



Universidad
Norbert Wiener

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

Trabajo Académico

Conocimiento de los cambios posturales y el manejo del dolor en pacientes con ventilación mecánica invasiva del hospital nacional, Lima, 2025

Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos

Presentado por:

Autora: Marquez Torres, Joselyn Estefanya


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9470-9091>

Asesora: Mg. Barrios Cabello, Lucimar Josefina

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8303-097X>

Lima – Perú

2025

| | | |
|--|---|------------------------------------|
|  Universidad Norbert Wiener | DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | |
| | CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033 | VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01 |

Yo, **MARQUEZ TORRES JOSELYN ESTEFANYA**, Egresada(o) de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica de Enfermería, **TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS**, de la Universidad Privada Norbert Wiener; declaro que el trabajo académico titulado **CONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS POSTURALES Y EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA DEL HOSPITAL NACIONAL, LIMA, 2025**. Asesorado por el Docente Mg. BARRIOS CABELLO LUCIMAR JOSEFINA, DNI 003135336, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8303-097X>, tiene un índice de similitud de (dieciocho) (18) %, verificable en el reporte de originalidad **oid: 14912:520725236** 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(a)
 LIC. JOSELYN ESTEFANYA MARQUEZ TORRES
 DNI N° 72328946



.....
 Firma del Asesor
 Mg. BARRIOS CABELLO LUCIMAR JOSEFINA
 C.E: 003560692

Lima, 30 de Octubre del 2025.

| | | |
|--|---|------------------------------------|
|  Universidad Norbert Wiener | DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | |
| | CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033 | VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01 |

Es obligatorio utilizar adecuadamente los filtros y exclusión del turnitin: excluir las citas, la bibliografía y las fuentes que tengan menos de 1% de palabras. EN caso se utilice cualquier otro ajuste o filtros, debe ser debidamente justificado en el siguiente recuadro.

Justificación del Alto Porcentaje de Similitud en fuentes primarias en el presente proyecto de Investigación: Por medio de la presente, me permito someter a su consideración la justificación técnica y metodológica respecto al porcentaje de similitud en fuentes primarias detectado en el trabajo de investigación presentado por el Lic. **MARQUEZ TORRES JOSELYN ESTEFANYA**. En el proceso de revisión con el software Turnitin, se identificó un **18 %** de similitud total, de los cuales **5 %** corresponde a fuentes primarias, superando el límite permitido del **4%**. Este informe expone las razones y justificación de dicho resultado, así como las medidas tomadas para mitigar esta situación. Análisis: Descripción del Contenido Revisado: **Portada:** sale palabra con fraseología normal, jurado: sale con **Resumen del Trabajo:** Se observó de la similitud corresponde al resumen del trabajo, el cual es necesario para la presentación general del mismo. Esta sección está redactada de manera similar a otros documentos relacionados debido a su naturaleza descriptiva. **Plantillas Utilizadas:** o Redacción de **Hipótesis:** Las hipótesis del trabajo fueron redactadas utilizando plantillas estándar que aseguran claridad y precisión. Esta práctica es común y recomendada en investigaciones académicas para mantener un formato coherente. o Diseño Metodológico: Al igual que las hipótesis, el diseño metodológico sigue una estructura predeterminada, lo que garantiza la replicabilidad y transparencia del estudio. El uso de estas plantillas incrementó el porcentaje de similitud.

Dedicatoria

En primer lugar, a Dios por darme la fortaleza y salud necesarias para culminar esta etapa tan importante de mi vida. A mi madre por su amor incondicional, sus oraciones y su apoyo constante en cada momento de mi formación profesional. A mi padre, por sus consejos, su esfuerzo diario y por enseñarme a ser responsable y perseverante.

Agradecimiento

Extiendo mi agradecimiento a mi Mg. Lucimar por su orientación, paciencia y compromiso en la guía de este trabajo de investigación, motivándome a dar lo mejor de mí y a crecer como futura profesional de enfermería.

Finalmente, a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron en este camino, muchas gracias por ser parte de este logro.

