



**Universidad
Norbert Wiener**
UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WINER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA
NEUMONIA NOSOCOMIALES DE LOS PACIENTES CON VENTILACIÓN
MECÁNICA EN LA UNIDAD DE UVI EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIA
VILLA EL SALVADOR DURANTE EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2020**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
CUIDADO DE ENFERMERIA EN EMERGENCIA Y DESASTRES**

PRESENTADO POR:

LIC. MENDOZA ESPINOZA MIGUEL

ASESOR:

MG. BASTIDAS SOLIS, MIRIAM CECILIA

LIMA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

A mi familia por su constante apoyo en mi educación, por educarme con valores y por su comprensión durante mi vida personal y profesional.

AGRADECIMIENTO

A mi Asesora, por contribuir en mi formación profesional, guiándome y motivándome permanentemente para la culminación del presente estudio.

ASESOR:

MG. BASTIDAS SOLIS, MIRIAM CECILIA

Índice General

Índice general	2
Índice de tabla	2
Índice de anexos	4
Resumen	5
Abstracta	6
I. INTRODUCCION	7
II. MATERIALES Y METODOS	8
III. RESULTADOS	9
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	20
ANEXO	30

Índice de Anexos

	Págs.
Anexo A. Operacionalización de la variable o variables	01
Anexo B. instrumento de recolección de datos	01
Anexo C. Consentimiento informado y/o Asentamiento informado	03

I. INTRODUCCION

El presente tema de investigación surge de una preocupación de un hecho real, con el personal de enfermería sobre el desconocimiento de bioseguridad en las técnicas y normativas de procedimientos para bioseguridad con el paciente, cuando realizan procedimientos y manejos en el área de unidades de cuidados intermedios esto se viene observando desde

Enero a Junio del 2020, en los pacientes adultos con ventilación mecánica, en el área de Unidad Cuidados Intermedios del Hospital de Emergencia Villa el salvador, directamente en aquellos pacientes que adquieren neomenias nosocomiales. Así mismo, se observó a los pacientes que están en un área donde no hay compartimiento, o presión negativa ellos inspiran el mismo aire del ambiente, donde se encuentran pacientes de diferentes patologías algunos son inmunodeficiencias otros con fibrosis pulmonar, los cuales, son más factibles de adquirir neumonía nosocomial desde el momento que se hospitaliza hasta su alta. En cambio, a través de una entrevista informal se le pregunta a un grupo de pacientes adultos mayores, si escucho sobre neomenias intrahospitalarias, donde refirieron “es cuando uno está mal de los pulmones”.

Al respecto, queda latente este problema de neumonías intrahospitalarias o nosocomiales desencadenando, a la larga; complicaciones propias posteriores tales como: La gripe, Disfagia, neumonía por aspiración, *Streptococcus pneumoniae* (neumoco) etc. La Organización Mundial de la salud (OMS) destaca de la tercera parte de muertos de adultos mayores de 65 años es causado por la neumonía, aun en países desarrollados (1).

Se puede complementar la mortalidad es altamente en los adultos mayores en los enfermos internados por Neomenia Adquirida que se adquirió en la población. También en aquellos que desarrollan su cuadro de neumonía durante la estancia hospitalaria. (NIH) (2). Por otro lado, informaciones del Centro en controlar y Prevenir enfermedades de Estados Unidos (CDC) mencionan que los usuarios mayores de 65 de edad, vienen hacer más de la mitad que se internan por

infecciones hospitalarias. Las NIH aumentar de manera rápida de acuerdo a la edad, siendo 17:100 más alta en los Adultos Mayores (AM) (3).

Así, mismo en los Estados Unidos el 15% de adultos mayores que se internan por neumonía vienen de casas geriátricas, pero en Europa solo es del 8%. Esto se podría comparar de la siguiente forma, Europa se estima que el 95 por ciento de los adultos mayores habitan en sus propios hogares. A esto se puede complementar, en un Estudio de enfermos con neumonía se ven en 67% de enfermos eran portadores de dos antecedentes teniendo diabetes, EPOC, cáncer e insuficiencia renal crónica (4).

