al paciente para así actuar en su práctica profesional.

De la misma manera sigue expresando el autor que “dentro de la valoración se tienen indicadores como exploración del tórax para evaluar la configuración de la pared torácica, tamaño y forma”. (pp. 212).

Longston, R. (1995) menciona que “la aspiración traqueobronquial está indicada cuando existen secreciones audibles en las vías aéreas inferiores y sibilancias en el tórax”. (pp. 17).

El autor menciona que es importante seguir estrictamente los principios sobre aspiración que mejoran la efectividad y la eficiencia, a la vez que reducen los efectos colaterales.

Longston, R. (1995) señala, que “la enfermera debe cumplir con los principios de aspiración al paciente, los cuales deben ser la hidratación del mismo, un correcto drenaje postural, la utilización de las técnicas estériles, la hiperoxigenación e hiperventilación previos a la higiene broncopulmonar”. (pp. 39).

A su vez, el mismo autor indica que la aspiración con el tubo endotraqueal “se realiza pasando una sonda estéril sea a través del tubo endotraqueal o de la cánula de traqueostomía hacia la traquea o por las partes proximales de los bronquios, la aspiración ayuda a la eliminación de las secreciones acumuladas”. (pp. 39).

Se aprecia en lo expuesto anteriormente que al introducir una sonda estéril a través de la traquea se contribuye a la permeabilización de las vías aéreas inferiores.

Para Lewis, L. (1997), la técnica de aspiración endotraqueal “ayuda a mantener permeable una vía aérea para promover un óptimo intercambio de

O<sub>2</sub> y dióxido de carbono y prevenir la neumonía causada por la acumulación de secreciones”. (pp. 94).

Sobre esta consideración, Harcourt, B. (1998) manifiesta que la aspiración traqueal:

Comprende la introducción de un catéter de succión dentro de la vía aérea traqueal artificial del paciente, que mantiene la permeabilidad de las vías aéreas, facilita la eliminación de secreciones y estimula la tos profunda. Por lo que se trata de un procedimiento estéril para así evitar complicaciones infecciosas. (pp. 429).

Lo anterior plantea que la aspiración traqueal forma parte de un procedimiento estéril utilizado en pacientes críticamente enfermos o politraumatizados severos, para condicionar las vías aéreas del mismo mediante la permeabilidad de las mismas y así evitar complicaciones infecciosas y ventilación en el paciente.

Rosales, S. y Hernández, J. (1996) hacen referencia en que siempre que se introduzcan cánulas o tubos endotraqueales o se realice traqueostomía, se estará utilizando asistencia ventilatoria invasiva, puesto que los mecanismos de defensa de las vías respiratorias son varias y pueden

alterarse anatómica o fisiológicamente por la frecuencia de estos dispositivos. La utilización de tubos estériles y la aspiración de secreciones con guantes, soluciones y sondas estériles en cada ocasión son los cuidados fundamentales que deben vigilarse.

Este autor afirma que al manejar al paciente invasivamente se están rompiendo sus mecanismos de defensa por lo cual al utilizar las medidas preventivas estamos contribuyendo a disminuir posibles complicaciones en el mismo.

Si se desea proporcionar un cuidado seguro al paciente deben comprenderse los riesgos atribuibles a los dispositivos médicos y los métodos que pueden reducirlos, para disminuir las complicaciones infecciosas que ellos generan.

Longston, B. y Wooldridge-King, M. (1995), señala que los principios de aspiración incluyen “la hidratación sistémica, la humidificación del aire inspirado, el drenaje postural, la técnica estéril, el lavado del tubo con solución fisiológica, el acto de la aspiración y la hiperoxigenación e hiperventilación antes y después de la aspiración”. (pp. 39).



Se plantea según lo anterior, que al mantener una higiene bronco-pulmonar adecuada se previenen complicaciones en el paciente.

El Manual de Procedimiento de Enfermería (1992) afirma que en la aspiración traqueobronquial:

Se debe retirar la sonda un centímetro al encontrar resistencia y la aspiración no debe iniciarse hasta que no se comience a retirar la sonda mediante un movimiento de rotación con los dedos, para evitar que se adhiera a la superficie mucosa. (pp. 18).

Esteve, J. y Mitras, J. (2000) expresa que la aspiración de secreciones:

Se realiza con el objetivo de mantener las vías respiratorias permeables y prevenir infecciones respiratorias, por lo cual el autor menciona que al introducir la sonda suavemente hasta encontrar resistencia debe retirarse entre 1 y 2 cms; ocluyendo el orificio de succión y aspirando de forma intermitente durante 10 – 15 segundos, con movimientos rotatorios suaves, a la vez que va retirando la sonda. (pp. 82).

Harcourt, B. (1998) menciona que:

El catéter de aspiración debe levantarse con la mano dominante sin tocar superficies no estériles y retirarlo poco a poco al tiempo que lo gira hacia un lado y hacia el otro entre el pulgar y el índice de la mano dominante. (pp. 96).

Infiere de igual manera Harcourt, B. (op-cit), expone que: “cuando se introduzca la sonda en la traquea, deberá hacerlo suavemente, sin aspirar, y parar cuando note resistencia, lo cual suele indicar que la punta de la sonda ha llegado a la bifurcación traqueal, es decir, la carina”.

También menciona que antes de comenzar a aspirar deberá extraer la sonda 1 ó 2 cms y que durante la aspiración la sonda se debe extraer con un movimiento suave, continuo y giratorio; por lo que desde su inserción hasta su retirada, no deberá permanecer en la traquea más de 10 a 12 segundos.

Los autores mencionados plantean que la aspiración endotraqueal elimina las secreciones de la traquea a los bronquios mediante la introducción de una sonda a través del tubo, dicho procedimiento ayuda a mantener la vía aérea permeable para favorecer un óptimo intercambio

gaseoso y prevenir complicaciones; dicho procedimiento debe realizarse con condiciones de estricta asepsia con una sonda estéril.

### **3.- Definición De Términos:**

**Conocimiento:** Es el estado de conocer y comprender.

**Práctica Profesional:** Es una actividad obligatoria y complementaria al componente académico.

**Aspiración de Secreciones:** Es un procedimiento que contribuye a eliminar las secreciones del árbol bronquial y estimula la tos.

**Percusión Torácica:** Es una técnica que se realiza golpeando la pared torácica con las manos en la forma de copa, generando un sonido hueco y seco con la finalidad de facilitar la salida de las secreciones.

**Valoración Respiratoria:** Permite orientar las distintas opciones terapéuticas, facilitadas por el diagnóstico y otras pruebas complementarias.

**Fisioterapia Respiratoria:** Es un conjunto de técnicas de tipo físico y soporte educacional que junto al tratamiento médico, actuando

complementariamente pretenden mejorar la función ventilatoria y respiratoria del organismo, la calidad de vida y el bienestar físico.

**Drenaje Postural:** Técnica que consiste en colocar al paciente en una posición capaz de facilitar el flujo de las secreciones bronquiales aprovechando la verticalidad de los conductos bronquiales con objetivo de evacuar gracias a la fuerza de gravedad, las secreciones contenidas en uno o varios segmentos pulmonares a fin de conducir las desde las ramificaciones segmentarias a las ramificaciones lobares, de éstas a los bronquios principales y a la tráquea, y desde aquí al exterior donde serán expulsadas por la tos o por expulsión mecánica.

#### **4.- Sistema De Hipótesis:**

##### **4.1- Hipótesis General:**

Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que poseen las enfermeras (os) sobre cuidados respiratorios en el paciente politraumatizado con ventilación mecánica y la práctica que estas realizan en sus factores: **Valoración respiratoria, fisioterapia respiratoria y aspiración de secreciones endotraqueales.**

##### **4.2.- Hipótesis Específica:**

**4.2.1-** Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que poseen las enfermeras (os) sobre cuidados respiratorios en el paciente politraumatizado con ventilación mecánica y la práctica que estas realizan en su factor: **valoración respiratoria**

**4.2.2-** Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que poseen las enfermeras (os) sobre cuidados respiratorios en el paciente politraumatizado con ventilación mecánica y la práctica que estas realizan en su factor: **fisioterapia respiratoria.**

**4.2.3.-** Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que poseen las enfermeras (os) sobre cuidados respiratorios en el paciente politraumatizado con ventilación mecánica y la práctica que estas realizan en su factor: **aspiración de secreciones endotraqueales.**

## **5.- Sistema De Variables:**

**Variable 1 Conocimiento que poseen las enfermeras (os) sobre cuidados respiratorios en el paciente politraumatizado con ventilación mecánica:** se refiere a los insumos cognitivos que poseen las enfermeras (os) de la UCI sobre valoración respiratoria, fisioterapia respiratoria y aspiración de secreciones endotraqueales.

**Variable 2 Práctica de las enfermeras (os) durante el cuidado respiratorio en el paciente politraumatizado con ventilación mecánica:** se refiere al cumplimiento de las actividades que realiza las enfermeras (os) que laboran en la UCI para el cuidado que ofrecen al paciente politraumatizado referido a: valoración respiratoria, fisioterapia respiratoria y aspiración de secreciones endotraqueales.



## 6.- operacionalización de variable

**Variable 1:** Conocimiento que poseen las enfermeras (os) sobre cuidados respiratorios en el paciente politraumatizado con ventilación mecánica: se refiere a los insumos cognitivos que poseen las enfermeras (os) de la UCI sobre valoración respiratoria, fisioterapia respiratoria y aspiración de secreciones endotraqueales.