JURADO

Presidente : Dr. Jose Gregorio Molina Torres

Secretario : Mg. Sofia Del Carpio Florez

Vocal : Dr. Rodolfo Amado Arevalo Marcos

Resumen

Objetivo: Determinar cuál es el manejo del dolor valorado en pacientes en ventilación mecánica invasiva durante el cambio postural en el Hospital Nacional. Lima 2025.

Material y Métodos: Se desarrollará bajo un enfoque cuantitativo de tipo básica de nivel descriptiva de diseño no experimental de corte transversal, teniendo una población de 70 pacientes adultos que reciben ventilación mecánica invasiva en la unidad de cuidados intensivos del hospital Nacional. Lima, se empleará el muestreo no probabilístico por conveniencia teniendo una muestra de 70 pacientes, se empleará como técnica la encuesta y como instrumento se empleará la Escala CPOT. Para el procesamiento de la información, los datos recolectados de cada paciente serán examinados, estructurados y codificados antes de ser integrados en una base de datos creada en Excel. Posteriormente, se aplicará un análisis detallado utilizando el software estadístico IBM SPSS Statistics 24.0, lo que permitirá obtener resultados precisos. La presentación de los hallazgos se llevará a cabo mediante tablas y gráficos, facilitando su interpretación y análisis de manera clara y organizada. Finalmente para la correlacionar las dos variables se utilizaron el test de asociación de Spearman entre las variables.

Palabras clave: conocimiento, posturales, dolor, pacientes, ventilación, hospital

(DeCS)

Abstract

Objective: To determine the pain management approach assessed in patients on invasive mechanical ventilation during postural change at the National Hospital, Lima 2025. **Material and Methods:** It will be developed using a basic quantitative approach with a descriptive, non-experimental cross-sectional design. It will include a population of 70 adult patients receiving invasive mechanical ventilation in the intensive care unit of the National hospital in Lima, non-probabilistic convenience sampling will be used with a sample of 70 patients, the survey technique will be used and the CPOT Scale will be used as an instrument. For information processing, the data collected from each patient will be examined, structured and coded before being integrated into a database created in Excel. Subsequently, a detailed analysis will be applied using the IBM SPSS Statistics 24.0 statistical software, which will allow obtaining accurate results. The presentation of the findings will be carried out through tables and graphs, facilitating their interpretation and analysis in a clear and organized manner. Finally, to correlate the two variables, Spearman's rank correlation test was used.

Keywords: **Keywords:** knowledge, postural, pain, patients, ventilation, hospital

(DeCS)

ÍNDICE

| | Pág. |
|--|--------------------------------------|
| Dedicatoria | iii |
| Agradecimiento | ¡Error! Marcador no definido. |
| Resumen | vi |
| Abstract | vii |
| ÍNDICE | viii |
| 1. EL PROBLEMA | 1 |
| 1.1. Planteamiento del problema problemática | 1 |
| 1.2. Formulación del problema..... | 4 |
| 1.3. Objetivos de la investigación..... | 5 |
| 1.4. Justificación de la investigación del estudio | 6 |
| 1.5. Delimitaciones de la investigación | 7 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 8 |
| 2.1. Antecedentes | 8 |
| 2.2. Bases teóricas | 13 |
| 2.3. Formulación de hipótesis | 26 |
| 3. MATERIALES Y METODOS | 28 |
| 3.1. Método de la Investigación | 28 |
| 3.2. Enfoque de la Investigación | 28 |

| | | |
|------|---|----|
| 3.3. | Tipo de la Investigación | 28 |
| 3.4. | Diseño de la Investigación | 28 |
| 3.5. | Población, muestra y muestreo..... | 29 |
| 3.6. | Variables y operacionalización..... | 30 |
| 3.7. | Técnica e instrumento de recolección de datos | 32 |
| 3.8. | Plan de procesamiento y análisis de datos | 34 |
| 3.9. | Aspectos Éticos..... | 36 |
| 4. | ASPECTOS ADMINISTRATIVOS | 38 |
| 4.1. | Cronograma de Actividades..... | 38 |
| 4.2. | Presupuesto..... | 39 |
| 5. | REFERENCIAS | 40 |
| | ANEXOS | 51 |
| | Anexo 1. Matriz de consistencia | 52 |
| | Anexo 2. Instrumentos | 53 |
| | Anexo 3. Consentimiento informado | 47 |
| | Anexo 4. Informe de originalidad | 51 |

1.EL PROBLEMA

1.1.Planteamiento del problema problemática

La Asociación Internacional del Dolor (IASP) subraya que muchos profesionales priorizan el tratamiento de las patologías orgánicas sobre el manejo del dolor, lo que lleva a una atención insuficiente en pacientes con VMI. Asimismo, algunos profesionales de enfermería no cuentan con capacitación suficiente para identificar signos conductuales y fisiológicos del dolor durante los cambios posturales (1).

