



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN
CUIDADOS INTENSIVOS**

Trabajo Académico

Conocimientos sobre el destete de ventilación mecánica y práctica de
enfermería en la unidad de cuidados intensivos, de un hospital nacional en
Lima, 2026

Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos

Presentado por:

Autor: Sedano Izurraga, Alex

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0755-0115>

Asesora: Mg. Matos Valverde, Carmen Victoria

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0748-3848>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Alex Sedano Izurraga con código ORCID <https://orcid.org/0009-0001-0755-0115>, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Programa Académica de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "Conocimientos sobre el destete de ventilación mecánica y práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, de un hospital nacional en Lima, 2026" Asesorado por el docente: Mg. Matos Valverde Carmen Victoria DNI 15729278, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-0748-3848> tiene un índice de similitud de (20) (veinte) % con código OID: 14912:606617870 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
Firma de autor

Lic. Alex Sedano Izurraga
DNI: 45432976



.....
Firma

Mg. Matos Valverde Carmen Victoria
DNI: 15729278

Lima, 09 de julio del 2026.

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a mi familia la cuál siempre está presente en todos mis metas y me brinda su apoyo incondicional para salir adelante.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi gratitud, en primer lugar, a Dios, quien me ha guiado en este camino, así como a mis profesores por su orientación y apoyo en la consecución de mis metas y desarrollo profesional.

JURADOS:

Presidente : Mg. Elsa Magaly Yaya Manco

Secretario : Mg. **Gael Campos Truyenque**

Vocal : Mg. **Carmen Paula Tello Jiménez**

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	vi
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
1. EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	5
1.1.1 Problema general	5
1.1.2 Problemas específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	6
1.3.1 Objetivo general	6
1.3.2 Objetivos específicos	6
1.4. Justificación de la investigación	6
1.4.1 Teórica	6
1.4.2 Metodológica	7
1.4.3 Práctica	8
1.5. Delimitaciones de la investigación	9
1.5.1 Temporal	9
1.5.2 Espacial	9
1.5.3 Población o unidad de análisis	9
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1. Antecedentes	11

2.2. Bases teóricas	14
2.3. Formulación de hipótesis	24
2.3.1 Hipótesis general	24
2.3.2 Hipótesis específicas	24
3. METODOLOGÍA	25
3.1. Método de la investigación	25
3.2. Enfoque de la investigación	25
3.3. Tipo de investigación	25
3.4. Diseño de la investigación	26
3.5. Población, muestra y muestreo	26
3.6. Variables y operacionalización	29
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	30
3.7.1 Técnica	30
3.7.2 Descripción de instrumentos	30
3.7.3 Validación	31
3.7.4 Confiabilidad	32
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	32
3.9. Aspectos éticos	33
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	35
4.1. Cronograma de actividades	35
4.2. Presupuesto	35
5. REFERENCIAS	37
Anexo 1: Matriz de consistencia	45

Anexo 2: Instrumentos	47
Anexo 3: Formato de consentimiento informado	51
Anexo 6: Informe del asesor de Turnitin	

RESUMEN

Introducción: El destete de ventilación mecánica es un proceso clave en el manejo de pacientes críticos, una adecuada valoración clínica y del trabajo en equipo. La intervención oportuna del personal de enfermería es fundamental para garantizar una transición segura hacia la respiración espontánea. **Objetivo general:** Determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre el destete de ventilación mecánica y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, de un hospital del nacional 2026. **Metodología:** La investigación se desarrollará bajo el método hipotético-deductivo, con un enfoque cuantitativo, de corte transversal, diseño será no experimental y de alcance correlacional. **Población:** Conformada por 70 enfermeros que laboran en la unidad de cuidados intensivos de un hospital nacional. Se emplearán como técnicas la encuesta y la observación; como instrumentos, un cuestionario y una guía de observación, respectivamente. Ambos instrumentos se sustentan en estudios previos realizados por Londoño et al. (2023) y Abad et al. (2022). EL primer instrumento se validó mediante juicio de expertos, con un coeficiente V de Aiken de 0.88; mientras que el segundo alcanzó un valor de 1.00. La confiabilidad de ambos instrumentos se evaluó a través de el coeficiente Kuder-Richardson (KR-20), con resultados de “0.75 y 0.8271”, en dicho contexto.

Para el procesamiento de la información se empleará el software estadístico SPSS, por medio del cual se examinarán las dimensiones de las variables. Asimismo, para determinar la relación entre ellas, se utilizara la prueba de correlación Rho de Spearman.

Palabras clave: conocimiento, prácticas, cuidado de enfermería, destete de ventilación mecánica, unidad de cuidados intensivos.

ABSTRACT

Introduction: Weaning from mechanical ventilation is a key process in the management of critically ill patients, requiring proper clinical assessment and teamwork. Timely intervention by nursing staff is fundamental to ensuring a safe transition to spontaneous breathing. **General Objective:** To determine the relationship between knowledge regarding mechanical ventilation weaning and nursing practice in the intensive care unit of a national hospital. **Methodology:** The research will be conducted using the hypothetico-deductive method with a quantitative, cross-sectional approach; the design will be non-experimental and correlational in scope. **Population:** Comprised of 70 nurses working in the intensive care unit of a national hospital. Surveys and observation will be used as techniques, utilizing a questionnaire and an observation guide as instruments, respectively. Both instruments are based on previous studies by Londoño et al. (2023) and Abad et al. (2022). The first instrument was validated through expert judgment, achieving an Aiken's V coefficient of 0.88, while the second reached a value of 1.00. The reliability of both instruments was assessed using the Kuder-Richardson coefficient (KR-20), yielding results of 0.75 and 0.8271, respectively.

Data processing will be carried out using SPSS statistical software to examine the dimensions of the variables. Additionally, Spearman's Rho correlation test will be used to determine the relationship between them.

Keywords: knowledge, practices, nursing care, mechanical ventilation weaning, intensive care unit.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El proceso de la ventilación mecánica (VM) es una técnica de soporte respiratorio asociada a pacientes en unidades de cuidados intensivos. Este procedimiento está vinculado a diversas situaciones o complicaciones clínicas, por lo que es fundamental que los profesionales especializados en esta área dominen su manejo, con el fin de reducir al mínimo su uso. Asimismo, el desarrollo de suspender la VM se denomina destete, ya que representa una dependencia previa del paciente al ventilador (1).

Ahora bien, la Organización Panamericana de la Salud señala que el uso de ventilación no invasiva posterior a la extubación, especialmente en pacientes con exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, contribuye a disminuir la frecuencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica y reduce la exigencia de reintubación. En consecuencia, esta intervención favorece una menor duración total del soporte ventilatorio y disminuye la probabilidad de que el paciente requiera una traqueotomía (2)

Así mismo investigaciones a nivel internacional señalan que alrededor del 35% de los usuarios que ingresan a las unidades de cuidados intensivos (UCI) necesitan soporte asistida con ventilación mecánica (VM). De este grupo, entre un 20% y 30% enfrenta complicaciones durante el proceso de destete, y cerca del 50% necesita asistencia ventilatoria por toda una semana a más. Esto implica que cerca del 16% del total de pacientes en la unidad de cuidados intensivos requieran ventilación mecánica extensa, lo que los exponen a mayores riesgos de daño pulmonar, disfunción orgánica, isquemia traqueal y neumonía asociada al uso de VM (3).

Del mismo modo un estudio de complicaciones graves en el manejo de la vía aérea desarrollado por el Cuarto Proyecto Nacional de Auditoría (NAP4) en el Reino Unido, este proceso puede extenderse considerablemente, llegando a representar hasta el 40% del total del tiempo que el paciente ha estado conectado al soporte ventilatorio. Es importante destacar que el destete puede ser más complejo que mantener al paciente en ventilación, ya que entre el 20% y el 30% de los pacientes presentan fallos en múltiples intentos de suspensión, lo que prolonga significativamente la duración del uso de la ventilación mecánica (4).

Ante esta realidad, resulta fundamental adherirse a las recomendaciones emitidas por organismos internacionales, ya que diversas investigaciones han evidenciado carencias en la formación de los profesionales de enfermería acerca del cuidado de pacientes críticos. Por ejemplo, un estudio realizado en Etiopía en 2021 con enfermeros de unidades de cuidados intensivos (UCI) de hospitales públicos reveló que el 58.9% demostraba una práctica inadecuada en el manejo del VM y el 51.4% presentaba conocimientos insuficientes sobre este proceso. Los autores del estudio señalan que, para garantizar una atención óptima a los pacientes, es imprescindible fortalecer las competencias profesionales del personal de enfermería que se desempeñan en áreas críticas, pues estas habilidades son esenciales para una atención segura y eficaz (5).

Asimismo, en un estudio con una muestra de 250 enfermeras de unidades de cuidados intensivos en dos hospitales de Arabia Saudita, se encontró que 20.8% no estaba familiarizado con los protocolos de prevención y el 27.6% de colaboradores tenían un bajo nivel de conocimiento sobre ventilación mecánica. Estos resultados reflejan, según el autor, la urgencia de actualizar los protocolos clínicos correspondientes e implementar intervenciones dirigidas a la educación continua y la actualización de los enfermeros en relación con la ventilación mecánica (6).

De igual forma en América Latina refleja una situación similar. En un estudio desarrollado en 2024 en un hospital de Cuba, donde participaron 62 enfermeras de la unidad de cuidados intensivos, se identificaron importantes limitaciones en la práctica de enfermería con relación ventilación mecánica vinculada al conocimiento de este proceso. Se obtuvo que el 48 % evidenció un desempeño inadecuado y el 27,4% apenas alcanzó un nivel aceptable al evaluar el cuidado brindado a los pacientes ventilados, así mismo el 48,4% presentó un nivel de conocimiento regular y el 27,4% mostró un nivel deficiente. Estos resultados reflejan la necesidad de reforzar la formación, actualizar competencias y garantizar un acompañamiento continuo del personal de enfermería en un ámbito tan crítico para la seguridad del paciente. (7).