Entre ellas ciertas apariciones de neumonía en hospitales (NIH) se dan por infecciones de los parénquimas pulmonares que desarrolla después de las 50 horas cuando se dieron de alta o están en el hospital. Según ciertas relaciones de casos, se considera que 6 a 11 casos por 1000 hospitalizados. La edad influye en los casos de NIH. En personas menos de 30 años se tienen 7 casos por 1000, y en más de 65 años la cifra aumenta más de 20 casos por 1000 enfermos que se hospitalizan (5). Gonzales define conocimiento

que es un proceso en el que el sujeto construye y reconstruye la realidad dentro de ello también considera el sujeto cognoscente de esta interacción didáctica surgen varios niveles de conocimiento que tienen en un inicio cuando se trabaja en la metodología científica y se describen mediante la abstracción relacionada entre el objeto y el sujeto, los niveles de conocimiento derivan del avance del saber con que se explica o comprende la actualidad (6).

El enfoque conceptual de acuerdo con Vega, la neumonía trata de la enfermedad de nuestro sistema respiratorio mediante inflamaciones del espacio alveolar del pulmón. Dicho en mención afecta al lóbulo pulmonar o a una parte de los lóbulos, ya sea al alveolo proximal del bronquio (que es la bronconeumonía) o mediante los tejidos intersticiales (neumonía intersticial) (7). En la neumonía según Soler trata de enfermedades graves al no detectar a tiempo llega a causar la muerte, afectando a las personas adulta mayor allí tendremos los inmunodeprimidos, (sida pneumocytis)

pacientes con patología fibrosis quística (fluidos en los pulmones) quedan con secuelas (8).

También otro autor Pérez. menciona que neumonías nosocomiales son aquellos que se presenta en las 48 horas – 72 horas tras ingresado al hospital, o aquellas neumonías que se presenta a los 7 días tras el alta hospitalario (9).

Por otro lado, Álvarez también transcribe que mundialmente son el segundo factor de infecciones hospitalarias y dependiendo del grupo etario, teniendo como ejemplo 1000 que se hospitalizaron de los cuales 15 son adultos mayores entre 65 años a más, la vía de entrada de los gérmenes es a través del trato respiratorio (aspiración de secreciones del orofaríngeo) y los patógenos más frecuentes son gram negativos los que fueron puestos a ventilador por NN (10).

Se utiliza los mismos términos según Álvarez Lerma, como infecciones hospitalarias o nosocomiales en ello tenemos las categorías como Esporádicas no tiene un periodo definido, Epidérmicas números de casos de enfermedades similares en un momento limitado (11). Las infecciones intrahospitalarias se dividen en dos grupos temprana son los que se presenta en los primeros días de ingreso o de la VM, y son de 4 a 7 días, tardía es después de los 7 días de haber ingresado al hospital, las causas son patógenos hospitalarios que canalizan el oro faríngeo entre ellos tenemos *Pseudomonas auriginosa*, *Legionellaneumophila*, *Staphylococcus aureus metecilino* (12).

Según Boorego la neumonía se puede clasificar en anatomopatológico: Neumonía Alveolar, afecta múltiples alveolos comprometiendo lóbulos y esto se observa mediante un procedimiento llamado broncograma (13). Por otro lado, Álvarez menciona la segunda clasificación llamada bronconeumonía o neumonía multifocal, que solo afecta al alveolo y bronquiolos, Gram negativos, staphylococcus aureus Y la tercera clasificación es Neumonía intersticial que afecta la zona del intersticio de los alveolos y bronquiolos (14). El cuarto clasificación según Hurtado menciona Neumonía necrotizante o absceso pulmonar, algunos en esta zona se puede

producir necrosis especialmente en el parénquima pulmonar con un aproximadamente de 2cm, dañando varias cavidades (15).

En cuanto a la fisiopatología Sepúlveda menciona que en muchos estudios demostraron que un procedimiento invasivo en la vía aérea va conllevar a presentar factores riesgos a los pacientes más aun los que están con ventilación mecánica por neumonía, ellos pueden presentar un huésped o foco de cultivo de microorganismos también por aspiración bucofaríngea (16).