En el entorno de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), donde la vulnerabilidad de los pacientes es máxima, el texto enfatiza la importancia de otorgar confort y seguridad, se tiene que la expresión facial, movimientos corporales, tensión muscular y adaptación al ventilador. Asimismo, la expresión facial fue el indicador más frecuente de dolor (55% de las observaciones), de otra parte, en el 99.5% de los casos se administró analgesia/sedación una hora antes del procedimiento, donde solo en el 13% se aplicó analgesia adicional durante el cambio postural (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatiza la importancia de realizar cambios posturales regulares (cada 2 horas en pacientes encamados) para prevenir complicaciones como úlceras por presión y mejorar la función respiratoria, mientras que el manejo del dolor debe ser proactivo y adaptado a la situación específica del paciente, utilizando herramientas de evaluación adecuadas para pacientes que no pueden autodeclarar su dolor (3).

Las enfermeras también requieren educación continua. Su función va más allá de realizar tareas; también necesitan tomar decisiones de juicio, que incluyen la evaluación del dolor y la determinación de su nivel. Esto ilustra la necesidad de una formación clínica y humanística avanzada que abarque las dimensiones técnicas y emocionales de la atención. Además, el dolor es quizás la condición más compleja y desafiante de abordar y, por lo tanto, necesita un enfoque colaborativo y multidisciplinario. Esta perspectiva también plantea la cuestión de cómo las técnicas de manejo del dolor deben cambiar y adaptarse a las necesidades de los pacientes en situaciones complejas, como las que se encuentran en la UCI (4).

Esto también pone de manifiesto que ciertos procedimientos necesarios para ayudar a un paciente a recuperarse, como la intubación, la succión de secreciones e incluso la punción, no solo son útiles, sino que también están asociados con cierto dolor físico y emocional. Esta condición puede llevar, en última instancia, a un comportamiento agitado y nervioso. Esto apunta a la necesidad de un enfoque equilibrado que considere tanto la intervención clínica como la condición emocional del paciente (5).

Como se indica en el documento, el uso de sedantes y analgésicos también es crucial para alcanzar el confort de los pacientes. Este es, particularmente, un componente crucial de su atención (6). Estos medicamentos mejoran la recuperación al reducir el estrés, lo que facilita la liberación exitosa de la ventilación mecánica. Sin embargo, se debe considerar un monitoreo continuo, junto con una dosificación adecuada, para minimizar las posibles consecuencias negativas (7).

Un tema de suma importancia es la evaluación del dolor en pacientes que reciben ventilación mecánica invasiva. La incapacidad de comunicar el dolor verbalmente exige que el personal de enfermería interprete las respuestas fisiológicas y conductuales, reforzando el papel crítico de la enfermera en esta situación. Su cuidadosa observación y juicio clínico se vuelven esenciales para asegurar una atención adecuada. Además, el dolor es individual y cada paciente lo experimenta de manera única. Esta dimensión de la atención toca el corazón del asunto, requiriendo no solo habilidades técnicas al pie de la cama, sino también una profunda sintonía empática con las necesidades del paciente críticamente enfermo (8).

En las UCI el dolor recibe poco tratamiento. Las razones de esto pueden relacionarse con el agravamiento de la situación. Sin embargo, el balance de la situación debe hacerse tomando en cuenta el impacto que el dolor tiene en la integración del bienestar del paciente. Esto se debe a que, por las deficiencias que el dolor puede generar en la atención, el manejo de las intervenciones puede comprometer la atención. Esto, aunado a que el dolor puede generar otras complicaciones como estrés, ansiedad, o incluso, horas de la atención, deterioro emocional, y pueden impedir la recuperación del paciente (9), hace necesario el tratamiento de naturaleza analgésica.