FACTORES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ITEMS
<b>1.- Insumos Cognitivos sobre Valoración respiratoria:</b> Se refiere a la información que poseen las enfermeras sobre la exploración pulmonar referido a: inspección del tórax y auscultación del tórax.	<b>Información Teórica sobre Inspección del tórax.</b> Se refiere a las respuestas emitidas por las enfermeras sobre evaluación general del tórax.	Evaluación general del Tórax: - Simetría - Expansibilidad	1 2
	<b>Auscultación de Tórax:</b> Se refiere a las repuestas emitidas por las enfermeras sobre evaluación.	<b>Información Teórica sobre Drenaje Postural:</b> Se refiere a las respuestas emitidas por las enfermeras sobre definición, objetivo, posición, indicación, contraindicación y precauciones del drenaje por posición.	Evaluación de los ruidos respiratorios: - Normal - Adventicios
<b>2.- Insumos Cognitivos sobre Fisioterapia respiratoria:</b> Se refiere a la información que poseen las enfermeras sobre drenaje postural	<b>Vibración Torácica:</b> Se refiere a las respuestas emitidas por las enfermeras sobre definición, indicación, Posición de las manos contraindicación y precauciones de vibración	- Definición	10
		- Objetivo	11
		- Posición	12
		- Indicación	13
		- Contraindicación	14
		- Precauciones	15
			16
		- Definición	17
		- Indicación	18
		- Posición de las manos.	19
		- Contraindicación	20
		- Precauciones	



	torácica.		
--	-----------	--	--

FACTORES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ITEMS
	<p><b>Percusión Torácica:</b> Se refiere a las respuestas emitidas por las enfermeras sobre definición, indicación, Posición de las manos contraindicación de la percusión torácica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición</li> <li>- Indicación</li> <li>- Posición de las manos.</li> <li>- Contraindicación</li> </ul>	<p>21</p> <p>22</p> <p>23</p> <p>24</p>
<p><b>3.- Aspiración de Secreciones:</b> Se refiere a la información que poseen las enfermeras sobre drenaje postural</p>	<p><b>Normas a seguir en la aspiración de secreciones:</b> Se refiere a las repuestas emitidas por las enfermeras sobre los aspectos a considerar en la aspiración de secreciones referido a manipulación de la sonda, introducción de la sonda, retiro de la sonda, limpieza de la sonda, tiempo establecido entre la introducción y el retiro de la sonda.</p>	<p>Aspectos a considerar en la aspiración de secreciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manipulación de la sonda.</li> <li>- Introducción de la sonda.</li> <li>- Retiro de la sonda</li> <li>- Limpieza de la sonda</li> <li>- Tiempo establecido entre la introducción y retiro de la sonda</li> </ul>	<p>25 – 26</p> <p>27 – 28</p> <p>29</p> <p>30</p> <p>31</p>



**Variable 2: Práctica de las enfermeras (os) durante el cuidado respiratorio en el paciente politraumatizado con ventilación mecánica:** se refiere al cumplimiento de las actividades que realizan las enfermeras (os) que laboran en la UCI para el cuidado que ofrecen al paciente politraumatizado referido a: valoración respiratoria, fisioterapia respiratoria y aspiración de secreciones endotraqueales.

FACTORES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ITEMS
<p><b>1.- Cumplimiento de las Actividades en la Valoración respiratoria:</b> Se refiere a la conducta observada en las enfermeras en relación a la exploración pulmonar referido a: inspección y auscultación pulmonar.</p>	<p><b>Inspección del tórax.</b> Se refiere a la actividad que realizan las enfermeras (os) en relación a la evaluación general del tórax.</p> <p><b>Auscultación de Tórax:</b> Se refiere a la actividad que realizan las enfermeras (os) en relación a la evaluación de los ruidos respiratorios.</p>	<p>Evaluación general del Tórax: - Simetría - Expansibilidad</p>	<p>1 2</p>
		<p>Evaluación de los ruidos respiratorios: - Normal - Adventicios</p>	<p>3 – 4 5</p>
<p><b>2.- Cumplimiento de las actividades en la Fisioterapia respiratoria:</b> Se refiere a la conducta observada en las enfermeras (os) en relación a la aplicación de la fisioterapia respiratoria, referido a drenaje postural, vibración torácica y percusión torácica.</p>	<p><b>Drenaje Postural:</b> Se refiere a la conducta observada en las enfermeras (os) sobre la posición del paciente, contraindicación, y precauciones en el drenaje de las secreciones.</p> <p><b>Vibración Torácica:</b> Se refiere a la conducta observada en las enfermeras (os) sobre la posición de las manos, la posición del paciente y las precauciones en el drenaje de las secreciones.</p>	<p>- Posición del paciente - Contraindicación - Precauciones</p>	<p>6 – 7 8 9 – 10</p>
		<p>- Posición de las manos. - Posición del paciente. - Precauciones.</p>	<p>11 12 13</p>

FACTORES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ITEMS
<p><b>3.- Cumplimiento de las Actividades de Aspiración de Secreciones endotraqueal:</b> Se refiere a la conducta observada en las enfermeras (os) en la aplicación de las normas a seguir en la aspiración de secreciones.</p>	<p><b>Percusión Torácica:</b> Se refiere a la conducta observada en las enfermeras (os) sobre la posición de las manos en el drenaje de las secreciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica</li> <li>- Posición de las manos.</li> </ul>	<p>14</p> <p>15</p>
	<p><b>Normas a seguir en la aspiración de secreciones:</b> Se refiere a la conducta observada en las enfermeras (os) sobre la aplicación de secreciones referido a manipulación de la sonda, introducción de la sonda, retiro de la sonda, limpieza de la sonda, tiempo establecido entre la introducción y el retiro de la sonda.</p>	<p>Aspectos a considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manipulación de la sonda.</li> <li>- Introducción de la sonda.</li> <li>- Retiro de la sonda</li> <li>- Limpieza de la sonda</li> <li>- Tiempo establecido entre la introducción y el retiro de la sonda</li> </ul>	<p>16</p> <p>17</p> <p>18</p> <p>19</p> <p>20</p>

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

En el presente capítulo se incluye el diseño de la investigación, la población, la muestra, el instrumento y procedimiento de recolección de datos y la técnica de análisis de los datos.

#### **1.- Diseño de la Investigación**

El presente estudio estuvo enmarcado dentro de la investigación correlacional de campo descriptivo y de corte transversal.

Para el caso de este estudio, los datos fueron recogidos directamente de la realidad por la investigadora, situación que determina su carácter de investigación de campo, tratando de establecer la relación que existe entre ambas variables por el hecho de ser correlacional.

## **2.- Población:**

La población objeto de estudio estuvo constituida por 26 enfermeras (os) con criterio de cuidado directo al paciente excluyendo las 4 coordinadores que ejercen labores administrativas que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos en los tres turnos de trabajo del Hospital Universitario "Dr. Jesús María Casal Ramos" de Acarigua Estado Portuguesa.

## **3.- Muestra:**

En virtud de que el número de la población de enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos es relativamente pequeña y accesible a la investigadora no se realizó selección muestral, sino que de manera intencional se decidió utilizar todo el universo. Para efectos del estudio, la muestra quedó constituida por 26 enfermeras de cuidado directo de la UCI del Hospital Universitario "Dr. Jesús María Casal Ramos", excluyendo a la coordinadora y la docente de Enfermería.

#### **4.- Instrumento de Recolección de Datos:**

Para el presente estudio se utilizaron dos (2) instrumentos; donde el primero instrumento estuvo constituido por los datos sociodemográficos y una segunda parte conformada con 31 ítems de alternativas variadas para medir conocimiento, el segundo instrumento utilizado fue el de observación directa con 20 ítems de orden dicotómico “Si y No” que miden la ejecución del procedimiento, realizando Tres (3) observaciones a cada profesional en diferentes momentos.

#### **5.- Validez y Confiabilidad del Instrumento:**

En efecto una vez operacionalizadas las variables y diseñado el instrumento, se procedió a realizar la validación mediante el juicio de expertos, a fin de que juzgaran cada uno de los ítems del instrumento bajo los criterios de pertinencia, claridad y redacción entre contenidos y objetivos.

El instrumento fue validado por la docente de la cátedra de investigación y participantes del programa.

Los criterios de observaciones emitidos por los expertos se utilizaron para la modificación de los ítems del instrumento evaluado en función de la calidad de la redacción y pertinencia con los objetivos de la investigación.

Para el cálculo de la confiabilidad se aplicó la prueba piloto a una muestra de ocho enfermeras con características idénticas a los sujetos que conforman la población. Esta prueba fue aplicada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Pastor Oropeza” de Barquisimeto Estado Lara.

Para efectos de la presente se aplicó la prueba de Kuder y Richarson (Kr20) al instrumento sobre conocimiento obteniendo un resultado de 0,71; y donde se aplicó la siguiente formula:

$Kr20 = (n/n-1) * (1 - \text{Suma de las varianzas de los ítems}/\text{varianza de la prueba})$ .

$$Kr20 = (31/30) * (1 - (6,52/20.55)) = 0.71$$



Mientras que para el instrumento de la práctica se aplicó el valor medio de coincidencia de observaciones similares siendo el resultado de 100% de confiabilidad.

#### **6.- Procedimiento de Recolección de Datos:**

Los trámites administrativos a seguir para recabar la información fueron:

1. Se envió comunicación escrita a la Dirección Médica y de Enfermería de la institución, a fin de notificar acerca del instrumento a ser aplicado y la finalidad del mismo para obtener la autorización correspondiente.
2. Se hizo llegar copia de la comunicación antes mencionada a la Coordinadora de Cuidados Intensivos puesto que ésta es responsable del personal que allí labora y por ende la funcionabilidad de la unidad.
3. Se informó el objetivo de la investigación a las enfermeras(os) de cuidado directo, solicitándoles su participación voluntaria en el estudio.

4. Se aplicó el instrumento a las enfermeras (os) que laboran en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario Dr. “Jesús María Casal Ramos” de Acarigua Estado Portuguesa.

#### **7.- Técnica de Análisis de Datos:**

Los datos se sometieron al análisis mediante la estadística descriptiva para cada variable en particular utilizando la frecuencia absoluta y porcentual. Posteriormente se buscó la significatividad mediante la correlación estadística. Los resultados se presentan en cuadros y gráficos estadísticos.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.- Presentación de Resultados**

El presente capítulo describe la presentación de los resultados análisis e interpretación de los mismos en base a los cuadros y gráficos presentados.