Alayo en Epidemiología nos brinda porcentajes muy desfavorables en cuanto a la mortalidad , sientos los países más desarrollados tienden a presentar casos altos de neumonía ,156 millones de casos mundialmente de los cuales 151 se dan en los países subdesarrollados y 43 millones se ubica en la india, 21 millones en China y 10 millones en los países de Pakistán; 6 millones en Indonesia, Bangladesh y Nigeria de todo esto un 19 % se dan en África y en Asia más de los 70% de acuerdo a lo investigado epidemiológicamente (17).

Según Torres García y sus seguidores definen la base teórica y modelos conceptuales de una de las teoristas, Florencia Nightigale, 1859 donde propuso por vez primera las ideas sobre la enfermería y de sus ideas propias para todas las enfermeras, teniendo una imagen privada sobre la práctica incluyendo de las decisiones a tomar (18).

Florencia Nightigale en 1859. la enfermera por vocación es cuidar la salud, para que la naturaleza puede actuar en ella y se le asigna como la iniciadora de las normas sanitarias sin que haya complicaciones actuar en primera línea ,en su teoría ella se basa al entorno donde está el usuario ya que va depender bastante para su evolución de su salud, tiene que estar ventilado el ambiente, la higiene del usuario, la luz ,el ruido la eliminación, ella busca limpieza (19), tranquilidad, todo esto contribuirá al paciente, en cuanto al aire mencionaba que debe ser puro así como respiramos en lo exterior, la limpieza deben de realizarse con las ventanas abiertas para que el polvo salgan del interior al exterior y por otro lado Florencia menciona limpieza total del usuario también la ropa de los profesionales y del usuario deben

de estar limpios ya que estas se podrían impregnar de microorganismos y propagarse el baño del usuario diariamente ya que en esas épocas no se solía hacer, el lavado de manos constante (20).

León y colaboradores estudian en determinar caracteres epidemiológicos de enfermos con neumonía de hospitales (NIH) en medicina interna usando una sonda nasogástrica y mediante intubación endotraqueal en 54% y con ventilación mecánica en 51%. Los patógenos se aislaron fueron *Acinetobacter baumannii*

encontrando alta mortalidad en los de alta edad (21).

Romero y colaboradores mencionan de la edad de 86 a 90 años procedente de Chiclayo con neumonía que no tuvieron la vacuna de influenza, neumococo las cuales fueron referida por emergencia con problema respiratorio epoc, hipertensión, tos, fiebre que son los síntomas y signos con más frecuencia, que radiológicamente se afectaron el alveolo (22).

Lilia y colaboradores, estudiando la neumonía encontraron los causantes de mortalidad en personas mayores, dependen del grado de dependencia igual o mayor a 3, hemoglobina menor de 11 gr/dl, PCR mayor o igual a 77 mg/l, indicando el aumento de riesgo de mortandad en personas de edad avanzada con neumonía (23).

Llanos Torres, y sus seguidores encontró una frecuencia de 8.06 % de infecciones nosocomiales en salas de emergencia de medicina de ambos hospitales. Además, se relacionaron como factor de riesgo los días de estancia hospitalaria, ventilación y edad del paciente (24). Jara en el 2015 en su investigación sobre el nivel de conocimiento y practica preventivas para las neumonías nosocomiales en el Hospital del Belén de Trujillo, los resultados obtenidos fueron el 78.5 % de profesionales de enfermería. Con conocimiento correcto y el 21.5% conocimiento regular. así mismo con la praxis prevencionista el 80% de Licenciados en enfermería tuvieron un buen practica por otro lado el 20% fueron practica regulares (25).

Un estudio realizado en Madrid de acuerdo a epidemiología la inmediata dosis de antibióticos no pudo reducir la muerte en los adultos mayores de 80 años de edad el porcentaje fue 85.8% por Neumococica e Influenza y otros Gram (-) y la edad de los fallecidos fueron 87.4 de mujeres mayor porcentaje que los hombres, 84.5% de sexo masculino (26).

Regueiro y colaboradores realizaron un estudio con sesenta seis usuarios hospitalizados por neumonía las edades fueros de 82 años con porcentajes de 54,5% masculinos y el 47,0% fueron adquirida en la comunidad, y sus características clínicas fueron fiebre, tos, dificultad para respirar y expectoración y el agente causal fue 18 bacterias, 5 virales y el 50% tenía síndrome de confusión (27).