Uno de los elementos que se subestima en la atención paliativa, como se mencionara, son los cambios posturales. Aunque son fundamentales para evitar complicaciones como úlceras por presión o trombosis, el mal manejo postural puede, también, generar dolor. Así, aunado a las patologías o secuelas que el paciente

sobrelleva, el mal manejo puede hacer que el paciente no tolere estas maniobras. Esto implica la necesidad de razonamiento, y de evaluaciones únicas para cada paciente (10).

Además, se destacan los desafíos en cuanto a la evaluación y manejo del dolor, particularmente en pacientes críticamente enfermos. Aquellos pacientes que no pueden articular su dolor presentan un problema aún mayor. Las respuestas fisiológicas y conductuales de un paciente se convierten en indicadores importantes para la evaluación del dolor. Esto requiere una considerable perspicacia clínica y habilidad de observación por parte de la enfermera. Este desafío requiere capacitación especializada para garantizar la provisión de una atención integral y centrada en las necesidades del paciente (11).

Este estudio busca analizar la intensidad del dolor que experimentan los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica invasiva durante los cambios de postura, un procedimiento común en estas áreas. Con este propósito, se plantea la implementación de una guía para la evaluación del dolor en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Lima, con el objetivo de optimizar el confort y promover el bienestar de los pacientes.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿De qué manera los conocimientos de los cambios posturales y el manejo del Dolor en Pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva del Hospital Nacional.Lima,2025?

1.2.2. Problemas específicos

¿De qué manera la dimensión Técnicas y procedimiento de conocimientos de los cambios posturales y el manejo del Dolor en Pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva del Hospital Nacional.Lima,2025?

¿De qué manera la dimensión de ergonomía y mecánica corporal de conocimientos de los cambios posturales y el manejo del Dolor en Pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva del Hospital Nacional.Lima,2025?

Objetivos de la investigación

1.2.3. Objetivo general

Determinar de qué manera los conocimientos de los cambios posturales y el manejo del Dolor en Pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva del Hospital Nacional lima ,2025.

1.2.4. Objetivos específicos

Determinar qué manera la dimensión Técnicas y procedimiento de conocimientos de los cambios posturales y el manejo del Dolor en Pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva del Hospital Nacional. lima,2025?

Determinar qué manera la dimensión de ergonomía y mecánica corporal de conocimientos de los cambios posturales y el manejo del Dolor en Pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva del Hospital Nacional. lima,2025?

1.3. Justificación de la investigación del estudio

1.3.1. Teórica

La presente investigación busca fomentar la capacitación del personal de enfermería en el uso de estrategias clínicas basadas en protocolos y guías especializadas, orientadas al manejo eficaz del dolor. Esta formación contribuirá a disminuir el sufrimiento de los pacientes y a optimizar su calidad de vida. El marco teórico se apoyará en la Teoría del Confort de Kolcaba, la cual plantea que el bienestar físico, emocional y ambiental constituye un componente esencial en el proceso de recuperación del individuo.

1.3.2. Metodológica

La investigación adoptará un enfoque cuantitativo de carácter básico, con un nivel descriptivo-correlacional y un diseño no experimental de tipo transversal. Para la recolección de datos se utilizarán cuestionarios estructurados que permitirán evaluar cada una de las variables planteadas. El análisis de los resultados, mediante técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales, se realizará con el software SPSS versión 24. Esta metodología busca ofrecer una guía práctica a futuros investigadores que se inicien en estudios similares.

1.3.3. Práctica

Desde una perspectiva aplicada, la investigación adquiere relevancia al generar resultados concretos que podrán beneficiar directamente a los pacientes del Hospital

Nacional Lima. Además, los hallazgos contribuirán a optimizar el desempeño del personal en la administración eficiente de los recursos institucionales, fortaleciendo así la calidad del servicio brindado.

1.4. Delimitaciones de la investigación

1.4.1. Temporal

El estudio se desarrollará en el periodo 2025.

1.4.2. Espacial

El estudio se desarrollará en el Hospital Nacional Lima.

1.4.3. Población o unidad de análisis

Se trabajará con los profesionales de enfermería que laboran en el área de emergencia en el Hospital Nacional Lima.