Así mismo un estudio en Bolivia, un estudio realizado con un grupo de enfermeras reveló que, si bien el 67% de los colaboradores manifestó conocer el método de destete de la ventilación mecánica, aún persiste una brecha importante: el 33% indicó no tener conocimiento sobre los protocolos específicos para el destete en usuarios adultos dentro de la Unidad de cuidados intensivos. Este hallazgo resalta la importancia de seguir promoviendo espacios de formación continua que garantizan una atención segura y basada en evidencia (8).

De igual forma, en el contexto peruano, una investigación realizada en 2023 en un establecimiento de salud de Trujillo evidenció deficiencias en la práctica del personal de enfermería durante la atención de pacientes con ventilación mecánica en la UCI, ya que el 44,4% de las enfermeras presentó un desempeño inadecuado. Esta situación refleja la existencia de brechas en la ejecución de los cuidados, las cuales podrían afectar la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Asimismo, el estudio reportó que el 50% del personal presentó un nivel bajo de conocimientos y el 33,3% un nivel intermedio sobre ventilación mecánica, lo que sugiere una posible influencia del conocimiento en el desempeño profesional. De manera similar, otra

investigación desarrollada ese mismo año en Lima encontró que el 33,3% de las enfermeras tenía un nivel bajo de conocimientos y el 37,8% un nivel intermedio sobre ventilación mecánica, resultados que evidencian la necesidad de fortalecer la capacitación continua y la actualización del personal de enfermería para optimizar su práctica clínica en las UCI. (9)

De igual forma en el contexto peruano, un estudio realizado en 2024 en un hospital de Lima el proceso de destete de la VM constituye un desafío permanente para el personal de enfermería que labora en las unidades de cuidados intensivos, debido a la complejidad clínica de los pacientes y a la necesidad de brindar cuidados especializados durante todas las etapas del procedimiento. A pesar de los avances en la atención crítica, aún persisten diferencias en la preparación y en la ejecución de las intervenciones de enfermería, situación que puede comprometer la seguridad del paciente, prolongar el tiempo de ventilación mecánica e incrementar el riesgo de complicaciones. Esta problemática se evidencia en un estudio realizado en 2024 en un hospital de Lima, donde el 25% de los profesionales alcanzó solo un nivel medio de cumplimiento del procedimiento de destete ventilatorio. Asimismo, respecto al nivel de conocimientos, el 2,5% presentó un nivel bajo, el 45% un nivel intermedio y el 52,5% un nivel alto. Estos resultados reflejan que, si bien una proporción importante del personal demuestra un adecuado desempeño, aún existen brechas en los conocimientos y en la práctica clínica, lo que pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la capacitación continua y la estandarización de los cuidados de enfermería durante el proceso de destete de la ventilación mecánica. (10).

En este escenario, se identificó que, en un hospital nacional de Lima, de acuerdo con los resultados de la supervisión del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos, el informe de la Jefatura de Enfermería y la auditoría interna correspondiente al año 2025-2026, se identificó que más del 80% del personal de enfermería no había recibido capacitación sobre el proceso de destete

de la ventilación mecánica durante el último año. Asimismo, se evidenció la ausencia de una guía o protocolo institucional estandarizado para orientar las intervenciones de enfermería durante este procedimiento, generando variabilidad en la práctica asistencial. Según el reporte del servicio, estas limitaciones se reflejan en dificultades para reconocer las etapas del destete ventilatorio y para brindar cuidados oportunos durante el despertar de la sedación y la prevención de complicaciones, lo que incrementa la incertidumbre del personal frente a un proceso que requiere una vigilancia continua y una toma de decisiones fundamentada. Esta problemática evidencia la necesidad de evaluar la relación entre los conocimientos sobre el destete de la ventilación mecánica y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, motivo por el cual surge la siguiente pregunta de investigación.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

“¿Cómo se relaciona el conocimiento sobre el destete de ventilación mecánica y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, de un hospital nacional en Lima 2026?”

1.2.2. Problemas específicos

“¿Cómo se relaciona el conocimiento sobre el destete de ventilación mecánica en su fase pre destete y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos?”

“¿Cómo se relaciona el conocimiento sobre el destete de ventilación mecánica en su fase de destete y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos?”

“¿Cómo se relaciona el conocimiento sobre el destete de ventilación mecánica en su fase post destete y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos?”

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

“Identificar la relación de los conocimientos sobre el destete de ventilación mecánica y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de un hospital nacional”.

1.3.2. Objetivos específicos

- “Analizar cómo se relaciona el conocimiento sobre el destete de ventilación mecánica en su dimensión fase pre destete y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos”.
- “Establecer cómo se relaciona el conocimiento sobre el destete de ventilación mecánica en su dimensión fase de destete y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos”.
- “Analizar cómo se relaciona el conocimiento sobre el destete de ventilación mecánica en su dimensión fase post destete y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos”.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

El presente estudio cobra relevancia ya que contribuirá información actual de los conocimientos y las prácticas de los licenciados en enfermería en el manejo del proceso de destete de la ventilación mecánica, generando evidencia científica sólida que fortalecerá el sustento teórico en este campo. Asimismo, podrá convertirse en un referente para futuras investigaciones dirigidas a usuarios que soliciten soporte ventilatorio en las unidades de cuidados intensivos. La investigación se apoya en la teoría del cuidado

centrado en el ser humano y holístico de Jean Watson, que concibe la atención como el núcleo de la enfermería e integra no solo los rasgos técnicos y físicos del cuidado, más aún en las dimensiones emocionales, espirituales y éticas que influyen en la experiencia del paciente.

1.4.2. Metodología

En el ámbito metodológico, desde la perspectiva de la especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos, esta investigación contribuirá al fortalecimiento del cuerpo de conocimientos relacionados con el proceso de destete de la ventilación mecánica y proporcionará evidencia científica que podrá ser utilizada como referencia para futuras investigaciones, programas de educación continua y actualización profesional. Asimismo, favorecerá la consolidación del rol especializado del profesional de enfermería en la toma de decisiones clínicas, el monitoreo continuo del paciente crítico y la aplicación de cuidados basados en evidencia científica, promoviendo una atención segura, humanizada y de calidad. La investigación se efectuara con el enfoque hipotético-deductivo, de carácter cuantitativo, acompañado de un diseño no experimental, de corte transversal y alcance correlacional, empleando como técnicas la encuesta y la observación para la medición de ambas variables, lo que permitirá alcanzar los objetivos propuestos con rigurosidad científica.

Asimismo, los instrumentos de investigación se basarán en los trabajos de Londoño (2023) y Abad (2022) para ambas variables de estudio, los cuales han sido actualizados y validados a nivel nacional por dichos autores.

1.4.3. Práctica

El aporte práctico de este estudio se sustenta en que promueve una reflexión crítica sobre las fortalezas y debilidades del personal de enfermería en la conducción del proceso de destete del ventilador mecánico en pacientes de la unidad de cuidados intensivos.

De igual forma, los beneficiarios directos de la presente investigación serán los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, quienes dispondrán de evidencia científica que permitirá identificar fortalezas y necesidades de mejora en sus conocimientos y prácticas relacionadas con el proceso de destete de la ventilación mecánica. Asimismo, los pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva se beneficiarán indirectamente, ya que una práctica de enfermería basada en conocimientos actualizados favorece un destete más seguro, oportuno y de mejor calidad, disminuyendo el riesgo de complicaciones, reintubación y prolongación de la estancia hospitalaria. De igual forma, los familiares de los pacientes se verán beneficiados al reducirse las complicaciones derivadas de un destete inadecuado, favoreciendo una recuperación más rápida y disminuyendo la carga emocional asociada al estado crítico del paciente.

Así mismo, en el ámbito institucional, los resultados permitirán identificar las áreas de mayor fortaleza y las oportunidades de mejora en la práctica de enfermería durante el proceso de destete de la ventilación mecánica. Esta información podrá servir como base para la elaboración o actualización de protocolos asistenciales, el diseño de programas de capacitación continua, el desarrollo de estrategias de supervisión clínica y la implementación de planes de mejora orientados a estandarizar los cuidados de enfermería, fortaleciendo la seguridad del paciente y la calidad de la atención brindada en la Unidad de Cuidados Intensivos.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Espacial

El estudio se efectuara en las instalaciones de un hospital, escenario donde se brinda atención sanitaria a pacientes en diferentes niveles de complejidad, lo que permite el desarrollo de la investigación en un contexto clínico real y pertinente para el área de estudio adscrito al Ministerio de Salud (MINSA), el cual se encuentra ubicado en un distrito de la ciudad de Lima, Perú. Esta institución fue seleccionada debido a su relevancia dentro del sistema público de salud y a la atención de pacientes con diversas patologías, lo que permite contar con un contexto adecuado para el desarrollo de la investigación.

1.5.2. Temporal

La investigación se desarrollará entre enero y abril de 2026, periodo considerado adecuado para la recolección de la información necesaria y el cumplimiento de los objetivos planteados en el estudio

1.5.3. Población o unidad de análisis

La población participante en la investigación estará conformada por los enfermeros que laboran en la unidad de cuidados intensivos, quienes proporcionarán la información necesaria para el desarrollo de la investigación.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. A nivel internacional

Al-Gunaid et al. (11) en el año 2020, Llevaron a cabo una investigación en Yemen con la finalidad de analizar cuánto sabían y cómo actuaban las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos frente a los juicios para iniciar el proceso de retiro de la ventilación mecánica invasiva en hospitales nacionales. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional y transversal, e incluyó a 93 enfermeras, a los cuales se les empleó Un instrumento de preguntas cerradas y una lista de cotejo. Los productos evidenciaron que poco más de la mitad (54%) contaba con conocimientos adecuados sobre ventilación mecánica, mientras que un 46% presentaba conceptos erróneos; además, la mitad tenía experiencia intermedia y un 39% mostró un margen de conocimiento bajo. Así mismo la práctica clínica, solo el 15% alcanzó una calificación excelente, el 36% se ubicó en un nivel promedio y el 49% fue considerado inadecuado. Finalmente, el análisis estadístico indicó que no existían diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y las características demográficas de las participantes ($p>0,05$).