Zubillaga y colaboradores en su estudio refirieron que la administración a tiempo de los antibióticos no redujo la muerte por neumonía, esto se da en los adultos de edad media en un porcentaje de 85,5% y el 52% es del sexo femenina con una severidad de 19%, y la causa fue por neumológica es el 25% y el 19% por influenza, otros por gram negativos y la edad más fallecidas fue del sexo femenina en un porcentaje 87, 4%, del hombre fue 84,5 (28). Villalobos y colaboradores llegaron al resultado de que los respiradores, los catéteres producen en el torrente sanguíneo una infección asociada a neumonía (28). Villamon, realizo un estudio analizando el registro con protocolos de los 80 registros de cuidados de enfermería, en cuanto a neumonía nosocomiales ha disminuido la incidencia NAVM dando como resultado 84 %, llegando a una conclusión que el registro es muy importante en los pacientes con neumonía ya que disminuye (29).

El presente trabajo tiene importancia teórica porque se elabora un marco teórico y se trabaja con cada una de las variables como el nivel de conocimiento de la medida en la prevención de infecciones neumónicas hospitalarias en adultos mayores que están con ventilación mecánica en UCI; hoy en día la enfermería debe basarse en evidencia, trabajar en protocolos el nivel de conocimiento es importante por la evidencia científica en el hacer debemos seguir los estándares (30) para mejora las condiciones de la salud de los pacientes, este trabajo elaborado se realiza por las

búsquedas sistemáticas y de gestión de las informaciones actualizadas, como artículos que están en internet cumpliendo con los estándares de calidad en la salud que serán incluidas en este trabajo de investigación con informaciones confiables, que dispondrán los profesionales de la salud como es la enfermería en la mejora de sus conocimientos (31).

Este trabajo se justifica por la necesidad de ser abordado mediante la búsqueda bibliográfica, en las bases de datos de revistas científicos a nivel nacional e internacional, hay evidencias de casos de investigaciones que tratan el problema sobre el nivel de conocimiento de medidas preventivas de neumonías intrahospitalarias en enfermos con ventilación mecánica, por tanto, estas investigaciones llenaran esos vacíos de información de los conocimientos que están presentes (32).

El tema tiene valores prácticos debido a sus resultados que se socializan con los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos - observación del hospital donde nos proporcionara datos significativos y los integrantes son las enfermeras que sus niveles de conocimientos en medidas de prevención de neumonías hospitalarias de pacientes con ventilador mecánica que ingresaron a Emergencia y se hospitalizaron del Hospital Villa el salvador; y se justifica por obtener toda la información relevante y científica por la toma de decisiones para disminuir la mortalidad. Los resultados a obtener será la clara evidencia científica para diseñar protocolos de manejo y guías para pacientes que estén con ventilación mecánica según niveles de seguridad. El objetivo de esta investigación es determinar los niveles de conocimiento sobre las medidas de prevención de las neumonías nosocomiales en los pacientes con ventilación mecánica en la unidad de Uvi en el hospital de emergencia villa el salvador durante el periodo enero a junio del 2021.

II MATERIALES Y METODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACION

El trabajo a investigar tendrá enfoque cuantitativo, mediante diseños metodológicos, con énfasis a una investigación de manera descriptiva con un corte trasversal (33).

2.2 POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO

En este trabajo se tendrá una población formada por 130 Licenciados de enfermería que trabajan en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencia Villa el Salvador, a ellos se aplicara los criterios de exclusión e inclusión dadas en esta investigación.

Los criterios de inclusión son las enfermeras más de dos años que se encuentran laborando en el área de emergencia que den sus consentimientos para participar en la investigación. Los criterios de exclusión son las que no dan los consentimientos, entre ellos tenemos las enfermeras en calidad de estudiante y practicantes.

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

La investigación tiene una variable principal considerada como nivel de conocimiento. Mediante su naturaleza, será una variable cualitativa con una escala de medición que es ordinal.