MARCO TEÓRICO

1.5. Antecedentes

1.5.1. Internacionales

González et al. (12), en el 2024 en Colombia realizaron una investigación cuyo objetivo fue “comprender el significado del dolor para los enfermeros en la Unidad de Cuidado Intensivo”. Se desarrollo bajo un enfoque cualitativo fenomenológico hermenéutico, por medio del muestreo por conveniencia la unidad de estudio fueron 12 enfermeros a quienes se les ejecuto la guía de entrevistas, se realizó la evaluación por medio de la triangulación de datos. De los hallazgos, se encontró tres categorías fundamentales para entender el valor del dolor, así como un valor vital, rol de enfermería y de la familia ante el dolor del paciente. Se concluye que, constituye una vivencia incómoda que se manifiesta tanto en alteraciones hemodinámicas como en posibles complicaciones clínicas, además de impactar emocionalmente al paciente y a su entorno familiar. Para evaluarlo, el personal de enfermería recurre a diversas escalas, integrando los signos clínicos con las expresiones verbales del paciente a fin de establecer un diagnóstico preciso.

Dilie (13), en el 2024 en Etiopia realizó una investigación cuyo objetivo fue “evaluar la efectividad, confiabilidad y aplicabilidad clínica de la Herramienta de Observación del Dolor en Cuidados Críticos (CPOT) en varios entornos de unidades de cuidados intensivos (UCI) y explorar posibles innovaciones para mejorar su uso e integración en la práctica clínica”. Se desarrollo bajo una revisión narrativa evaluó la Herramienta de Observación del Dolor en Cuidados Críticos (CPOT) para pacientes no comunicativos

de la UCI, comparándola con la Escala Conductual del Dolor (BPS) y la escala FLACC. La revisión evaluó la eficacia de la CPOT en diferentes entornos de la UCI, identificó limitaciones y desafíos, y exploró posibles mejoras, como la puntuación electrónica, indicadores fisiológicos adicionales y protocolos de entrenamiento mejorado. Donde los principales hallazgos La CPOT muestra una sensibilidad superior (76,5 %) en comparación con el 62,7 % de la BPS y ofrece una evaluación más completa de indicadores de dolor, como la tensión muscular y la distensibilidad ventilatoria, que la escala FLACC. A pesar de sus fortalezas, la CPOT presenta limitaciones, como la variabilidad Inter evaluador y las dificultades en ciertas poblaciones de pacientes. Concluyendo que la Herramienta de Observación del Dolor en Cuidados Críticos (CPOT) es un instrumento altamente eficaz para evaluar el dolor en pacientes no verbales de la UCI, demostrando una precisión y fiabilidad superiores a las de otras herramientas como la Escala Conductual del Dolor (BPS) y la escala FLACC.

Chala (14), en el 2023 en Ecuador realizó una investigación cuyo objetivo fue “determinar a través de la evaluación de escalas, cuál es la más fiable para la valoración del dolor en el paciente con ventilación mecánico, al cual se le considera como inestable, el cual requiere de cuidados, y monitorización continua, sobre todo porque no puede expresar en forma verbal, intensidad de su dolor”. Se desarrollo bajo un enfoque documental- longitudinal, ya que se consultó la documentación científica de modalidad experimental, de fuentes primarias y secundarias. Donde los principales hallazgos se basaron en que la BPS es la de mayor fiabilidad, ya que es la suma de tres subescalas cuyos ítems tienen una determinada valoración, en una escala de 1 a 4 expresión facial, movimientos de los miembros superiores, y tolerancia a la

ventilación mecánica. Concluyendo en los estudios que es la escala con mayor fiabilidad., seguida de la CPOT. Se ha determinado que, entre las escalas mencionadas, la CPOT y la BPS cuentan con mayor respaldo en cuanto a su validez y confiabilidad para la evaluación del dolor en pacientes bajo ventilación mecánica. En el caso de personas con demencia, la escala PAINAD es la que presenta mayor sustento científico para su aplicación clínica.