A continuación se dan a conocer los resultados de la investigación. Para comenzar, se presentan en cuadros de distribución de frecuencias, las características de tipo sociodemográfico y laboral de los veintiséis miembros del personal de enfermería investigado. Luego se realizó el procesamiento de la información comenzando por establecer el porcentaje de conocimiento y práctica (con respecto a un porcentaje ideal del 100,0%) para cada miembro del personal referido, según el número de respuestas correctas que dieron con respecto al total de los ítems interrogados para cada factor y variable considerada en la operacionalización, así como para las actividades o cumplimiento observadas. Para los factores y variables que están relacionadas con la práctica, se hicieron tres (3) observaciones, las cuales se expresaron en porcentaje y promediados los mismos, se obtuvo un valor porcentual de práctica para cada miembro del personal en estudio. Para medir la variable, se observa en cada uno de los profesionales de enfermería la realización del procedimiento utilizado como indicador.

Todo ítem respondido correctamente para el conocimiento y observado durante su realización, si hizo apropiadamente el procedimiento, se le asignó un (1) punto.

Los resultados de las relaciones establecidas se muestran en cuadros de asociación, donde se describen los valores promedios y de desviación estándar de los factores y las variables, de acuerdo a los objetivos de la investigación.

Seguidamente, se realizó el cálculo de las diferencias para cada personal de enfermería, sacándose el promedio de las diferencias entre el conocimiento y la conducta de los factores y las variables. Una vez realizado este procedimiento, se aplicó el test de Student para la comparación de diferencias de medias de grupos pareados.

## **2.- Análisis E Interpretación De Resultados**

A continuación se muestran los resultados logrados posteriores a la aplicación del instrumento; el análisis e interpretación de los mismos, se orientó estadísticamente en relación a los objetivos propuestos y la verificación de las hipótesis planteadas.

### **Hipótesis Específica N° 1:**

Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que poseen las enfermeras (os) sobre cuidados respiratorios en el paciente politraumatizado con ventilación mecánica y la práctica que estas realizan en su factor valoración respiratoria respectivamente para cada variable.

Con respecto al ideal del 100%, el valor porcentual medio del conocimiento expresado por el personal de enfermería en el factor insumos cognitivos en valoración respiratoria, fue de 71,3% con desviación estandar de 14%, mientras que el valor porcentual medio obtenido en la práctica con respecto al factor actividades o cumplimiento de las normas en valoración respiratoria fue de 52,8% con desviación de 14,9%.

La diferencia a favor del conocimiento fue de 18,5%, siendo significativa con un error menor al uno por mil ( $P < 0,001$ ), dado el valor conseguido del estadístico de decisión t de Student que fue 5,262 para veinticinco grados de libertad.

El resultado obtenido indica que no hay relación significativa, ya que la diferencia entre el conocimiento y la práctica que posee el personal de enfermería de la UCI sobre las normas en valoración respiratoria fue significativa, pues ambos factores difieren en los niveles porcentuales obtenidos, por lo que se rechaza la hipótesis específica N° 1, porque la diferencia entre los porcentajes obtenidos en el conocimiento y la práctica fue significativa con respecto al 100% de lo ideal especificado.

### **Hipótesis Específica N° 2**

Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que poseen las enfermeras (os) sobre cuidados respiratorios en el paciente politraumatizado con ventilación mecánica y la práctica que estas realizan en sus factores Fisioterapia respiratoria respectivamente por cada variable.

Con respecto al ideal del 100%, el valor porcentual medio del conocimiento expresado por el personal de enfermería en el factor insumos cognitivos de fisioterapia respiratoria, fue de 82,8% con desviación estándar de 11,3%, mientras que el valor porcentual medio obtenido en la práctica con

respecto al factor cumplimiento de las actividades de fisioterapia respiratoria fue de 87,1% con desviación de 12,0%.

La diferencia a favor de la práctica fue de 4,3%, no siendo significativa con un error mayor al cinco por ciento ( $P < 0,16$ ), dado el valor conseguido del estadístico de decisión t de Student que fue 1,465 para veinticinco grados de libertad.

El resultado obtenido indica que hay relación significativa, ya que la diferencia entre el conocimiento y la práctica que posee el personal de enfermería de la UCI sobre el cumplimiento de las actividades en fisioterapia respiratoria no fue significativa, pues ambos factores difieren escasamente en los niveles porcentuales obtenidos.

### **Hipótesis Específica N° 3:**

Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento que poseen las enfermeras (os) sobre cuidados respiratorios en el paciente politraumatizado con ventilación mecánica en la práctica que estas realizan en su factor: aspiración de secreciones endotraqueales.

Con respecto al ideal 100%, el valor porcentual medio del conocimiento expresado por el personal de enfermería en el factor insumos cognitivos de aspiración de secreciones endotraqueal, fue de 50,0% con desviación estándar de 11,6% mientras que el valor porcentual medio obtenido en la práctica con respecto al factor actividades o cumplimiento de las normas de aspiración de secreción endotraqueal fue de 60,2% con desviación de 23,2%.

La diferencia a favor de la práctica fue de 10,2%, no siendo significativa con un error mayor al cinco por ciento ( $P < 0,06$ ), dado el valor conseguido del estadístico de decisión t de Student que fue 2,005 para veinticinco grados de libertad.

El resultado obtenido indica que hay relación significativa, ya que la diferencia entre el conocimiento y la práctica que posee el personal de enfermería de la UCI sobre el cumplimiento de las actividades en secreción aspiración endotraqueal no fue significativa, pues ambos factores difieren escasamente en los niveles porcentuales obtenidos.



## CUADRO N° 1.

**Distribución de Frecuencia Absoluta y Porcentual según Edad del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.**

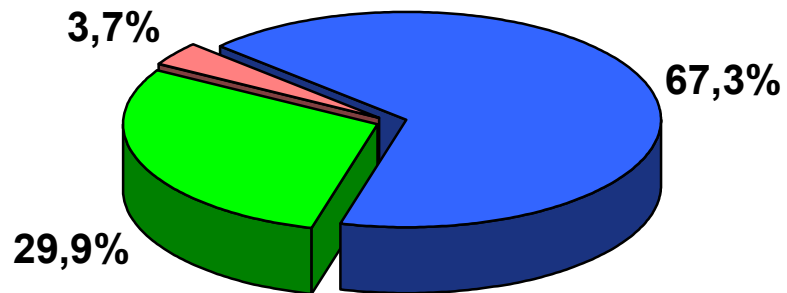
Aspecto	Frecuencia			TOTAL	
		fa	%	fa	%
Edad	28-33	1	3,8	26	100
	34-39	18	69,3	26	100
	40-45	7	29,9	26	100

Fuente: Instrumento Aplicado. Año 2006. (Lic. Silva, M.)

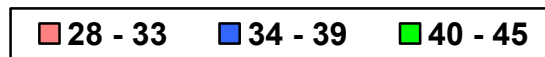
En el ítem correspondiente a la edad el personal de enfermería del estudio en un 3,8%, se ubica entre 28 y 33 años, el 69,3% se encuentra en el grupo de 34 a 39, finalizando con un 29,9% para los de 40 a 45 años.

**GRÁFICO N° 1.**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ABSOLUTA Y PORCENTUAL SEGÚN EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JESÚS MARÍA CASAL RAMOS” ACARIGUA – ARAURE. ESTADO PORTUGUESA. DICIEMBRE 2006.**



**EDAD**



Fuente: Cuadro N° 1. Año 2006.

### CUADRO N° 2

**Distribución de Frecuencia Absoluta y Porcentual Según Sexo del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.**

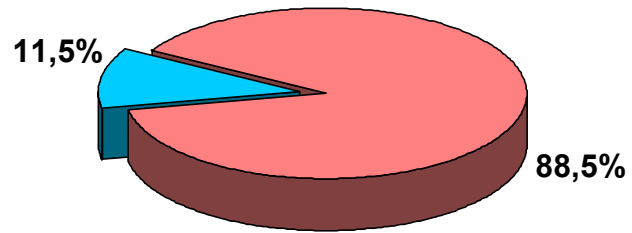
Aspecto	frecuencia	fa	%	TOTAL	
				fa	%
Sexo	F	23	88,5	26	100
	M	3	11,5	26	100

Fuente: Instrumento Aplicado. Año 2006. (Lic. Silva, M.)

Entre los sujetos que participaron en el estudio el 88,5% pertenece al sexo femenino y el resto 11,5% al sexo masculino.

**GRAFICO N° 2**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ABSOLUTA Y PORCENTUAL SEGÚN SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JESÚS MARÍA CASAL RAMOS” ACARIGUA – ARAURE. ESTADO PORTUGUESA. DICIEMBRE 2006.**



**SEXO**



**Fuente: Cuadro N° 2. Año 2006.**

### CUADRO N° 3

**Distribución de Frecuencia Absoluta y Porcentual Según Nivel de Instrucción del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.**

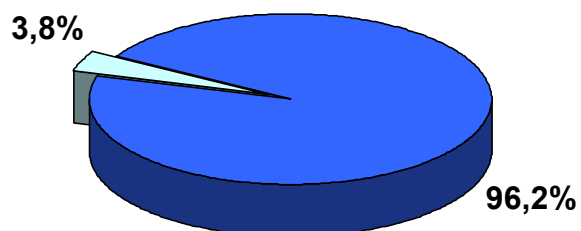
Aspecto	frecuencia		%	TOTAL	
		fa		fa	%
Nivel de Instrucción	LIC.	25	96,2	26	100
	TSU	1	3,8	26	100

Fuente: Instrumento Aplicado. Año 2006. (Lic. Silva, M.)

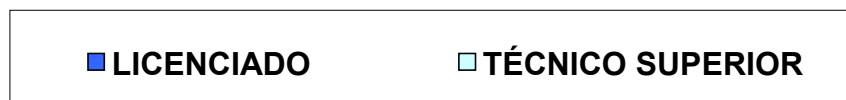
El cuadro N° 3 refleja en nivel de instrucción de los sujetos que participan en el estudio, lo cual demuestra que el 96,2% del personal de enfermería posee un nivel de estudios de licenciatura en enfermería, mientras un (3,8%) que posee el título de técnico superior en enfermería.