Quispe (12) en el 2020, realizo una investigación en Bolivia con la intención de identificar las competencias del personal de enfermería en el desarrollo del destete de la ventilación mecánica. Con un enfoque de tipo descriptivo, se evidenció que, si bien los profesionales realizan adecuadamente los procedimientos de cuidado, no existe un criterio unificado que oriente estas intervenciones. Asimismo, se identificó la necesidad de implementar una guía estructurada que permita

garantizar la calidad y uniformidad en la atención. En conclusión, aunque el desempeño de los enfermeros fue considerado eficiente, se resaltó la importancia de establecer un protocolo estandarizado que optimice las prácticas y fortalezca la seguridad y calidad del cuidado brindado al paciente.

Aguaiza (13) en el 2022, desarrolló una investigación en Ecuador Con el propósito de determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería durante el proceso de destete de la ventilación mecánica el estudio es de enfoque cuantitativo, descriptivo, no experimental y transversal, e incluyó a 36 enfermeras. Los hallazgos pusieron en evidencia brechas relevantes: el 61% No contaba con capacitación previa específica sobre el destete, aunque el 47% refirió poseer conocimientos al respecto; el 67% conocía los métodos de destete y el 78% realizaba una valoración integral del paciente. No obstante, la mitad de las participantes desconocía los predictores del destete, lo que refleja debilidades en aspectos clínicos fundamentales. En síntesis, aunque una proporción importante del personal mostró preparación en esta fase crítica, el estudio destaca la necesidad de fortalecer la formación y actualización continua para garantizar un cuidado seguro y de calidad.

2.1.2. A nivel nacional:

Londoño, et al (14) en el 2023, efectuó una investigación en Lima con el propósito de identificar el nivel de conocimiento y la práctica del personal de enfermería respecto al destete de personas hospitalizadas con ventilación mecánica en un hospital del Ministerio de Salud. La investigación tuvo un enfoque

cuantitativo, de tipo aplicada, con diseño descriptivo y correlacional, e incluyó a 80 licenciados enfermería, a los cuales se les administro un sondeo para la recolección de datos. Los hallazgos relevaron que el 50% presentaba un rango de conocimiento medio, el 42,5% un rango alto y el 7,5% un nivel bajo. Asimismo, se evidenció que incluso los profesionales con más de diez años de experiencia mantenían, en su mayoría, un conocimiento intermedio sobre el proceso de destete. Finalmente, el estudio concluyó que existe una relación significativa entre diversos factores asociados al manejo de la ventilación mecánica invasiva.

Melgarejo et al (15) en el 2023, Llevo un estudio en Callao con el propósito de la investigación es analizar la relación de las competencias cognitivas y el manejo del proceso de destete de la ventilación mecánica en enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos COVID-19 (UCI-COVID). Este enfoque resulta pertinente debido a la complejidad del cuidado del paciente crítico y la necesidad de contar con personal de enfermería altamente capacitado para la toma de decisiones durante el proceso de retirada progresiva del soporte ventilatorio. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo, correlacional, prospectivo, de corte transversal y no experimental, e incluyó la participación de 35 profesionales, a los cuales se les aplico un cuestionario. Los hallazgos revelaron que el 68,6% presentó un nivel adecuado de competencia cognitiva, el 11,4% una escala buena, el 8,6% una escala excepcional y el 11,4% una escala baja. Sin embargo, en cuanto al manejo del destete, solo el 20% lo realizó de manera adecuada, mientras que el 80% evidenció deficiencias. En conclusión, el estudio determinó que se evidencio que hay relación significativa entre las

habilidades cognitivas del personal y su desempeño en el proceso de retirada de la ventilación mecánica.

Abad et al (16) en el 2022, Llevaron a cabo un estudio en Callao Con el propósito de examinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas del personal de enfermería en el proceso de destete de la ventilación mecánica y la administración oportuna de oxigenoterapia en el servicio de emergencias, se pretende determinar en qué medida la competencia cognitiva influye en la ejecución de intervenciones clínicas basadas en la evidencia, orientadas a garantizar la estabilidad ventilatoria y la seguridad del paciente en estado crítico. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo y un diseño correlacional, e incluyó a 53 enfermeras; para la recolección de datos se utilizaron la encuesta y la observación directa. Los hallazgos mostraron que el 50,9% poseía un nivel alto de conocimiento, de los cuales el 45,3% realizaba procedimientos adecuados y el 5,6% presentaba prácticas inadecuadas. Asimismo, el 49,1% evidenció un nivel de conocimiento intermedio; dentro de este grupo, el 30,2% desarrollaba prácticas apropiadas y el 18,9% prácticas deficientes. En síntesis, el estudio demostró una relación sólida entre el nivel de conocimiento del personal de enfermería y la efectividad en el destete oportuno de la oxigenoterapia.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1 Ventilación Mecánica Invasiva (VMI)

La función del ventilador es reemplazar la respiración del paciente tanto como este lo necesite hasta que su sistema respiratorio lo haga sin ayuda, garantizar un intercambio gaseoso óptimo para eliminar la acumulación de CO₂ y lograr una correcta oxigenación de los tejidos. Así como facilitar el trabajo respiratorio y ampliar el período de tiempo para tratar la enfermedad que provoca una respiración deficiente o una insuficiencia respiratoria. Se puede decir que para las personas que están en un estado reservado o crítico este es el método que más se emplea y se ha implicado en la supervivencia de muchos pacientes que, de otro modo, habrían muerto (17).

Modos de Ventilatorios: Hay varias formas de VMI, y la selección de una u otra dependerá de las particularidades específicas del paciente para determinar el perfil adecuado, por ello es importante considerar la causa y tipo de insuficiencia respiratoria, la presencia o ausencia de enfermedades pulmonares, el patrón de ventilación y el estado hemodinámico (18).

Se clasifican según:

- Asistida Controlada. (A/C): Es la forma más elemental de VM, se utiliza en pacientes con una alta demanda de ventilación que requieren reemplazo completo de la función respiratoria. Hace posible que el paciente inicie el ciclo de ventilación a partir de una frecuencia respiratoria preestablecida. Según la variable que se defina en el ventilador, la modalidad asistida-controlada puede operar en modo control de presión o de volumen (19).

- Ventilación Mandataria Intermitente Sincronizada. (SIMV): Es una modalidad de ventilación mecánica que permite al paciente realizar respiraciones espontáneas entre los ciclos respiratorios programados por el ventilador. El concepto de “sincronizada” hace referencia a la facultad del equipo para descubrir el esfuerzo inspiratorio del paciente y coordinar la administración de las respiraciones mandatorias, respetando un tiempo de espera antes de activar un ciclo controlado. De esta manera, se favorece la sincronía paciente–ventilador y se reduce el riesgo de asincronías respiratorias. (20).
- Ventilación en la modalidad de presión soporte. (PSV): Es el método que asiste y que se cicla por flujo y se limita a presión, lo cual altera el patrón respiratorio espontáneo que se traduce en el acrecentamiento del volumen corriente y la reducción del número de respiraciones. En base al nivel de presión de soporte, el ventilador realiza el apoyo a la ventilación. Durante todo el proceso de inhalación, la presión se mantiene constante, mientras que simultáneamente el flujo disminuye de manera gradual con el fin de lograr un punto en el que se inicia la exhalación (21).
- La presión positiva continua en la vía aérea: Es una modalidad de soporte respiratorio espontáneo en la que el ventilador conserva una presión positiva constante durante todo el ciclo respiratorio. No se considera un modo ventilatorio controlado, ya que el equipo no administra respiraciones mecánicas obligatorias; es el propio paciente quien genera el flujo inspiratorio, determinando su volumen corriente y frecuencia respiratoria. De este modo, el patrón ventilatorio se asemeja al de la respiración espontánea, con el beneficio

adicional de mantener la vía aérea y los alvéolos abiertos mediante presión positiva continua. (22).

Métodos de Prueba Ventilación Espontanea: Son estrategias empleadas para evaluar la capacidad del paciente de mantener una respiración autónoma antes de la extubación. Consisten en permitir que el paciente respire a través del tubo endotraqueal sin asistencia ventilatoria directa, generalmente mediante un conector en “T”, o con un soporte mínimo, o niveles bajos de presión de soporte. Estas pruebas permiten valorar la tolerancia respiratoria, la estabilidad hemodinámica y la capacidad para sostener un intercambio gaseoso adecuado sin ventilación mecánica completa. (23).

- Prueba de ventilación espontánea con CPAP: La vigilancia constante de los parámetros ventilatorios proporciona información adicional acerca del avance y la tolerancia de la evaluación. Este método es: Limpio, Económico, ya que no requiere equipos adicionales y seguro, ya que los ventiladores modernos están dotados de alarmas que notifican en situaciones de emergencia o intolerancia, permitiendo cambiar automáticamente a modos ventilatorios controlados previamente programados (24).
- Prueba de respiración espontanea en tubo en <T=: Esta evaluación está especialmente recomendada para pacientes con sospecha o evidencia de disfunción del ventrículo izquierdo. En estos casos, el uso de soporte de presión durante la prueba indicaría una dificultar a la identificación de una posible intolerancia a la retirada del tubo endotraqueal (25).

- Prueba de respiración espontánea: Las evaluaciones de respiración espontánea no deberían prolongarse más de 2 horas. Prolongar innecesariamente la prueba en pacientes que no la han superado puede causar fatiga muscular significativa, inestabilidad hemodinámica o deterioro en el intercambio gaseoso (26)

2.2.2. Destete de la ventilación mecánica.

La discontinuación de la ventilación mecánica, este se enmarca como el desarrollo mediante el cual se involucra la eliminación del soporte mecánico y del tubo endotraqueal en personas hospitalizadas que se encuentran en VMI. Este procedimiento normalmente inicia con la primera evaluación de respiración espontánea, es la disminución progresiva del soporte ventilatorio, otorgando un período espontáneo respiratorio que permita al paciente poder controlar la responsabilidad de un correcto intercambio gaseoso. La duración de este proceso puede variar y no siempre sigue una progresión directa hacia el objetivo deseado. Es común observar múltiples episodios de avance y retroceso en un paciente antes de lograr la independencia del ventilador o por lo menos una condición estable (27).