Definición conceptual de las variables principales: Es el nivel de conocimiento de las medidas preventivas en las neumonías hospitalarias de pacientes que tengan

ventilación mecánica: El conocimiento es tema principal para la formación de los profesionales en enfermería, dados con desarrollo de sus destrezas y habilidades adquiridas en su formación profesional en ciencias de la salud, reflejando a la enfermera que tenga capacitación en el desempeño con prácticas en medidas de prevención para evitar contagios con neumonía hospitalaria en pacientes con ventilación mecánica en el Hospital de Emergencia de Villa El Salvador (34).

Definición Operacional de las variables principales: Es el nivel en el conocimiento de las medidas preventivas de neumonías hospitalarias en los usuarios que estén con ventilación mecánica: Que es el conjunto de procedimientos técnicos que tiene el personal de enfermería relacionado a todas las medidas de prevención para evitar las neumonías nosocomiales en los pacientes con ventilador mecánica en el hospital de emergencia villa el salvador.

2.4 TECNICA E INSTRUMENTO DE MEDICION

Se utilizara en esta investigación la encuesta para tener una medición del nivel de conocimiento, se recogerán los datos mediante un cuestionario cerrado creados por Avila C., De la Cruz D., Herrera R.; la primera parte tendrán información general, una segunda parte tendrán datos específicos mediante 13 preguntas que tendrán valores de dos puntos (26 puntos), con calificación de excelentes 18 a 26 puntos, regulares de 9 a 17 puntos, deficiente entre 0 a 8 medidos en nivel de conocimiento de las enfermeras que tengan más de dos años como experiencia en su trabajo. Los autores mencionados validaron el instrumento por cuatro jueces mediante el juicio de expertos conocedores de sus áreas críticas, con grado académico de maestría en administración hospitalarias y estadísticas. Aplicaron el formato VAiken para ver la similitud y validez con una homogeneidad en los juicios de expertos dando un valor de 0.83%, aplicaron una prueba piloto para fines de confiabilidad, aplicaron Kuder Richardson (Kr-20), dando valores de 0.92% indicando que el instrumento es estadísticamente confiable.

2.5 PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinación previas para la recolección de datos:

En la toma de datos se solicitará permisos a la dirección del Hospital de Emergencia Villa el Salvador, se realiza las gestiones previa comunicación con el jefe del área de emergencia para poder aplicar dicho instrumento, antes de ello se solicita el apoyo de parte de la oficina de investigación en el cual piden el nombre del proyecto y también nos realiza un compromiso de que a finalizar el proyecto se entregado una copia para el área de investigación ,para poder proceder a desarrollar con los profesionales que trabajan en el área de emergencia del hospital en mención, se procede a aplicar a todas las enfermeras que están rotando en el área de uvi de emergencia con un tiempo de aproximada de 60 minutos para que respondan dicho instrumento, luego se recoge los instrumentos ya terminados corroborando que hayan respondido todas las preguntas.

2.5.2 aplicación de instrumento (s) de recolección de datos

La toma de datos se realizará en los meses de enero a marzo del 2021, en los días desde el lunes ay viernes. Al mes se tendrá que ir 2 veces en cualquier fecha adicionales, para completar la encuesta a los profesionales de la salud de enfermería se les quitara 20 minutos de su tiempo de recesos que tuvieran, se revisara cada encuesta verificando la calidad de los llenados.

2.6 METODOS DE ANALISIS ESTADISTICO

Los datos ingresaran a Excel y luego se pasara al SPSS para evitar errores para que no se altere los resultados, esto al ser una investigación descriptiva, se realizara para los análisis principalmente los datos estadísticos de tipo descriptivo, en donde los datos principales como el sociodemográfico de las enfermeras se ampliara con tablas de frecuencia relativas y absolutas con medidas de tendencia central.

2.7 ASPECTOS ETICOS

Permiso de la dirección del hospital y habiendo recabado la información con los cuestionarios todos los datos obtenidos de la investigación serán de carácter confidencial y se utilizara solamente para fines de la investigación salvaguardando la información.

Principio de autonomía

En esta investigación se ha cumplido este principio informando a los participantes para que ellos de forma voluntaria expresen y den su consentimiento de participar en la investigación.