**CUADRO N° 3**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ABSOLUTA Y PORCENTUAL SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JESÚS MARÍA CASAL RAMOS” ACARIGUA – ARAURE. ESTADO PORTUGUESA. DICIEMBRE 2006.**



### NIVEL DE INSTRUCCIÓN



Fuente: Cuadro N° 3. Año 2006.

### CUADRO N° 4

Distribución de Frecuencia Absoluta y Porcentual Según Turno Laboral de Instrucción del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Universitario "Dr. Jesús María Casal Ramos" Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.



Aspecto	frecuencia	fa	%	TOTAL	
				fa	%
Turno Laboral	7 AM – 1 PM	5	19,2	26	100
	1 PM – 7 PM	6	23,1	26	100
	7 PM – 7 AM	15	57,7	26	100

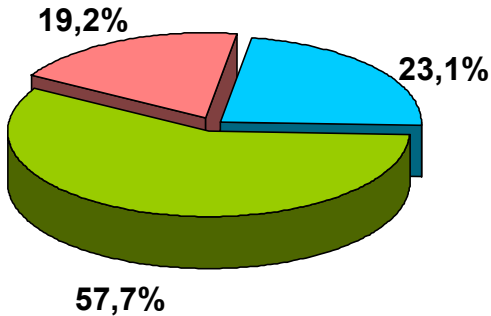
Fuente: Instrumento Aplicado. Año 2006. (Lic. Silva, M.)

Los resultados observados con relación a los turnos se observa que de 7 a.m. a 1 p.m. le corresponde un valor de 19,2% y el 23,1% para horario de 1 p.m. a 7 p.m. mientras que el turno de 7 p.m. a 7 a.m. se ubica en el de mayor representación con el 57,7%.

#### GRÁFICO N° 4

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ABSOLUTA Y PORCENTUAL SEGÚN TURNO LABORAL DE INSTRUCCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JESÚS MARÍA CASAL**

**RAMOS" ACARIGUA – ARAURE. ESTADO PORTUGUESA. DICIEMBRE 2006.**



**TURNO LABORAL**



**Fuente: Cuadro N° 4. Año 2006.**

## CUADRO N° 5

**Distribución de Frecuencia Absoluta y Porcentual Según Tiempo de Servicio del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.**

Aspecto	frecuencia	fa	%	TOTAL	
				fa	%
<b>Tiempo de Servicio</b>	Menos de 4 años	3	11,5	26	100
	4 a 8 años	2	7,7	26	100
	9 a 12 años	5	19,2	26	100
	Mas de 12	16	61,6	26	100

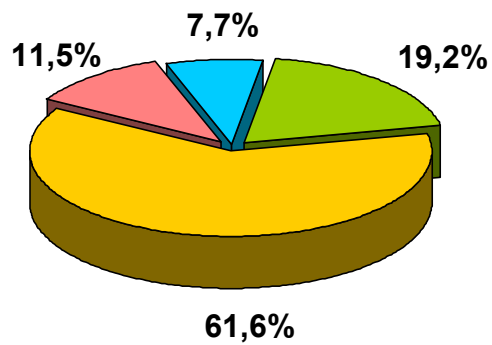
Fuente: Instrumento Aplicado. Año 2006. (Lic. Silva, M.)

En los resultados tabulados del tiempo de servicio del personal de enfermería, se determinó que el 11,5%, tiene laborando en la Unidad de Cuidados Intensivos menos de 4 años, mientras que entre 4 y 8 años representan 7,7%, por su parte el 19,2% corresponde a los que tenían entre 9 y 12 años y, por último, el 61,6% fue para los que tenían más de 12 años.

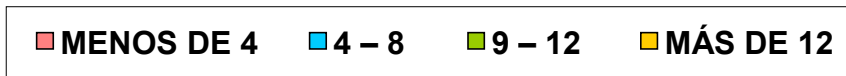
Lo que conlleva a suponer que la mayoría del personal que atiende los pacientes tiene un confiable manejo en las técnicas, conocimientos y práctica sobre cuidados respiratorios del paciente politraumatizado con ventilación mecánica.

## GRÁFICO N° 5

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ABSOLUTA Y PORCENTUAL SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JESÚS MARÍA CASAL RAMOS” ACARIGUA – ARAURE. ESTADO PORTUGUESA. DICIEMBRE 2006.



TIEMPO DE SERVICIO (AÑOS)



Fuente: Cuadro N° 5. Año 2006.

**CUADRO N° 6**

**Distribución de Frecuencia Absoluta y Porcentual Según Asistencia a Cursos del Personal de Enfermería de la UCI del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.**

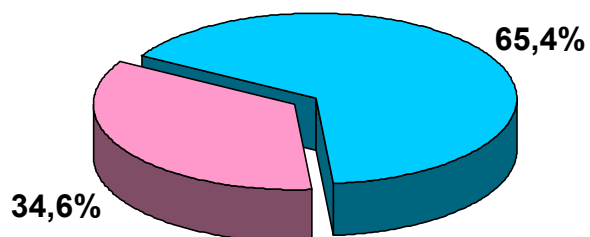
Aspecto	frecuencia	fa	%	TOTAL	
				fa	%
<b>Asistencia a Cursos</b>	SI	17	65,4	26	100
	NO	9	34,8	26	100

Fuente: Instrumento Aplicado. Año 2006. (Lic. Silva, M.)

Los datos observados en el cuadro 6, reflejan que el 65,4% del personal de enfermería que participo en el estudio ha asistido a cursos de especialización en cuidados intensivos, mientras que el resto 34,6% manifestó que no. Es importante señalar que ante situaciones tan delicadas que se pueden presentar en el paciente politraumatizado, todo el personal que atiende dicho servicio debería actualizarse con las últimas técnicas e investigaciones en el área.

**GRÁFICO N° 6**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ABSOLUTA Y PORCENTUAL SEGÚN ASISTENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JESÚS MARÍA CASAL RAMOS” ACARIGUA – ARAURE. ESTADO PORTUGUESA. DICIEMBRE 2006.**



**ASISTENCIA A CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS**



Fuente: Cuadro N° 6. Año 2006.

### CUADRO N° 7

Valores Medios (X) y de Desviación Estándar (S) del Porcentaje del Conocimiento y Práctica Adecuada en los Factores Insumos Cognitivos y Cumplimiento de las Actividades en Valoración Respiratoria Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.

<b>VALORACIÓN RESPIRATORIA</b>	<b>X ± S</b>	<b>SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA</b>
<b>CONOCIMIENTO (INSUMOS COGNITIVOS)</b>	71,3% ± 14,1%	DIFERENCIA= 18,5% t = 5,262 G. L. = 25 (P < 0,001)
<b>PRÁCTICA (CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES )</b>	52,8% ± 14,9%	DIFERENCIA SIGNIFICATIVA A FAVOR DEL CONOCIMIENTO

Fuente: Instrumentos Aplicados. Año 2006. (Lic. Silva, M.)

Con respecto al ideal del 100%, el valor porcentual medio del conocimiento expresado por el personal de enfermería en el factor INSUMOS COGNITIVOS EN VALORACIÓN RESPIRATORIA, fue de 71,3% con desviación estándar de 14,1%, mientras que el valor porcentual medio obtenido en la práctica con respecto al factor CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES EN VALORACIÓN RESPIRATORIA fue de 52,8% con desviación de 14,9%.

La diferencia a favor del conocimiento fue de 18,5%, siendo significativa con un error menor al uno por mil ( $P < 0,001$ ), dado el valor conseguido del estadístico de decisión t de Student que fue 5,262 para veinticinco grados de libertad.

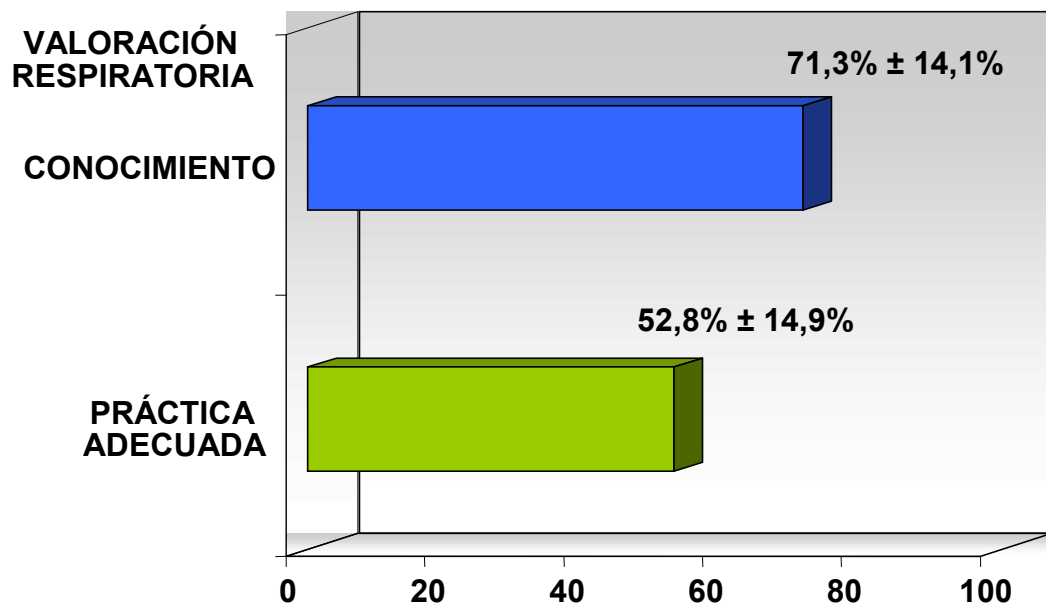
El resultado obtenido indica que no hay relación significativa, ya que la diferencia entre el conocimiento y la práctica que posee el personal de enfermería de la UCI sobre EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES EN VALORACIÓN RESPIRATORIA fue significativa, pues ambos factores difieren en los niveles porcentuales obtenidos.