El proceso de destete se realiza sin mayores complicaciones en más del 77% de los pacientes dentro de un período cercano a las 72 horas. Sin embargo, entre un 9% y un 20% de los casos presentan dificultades para retirar el ventilador. Identificar el momento adecuado para iniciar el destete mediante indicadores específicos ayuda a eludir intentos infructuosos que podrían empeorar la condición del paciente ya que el fallo en el proceso de destete puede llevar al paciente a desarrollar una dependencia al ventilador, prolongando el uso de la ventilación mecánica y

aumentando los riesgos asociados. Según algunos autores, la duración de la VM ejerce un efecto importante en la discontinuación, se clasifican en: (28).

Corta duración: Se refiere a una empleada por un período inferior a 7 días, común en pacientes sin antecedentes de enfermedades pulmonares. Generalmente, estos pacientes responden bien al proceso de discontinuación cuando se inicia posterior a las primeras 72 horas (29)

Prolongada: Corresponde a aquellos casos donde la ventilación se extiende por más de siete días, observada en pacientes con enfermedades pulmonares, <insuficiencias respiratorias agudas graves como neumonías severas o trastornos neuromusculares. En estos individuos, la discontinuación es más compleja y depende en gran medida de las condiciones clínicas del paciente (29)

1. Pre-destete. Se detecta la estabilización del estado clínico del paciente y se comienza a considerar la interrupción del soporte de ventilación mecánica, se le evalúa para determinar si cumple con los criterios necesarios para realizar el proceso de discontinuación de manera apropiada. La fisiología de la ventilación pulmonar se ocupa de los procesos que regulan el movimiento de aire hacia dentro y hacia fuera del aparato respiratorio. Este flujo de aire, con una cantidad específica y una frecuencia respiratoria determinada, va desde el ambiente hasta los pequeños sacos alveolares en los pulmones. Esto se consigue a través de la contracción de los músculos respiratorios, que realizan trabajo muscular para facilitar este proceso (30).

2. Destete. Es la reducción gradual del soporte respiratorio artificial hasta lograr que el paciente respire por sí mismo). Su duración es variable y no siempre avanza de forma lineal hacia el objetivo esperado. Durante esta etapa se valora de manera continua la relación paciente–ventilador, considerándose adecuada al evaluar que el ventilador responde de forma sensible al esfuerzo respiratorio del paciente, suministra un adecuado flujo de gas acorde a sus necesidades y la inspiración mecánica coincide con la inspiración neural. Cuando existe algún desajuste en estos componentes, se produce una falta de sincronía entre el paciente y el ventilador, conocida como asincronía. Según la evolución clínica, el destete se clasifica en simple, dificultoso o prolongado, y se considera exitoso cuando el paciente permanece al menos 48 horas después de la extubación sin requerir nuevamente ventilación mecánica. (31)

3. Post-destete. Es lo que ocurre luego de la culminación del destete, después de que el individuo que había sido intubado logra mantenerse en un nivel de estabilidad respiratoria, sin depender de ningún medio externo para respirar con normalidad.

Causas del fallo del destete: se consideran:

- Fallo respiratorio hipoxémico: Continúa la insuficiencia respiratoria aguda, con una fracción de oxígeno inadecuada y la aparición de complicaciones.
- Fallo ventilatorio hipercápnico: Estimulación central inadecuada (sedación excesiva, encefalopatía); disfunción de la musculatura respiratoria (desnutrición, atrofia muscular), lesión del nervio frénico por algún procedimiento quirúrgico anterior.

- Dependencia psicológica: Ocurre en aquellos que llevan un tiempo prolongado en UCI y se mantienen con ventilación mecánica. (32)

2.2.3. Práctica en enfermería en el proceso de destete.

A lo largo de todo el avance de desvinculación del VM, la atención brindada por los profesionales de enfermería a sus pacientes para garantizar el éxito del procedimiento. En cada fase de este proceso, es fundamental atender las necesidades del paciente, incluyendo la ventilación mecánica y la salud respiratoria, así como la vigilancia adecuada durante la extracción del tubo endotraqueal y después de la extubación (32)

La evaluación inicial del paciente se efectúa mediante de la observación directa y la evaluación física, siendo este último intermitente y su frecuencia determinada por la condición del paciente. Algunos parámetros son monitoreados de forma continua mediante dispositivos complejos que requieren capacitación y experiencia para su manejo. Este monitoreo implica la evaluación de los signos vitales, tales como la temperatura, la presión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria. La presión arterial puede ser registrada utilizando un catéter arterial para una monitorización continua. Asimismo, se puede emplear un sensor transcutáneo de oximetría del pulso para la monitorización de la saturación de oxígeno.

Cuidados de enfermería por fases son:

1. Pre Destete. En esta fase, brindan los siguientes cuidados de enfermería.

Ventilación

- Evaluar la sincronización del paciente con el respirador.

Oxigenación

- Monitorizar y mantener la saturación de oxígeno entre el 95% y el 100%.
- Evaluar los resultados de la gasometría son normales - Evaluar y reportar presencia de cianosis.
- Asegurar la patencia de las vías respiratorias
- Evaluar la presencia de secreciones y sus características. (33)

2. Destete. En esta fase de brindan los siguientes cuidados de enfermería.

- Evaluar nivel de conciencia
- Monitorizar y evaluar FR y FC.
- Evaluar patrón ventilatorio.
- Evaluar PA (presión arterial).

3. Post-Destete: En esta fase de brindan los siguientes cuidados de enfermería.

Nutrición

- Realizar control del balance hídrico de las últimas 24 horas.
- Evaluar el estado de hidratación y los valores de electrolitos se mantienen estables.
- Verificar la presencia de sonidos y movimientos intestinales.

Evaluar el dolor.

- Determinar nivel de orientación personal y consciencia.
- El estado nutricional del paciente impacta en su fortaleza y masa muscular, tal como señala La enfermera debe garantizar que se siga el soporte nutritivo prescrito por los intensivistas o nutricionistas y garantizar una nutrición de forma temprana después de la intubación. Es fundamental que el personal de enfermería lleve a cabo las evaluaciones de tolerancia alimentaria pertinentes

para determinar si el paciente está recibiendo la cantidad adecuada de energía o si es necesario modificar la ruta de administración (34)

Cuidados Estado Cognoscitivo-Perceptual

En el examen del estado neurológico del paciente, se incluye la valoración del nivel de alerta, el estado cognitivo, el grado de ansiedad y la existencia de malestar. También se evalúa cómo el paciente se encuentra en relación con el ventilador, es decir, si está respirando cómodamente o si está experimentando dificultades o luchando contra el ventilador. Esta evaluación integral del estado neurológico ayuda a los a proporcionar el cuidado adecuado.

Tras la extubación, los pacientes que logran comunicarse mejor expresan mediante el lenguaje corporal que experimentaron temor a ahogarse o a no poder respirar bien.

El control y evaluación de la gasometría arterial; evalúa la eficacia de la ventilación mecánica, es crucial considerar la medición y análisis de PaO_2) a través de la gasometría arterial. Esta evaluación se efectúa cada vez que se modifican los parámetros del ventilador, frente a alteraciones clínicas en el paciente, para monitorear su evolución o tras intervenciones como la aspiración que pueden afectar la integridad del sistema. Por lo tanto, se recomienda llevar a cabo la gasometría arterial aproximadamente diez minutos después de ajustar los parámetros del ventilador para obtener una evaluación más precisa y oportuna del estado respiratorio del paciente (34)

En la evaluación del estado cardiovascular; se tienen en cuenta varios parámetros, que incluyen la frecuencia del pulso cardíaco, los ruidos cardíacos, los

pulsos periféricos, la tensión arterial, la distensión de las venas yugulares, la presencia de edema en extremidades y el volumen de orina excretada (oliguria).

Durante la ventilación mecánica, el aire a presión que mantiene los pulmones estables a veces puede hacer que la presión arterial del paciente baje. Esto ocurre porque el pecho se expande y dificulta un poco el flujo natural de sangre hacia el corazón. Por esta razón, cuidamos y vigilamos sus signos vitales de manera constante; así nos aseguramos de que su corazoncito y su cuerpo toleren bien el tratamiento y ajustamos todo lo necesario para su bienestar (35).

2.2.3. Teoría de enfermería

Teoría de Jean Watson

La teoría de Jean Watson se centra en una atención integral que aborda al ser humano de manera holística, considerando no solo su bienestar físico, sino también emocional, espiritual y ético. Watson sostiene que la atención es el componente esencial de la práctica de la enfermería, y subraya que el cuidado debe ser una experiencia que atienda a las necesidades globales del paciente. Según su enfoque, los enfermeros deben estar conscientes de la importancia de las relaciones interpersonales en el proceso de cuidado, brindando apoyo no solo a nivel físico, sino también emocional y psicológico. Esto implica crear un entorno donde se fomente la empatía, el respeto y la compasión, elementos fundamentales para mejorar la salud integral del paciente. La teoría también destaca la importancia de los valores éticos en la práctica de la enfermería, sugiriendo que el cuidado debe basarse en principios éticos sólidos que promuevan la dignidad y el respeto por la

autonomía de cada persona, reconociendo su individualidad y su derecho a decidir sobre su propia salud (36).

2.3. Formulación de la Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: “Existe relación considerable entre los conocimientos sobre el destete de ventilación mecánica y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, de un hospital nacional en Lima 2026”.

H0: “No existe relación considerable entre los conocimientos sobre el destete de ventilación mecánica y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, de un hospital nacional en Lima 2026”.

2.3.2. Hipótesis específicas

Hi1: “Existe relación considerable entre los conocimientos sobre el destete de ventilación mecánica en su dimensión fase de pre destete y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, de un hospital nacional 2026”.

Hi2: “Existe relación considerable entre los conocimientos sobre el destete de ventilación mecánica en su dimensión fase de destete y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, de un hospital nacional 2026”.