Principio de beneficencia

La investigación, los resultados serán entregado a la dirección y estos ayudarán a mejorar los servicios y elaborar protocolos en beneficios del cuidado de la atención de nuestros pacientes.

Principio de no mal eficiencia

Se hace en mención a todos los enfermeros (o) que su integración en este estudio no va a perjudicar ni implicar ningún riesgo a su integridad individual o salud o su entorno familiar, por el contrario, contribuir en dicho estudio.

Principio de justicia

En este proyecto de investigación a los enfermeros (a) serán cordialmente tratados con debido respeto amabilidad, que ellos se merecen de la misma forma y se les darán un trato igualitario, sin ninguna preferencia ni discriminación alguna.

Bibliografía

1. Mouton C., Bazaldua O., Pierce B., Espino D. Common infections in older adults
Am Fam Physician, Jan 2001, 15;63 (2):257-68
2. Ebright J., Rytel W. Baterial pneumonia in the elderly.J Am Geriatr Soc May
1980,28(5):220-223
3. De Salvo M. Neumonía adquirida en la comunidad en:: Neumotisiología en la
Práctica Clínica, De Salvo MC, Buenos Aires, 2001, 40: 191-205.
4. Koivula I., Sten M., Makela P. Risk Factors for pneumonia in the elderly. Am J
Med Apr 1994, 96(4):313-320
5. Rello J., Gallego M. Pneumonia in the elderly. en Respiratory Infections,
Niderman MS, Sarosi GA, Glassroth J. 271-281, Lippincott Willams & Wilkins,
Philadelphia, 2001
6. Garcia A., Garcia M., Paez F., Alvarez F., Poyato B., Franquelo M., Colmenero
J., Juarez C. Clinical aspects and prognostic factors in elderly patients
hospitalised for community-acquired pneumonia Eur J Clin Microbiol Infect Dis,
Jan 2001, 20 (1):14-9
7. Díaz E., Martin I., Valles J. Neumonía Nosocomial. Enferm Infecc Microbiol Clin.
2013;31(10):692-98.
8. Blanquer J., Aspa J., Anzueto .A, Ferrer M., Gallego M., Rajas O. Normativa
SEPAR: Neumonía Nosocomial. Arch Bronconeumol. 2011;47(10):510-20.
9. American Thoracic Society. Guidelines for the Management of Adults with
Hospital-acquire, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia.
Am J Respir Crit Care Med. 2005;171:388-416.
10. Gonzales J. Los niveles de conocimiento El Aleph en la innovación curricular.
Scielo. 2014. 07 de Marzo del 2014; No 65 disponible en: <http://www.scielo.org>.

11. Vega R. Unidades clínicas : UGC de cuidados críticos y Urgencias 2015
Unidades críticas :UGC de cuidados críticos y urgencias,2 al 5.
12. Soler M. Medidas para prevención de neumonía Asociada a Ventilador Mecánica, Complejo Hospitalario Universitario Albacete,2013 pag 155.
13. Pérez R., Moreno R., Álvarez J. Neumonía Nosocomial. En Patología Respiratoria. Manual de Actuación. Madrid 2004. Capitulo 27. Pags 189-199.
14. Álvarez H. Neumonía multifocal o bronconeumonía. Mexico: 2005 pag 80.
15. Alvarez F. Modification of empiric antibiotic treatment in patients with pneumonia acquired in the intensive care unit. ICU-Acquired Pneumonia Study Group. Intensive Care Med 1996; 22: 387-94.
16. Guías para el tratamiento de neumonía nosocomiales. México 2011 setiembre
Disponibile en: <http://docplayer.es/20840769-Guias-para-el-tratamiento-de-la-neumonía-nosocomial-nn-departamento-de-infectología-hospital-infantil-de-mexico-federico-gomez.html>.
17. Borrego J. Conocimiento y practica del professional de enfermeria sobre las medidas de prevenciosn de numonias nosocomial de los pacientes con ventilacion mecanica de la unidades criticas: unidades de cuidados intensivos y de la unidad terapia intermedia. tesis posgrado. Peru, Universidad peruana union Lima; 2017.
18. Álvarez P. Conocimiento y practica del professional de enfermeria sobre las medidas de prevenciosn de numonias nosocomial de los pacientes con ventilacion mecanica de la unidades criticas: unidades de cuidados intensivos y de la unidad terapia intermedia tesis posgrado. Peru, Universidad peruana union Lima; 2017.
19. Hurtado G. Conocimiento y practica del profesional de enfermería sobre las medidas de prevención de neumonías nosocomial de los pacientes con ventilación mecánica de las unidades críticas: unidades de cuidados intensivos