Por lo tanto se rechaza la Hipótesis N° 1 porque la diferencia entre los porcentajes obtenidos en el conocimiento y la práctica fue significativa, es decir que los profesionales de enfermería poseen el conocimiento sobre el deber ser de la práctica en relación a la valoración respiratoria, pero no ejecutan en el 100% deseado los procedimientos de forma correcta que discrepan de lo argumentado por Leddy, S. y Pepper, J. quienes expresan que el profesional de enfermería debe conjugar el conocimiento con la práctica en estrecha relación “a fin de producir respuestas eficaces, resistir o vencer las amenazas a su salud.”



GRAFICO N° 7

VALORES MEDIOS (X) Y DE DESVIACIÓN ESTÁNDAR (S) DEL PORCENTAJE DEL CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA ADECUADA EN LOS FACTORES INSUMOS COGNITIVOS Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES EN VALORACIÓN RESPIRATORIA HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JESUS MARÍA CASAL RAMOS” ACARIGUA – ARAURE. ESTADO PORTUGUESA. DICIEMBRE 2006.



DIFERENCIA= 18,5%  
t = 5,262  
G. L. = 25  
(P < 0,001)  
DIFERENCIA  
SIGNIFICATIVA A FAVOR DEL  
CONOCIMIENTO

X ± S (%)

**Fuente: Cuadro N° 7. Año 2006.**

## CUADRO N° 8

**Valores Medios (X) y de Desviación Estándar (S) del Porcentaje del Conocimiento y Práctica Adecuada en los Factores Insumos Cognitivos y Cumplimiento de las Actividades en Fisioterapia Respiratoria Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.**

<b>FISIOTERAPIA RESPIRATORIA</b>	<b>X ± S</b>	<b>SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA</b>
<b>CONOCIMIENTO (INSUMOS COGNITIVOS)</b>	82,8% ± 11,3%	DIFERENCIA= 4,3% t = 1,465 G. L. = 25 (P < 0,16)
<b>PRÁCTICA (CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES)</b>	87,1% ± 12,0%	DIFERENCIA NO SIGNIFICATIVA A FAVOR DE LA PRÁCTICA

Fuente: Instrumentos Aplicados. Año 2006.

Con respecto al ideal del 100%, el valor porcentual medio del conocimiento expresado por el personal de enfermería en el factor Insumos Cognitivos de Fisioterapia Respiratoria, fue de 82,8% con desviación estándar de 11,3%, mientras que el valor porcentual medio obtenido en la práctica con respecto al factor Cumplimiento de Las Actividades en Fisioterapia Respiratoria fue de 87,1% con desviación de 12,0%.

La diferencia a favor de la práctica fue de 4,3%, no siendo significativa con un error mayor al cinco por ciento (P < 0,16), dado el valor conseguido

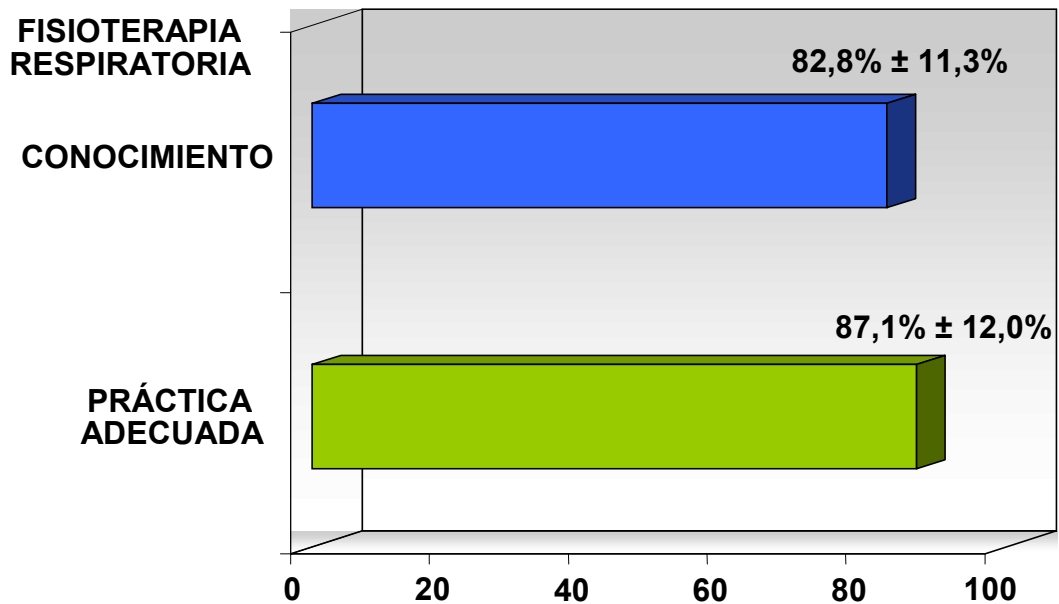
del estadístico de decisión t de Student que fue 1,465 para veinticinco grados de libertad.

El resultado obtenido indica que hay relación significativa, ya que la diferencia entre el conocimiento y la práctica que posee el personal de enfermería de la UCI sobre el Cumplimiento en las Actividades en Fisioterapia Respiratoria no fue significativa, pues ambos factores difieren escasamente en los niveles porcentuales obtenidos.

Por lo que se acepta la hipótesis específica N° 2, ya que la diferencia entre los porcentajes obtenidos entre conocimiento y práctica no fue significativo con respecto al 100% de valor ideal esperado. Los resultados obtenidos expresan coincidencia en lo referido por Leddy, S y Pepper, J. quienes afirman que la correlación teórico – práctica constituye un instrumento teórico – práctico para la enfermera.

GRÁFICO Nº 8

VALORES MEDIOS (X) Y DE DESVIACIÓN ESTÁNDAR (S) DEL PORCENTAJE DEL CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA ADECUADA EN LOS FACTORES INSUMOS COGNITIVOS Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES EN FISIOTERAPIA RESPIRATORIA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JESÚS MARÍA CASAL RAMOS" ACARIGUA – ARAURE. ESTADO PORTUGUESA. DICIEMBRE 2006.



DIFERENCIA= 4,3%  
t = 1,465  
G. L. = 25  
(P < 0,16)  
DIFERENCIA NO  
SIGNIFICATIVA A FAVOR  
DE LA PRÁCTICA

X ± S (%)

Fuente: Cuadro Nº 8. Año 2006.

### CUADRO N° 9

**Valores Medios (X) y de Desviación Estándar (S) del Porcentaje del Conocimiento y Práctica Adecuada en los Factores Insumos Cognitivos y Cumplimiento de las Actividades en Aspiración de Secreción Endotraqueal Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.**

<b>ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL</b>	<b>X ± S</b>	<b>SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA</b>
<b>CONOCIMIENTO (INSUMOS COGNITIVOS)</b>	50,0% ± 11,6%	DIFERENCIA= 10,2% t = 2,005 G. L. = 25 (P < 0,06)
<b>PRÁCTICA (CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES )</b>	60,2% ± 23,2%	DIFERENCIA NO SIGNIFICATIVA A FAVOR DE LA PRÁCTICA

Fuente: Instrumentos Aplicados. Año 2006. (Lic. Silva, M.)

Con respecto al ideal del 100%, el valor porcentual medio del conocimiento expresado por el personal de enfermería en el factor Insumos Cognitivos en la Aspiración de Secreción Endotraqueal, fue de 50,0% con desviación estándar de 11,6%, mientras que el valor porcentual medio obtenido en la práctica con respecto al factor Cumplimiento de las Actividades de Aspiración de Secreción Endotraqueal fue de 60,2% con desviación de 23,2%.

La diferencia a favor de la práctica fue de 10,2%, no siendo significativa con un error mayor al cinco por ciento (P < 0,06), dado el valor

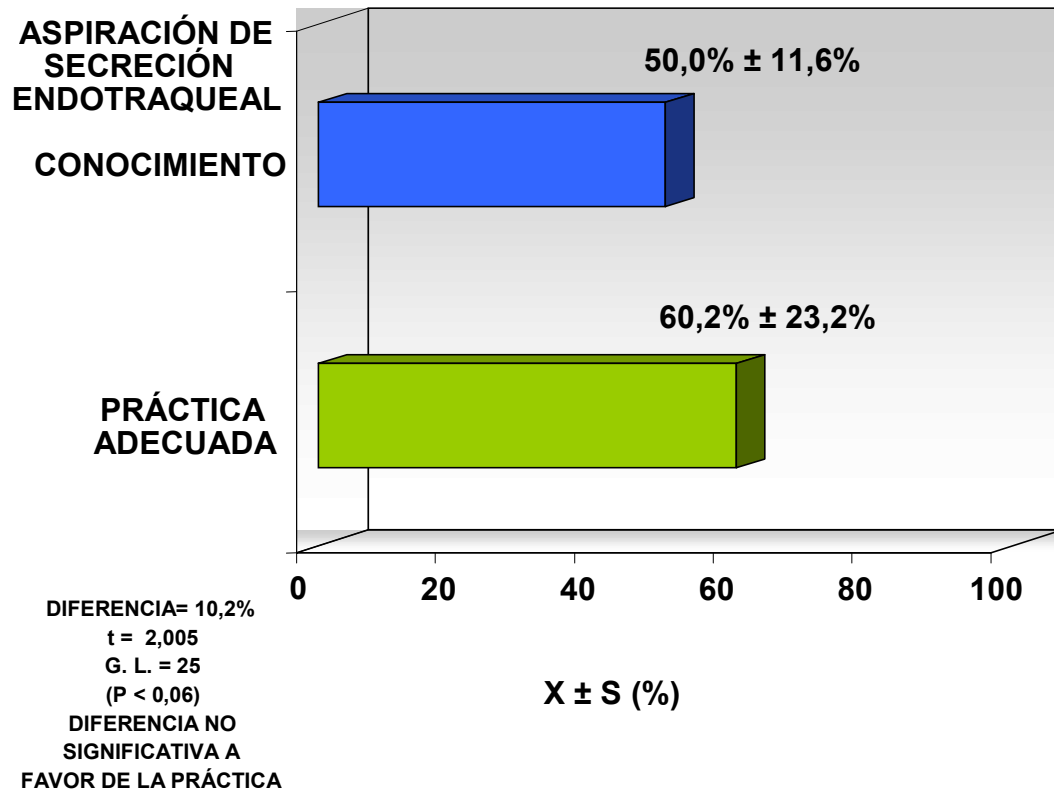
conseguido del estadístico de decisión t de Student que fue 2,005 para veinticinco grados de libertad.