Hi3: “Existe relación considerable entre los conocimientos sobre el destete de ventilación mecánica en su dimensión post destete y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, de un hospital nacional 2026”.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

La presente investigación se sustentará en el método hipotético-deductivo, ya que inicia de un planteamiento general o teoría inicial para formular hipótesis que posteriormente serán contrastadas mediante el análisis de casos o situaciones específicas, permitiendo así su verificación o refutación. Este enfoque se aplica comúnmente mediante la argumentación deductiva, en la que se establecen dos premisas, una de carácter general y otra más concreta, que permiten llegar a una conclusión lógica. De esta manera, la hipótesis planteada a nivel general se contrasta con un caso particular, lo que facilita interpretar los resultados de forma coherente y fundamentada. (37).

3.2. Enfoque de la investigación

La investigación se desarrollará mediante un enfoque cuantitativo, dado que las variables de estudio pueden ser medidas y expresadas en términos numéricos. Este tipo de enfoque se vincula estrechamente con el análisis estadístico, ya que permite examinar la realidad de manera objetiva y establecer inferencias o posibles predicciones sobre el comportamiento del fenómeno investigado. (38).

3.3. Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación se desarrollará bajo un enfoque de tipo aplicado, debido a que busca emplear los resultados obtenidos como una herramienta para fortalecer y mejorar la práctica de enfermería, contribuyendo directamente a la optimización del cuidado dentro del ámbito de la salud pública. (39).

3.4. Diseño de la investigación

Del mismo modo, el estudio se llevará a cabo mediante un diseño no experimental. Puesto que se enfocará en observar los hechos tal como ocurren, sin que el investigador intervenga directamente, limitándose a describir lo observado. Será también de corte transversal, dado que este diseño corresponde a un estudio observacional que puede tener fines tanto descriptivos como analíticos. Por último, tendrá un alcance correlacional, ya que se empleará un análisis bivariado para examinar la relación entre las variables planteadas en la investigación (40).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

La población se entiende como el conjunto completo de personas, elementos o unidades de análisis que comparten determinadas características relevantes para el estudio. Este grupo constituye el universo del cual el investigador obtiene la información necesaria para desarrollar la investigación y sobre el cual se pretende realizar interpretaciones o inferencias. (41). En este estudio, estará integrada por 70 enfermeros que trabajan en la UCI pertenecientes a un centro de salud de Lima, Perú, Para asegurar la calidad y validez de los resultados, los participantes serán seleccionados bajo estrictos criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- ✓ Enfermeros que trabajen en la unidad de cuidados intensivos.
- ✓ Enfermeros con al menos un año de experiencia en el servicio de cuidados intensivos.

- ✓ Enfermeros que otorgue su consentimiento informado por escrito para formar parte del estudio.

Criterios de exclusión:

- ✓ Profesionales de enfermería que realicen función administrativa.
- ✓ Enfermeros con una experiencia menor a un año en el servicio de cuidados intensivos.
- ✓ Personal de enfermería que no manifieste interés en colaborar con la investigación o que no otorgue su consentimiento informado.

3.5.2. Muestra

La muestra se entiende como un subconjunto de la población que es seleccionado mediante un procedimiento de muestreo y que cumple con los parámetros de inclusión y los de exclusión establecidos, a partir del cual se recogen los datos para realizar inferencias sobre la población de interés (42). La población estará conformada por 70 profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital nacional durante el año 2026. Debido a que el número de participantes es accesible y permitirá incluir a la totalidad de los profesionales que cumplen los criterios de selección, no se realizará cálculo del tamaño muestral, sino que se trabajará mediante un censo poblacional. Esta decisión permitirá obtener información de toda la población objetivo, reduciendo el error de estimación y evitando sesgos derivados del proceso de selección de una muestra.

3.5.2. Muestreo

El estudio empleará un muestreo censal, ya que se incluirá a la totalidad de los profesionales de enfermería que conforman la población de estudio y que cumplan

los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se seleccionó este tipo de muestreo porque el tamaño de la población es reducido y accesible, lo que hace factible evaluar a todos los participantes sin necesidad de aplicar técnicas de muestreo probabilístico. Asimismo, el muestreo censal incrementa la representatividad de los resultados al abarcar la totalidad de la población objetivo.

3.4. Variables y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
V1 Conocimientos sobre el destete de ventilación mecánica	Proceso gradual y sistemático mediante el cual se retira el soporte ventilatorio artificial a un paciente crítico que ha recuperado parcialmente la capacidad de respirar espontáneamente, evaluando su tolerancia respiratoria, estabilidad hemodinámica y capacidad funcional para mantener una ventilación adecuada sin asistencia mecánica.(43).	Nivel de información y comprensión que posee el enfermero acerca del proceso de destete de la ventilación mecánica a la respiración espontánea. La variable será medida mediante un cuestionario estructurado de 15 preguntas cerradas, elaborado en función de sus dimensiones e indicadores. Los resultados se calificarán según el número de respuestas correctas obtenidas y se categorizarán en niveles de conocimiento: bajo, medio y alto.	Conocimiento de la etapa de Pre-deteste Conocimiento de la etapa de Deteste Conocimiento de la etapa de post deteste	Proceso del destete de la ventilación mecánica. Protocolo sobre el destete del ventilador mecánica. Ventilación del paciente a través de tubo endotraqueal. Clasificación del destete ventilatorio Destete ventilatorio es prolongado Ventilación espontánea Parámetros del proceso de destete Fracaso al destete ventilatorio	Ordinal Respuesta correcta = 1 punto Respuesta incorrecta = 0	Nivel de conocimiento bajo: De 0 a 7 puntos. Nivel de conocimiento medio: De 8 a 11 puntos. Nivel de conocimiento alto: De 12 a 15 puntos
V2 Práctica de enfermería sobre el destete de ventilación mecánica.	La práctica equivale a experiencia, y la experiencia representa la realidad. A medida que transcurre el tiempo, con los años acumulados y el ejercicio cotidiano del trabajo, se va desarrollando la práctica (44).	Conjunto de acciones, intervenciones y cuidados que realizan durante la transición del retiro progresivo de la ventilación mecánica a la respiración espontánea. Esta variable será evaluada mediante una lista de cotejo compuesta por 20 ítems, diseñada para valorar de manera objetiva el cumplimiento de los procedimientos y criterios establecidos en el manejo del destete	“Practica en la pre destete” “Practica durante el destete” “Practica en el post destete”	Lavado de manos Monitoreo Frecuencia respiratoria Posición fowler Oxigenoterapia Índice de Rox Aspiración de secreciones Complicaciones	Ordinal Respuesta correcta = 1 punto Respuesta incorrecta = 0	Practica inadecuada de destete = 0 a 10 puntos Practica adecuada de destete = 11 a 20 puntos

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Técnica variable 1

La técnica se entiende como el procedimiento sistemático que se emplea para obtener información, mientras que el instrumento constituye la herramienta específica utilizada para registrar los datos recolectados (45). En la presente investigación, para la primera variable Se aplicará la encuesta como método de recolección de información, dado que permitirá conseguir información estructurada y cuantificable de los colaboradores.

Técnica variable 2

Se empleará la técnica de observación, la cual facilitará la recolección de datos precisos sobre la manera en que los profesionales llevan a cabo sus actividades en el entorno laboral (45).

3.7.2. Descripción de instrumentos

Variable 1: Cuestionario de Conocimientos

Con respecto a la variable de estudio se empleará el instrumento el cual es un cuestionario elaborado por Londono y colaboradores, el cual fue contextualizado y utilizado en Perú durante el año 2023. El instrumento se compone de 15 ítems y alternativas de respuesta a, b y c, organizados en tres dimensiones: fase pre-destete, fase de destete y fase post-destete. La medición es de tipo ordinal, otorgando 1 punto a cada alternativa correcta y 0 puntos a las respuestas equivocadas. De acuerdo con el puntaje total obtenido, el nivel de conocimiento se clasificará en bajo (el puntaje de 0–7), medio (el puntaje de 8–11) y alto (el puntaje de 12–15) (14).

Variable 2: Lista de cotejo

Con respecto a la variable de estudio, se hará uso del instrumento el cual es una lista de cotejo elaborado por Abad. y colaboradores, adaptado y aplicado en Perú en el

año 2022. El cuestionario está conformado por 20 enunciados distribuidos en tres dimensiones: los cuales están distribuidos en la práctica en la fase pre-destete, durante el proceso de destete y en la fase post-destete. La medición es de tipo ordinal, asignándose 1 punto a cada respuesta correcta y 0 puntos a las incorrectas. Según el puntaje total obtenido, la práctica se clasificará en dos niveles: práctica inadecuada (0 a 10 puntos) y práctica adecuada (11 a 20 puntos). (16).

3.7.3. Validación

Variable 1: Cuestionario de Conocimientos

La validez del presente instrumento se estableció por medio del método de juicio de expertos, en el que intervinieron 10 profesionales con experiencia en el área, quienes evaluaron de manera fundamentada la pertinencia, claridad y coherencia de los ítems. Posteriormente, para cuantificar el grado de validez de contenido, se aplicó la prueba estadística V de Aiken, resultando en un coeficiente de 0,88, por lo que se registró un nivel adecuado de precisión y respalda la pertinencia del instrumento para su aplicación en el estudio (14).

Variable 2: Lista de cotejo

Fue determinada por medio del índice V de Aiken, alcanzando un valor de 1,00, lo que refleja una valoración óptima del contenido por parte de los expertos. Asimismo, se aplicó la prueba binomial, evidenciándose un 100% de coherencia obtenida de los jueces, con un valor de $p = 0,0156$, inferior al nivel de significancia establecido ($p < 0,05$). Estos hallazgos demuestran que el grado de acuerdo entre los evaluadores es estadísticamente significativo, respaldando la solidez y pertinencia del instrumento para su aplicación en la investigación (16).

3.7.4. Confiabilidad

Variable 1: Cuestionario de Conocimiento

Respecto a la confiabilidad del presente instrumento se estableció mediante la aplicación de una prueba piloto aplicada al 20% de la población del estudio. Para el análisis se utilizó el coeficiente estadístico Kuder–Richardson (KR-20), obteniéndose un valor de 0,75, lo que evidencia que el instrumento ha mostrado un nivel de confiabilidad aceptable y es consistente para su aplicación en la investigación. (14).