y de la unidad terapia intermedia. tesis posgrado. Perú, Universidad peruana unión Lima; 2017

20. Sepulveda L. Conocimiento y practica del professional de enfermeria sobre las medidas de prevenciosn de numonias nosocomial de los pacientes con ventilacion mecanica de la unidades criticas: unidades de cuidados intensivos y de la unidad terapia intermedia. tesis posgrado. Peru, Universidad peruana union Lima; 2017
21. Alaya H. Conocimiento de personal de enfermeria sobre las infecciones nosocomiales, prevencion y practica de medidas de seguridad: Mexico 2009.
22. Torres G. Influencia de la principales Tericas de la profesion en estudiantes de 4to año de licenciatura en enfermeria . XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería 2019.
<http://enfermeria2019.sld.cu/index.php/enfermeria/2019/paper/viewFile/305/118>
23. León C., Oscanoa T., Chávez C., Gutiérrez J. Características epidemiológicas de neumonias intrahospitalarias en el servicio de medicina interna del hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Lima. Artículo Original. 2016.
24. Ramírez L., Merchol M., Zeña K., Díaz C. Perfil clínico, epidemiológico y radiológico de la neumonía en el adulto mayor. Servicio de Geriátría del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Artículo Original Chiclayo. Perú. Julio 2013.
25. Quispe C., Salinas M., Gonzales J., Menéndez A., De La Cruz-V. Factores Asociados a la Mortalidad en ancianos con Neumonia en el Hospital Central de la Fuerza Area. Peru. Lima (2017).
26. Llanos K., Pérez R. Frecuencia de infecciones nosocomiales en unidades de observación de emergencia de dos hospitales de tercer nivel. Lima Perú 2018.
27. Jara K. Nivel de conocimiento y practicas preventivas para neumonías nosocomiales en el Hospital Belin de Trujillo. Tesis para optar el titulo de

especialista en intensivista en adulto. Peru Universidad Nacional de Trujillo.2015

28. Servicios de Medicina Interna y Epidemiología. Hospital Donostia. Servicio Vasco de Salud. Departamento de Medicina. Universidad del País Vasco (UPV-EHU) (2008) Neumonía en el anciano mayor de 80 años con ingreso hospitalario. Madrid -2008
29. Regueiro M., Homar R., Ovejero A., Liu A., Pieroni R. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y GERIÁTRICAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON NEUMONÍA, EN UN HOSPITAL. Buenos Aires en Argentina (2013).
30. Zubillaga E., Sánchez J., Benavente C., Ceciaga E., Zamarreño E., Zubillagaazpiroz C., Sarasqueta E. Neumonía en el anciano mayor de 80 años con ingreso Hospitalario. Madrid (2008)
31. Villalobos L., Barrero S., Rivera M., Ovalle V. VIGILANCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD, RESISTENCIA BACTERIANA Y CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN HOSPITALES DE ALTA COMPLEJIDAD. Colombia (2011).
32. Villamon J. Evaluación del cumplimiento de un protocolo de prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica en una UCI polivalente. Enfermería Global. 2015 abril del 2015: No 38 disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/185231/173751>
33. Hernández R., Fernández C., Baptista M. Metodología de la Investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2014. 632 p.
34. Bunge M. La ciencia y su método y su Filosofía .España. Universidad Arcis. 2015