Hinajeros (15), en el 2023 en España realizó una investigación cuyo objetivo fue “analizar el manejo del dolor en el paciente crítico”. Para la elaboración del presente trabajo de desarrollo, se llevó a cabo una búsqueda sistemática de información entre el 10 de enero y el 10 de febrero de 2023, seguida de un proceso de análisis que se extendió hasta el 20 de febrero del mismo año. Como resultado, se concluye que la reducción del dolor en pacientes críticos constituye un estándar esencial de calidad en la atención brindada en unidades de cuidados intensivos (UCI). En este contexto, el propósito central del estudio es profundizar en el abordaje del dolor en el paciente crítico, así como fomentar la conciencia sobre la relevancia de su manejo adecuado dentro del entorno clínico.

Pérez (16), en el 2021 en España realizó una investigación cuyo objetivo fue “analizar las técnicas de fisioterapia respiratoria empleadas por el personal de enfermería para optimizar la función muscular respiratoria y facilitar la eliminación de secreciones en pacientes intubados”. Se revisaron 291 registros, de los cuales se seleccionaron 35. Las técnicas identificadas incluyeron aspiración de secreciones, hiperinsuflación manual, drenaje postural, percusión y compresión. Sin embargo, no se estableció con

claridad si la hiperinsuflación mecánica y la oscilación de la pared torácica correspondían específicamente a competencias del personal de enfermería.

1.5.2. Nacionales

Chappa (17), en el 2024 en el Perú realizó una investigación cuyo objetivo fue “analizar la relación entre el grado de conocimiento y las prácticas de los profesionales de Enfermería en la evaluación de la sedoanalgesia en pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva”. Se llevó a cabo con un enfoque cuantitativo, no experimental, de tipo descriptivo, transversal y prospectivo. Los hallazgos indicaron que, de los 15 participantes evaluados, el 53.3% presentó un nivel medio de conocimiento, el 40% mostró un nivel alto y el 6.7% tuvo un nivel bajo. En cuanto a las prácticas, el 93.3% evidenció un desempeño eficiente, mientras que el 6.7% reflejó un nivel deficiente. Sin embargo, el análisis estadístico no arrojó una relación significativa entre las variables estudiadas.

Aibar et al. (18), en el 2024 en el Perú realizó una investigación cuyo objetivo fue “diseñar un enfoque estructurado y personalizado para optimizar el bienestar físico, psicológico y emocional del paciente, favoreciendo su reinserción en la sociedad en las mejores condiciones posibles”. Se enfrentaron dificultades en el proceso de retiro de la ventilación mecánica, con varios intentos fallidos. Para abordar esta situación, se implementó un plan de cuidados fundamentado en la taxonomía NANDA-NOC y NIC, lo que permitió lograr un destete exitoso y posteriormente transferir al paciente desde cuidados intermedios al área de hospitalización.

Galarza (19), en el 2024 en el Perú realizó un estudio cuyo objetivo fue “determinar el nivel de conocimientos sobre los cuidados al paciente con ventilación mecánica en posición prona en enfermeras de la Unidad Cuidados Intensivos de un hospital nacional de Lima”. El estudio es de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de tipo descriptivo, de corte transversal. La población estará conformada por 60 enfermeros que laboran en cuidados intensivos. De los resultados se tiene que un porcentaje significativo de enfermeras presenta conocimientos básicos sobre la técnica de posición prona. Se concluye que, existe una necesidad urgente de fortalecer la capacitación continua de enfermeras en cuidados críticos.

Soria (20), en el año 2024 en el Perú tuvo como objetivo “determinar la relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre aspiración de secreciones en pacientes conectados a ventilación mecánica de la unidad de cuidados intensivos de un Hospital Nacional”. El método que se aplicara es el hipotético deductivo, con un enfoque cuantitativo y diseño de corte trasversal, correlacional y no experimental. De los resultados se encontraron que el nivel de conocimientos sobre aspiración de secreciones es medio en un 46%, las prácticas realizadas en aspiración de secreciones son correctas según protocolos en un 52%. Se concluye que, existe una relación directa y significativa entre el nivel de conocimientos sobre aspiración de secreciones y la correcta aplicación de prácticas clínicas en pacientes conectados a ventilación mecánica.