Variable 2: Lista de cotejo

Con el fin de valorar la confiabilidad del instrumento, Se determinó la confiabilidad utilizando el coeficiente KR-20, obteniendo 0,8271, lo que demuestra un nivel alto de consistencia interna. Este valor indica que el instrumento presenta adecuada homogeneidad entre sus ítems y, por tanto, es pertinente para su aplicación en la recolección de datos del estudio. (16)

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Una vez gestionadas y aprobadas las autorizaciones correspondientes por el director y la jefa del departamento de enfermería del hospital nacional, se coordinará con la unidad de cuidados intensivos para establecer el cronograma y establecer las fechas destinadas a la recolección de datos, garantizando una ejecución ordenada y sin interferir con las actividades asistenciales del servicio.

Se prevé un período de dos semanas para llevar a cabo la recopilación depara llevar a cabo la recopilación de información. Durante este tiempo, los profesionales de enfermería participantes rendirán una evaluación de 30 minutos, mientras se encuentren en turno. La organización contemplará turnos rotativos, con reseros de tres días entre los turnos de 12 horas, lo cual permitirá asignar un tiempo específico para que cada participante complete el cuestionario y utilice la herramienta correspondiente.

Los datos obtenidos serán codificados y organizados en una base de datos en Microsoft Excel y posteriormente procesados mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión vigente. Inicialmente, se realizará un análisis estadístico descriptivo utilizando frecuencias absolutas, frecuencias relativas (porcentajes), medidas de tendencia central y de dispersión, según corresponda a la naturaleza de las variables.

Posteriormente, antes de efectuar el análisis inferencial, se evaluará la distribución de los datos mediante la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov ya que la muestra es mayor o igual a 50 participantes. Si el resultado de la prueba de normalidad evidencia una distribución no normal ($p < 0,05$), se empleará el coeficiente de correlación Rho de Spearman, por tratarse de una prueba estadística no paramétrica apropiada para establecer la relación entre variables medidas en escala ordinal o que no cumplen el supuesto de normalidad. En caso de verificarse una distribución normal ($p > 0,05$), se evaluará la pertinencia de aplicar el coeficiente de correlación de Pearson. En todos los análisis se considerará un nivel de significancia estadística de 0,05 y un intervalo de confianza del 95%.

3.9. Aspectos éticos

En la presente investigación se consideraron los fundamentos bioéticos de beneficencia y a su vez de no maleficencia así mismo la autonomía y justicia, orientando todas las acciones hacia la protección y el bienestar de los participantes. Se priorizó el respeto a la dignidad humana, garantizando que cada persona fuera tratada con equidad, consideración y responsabilidad ética durante todo el proceso de recolección de datos y análisis de la información, sustentado en una visión holística y humanista de la

atención en salud, se reconoce como el principio bioético esencial, que sirve de fundamento para los principios previamente señalados.

Principio de beneficencia: se orienta a promover el bienestar de las personas y evitar cualquier tipo de daño. Se fundamenta en la idea de que toda intervención o procedimiento debe generar un beneficio, garantizando que sea seguro, eficaz y orientado al cuidado y protección de los participantes.

Principio de no maleficencia: En términos fundamentales, este principio establece que en toda intervención sanitaria los beneficios esperados deben superar los posibles riesgos, procurando siempre un balance razonable y éticamente aceptable entre ambos para proteger la seguridad y el bienestar de las personas.

Principio de justicia: Sin importar las circunstancias, todas las personas poseen igual dignidad y, por el simple hecho de ser humanas, merecen el mismo trato y respeto.

Principio de autonomía: Es la capacidad del participante para emitir juicios libres e informadas sobre su participación. A diferencia de otros principios bioéticos, la autonomía no formó parte central de la tradición médica en sus inicios; sin embargo, en las últimas décadas ha cobrado especial importancia, al reconocer el derecho de las personas a decidir sobre su propia salud y participación en procesos de atención o investigación.

4. Aspectos Administrativos

4.1. Cronograma de actividades

DESCRIPCIÓN	2026															
	Enero				Febrero				Marzo				Abril			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Reconocer el problema																
Análisis de la literatura existente																
Descripción del problema de estudio																
Descripción de la problemática y planteamiento del problema de investigación																
Fundamentación y establecimiento de los objetivos generales y específicos																
Realizar el enfoque y diseño Población, muestra y muestreo Ejecutar las técnicas e instrumentos de recolección de datos																
Ejecutar el plan y procesamiento de análisis de datos																
Realizar aspectos éticos																
Verificar los aspectos administrativos y los anexos																
Autorización del proyecto																

4.2. Presupuesto.

Recursos Humanos	Recursos Humanos		
	Asesoría	1	1400
	Digitador	1	110
	Entrevistador	1	50
	Estadístico	1	550
Materiales	Material Bibliográfico		
	Literatura	Alrededor de	240
	Web	Alrededor de	110
	Otros	Alrededor de	200
	Material de Impresión		

	Impresiones y Copias	Aproximado	240
	Entapado de Tesis	3 und.	110
	USB	Copias	40
	CD	Unid.	3.5
	Material de Escritorio		
	Papel Bond A4 80 gr.	1 paquete	15
	Papelógrafo	6 unidades	4
	Cartulina cartón	6 unidades	5
	Cinta Adhesiva	2 unidades	3
	Plumones	4 unidades	14
	Servicios		
Servicios	Comunicación	Alrededor de	70
	Transporte	Alrededor de	90
	Impresión	Alrededor de	120
	TOTAL DE COSTOS		3374.50
Recursos	La investigación será autofinanciada.		

5. REFERENCIAS

1. María D, Gil T. Destete Ventilatorio Protocolizado Y Guiado Por Enfermería María Rodríguez Gómez [Internet]. 2018 [Citado marzo 2025] Disponible en:
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/685144/rodriguez_gomez_mariatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Editorial Médica Panamericana [Internet]. Medicapanamericana.com. 2025 [Citado marzo 2025]. Disponible en:
<https://www.medicapanamericana.com/esCO/registrar?productEan=9788491108146&slugMieureka=manual-de-ventilacion-mecanica-para-enfermeria>
3. Sandoval Moreno LM, Casas Quiroga IC, Wilches Luna EC, García AF. Med. Intensiva (Ed. Inglesa) [Internet]. 2019;43(2):79–89. [Citado marzo 2025] Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2017.11.010>
4. Hernández-López GD, Cerón-Juárez R, Escobar-Ortiz D, Graciano-Gaytán L, Gorordo-Delsol LA, Merinos-Sánchez G, et al. Retiro de la ventilación mecánica. 2017 [Citado marzo 2025] Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2017/ti174j.pdf>
5. Hassen, Kedir Abdureman , Nemera, Michael Alemayehu , Aniley, Andualem Wubetie , Olani, Ararso Baru , Bedane, Sofoniyas Getaneh , Conocimientos sobre ventilación mecánica y práctica de cuidados ventilatorios entre enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos en hospitales gubernamentales seleccionados en Adís Abeba, Etiopía: [Internet] 2023 [Citado marzo 2025] Disponible en:
<https://doi.org/10.1155/2023/4977612>
6. Alreshidi MS, AlRashidi FA, Tuppal CP, Al Rashidi N, Prudencio DAM, Villagracia RWA, et al. Conocimientos de las enfermeras sobre la prevención de la neumonía asociada

a ventilación mecánica (NAV) en pacientes críticos. Nurse Media J Nurs [Internet]. 2024 [Citado marzo 2025] Disponible en:

<https://ejournal.undip.ac.id/index.php/medianers/article/view/50955>

7. Cabrera-Espinosa L, Valera-Fernández D, Nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre el manejo del paciente con ventilación mecánica. Rev. Méd. Electrón [Internet] 2024 [Citado marzo 2025] Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v46/1684-1824-rme-46-e5477.pdf>

8. Chirinos Mendoza. Conocimientos y prácticas de enfermería en el destete del paciente con ventilación mecánica invasiva, [Internet] 2018 [Citado marzo 2025] Disponible en:

<https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/22430/TE-472.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

9. Guillén Ramos, Hoyos Castillo. Conocimientos y practicas sobre destete ventilatorio de los enfermeros de la unidad de cuidados críticos, [Internet] 2024 [Citado marzo 2025] Disponible en:

<https://repositorio.unac.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/7dd9ef32-f85d-43f9-a5dd-53971eaadca4/content>

10. Gutiérrez Tamayo. Conocimientos y prácticas de la enfermera sobre prevención de neumonía por ventilación mecánica en un hospital público de Trujillo [Internet] 2024 [Citado marzo 2025] Disponible en:

<https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c38fdb0-1ce2-435c-9315-816e2263494a/content>

11. Al-Gunaid AAMF. Knowledge and practice of intensive care nurses towards weaning criteria from mechanical ventilation at public hospitals in Sana'a City-Yemen. Al-Razi University [Internet] 2020 [Citado marzo 2025] Disponible en:

<http://repository.alraziuni.edu.ye/xmlui/handle/123456789/44>

12. Quipe Colque. Competencias de enfermería en el proceso de destete de la ventilación mecánica unidad de medicina crítica y cuidados intensivos del seguro social universitario la paz, [Internet] 2020 [Citado marzo 2025] Disponible en:

<https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/24260/TE-1615.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

13. Aguaiza Chamorro. Nivel de conocimientos de enfermería durante la fase de destete en pacientes con ventilación mecánica invasiva en el hospital Bolivia [Internet] 2022 [Citado marzo 2025] Disponible en:

<https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/17738/1/UT-MEC-EAC-002-2022.pdf>

14. Londoño Zegarra, Martinez Diestro. Nivel de conocimiento sobre el proceso del destete de ventilación mecánica por profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos [Internet] 2023 [Citado marzo 2025] Disponible en:

<https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/37d85d0a-cf1c-4b2e-bbeb-ee70e2083cb5/content>

15. Melgarejo Sanchez, Torres Peñaherrera, Victotio Marcelo. Competencias cognitivas y manejo del destete de la ventilación mecánica en profesionales de enfermería de la unidad uci-covid [Internet] 2023 [Citado marzo 2025] Disponible en:

<https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/7871/TESIS-MELGAREJO,TORRES,VICTORIO.pdf;jsessionid=DFBAF88FA9C144933E9FA2B315387692?sequence=1>

16. Abad Ortiz, Cusquisivan Silvia, Gomez Castro. conocimiento y práctica del profesional de enfermería en el destete oportuno de la oxigenoterapia en pacientes del servicio de emergencia [Internet] 2022 [Citado marzo 2025] Disponible en:

https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/7296/TESIS%20%20ABAD%20ORTIZ_CUSQUISIVAN%20SILVA_GOMEZ%20CASTRO_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

17. Gutiérrez Muñoz F. Ventilación mecánica. Acta médica peru [Internet]. 2011 [citado el 13 de abril de 2025];28(2):87–104. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200006

18. Patel BK. Generalidades sobre la ventilación mecánica [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2024 [citado el 13 de abril de 2025].

Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/insuficiencia-respiratoria-y-ventilaci%C3%B3n-mec%C3%A1nica/generalidades-sobre-la-ventilaci%C3%B3n-mec%C3%A1nica>

19. Semes.org. [citado el 13 de abril de 2025]. Disponible en:

<https://www.semes.org/wp-content/uploads/2019/05/Manual-VMNI-del-HUGCR.pdf>

20. Aguirre-Bermeo H, Bottiroli M, Italiano S, Roche-Campo F, Santos JA, Alonso M, et al. Ventilación con presión de soporte y ventilación proporcional asistida durante la retirada de la ventilación mecánica. Med Intensiva [Internet]. 2014;38(6):363–70.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2013.08.003>

21. Modalidades ventilatorias espontáneas en ventilación mecánica y sus beneficios en UCI [Internet]. Medwave.cl. [citado el 13 de abril de 2025]. Disponible en:

<https://www.medwave.cl/revisiones/revisionclinica/5010.html>

22. Org.ar. [citado el 13 de abril de 2025]. Disponible en:

<https://www.anestesia.org.ar/assets/downloads/articles/273/226-Fundamentos-ventilacion-mecanica.pdf>

23. Smailes ST, McVicar AJ, Martin R. Cough strength, secretions and extubation outcome in burn patients who have passed a spontaneous breathing trial. Burns [Internet]. 2013;39(2):236–42. Disponible en:

<https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/15726/PRUEBA%20DE%20VENTILACI%C3%93N%20ESPONT%C3%81NEA%20.pdf>

24. Ladeira MT, Vital FMR, Andriolo RB, Andriolo BNG, Atallah AN, Peccin MS. Pressure support versus T-tube for weaning from mechanical ventilation in adults. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2014 [citado el 13 de abril de 2025];(5):CD006056. Disponible en:

https://www.cochrane.org/es/CD006056/EMERG_retiro-de-la-asistencia-respiratoria-mecanica-mediante-apoyo-de-presion-o-tubo-en-t-para-una-prueba

25. Frutos-Vivar F, Esteban A. Desconexión de la ventilación mecánica. ¿Por qué seguimos buscando métodos alternativos? Med Intensiva [Internet]. 2013;37(9):605–17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2012.08.008>

26. Fernández Merjildo D, Porras García W, León Rabanal C, Zegarra Piérola J. Mortalidad y factores relacionados al fracaso del destete de la ventilación mecánica en una unidad de cuidados intensivos de Lima, Perú. Rev Medica Hered [Internet]. 2019 [citado el 13 de abril de 2025];30(1):5. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2019000100002

29. Castillo-Saavedra T, Arroyo-Sánchez A. Factores de riesgo para destete fallido de la ventilación mecánica en adultos. Rev Cuerpo Med HNAAA [Internet]. 2023 [citado el 13 de abril de 2025];16(1):8–14. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312023000100001

30. Fadila M, Rajasurya V, Regunath H. Ventilator weaning. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
31. Slacip.org. [citado el 13 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://www.slacip.org/manual-slacip/descargas/SECCION-3/3.2-%20Destete-Final.pdf>
32. Boles J-M, Bion J, Connors A, Herridge M, Marsh B, Melot C, et al. Weaning from mechanical ventilation. Eur Respir J [Internet]. 2007;29(5):1033–56. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00010206>
33. Berry C. Monitorización y estudio del paciente en cuidados críticos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2022 [citado el 13 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://www.msdmanuals.com/es/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/abordaje-del-paciente-con-enfermedad-cr%C3%ADtica/monitorizaci%C3%B3n-y-estudio-del-paciente-en-cuidados-cr%C3%ADticos>
34. Mawil.us. [citado el 13 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://mawil.us/wp-content/uploads/2021/10/manual-practico-de-enfermeria-intensiva.pdf>
35. Zunino G, Battaglini D, Godoy DA. Effects of positive end-expiratory pressure on intracranial pressure, cerebral perfusion pressure, and brain oxygenation in acute brain injury: Friend or foe? A scoping review. J Intensive Med [Internet]. 2024;4(2):247–60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jointm.2023.08.001>
36. Mendoza Añamisé, Castillo Castillo, Herrera Jimenez. Omisión del cuidado de enfermería y la teoría de Jean Watson: una revisión sistemática [Internet] 2024 [Citado marzo 2025] Disponible en:
<https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/107/193>

37. Gonzales Andrade. El Método Hipotético Deductivo de Karl Popper en los Estudiantes de la Educación Básica Regular en Perú [Internet] 2023 [Citado marzo 2025] Disponible en:

<https://revistas.unife.edu.pe/index.php/educacion/article/view/3045>

38. Ortega C. Investigación cuantitativa. Qué es y cómo realizarla [Internet]. QuestionPro. [Citado marzo 2025] Disponible en:

<https://www.questionpro.com/blog/es/que-es-la-investigacion-cuantitativa/>

39. Ortega C. Investigación aplicada: Definición, tipos y ejemplos [Internet]. QuestionPro. 2022 [Citado marzo 2025] Disponible en:

<https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-aplicada/>

40. Velázquez A. Investigación no experimental: Qué es, características, ventajas y ejemplos [Internet]. QuestionPro. [Citado marzo 2025] Disponible en:

<https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-no-experimental/>

41. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill; [Internet]. 2014 [Citado marzo 2025] Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008>

42. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 7a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; [Internet]. 2018. [Citado marzo 2025] Disponible en:

<http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20Investigaci%C3%B3n%20SAMPIERI.pdf>

43. Evolución del conocimiento en enfermería [Internet]. Medwave.cl [Citado marzo 2025] Disponible en:

<https://www.medwave.cl/enfoques/ensayo/5001.html>

44. Grajales RZ. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index de Enfermería [Internet]. 2004 [Citado marzo 2025];13(44–45):42–6. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009

45. Medina M, Rojas R, Bustamante W, Loaiza R, Martel C, Castillo R. Metodología de la investigación: Técnicas e instrumentos de investigación [Internet]. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú; 2023. [Citado marzo 2025] Disponible en:

<https://editorial.inudi.edu.pe/index.php/editorialinudi/catalog/download/90/133/157?inline=1#:~:text=La%20encuesta%20es%20una%20t%C3%A9cnica,demograf%C3%ADa%20de%20una%20poblaci%C3%B3n%20objetivo>

46. Edu.pe. [Internet].2021. [Citado marzo 2025] Disponible en:

<https://posgrado.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2021/10/LIBRO-INVESTIGACION-final.pdf>

6. ANEXOS

6.1. Matriz de Consistencia

Formulación del problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Diseño/Metodológico
Problema general: ¿Cómo se relaciona el conocimiento sobre el destete de ventilación mecánica y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, de un hospital nacional en Lima 2026?	Objetivo general: Identificar la relación de los conocimientos sobre el destete de ventilación mecánica y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de un hospital nacional.	Hipótesis general: Hi: Existe relación considerable entre los conocimientos sobre el destete de ventilación mecánica y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, de un hospital nacional 2026. H0: No existe relación considerable entre los conocimientos sobre el destete de ventilación mecánica y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, de un hospital nacional 2026.	V1 Conocimiento de destete en pacientes con ventilación mecánica	Método de investigación: Hipotético deductivo Enfoque: cuantitativo Tipo: Aplicada Diseño: No experimental, Corte transversal Correlacional Población y muestra La población estará conformada por 70 enfermeros del servicio de cuidados intensivos
Problemas específicos: ¿Cómo se relaciona el conocimiento sobre el destete de ventilación mecánica en su dimensión fase de pre destete y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos? ¿Cómo se relaciona el conocimiento sobre el destete de ventilación mecánica en su dimensión fase destete y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos? ¿Cómo se relaciona el conocimiento sobre el destete de ventilación mecánica en su dimensión fase post destete y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos?	Objetivos específicos: Analizar cómo se relaciona el conocimiento sobre el destete de ventilación mecánica en su dimensión fase pre-destete y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Establecer cómo se relaciona el conocimiento sobre el destete de ventilación mecánica en su dimensión fase de destete y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Analizar cómo se relaciona el conocimiento sobre el destete de ventilación mecánica en su dimensión fase post destete y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos.	Hipótesis específicas: Hi1: Existe relación considerable entre los conocimientos sobre el destete de ventilación mecánica en su dimensión fase de pre destete y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, de un hospital del estado 2026 Hi2: Existe relación considerable entre los conocimientos sobre el destete de ventilación mecánica en su dimensión fase de destete y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, de un hospital nacional 2026. Hi3: Existe relación considerable entre los conocimientos sobre el destete de ventilación mecánica en su dimensión fase de post destete y la práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, de un hospital nacional 2026.	V2 Prácticas de enfermería en destete de ventilación mecánica	Técnica e Instrumentos: Las técnicas que se aplicarán será la encuesta y la observación. Como instrumentos: Cuestionario y Lista de cotejo

ANEXO 2

6.2 Instrumentos

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO DEL PROCESO DE DESTETE EN PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

INSTRUCCIONES:

Estimada (o) licenciada (o) se le ruega colaborar respondiendo las siguientes preguntas para poder mejorar aspectos relacionado al destete del paciente. Por favor, lea cuidadosamente cada una de las preguntas, y solamente luego que haya comprendido, proceda a contestarla en la respectiva hoja. Pregunta que no sea entendida puede solicitar ayuda al investigador.