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE 1								
TÍTULO: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA NEUMONIA NOSOCOMIALES DE LOS PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE UVI EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIA VILLA EL SALVADOR DURANTE EL PERÍODO ENERO – JUNIO DEL 2020								
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº DE ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Nivel de conocimiento	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa	<i>Se entiende por nivel de conocimiento que es un proceso en el que el sujeto construye y reconstruye la realidad dentro de ello también considera el sujeto cognoscente de esta interacción didáctica surgen los diferentes niveles de conocimiento que tienen un raíz en el trabajo de la metodología científica y lo describe en términos de la abstracción y la profundidad en la relación sujeto / objeto, los niveles de conocimiento derivan del avance del saber con qué se explica o comprende la realidad. (10)</i>	conocimiento sobre las medidas de prevención de las neumonías nosocomiales en los pacientes con ventilación mecánica: Que es el conjunto de procedimientos técnicos que tiene el personal de enfermería relacionado a todas las medidas de prevención contra las neumonías nosocomiales en los pacientes con ventilador mecánica en el hospital de emergencia villa el salvador.	Datos generales	Los datos generales son referidos a los aspectos sociodemográficos de la población.	1 edad 2 sexo 3 estado civil 4 condición laboral 5 tiempo de servicio en UVI	Excelente	18-26 puntos
	Escala de medición: Ordinal			Datos específicos	Información relacionada a las medidas de prevención de las neumonías nosocomiales.	(1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13)	Regular	9-17 puntos
							Deficiente	0-8 puntos

Anexo B. Instrumentos de recolección de datos

I. PRESENTACIÓN

Sr(a) o Srta.:

Saludos cordiales , soy egresados de la carrera de enfermería de la Universidad Norbert Wiener, estamos realizando un estudio, cuyo objetivo es nivel de conocimiento sobre las medidas de prevención de la neumonía nosocomiales de los pacientes con ventilacion mecanicaen en la unidad de uvi en el hospital de emergencia villa el salvador durante el periodo enero – junio del 2020.

Pedimos su colaboración para que nos facilite ciertos datos que nos permitirán llegar al objetivo de estudio ya mencionado.

II. INSTRUCCIONES GENERALES

Este cuestionario no contiene preguntas correctas ni incorrectas. Por favor responda con total sinceridad, además mencionarle que sus datos serán tratados de forma anónima y confidencial. Si Ud. tuviera alguna duda, pregúntele a la persona a cargo.

A. Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario

Objetivo.

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

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

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

Edad: 25 – 30 () Sexo:

Femenino ()

> 30 – 40 ()

Masculino ()

> 40 – 50 ()

> 50 a más () .

Estado Civil:

Soltero ()

Casado ()

Divorciado ()

Viudo ()

Condición Laboral:

Nombrado ()

Contratado ()

conviviente ()

Tiempo de Servicio en la UCI – UTI

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

Datos Específicos

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

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

2.-Porqué es importante el lavado de manos? Considera Ud. la respuesta correcta. a).- Previene la colonización cruzada en la neumonía nosocomial.

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

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

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

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

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

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

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

a).- Disminuye la flora bacteriana y previene NAVM. b).- Mantiene las mucosas orales húmedas.

c).- Disminuye el acúmulo de secreciones. d).- Identifica lesiones en cavidad oral.

6.- La medición estándar de la presión neumotaponamiento deben

ser: a). - 15 – 20 mmhg

b). - 20 – 25 mmhg

c). - 25 – 30 mmhg

d).- 30 – 35 mmhg

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

a).- Evita la micro aspiración traqueo bronquial en pacientes con ventilación mecánica invasiva.

b).- Evita bronco aspiración en pacientes con riesgo de vómito. c).- Asegurar una ventilación eficaz.

d).- Todas las anteriores.

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

a).- La succión de secreciones a través de un catéter para mantener la permeabilidad de las vías aéreas y previene atelectasias.

b.- Es la aspiración de secreciones para evitar edema o espasmos laríngeos.

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

d).- Todas las anteriores.

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

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

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

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

d).- Todas las anteriores.

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

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

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

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

pulmonar d).- Todas las anteriores.

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

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

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

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

Guantes. d).- a y b son correctas.

12.- De qué manera influye la posición del paciente en la prevención de la NAVM. a).- Disminuye el riesgo de la NAVM. b).- Disminuye el reflujo gástrico-esofágico. c).- Previene la bronco aspiración del paciente. d).- Todas las anteriores.

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

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