Juarez y Salvatierra (21), en el 2024 en el Perú tuvo como objetivo “determinar la relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de prácticas de enfermería en

prevención de lesiones por presión en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidados Especiales del área de Cirugía y Medicina del Hospital Belén de Trujillo -2024". El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, alcance correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 35 profesionales de enfermería que desempeñan funciones en los servicios correspondientes. En cuanto a los resultados, para la variable nivel de conocimientos, se observó que el 82.86 % de los participantes presentó un nivel adecuado, el 17.14 % un nivel poco adecuado, y el 0.00 % un nivel inadecuado. Respecto a la variable nivel de prácticas en prevención, el 65.71 % alcanzó un nivel adecuado, el 34.29 % un nivel regular, y el 0.00 % un nivel inadecuado. Finalmente, se concluye que existe una correlación significativa entre ambas variables, con un coeficiente de 0.870, lo que indica una relación fuerte y directamente proporcional entre el nivel de conocimientos y el nivel de prácticas en prevención por parte del personal de enfermería.

1.6. Bases teóricas

1.6.1. Conocimiento de los Cambios Posturales

1.6.1.1. Definición

Los cambios posturales son una práctica fundamental en el cuidado de pacientes encamados, especialmente dentro de las unidades de cuidados intensivos (UCI), donde la movilidad se encuentra severamente limitada debido a la condición clínica del paciente y a la presencia de equipos médicos que restringen su movimiento autónomo (22). Aquí, la inmovilización por largo tiempo puede provocar diversas

complicaciones, como las úlceras por presión, problemas de la circulación, la musculatura y las afecciones respiratorias. Por ello, resulta vital que el personal de salud cambie la posición del paciente de forma periódica. Estas maniobras, además de tratar de prevenir las complicaciones, buscan también el mejoramiento del estado del paciente, la optimización de la circulación y la mejor respiración (23).

Para llevar a cabo de manera eficiente y segura los cambios posturales, se debe realizar una evaluación del estado del paciente para determinar que el procedimiento no inducirá ningún estrés adicional ni interferirá con los sistemas de soporte vital. Los proveedores de salud aplican las técnicas apropiadas utilizando almohadas, cojines y colchones especializados para controlar y redistribuir la presión mientras estabilizan al paciente en la nueva posición. En algunas situaciones, se puede utilizar la movilización pasiva con terapia física junto con los cambios posturales para mejorar la circulación sanguínea y reducir la probabilidad de rigidez articular (24). La colaboración de diversos servicios es esencial en esto, ya que enfermeras, fisioterapeutas y médicos integran y personalizan el plan para los movimientos posturales, teniendo en cuenta los requisitos particulares del paciente. Un protocolo bien organizado para los cambios posturales no solo proporciona confort adicional al paciente en la etapa crítica, sino que también facilita el proceso de recuperación al minimizar las complicaciones asociadas con la inmovilidad (25).

En esta situación, el cuidado del paciente abarca más que los aspectos físicos y técnicos. El proceso exige control por parte del cuidador para garantizar el elemento de humanización, asegurando que las medidas de confort se integren en el plan junto

con las acciones clínicas para prevenir el dolor y facilitar el confort durante los movimientos y transiciones centrales (26).

En los entornos de UCI, administrar adecuadamente los cambios posturales dentro de los plazos planificados es clave para mejorar el confort del paciente y mitigar los riesgos asociados con la inmovilidad prolongada. Las posiciones comúnmente implementadas incluyen supina, decúbito lateral y Fowler, cada una con sus propias ventajas específicas según las necesidades clínicas del paciente (27). Para pacientes críticos, la posición supina es común, especialmente cuando los pacientes requieren monitoreo intensivo y constante junto con soporte respiratorio avanzado. Sin embargo, permanecer en esta posición durante períodos prolongados puede causar úlceras por presión y otras complicaciones vasculares, subrayando la importancia de los cambios de posición. La posición de decúbito lateral mejora la distribución de la presión y el drenaje pulmonar, mientras que la posición semi-Fowler, que inclina el torso aproximadamente a 45 grados, facilita la expansión pulmonar y mejora los niveles de oxígeno, especialmente en pacientes con insuficiencia respiratoria (28).