I. DATOS GENERALES

1. Edad _____ años cumplidos

2. Sexo: _____

3. Formación académica

a) Licenciatura en enfermería

b) Especialidad

c) Diplomado

d) Maestría

4. Tiempo de servicio _____ años 5. ¿Recibió capacitación sobre el Proceso de destete del Ventilador Mecánica? a) Si ___ b) No

6. ¿Cuenta en el servicio con protocolo sobre el destete del ventilador mecánica?

a) Si _____ b) No _____ c) No se _____

II. CONOCIMIENTO SOBRE EL PROCESO DEL DESTETE EN VENTILACIÓN MECÁNICA

1. ¿Cómo se define al proceso de destete ventilatorio?

a) Es la forma en que el paciente de la UCI puede respirar con ayuda de la máquina, que le provee oxígeno.

b) Es el proceso de liberación gradual del soporte ventilatorio hacia la ventilación espontánea efectiva

c) Es un proceso fácil y sencillo que permite respirar al paciente intubado

2. ¿En qué momento se realiza el proceso de destete ventilatorio?

a) Cuando existe un proceso de mejora gradual en la relación fuerza-capacidad del sistema respiratorio para mantener una respiración espontánea.

b) Cuando un paciente se encuentra listo para salir de la UCI

c) En el momento que el médico prescribe el alta del servicio.

3. ¿En qué consiste la prueba de ventilación espontánea?

- a) Es una prueba de ventilación del paciente a través de tubo endotraqueal sin soporte del ventilador o con una asistencia mínima.
- b) Es una prueba para medir la capacidad de secreciones en el paciente
- c) Consiste en evaluar la capacidad del paciente para respirar mientras recibe una asistencia respiratoria mínima o nula.

4. ¿Según su clasificación como considera el destete ventilatorio?

- a) Fácil o sencillo
- b) Difícil
- c) Fácil, Difícil, prolongado

5. ¿Cómo se determina si el proceso de destete ventilatorio es fácil o sencillo?

- a) El paciente necesito la UCI por un periodo corto.
- b) El paciente es extubado con éxito a las 12 horas de ser monitorizado
- c) El paciente tolera la primera prueba de ventilación espontanea (PVE) y es extubado con éxito.

6. ¿Cómo se determina si el proceso de destete ventilatorio es difícil?

- a) El paciente no tolera el destete ventilatorio y lo extubamos.
- b) El paciente falla la prueba de ventilación espontanea, requiere hasta tres intentos por separados o hasta lograr 7 veces la prueba de respiración espontanea para lograr un destete con éxito.
- c) El paciente no tolera la prueba de ventilación espontanea de 240 minutos.

7. ¿Cómo se determina si el proceso de destete ventilatorio es prolongado?

- a) El paciente falla al menos tres pruebas de ventilación espontanea (PVE) o tarda más de 7 días de destete después de la primera PVE.
- b) El paciente tolera la prueba de ventilación espontánea y continua con ventilación mecánica.
- c) La paciente continua más de 15 días con ventilación mecánica.

8. ¿Cuáles son los parámetros que determinan el inicio del proceso de destete?

- a) Reflejo tusígeno, posición del paciente, criterio del médico.
- b) Hemodinámica, gasometría arterial, aspecto físico, frecuencia respiratoria menor a 35 respiraciones por minuto.
- c) La causa que motiva la ventilación está controlada, parámetros hemodinámicos, gasometría arterial, presencia de reflejos protectores de vía aéreas, secreciones oro faríngeas.

9. ¿Cuál es la posición adecuada del paciente al momento de realizar el proceso de destete ventilatorio?

- a) El paciente debe estar en un ángulo menor de 15° o semi fowler
- b) El paciente debe estar en un ángulo de 45°
- c) El paciente debe estar en un ángulo menor de 30°

10. ¿Cuál debe ser la saturación de oxígeno y FiO₂ durante el proceso de destete ventilatorio? a)

SatO₂ < 90%, FiO₂: > 40%

b) SatO₂ > 90%, FiO₂: > 50%

c) SatO₂ > 90%, FiO₂: < 40%

11. ¿Cuál debe de ser la FR y PEEP para el proceso del destete del ventilador mecánico?

a) FR >35x' y PEEP > 10

b) FR < 35x' y PEEP < 8

c) FR < 20x' y PEEP < 10

12. ¿Cuál debe de ser el PaO₂/FiO₂ para el proceso del destete del ventilador mecánico?

a) PaO₂/FiO₂ > 200mmHg

b) PaO₂/FiO₂ <150 mmHg

c) PaO₂/FiO₂ >100 mmHg

13. ¿Cuándo se interrumpe el proceso de destete ventilatorio?

a) Cuando se encuentra alterado PCO₂, PO₂, PH, SaTO₂, Taquicardia, Taquipnea, Hipertensión

b) Criterios propios al paciente y criterios externos, hemodinámicos (FR<10x' FC>130 lat x' SatO₂ <90)

c) Criterios médicos, neurológicos (alteración del destete del estado de conciencia), respiratorios.

14. ¿Las modalidades ventilatorias utilizadas con mayor frecuencia para realizar el destete de la ventilación mecánica son?

a) CPAP (presión positiva continua en las vías aéreas) Tubo en T

b) SIMV, CPAP, Tubo en T.

c) Tubo en T, ventilación intermitente obligatoria, ventilación mandatorio intermitente sincronizada.

15. ¿Cómo determina el fracaso al destete ventilatorio?

a) El paciente se ha extubado por sí solo

b) Falla la prueba de ventilación espontánea y se re intuba después de las 48 horas.

c) Falla de la prueba de ventilación espontánea y se re intubar antes de las 48 horas.

**LISTA DE COTEJO SOBRE PRÁCTICA DEL PROCESO DE DESTETE EN
PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA POR PARTE DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERIA**

ENFERMERÍA

DIMENSIONES / ÍTEMS	VALORACIÓN		
PRÁCTICAS EN EL PRE DESTETE	Si	No	Observaciones
1. Se lava las manos antes de del proceso de destete			
2. Monitorea la frecuencia cardiaca, presión arterial y patrón respiratorio del paciente.			
3. Verifica la ausencia de disnea y cianosis en el paciente.			
4. Mantiene la permeabilidad de la vía aérea del paciente.			
5. Verifica que el humidificador se encuentre lleno hasta las 3/4 partes de su contenido.			
6. Verifica que la frecuencia respiratoria del paciente se mantenga en 24 respiraciones por minuto.			
II. PRÁCTICAS DURANTE EL DESTETE	Si	No	Observaciones
7. Monitorea que la saturación de oxígeno del paciente sea mayor de 95%.			
8. Verifica que el patrón respiratorio del paciente sea menor de 25 respiraciones por minuto.			
9. Coloca al paciente en posición fowler para mejorar su patrón respiratorio.			
10. Inicia el destete de la oxigenoterapia verificando la tolerancia del paciente a niveles menores de FiO2.			
11. Disminuye el 5% de la FiO2 según tolerancia del paciente			
12. Revisa cada dos horas la mecánica de oxigenación del paciente.			
13. Valora el índice de ROX en los pacientes que reciben oxigenoterapia de alto flujo.			
14. Cambia el dispositivo de oxigenoterapia de alto flujo a bajo flujo en el paciente cuando el índice de ROX es menor de 4.88 y tiene un flujo menor de 30 litros por minuto.			
15. Brinda apoyo emocional al paciente durante el destete progresivo de la oxigenoterapia.			
16. Continúa bajando la FiO2 según nivel de tolerancia del paciente hasta suspender totalmente la oxigenoterapia.			
III. PRÁCTICAS EN EL POS DESTETE	Si	No	Observaciones
17. Realiza la prueba de respiración espontanea en el paciente			
18. Identifica la capacidad del paciente de toser y movilizar sus secreciones.			
19. Identifica la capacidad del paciente para comprender y seguir instrucciones.			
20. Vigila que el paciente no presente complicaciones después del destete de la oxigenoterapia.			

ANEXO 3

6.3 Consentimiento Informado

Instituciones : Universidad Privada Norbert Wiener
 Investigadores : Sedano Izurraga Alex
 Título : “Conocimientos sobre el destete de ventilación mecánica y práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, de un hospital del estado 2026”

Propósito del estudio: Estamos invitando a usted a participar en un estudio llamado “Conocimientos sobre el destete de ventilación mecánica y práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, de un hospital del estado 2026”. Este es un estudio desarrollado por la investigadora de la Universidad Privada Norbert Wiener **Alex Sedano Izurraga**. El propósito es: “Determinar cuál es la relación entre los Conocimientos sobre el destete de ventilación mecánica y práctica de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, de un hospital del estado 2026”.

Procedimientos:

Si usted decide participar en este estudio se le solicitará lo siguiente:

- Leer detenidamente todo el documento y participar voluntariamente
- Responder todas las preguntas formuladas en la encuesta
- Firmar el consentimiento informado

La encuesta puede demorar unos 25 a 30 minutos y los resultados se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Su participación en el estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

Beneficios: Usted se beneficiará con conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de usted. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del participante:

Si usted se siente incómodo durante el llenado del cuestionario, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud y/o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con el Lic. **Alex Sedano Izurraga** al 000000000 y/o al Comité que validó el presente estudio, del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, telf. 7065555 anexo 3285. comité.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante
Nombres:
DNI:

Investigadora
Nombre:
DNI:

20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 15%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 16%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 15% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 16% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	4%
2	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-12-02	1%
3	Internet	repositorio.upch.edu.pe	<1%
4	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-12-03	<1%
5	Internet	revistas.ues.edu.sv	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-06-27	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-04-02	<1%
8	Trabajos entregados	Submitted on 1692322992490	<1%
9	Internet	dspace.unitru.edu.pe	<1%
10	Trabajos entregados	uwiener on 2024-01-03	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-10-15	<1%