El resultado obtenido indica que hay relación significativa, ya que la diferencia entre el conocimiento y la práctica que posee el personal de enfermería de la UCI sobre el Cumplimiento en las Actividades en Aspiración de Secreciones Endotraqueales no fue significativa, pues ambos factores difieren escasamente en los niveles porcentuales obtenidos.

Se acepta la hipótesis específica N° 3, ya que la diferencia entre los porcentajes obtenidos el conocimiento y la práctica que tiene el personal de enfermería de la UCI sobre las normas de la aspiración de secreciones endotraqueales no fue significativa con respecto a los niveles porcentuales del 100% del ideal esperado. Al respecto se asume con satisfacción que el procedimiento de aspiración que realizan los profesionales de la UCI son contentivos de garantía de seguridad en relación a una evaluación satisfactoria en la prevención de las infecciones respiratorias.

### GRAFICO N° 9

VALORES MEDIOS (X) Y DE DESVIACIÓN ESTÁNDAR (S) DEL PORCENTAJE DEL CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA ADECUADA EN LOS FACTORES INSUMOS COGNITIVOS Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES EN ASPIRACIÓN DE SECRECIÓN ENDOTRAQUEAL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JESUS MARÍA CASAL RAMOS” ACARIGUA – ARAURE. ESTADO PORTUGUESA. DICIEMBRE 2006.



Fuente: Cuadro N° 9. Año 2006.



## CUADRO No. 10

**Valores Medios (X) y de Desviación Estándar (S) del Porcentaje del Conocimiento y Práctica Adecuada en las Variables en Estudio Hospital Universitario “Dr. Jesus María Casal Ramos” Acarigua – Araure. Estado Portuguesa. Diciembre 2006.**

<b>EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO CON VENTILACIÓN MECÁNICA</b>	<b>X ± S</b>	<b>SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA</b>
CONOCIMIENTO	72,0% ± 8,1%	DIFERENCIA= 0,1% t = 0,046 G. L. = 25 (P < 0,94)
PRÁCTICA	71,9% ± 9,9%	DIFERENCIA NO SIGNIFICATIVA A FAVOR DEL CONOCIMIENTO

Fuente: Instrumentos Aplicados. Año 2006. (Lic. Silva, M.)

Con respecto al ideal del 100%, el valor porcentual medio del conocimiento expresado por el personal de enfermería en la variable Conocimiento sobre Cuidado Respiratorio en el Paciente Politraumatizado con Ventilación Mecánica, fue de 72,0% con desviación estándar de 8,1%, mientras que el valor porcentual medio obtenido en la variable Práctica sobre el Cuidado Respiratorio en el Paciente Politraumatizado con Ventilación Mecánica fue de 71,9% con desviación de 9,9%.

La diferencia a favor de la práctica fue de 0,1%, no siendo significativa con un error mayor al cinco por ciento (P < 0,94), dado el valor conseguido

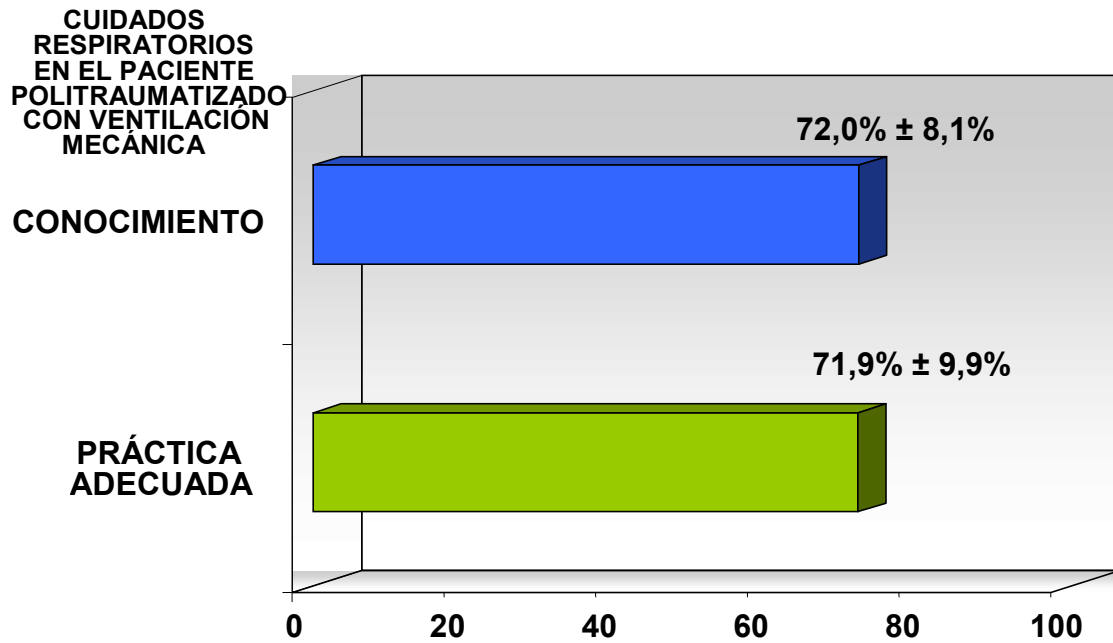
del estadístico de decisión t de Student que fue 0,046 para veinticinco grados de libertad.

El resultado obtenido indica que hay relación significativa, ya que la diferencia entre el conocimiento y la práctica que posee el personal de enfermería de la UCI sobre el Cuidado Respiratorio en el Paciente Politraumatizado con Ventilación Mecánica no fue significativa, pues ambas variables casi no difieren en los niveles porcentuales obtenidos.

Por lo que se aprueba la hipótesis general formulada que además certifica lo que plantea Bennet en cuanto a que el conocimiento desarrolla la vida profesional para responder a las inquietudes y demandas del servicio de salud. Orientado este argumento al paciente críticamente enfermo, cuya complejidad de su situación crítica así lo requiere.

GRAFICO N° 10

VALORES MEDIOS (X) Y DE DESVIACIÓN ESTÁNDAR (S) DEL PORCENTAJE DEL CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA ADECUADA EN LAS VARIABLES EN ESTUDIO HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JESÚS MARÍA CASAL RAMOS” ACARIGUA - ARAURE. ESTADO PORTUGUESA. DICIEMBRE 2006.



DIFERENCIA= 0,1%  
t = 0,046  
G. L. = 25  
(P < 0,94)  
DIFERENCIA NO  
SIGNIFICATIVA A FAVOR DEL  
CONOCIMIENTO

X ± S (%)

**Fuente: Cuadro N° 10. Año 2006.**

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **Conclusiones**

En base a los resultados arrojados según análisis estadístico realizado y según los objetivos planteados se presentan las siguientes conclusiones:

- ✓ Dadas las características demográficas y laboral se tiene que un 69,3% del personal de enfermería investigado tiene entre 28 y 33 años, correspondiendo en un 88,5% al sexo femenino con un nivel de instrucción de licenciatura en enfermería (96,2%), según instrumento aplicado. En lo que respecta al turno laboral el personal de enfermería de la UCI realiza mayor dinamismo en el horario de 7:00 pm a 7:00 am representado en un 57,5%, destacándose asimismo que dicha población en un 61,6% ejecuta sus labores desde hace más de 12 años en la UCI, asistiendo según resultados en un 65,4% a cursos de especialización en cuidados intensivos.

- ✓ La hipótesis general planteada se demuestra a la luz de los resultados evidenciados en relación entre el conocimiento y la práctica por parte de las enfermeras que laboran en la UCI del Hospital Universitario Dr. “Jesús María Casal Ramos”, en correspondencia al paciente críticamente enfermo con ventilación mecánica que se encuentra recluido en la misma; ello se refleja en el análisis estadístico realizado donde se evidencia que el conocimiento expresado por el personal es de 72% con una desviación estándar de 8,1%; mientras que el valor porcentual medio obtenido en la variable práctica fue de 71,9% con desviación de 9,9% . La diferencia a favor de la práctica fue de 0,1% no siendo significativa con un error mayor al cinco por ciento ( $P < 0,05$ ).
- ✓ Seguidamente en relación con el objetivo específico referido al factor N° 1 denominado insumos cognitivos en la valoración respiratoria se tiene, que el personal que participa en el estudio, para el conocimiento logro un valor porcentual de 71,3% en el área del conocimiento con desviación estándar de 14,1% mientras que para la práctica fue de 52,8% con desviación de 14,9%. La diferencia a favor del conocimiento fue de 18,5% siendo significativa con un error de  $P < 0,001$ . Vale decir que a pesar de

un reducido número de enfermeras que no poseen capacitación le permite ejecutar las acciones respectivas.

- ✓ Seguidamente el estudio determino como objetivo específico la relación entre el conocimiento y la práctica en el factor 2 de la variable nominada fisioterapia respiratoria, resultó significativa por cuanto se evidenció diferencia a favor de la práctica por parte de la enfermera de la UCI del Hospital Universitario Dr. Jesús María Casal Ramos” de Acarigua Estado Portuguesa, donde el conocimiento tuvo un valor de 82,8% con desviación de 11,3%; mientras que para la práctica fue de 87,1% con desviación de 12,0%. La diferencia a favor de la práctica resultó no significativa con un error mayor al 5% ( $P < 0,16$ ).
- ✓ La evaluación estadística realizada a la variable en su factor 3 cumplimiento de las actividades de aspiración de secreción endotraqueal, indica que no existe relación significativa por cuanto ambos factores (conocimiento y práctica) no difieren en el valor porcentual reflejado. Por lo que el factor conocimiento fue de 20,0% con desviación de 11,6%, mientras que para la práctica fue de 60,2% con desviación de 23,2%.

### **Recomendaciones:**

En virtud de las conclusiones expuestas se recomienda:

- ✓ Dar a conocer los resultados derivados de la investigación al personal de enfermería de la UCI que ejecuta actividades en la misma en lo que respecta al conocimiento y la práctica sobre los cuidados respiratorios en el paciente politraumatizado con ventilación mecánica.
- ✓ Ejecutar programas de educación permanente a fin de la actualizar al personal de enfermería de la UCI proporcionando habilidades y destrezas tanto cognitivas como técnicas a fin de ofrecer cuidados óptimos en lo que respecta al cuidado respiratorio en el paciente politraumatizado con ventilación mecánica.
- ✓ Realizar protocolos que utilizados de manera adecuada puedan prevenir de una u otra forma las infecciones respiratorias y complicaciones.
- ✓ Divulgar la información obtenida de la investigación en diversas entidades de salud con el objeto de corroborar los resultados
- ✓ Promover conjuntamente con instituciones pública y privadas, campañas de educación a la actividad para promover la seguridad vial, ya que datos presentados en el planteamiento del problema

indican que un alto índice de pacientes politraumatizados tienen su origen en accidentes de tránsito.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALVARADO de A, Z. (2001). **Conocimiento y Práctica de las Enfermeras sobre el Cuidado de Enfermería a Pacientes con TEC**. Tesis de Grado. Universidad de Carabobo – Valencia.

CASTILLO, M; GARCÍA, A. MARTÍNEZ, A. (1992). **Manual de Procedimientos de Enfermería**. Comunidad de Madrid. Conserjería de Sanidad y Servicios Sociales.

DIARIO SALUD (2006). **Accidentes de Tránsito Uruguay**.  
<http://www.diariosalud.net/content/view>.

DORADO, A. y Revilla, J. (2000). **Hospital Infantil Sur Docente Santiago de Cuba. Frecuencia de los Politraumatismos**.  
<http://scielo.sld.cu/scielo.php.pj>.



DUGAS, Beberly. (2000). **Tratado de Enfermería Práctica**. 4<sup>ta</sup> Edición.  
Editorial Mc Graw Hill. México.

ESPINDOLA, L. (2002). **Accidentes de Transito Argentina**.  
<http://www.intermedicina.com/publicaciones>.

ESTEVE, J. y MITJAS, J. (2000). **Enfermería Técnicas Clínicas**. 1<sup>a</sup>. Edición.  
Editorial Mc Graw Hill. Interamericana.

GONZÁLEZ, A; COSCOJUELA, M. y ERRO, A. (2002). **Evaluación de la Competencia práctica y de los Conocimientos Científicos de Enfermeras de UCI en la Aspiración Endotraqueal de Secreciones**. Disponible en  
<http://www.seeiuc.com/congres/premiados.htm>.

GRIFFIN, A. y POTTER, P. (2002). **Fundamento Teórico de la Práctica Enfermera**. Volumen 1. 5<sup>ta</sup> Edición. Harcourt Mosby

HARCOURT B. (1998). **Técnicas y Procedimientos Básicos. Guía Clínica de Enfermería**. 4<sup>ta</sup> Edición.

LEDDY, S. y PEPPER, J. (1989). **Bases Conceptuales de la Enfermera Profesional**. Editorial Lippincott Company. México.

LEWIS, J. (1997). **Procedimientos de Cuidados Críticos**. Editorial Manual Moderno. México.

LONGSTON, R. y WOOLDRIDGE-KING, M. (1995). **Terapia Intensiva. Procedimientos de al American Asociacion of Critical – Care Nurses**. Editorial Panamericana. 3era Edición.

LUCKMANN, J. (2000). **Cuidados de Enfermería**. Editorial Mac Graw Hill. México.

MANUAL MOSBY. (1996). **Diccionario de Medicina**. Océano. Grupo Editorial.

MARRINER, T. (2000), **Modelos y Teorías en Enfermería**. 3ª edición. España – Barcelona

MENDIVIL, A. y EMILIA, R. (2002). **Conocimiento y Práctica que tienen las enfermeras sobre la Aspiración de Secreciones en Pacientes Intubados en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Nacional Hipólito Unánue, Lima-Perú**.  
<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/apolinario>.

MILLÁN, A. y GUEVARA, B. (2004). **Conocimiento que poseen las Enfermeras Intensivistas del CHET y HCM sobre los principios de asepsia y antisepsia en el procedimiento de aspiración de secreciones endotraqueales en pacientes conectados a**

**ventilación mecánica y su aplicación en la práctica.** Tesis de Grado. Universidad de Carabobo

MINISTERIO DE INFRAESTRUCTURA CUERPO TÉCNICO DE TRANSPORTE Y TRÁNSITO TERRESTRE. (2006). UEVTT N° 54. Acarigua Estado Portuguesa.

NETTINA, S. M. (1998). **Enfermería Práctica de Lippincott.** Volumen I. Editorial Mc Graw Hill. 6<sup>ta</sup> Edición.

ORTEGA, N. (2000). **Conocimiento sobre Hemodinámica en pacientes Operados del Corazón que Poseen las Enfermeras Intensivistas del Estado Carabobo y la Práctica de Enfermera que ellas Realizan en el Postoperatorio de estos Enfermos.** Tesis de Grado. Universidad de Carabobo – Valencia.

ROSALES, S. y HERNANDEZ, J. (1996). **Funciones de la Enfermera de Control de Infecciones.** Editorial Mac Graw Hill.

SOULE, B; LARSON, E. y PRESTON, G. (1996). **Infecciones y Prácticas de Enfermería. Prevención y Control.** MOSBY.

SHOEMAKER, W. GRENVIK, A; HUEBROOK, P. y STEPHEN M. (1998). **Tratado de Medicina. Crítica y Terapia Intensiva.** 3<sup>era</sup> Edición.

URDEN, L. (1999). **Cuidados Intensivos en Enfermería.** 3<sup>era</sup> Edición.  
Editorial Océano.

WEILITZ. (1992). **Cuidados Respiratorios. Guías Profesionales de Enfermería.** Interamericana Editorial Mc Graw Hill.

WESLEY, R. **Teorías y Modelos de Enfermería.** 2<sup>da</sup> Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.

WUANI, H; OLETTA, J. y MENDOZA, R. (2001). **Semiología Médica.** 2<sup>a</sup> Edición. Mc Graw-Hill. Interamericana.

**ANEXOS**

***Anexo A***

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DATOS**

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD D CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CUIDADO AL  
ADULTO CRÍTICAMENTE ENFERMO**

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CONOCIMIENTO  
QUE POSEEN LAS ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS  
INTENSIVOS SOBRE CUIDADOS RESPIRATORIOS EN PACIENTES  
POLITRAUMATIZADOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA**

**Autora:**

**Lic. María de los A. Silva P.**

## **PRESENTACIÓN**

### **Estimado (a) Colega:**

El presente instrumento tienen como finalidad recolectar información sobre el conocimiento que tienen las enfermeras (os) sobre cuidados respiratorios en pacientes politraumatizados con ventilación mecánica.

La aplicación de este instrumento es uno de los requisitos para optar al título de magíster en Ciencias de la Enfermería, mención: Cuidado Crítico del Adulto.

La información que usted aporte es de carácter confidencial, por lo que agradezco no identificar el presente instrumento.

Agradezco su participación voluntaria en el presente instrumento.

**Gracias por su colaboración.**



## **INSTRUCCIONES GENERALES**

- 1.- Este instrumento consta de dos partes: La primer aparte contiene aspectos relacionados con los datos demográficos. Responda colocando una equis (X) en el espacio indicado.
  
- 2.- En la segunda parte encontrará preguntas relacionadas con el cuidado respiratorio cada uno con cuatro alternativas de respuestas, responda encerrando en un círculo cada una de estas.
  
- 3.- Esta información sólo se requiere para el propósito de la investigación, por lo tanto, tienen carácter anónimo y no requiere su identificación. No la firme.
  
- 4.- No deje ninguna pregunta sin responder.

**Gracias por su colaboración.**

**PARTE I**  
**DATOS DEMOGRÁFICOS**

Marque con una equis (X) en el espacio que corresponda:

**1.- Edad:** \_\_\_\_\_

**2.- Sexo:** \_\_\_\_\_

**3.- Nivel Académico:**

Técnico Superior Universitario (    )

Licenciado (    )

Especialidad (    )

**4.- Turno de Trabajo:**

7 am    a    1 pm (    )

1 am    a    7 pm (    )

7 am    a    7 pm (    )

**5.- Años de Servicio en la Unidad de Cuidados Intensivos**

Menos de 4 años (    )

4 a 8 años (    )

8 a 12 años (    )

Más de 12 años (    )

**6.- ¿Ha Asistido a Curso de Especialización en Cuidados Intensivos?**

Si (    )

No (    )

**PARTE II**

**Variable N° 1: Conocimiento de las enfermeras(os) sobre cuidados respiratorios en pacientes politraumatizados con ventilación mecánica.**

Encierre en un círculo la respuesta que usted considere correcta.

1.- La evaluación de la simetría del tórax en el paciente politraumatizado permite:

- a) Valorar la presencia de atelectasia
- b) Valorar la presencia de neumonía
- c) Valorar la presencia de pericarditis
- d) Valorar la presencia de neumotórax

2.- La expansibilidad torácica en el paciente politraumatizado se valora con la técnica de:

- a) Inspección.
- b) Palpación.
- c) Percusión.
- d) Auscultación.

3.- El sonido pulmonar normal se produce por:

- a) Paso de aire a través de las vías aéreas de pequeño calibre.
- b) Paso de aire a través de vías aéreas de gran calibre.
- c) Movimientos de aire a través de la traquea cerca del tórax.
- d) Ninguna de las anteriores.

4.- En relación a los ruidos respiratorios normales:

- a) Es un sonido hiperresonante que dura más en la inspiración.
- b) Un sonido suave de tono alto.
- c) Un sonido suave de tono Bajo que dura más en la inspiración.
- d) Es un sonido hiperresonante que dura más en la espiración.

5.- En relación a los ruidos adventicios:

- a) Resultan de las alteraciones patológicas en la luz del árbol traqueobronquial.
- b) Resultan del paso de aire por la laringe y la traquea.
- c) Resultan de la vibración del aire en los sacos alveolares.
- d) Resultan de la sustitución del parénquima pulmonar por otro tejido.

6.- Un crepitante es:

- a) Un ruido respiratorio que desaparece con la tos
- b) Un ruido respiratorio que se oye al final de la inspiración.
- c) Un ruido respiratorio continuo de tono bajo.
- d) Un ruido respiratorio basal.

7.- Los crepitaciones están asociadas con.

- a) Pericarditis
- b) Edema Agudo de Pulmón
- c) Neumotórax.
- d) Infarto cerebral.

8.- Los roncus son producidos por:

- a) Presencia de líquido o moco en vías aéreas de pequeño calibre.
- b) El paso del aire a través de una vía aérea obstruida por presión externa.
- c) El flujo del aire a través del árbol respiratorio.
- d) Roce de la pleura parietal contra la pleura visceral.

9.- Una silibancia es:

- a) Un ruido continuo, que puede escucharse durante la inspiración o la espiración.
- b) Es un sonido pronunciado durante la espiración.
- c) Una gran variedad de ruidos
- d) Producido fuera del árbol respiratorio.

10.- El drenaje postural se define como:

- a) Drenaje de secreciones por efecto estático.
- b) Técnica de la fisioterapia respiratoria que favorece la eliminación de secreciones para efectos de gravedad.

- c) Presión vibratoria ejercida en la pared torácica.
- d) Técnica de la fisioterapia respiratoria que favorece el desprendimiento de las secreciones.

11.- El drenaje postural tienen como objetivo:

- a) Mejorar la frecuencia cardíaca.
- b) Normalizar las presiones arteriales.
- c) Mejorar la relación ventilación – perfusión
- d) Mejorar la oxigenación cerebral.

12.- La posición que la enfermera le proporciona al paciente para el drenaje postural depende de:

- a) Estabilidad hemodinámica.
- b) Segmento pulmonar a drenar.
- c) Cantidad de secreción a drenar.
- d) Preferencia del paciente.

13.- Una de las indicaciones para el drenaje postural es:

- a) Evidencia de dificultad para el manejo de secreciones.
- b) Embolia pulmonar.
- c) Presencia de fístula broncopleurales
- d) Presencia de hemoptisis.

14.- Una de las contraindicaciones para el drenaje postural es:

- a) Pacientes con contusión pulmonar.
- b) Pacientes con atelectasia.
- c) Pacientes con lesión cerebral.
- d) Pacientes con Neumonía

15.- Una de las precauciones que la enfermera debe considerar antes de realizar el drenaje postural es:

- a) Colocar al paciente en cada posición de 3 a 5 minutos.
- b) Usar broncodilatadores antes del drenaje.
- c) Abstenerse de la administración de oxigenoterapia durante el procedimiento.
- d) Vigilar la oxigenación arterial.

16.- La maniobra de vibración se define como:

- a) Movimientos rápidos y vigorosos producidos por las manos y se realiza durante la espiración.
- b) Una técnica destinada a aprovechar mejor la capacidad pulmonar.
- c) Un Movimientos rápidos y vigorosos producidos por las manos que se realiza durante la inspiración.
- d) Una técnica destinada a ejercer un sonido hueco.

17.- Una de las indicaciones de la vibración es:

- a) Embolias pulmonares.
- b) Infiltrados pulmonares.
- c) Cirugía torácica.
- d) Hemoptisis

18.- En la técnica de vibración torácica la posición de las manos es:

- a) Las dos manos colocadas una sobre la otra dando palmadas.
- b) Las manos sobre el segmento pulmonar afectado, produciendo un sonido hueco.
- c) Las manos colocadas sobre la pared torácica directamente sobre el segmento pulmonar afectado aplicando un movimiento de salida.
- d) Una mano sobre el segmento pulmonar afectado dando plamadas.

19.- Entre las contraindicaciones para realizar la técnica de vibración torácica se encuentran:

- a) Pacientes con fracturas esternales.
- b) Pacientes con traqueostomía.
- c) Pacientes con inmovilidad prolongada.
- d) Pacientes con fractura de clavícula.

20.- Entre las precauciones que deben mantenerse para realizar la técnica de vibración se encuentran:

- a) Pacientes que recibieron esteroides durante un periodo prolongado.

- b) Pacientes que recibieron aminoglucosidos durante un periodo prolongado.
- c) Pacientes recibieron penicilina durante un periodo prolongado.
- d) Pacientes que recibieron analgésicos durante un periodo prolongado.

21.- La percusión torácica se define como:

- a) Una técnica que consiste en sacudidas intermitentes sobre el segmento pulmonar afectado.
- b) Una técnica que consiste en sacudidas rítmicas sobre el lóbulo superior derecho.
- c) Una técnica que consiste en palmadas con las manos planas sobre los segmentos apicales.
- d) Una técnica que consiste en palmadas rítmicas con las manos ahuecadas sobre el segmento pulmonar afectado.

22.- Entre las indicaciones de la percusión torácica se encuentran:

- a) Cirugía abdominal.
- b) Lesión ocupante de espacio.
- c) Bronquiectasias.
- d) Pacientes con marcapasos temporal

23.- En la técnica de percusión torácica la posición de las manos es:

- a) Colocando las manos en forma plan sobre el tórax.
- b) Colocando las manos cerradas en forma de copa sobre el tórax.
- c) Colocando solo la mano diestra en al zona a percutir.
- d) Colocando las manos una sobre la otra en la pared torácica.

24.- Entre las contraindicaciones para realizar las técnicas de percusión torácica se encuentran:

- a) Cirugía abdominal
- b) EPOC
- c) Distres respiratorio.
- d) Embolismo pulmonar.

25.- Para la enfermera la manipulación de la sonda de aspiración debe ser:

- a) Del extremo distal a lo proximal.

- b) Del extremo proximal a lo distal.
- c) Desde un tercio medio al extremo.
- d) Es indiferente.

26.- En la manipulación de la sonda de aspiración la enfermera debe:

- a) Retirar la sonda de aspiración del envoltorio con la mano no dominante.
- b) Retirar la sonda de aspiración del envoltorio con la mano dominante.
- c) Retirar la sonda de aspiración del envoltorio con la técnica limpia (guante no estéril).
- d) Retirarla la sonda de la envoltura y manipularla con las dos manos.

27.- El procedimiento en la introducción de la sonda de aspiración endotraqueal consiste en:

- a) Retirar la sonda apenas encuentre resistencia.
- b) Introducir la sonda, no aspirar durante la inserción.
- c) Introducir la sonda aspirando durante la inserción.
- d) Introducir la sonda y aspirar durante su inserción en forma intermitente.

28.- Una de las precauciones que debe tener la enfermera al introducir la sonda endotraqueal es:

- a) Luego de insertar la sonda y encontrar resistencia, retirarla un centímetro.
- b) Luego de insertar la sonda y encontrar resistencia retirarla tres centímetros.
- c) Luego de insertar la sonda y encontrar resistencia retirarla con rapidez.
- d) Luego de insertar la sonda y encontrar resistencia aspirar las secreciones.

29.- Uno de los principios en la retirada de la sonda de aspiración endotraqueal es:

- a) Girar la sonda rápidamente mientras se retira de manera que los agujeros laterales estén expuestos con la mano dominante.



- b) Retirar la sonda inmediatamente que se introduce aspirando con la mano dominante.
- c) Retirar la sonda con un movimiento suave, continuo y giratorio con la mano dominante.
- d) Hacer uso de la mano dominante y no dominante..

30.- En relación a la limpieza de la sonda de aspiración:

- a) Se realiza de lo proximal a lo distal.
- b) Se realiza en forma circular.
- c) Se realiza de lo distal a lo proximal.
- d) Es indiferente la forma en que se realiza.

31.- El tiempo establecido desde la inserción de la sonda de aspiración hasta el retiro de la misma es:

- a) Tres a cinco segundos.
- b) Seis a ocho segundos.
- c) Diez a quince segundos.
- d) Dieciséis a dieciocho segundos.

## PARTE III

### Variable N° 2

Práctica de la enfermera (os) sobre cuidados respiratorios en pacientes politraumatizados con ventilación mecánica.

### Instrumento de Observación en la Aplicación del Cuidado Respiratorio

Cuando la enfermera realiza cuidados respiratorios:							
N°	Conducta Observable	1		2		3	
		Si	No	Si	No	Si	No
1.-	¿Evalúa la simetría del tórax?						
2.-	¿Evalúa la expansibilidad del tórax?						
3.-	¿Ausculta el tórax en el paciente antes de realizar la aspiración de secreciones endotraqueales?						
4.-	¿Reconoce los ruidos respiratorios normales al auscultar?						
5.-	¿Reconoce los ruidos adventicios?						
6.-	¿Realiza drenaje postural al paciente?						
7.-	¿Coloca en la posición correcta al paciente durante el drenaje postural?						
8.-	¿Toma en consideración las contraindicaciones antes de efectuar el drenaje postural?						
9.-	¿Considera las precauciones antes de ejecutar el drenaje postural?						
10.-	¿Considera las precauciones durante el drenaje postural?						
11.-	¿Coloca adecuadamente las manos al realizar la vibración torácica?						
12.-	¿Moviliza al paciente al aplicar vibración torácica?						
13.-	¿Considera las precauciones antes de ejecutar la vibración torácica?						
14.-	¿Realiza la técnica de percusión torácica?						
15.-	¿Coloca adecuadamente las manos al realizar la percusión torácica?						
16.-	¿Manipula la sonda de aspiración utilizando la mano dominante?						
17	¿Introduce a la sonda de aspiración al tubo endotraqueal de forma correcta con la mano dominante durante el procedimiento?						
18	¿Retira la sonda de aspiración del tubo endotraqueal en forma circular cuidando de no contaminar la sonda?						
19	¿Limpia la sonda de aspiración después de retirarla del tubo endotraqueal de proximal a distal?						
20	¿Cumple tiempo establecido desde la inserción de la sonda de						

	aspiración hasta el retiro de la misma?							
--	---	--	--	--	--	--	--	--