Para disminuir los efectos adversos de la inmovilidad, los pacientes inmóviles deben ser repositionados cada dos horas, siempre que las complicaciones no impidan esto, y alternados entre las tres posiciones en decúbito. Esta práctica ayuda a promover el flujo sanguíneo, prevenir la rigidez muscular relacionada con la postura y reducir el riesgo de úlceras por presión (29). En el caso de pacientes sentados en una silla durante largos períodos, siempre que no existan otras contraindicaciones médicas, los ajustes posturales deben hacerse con mayor frecuencia, aproximadamente cada 30

minutos. Esto previene la presión excesiva en partes específicas del cuerpo y ayuda a mantener una postura erguida que posiciona óptimamente el cuerpo para facilitar la respiración y el confort general del paciente (30). El monitoreo continuo y la adaptación de los cambios posturales a las necesidades individuales son esenciales para garantizar una atención segura y eficaz dentro de las UCI. La implementación de protocolos estandarizados y la colaboración entre los profesionales de salud permiten optimizar esta práctica, mejorando la calidad de vida de los pacientes críticos y favoreciendo su recuperación progresiva (31).

Se entiende por Conocimiento de los Cambios Posturales al grado de comprensión teórica y práctica que posee una persona generalmente un profesional de la salud o cuidador sobre las técnicas, fundamentos, indicaciones y beneficios asociados a la movilización planificada del paciente encamado, con el objetivo de prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad, como úlceras por presión, contracturas, alteraciones respiratorias o circulatorias (32).

1.6.1.2. Dimensiones

Dimensión Técnicas y procedimientos

Los cambios posturales son intervenciones sistemáticas que consisten en modificar la posición corporal de un paciente encamado o con movilidad reducida, con el objetivo de prevenir complicaciones físicas, mejorar la circulación, y promover el confort y bienestar emocional. Estas técnicas deben ejecutarse con precisión, ergonomía y empatía, como la evaluación inicial del paciente: Identificar zonas de riesgo, estado de movilidad, y tolerancia al cambio, asimismo, la preparación del entorno, para asegurar

cama limpia, uso de almohadas, cojines y dispositivos de apoyo. Por consiguiente, la movilización ergonómica, donde se flexionan las rodillas, usar fuerza de piernas, evitar movimientos bruscos. Finalmente, la participación del paciente, para fomentar autonomía si es posible, explicando cada paso del procedimiento (33).

Dimensión Ergonomía y mecánica corporal

La ergonomía es la disciplina que estudia la adaptación del entorno, herramientas y tareas a las capacidades físicas y cognitivas del ser humano, donde, su objetivo es prevenir lesiones, mejorar la eficiencia y promover el bienestar en el trabajo. Asimismo, la mecánica corporal se refiere al uso adecuado del cuerpo para realizar movimientos de forma segura y eficiente. Implica aplicar principios físicos para optimizar la postura, minimizar el esfuerzo y evitar lesiones musculoesqueléticas (34).

1.6.1.3. Teoría de enfermería

El autocuidado se refiere al conjunto de prácticas que las personas adoptan para mantener una vida saludable, gestionar eficazmente sus enfermedades actuales y evitar futuras complicaciones de salud. Según Tan et al., uno de los obstáculos principales para aplicar estas prácticas es la falta de motivación para modificar hábitos, lo que dificulta el inicio de conductas orientadas al bienestar. Además, el autocuidado ha sido una práctica presente mucho antes del establecimiento formal de los sistemas sanitarios, y en ciertas zonas, representa la única alternativa posible ante el acceso limitado a servicios médicos. Por tanto, se entiende el autocuidado como un conjunto de acciones enfocadas en la protección individual y en el desarrollo de estrategias para afrontar enfermedades y otros problemas relacionados con la salud (35).

1.6.2. Manejo del dolor

1.6.2.1. Definición

La VM es una herramienta fundamental en el manejo de pacientes con insuficiencia respiratoria grave, permitiendo suplir o apoyar la función pulmonar cuando la ventilación espontánea se encuentra comprometida. Su implementación dentro del ámbito médico ha evolucionado gracias al profundo conocimiento de la anatomía y fisiología del aparato respiratorio, y en el ámbito de la tecnología, al desarrollo de los ventiladores y otros dispositivos (36).

La posibilidad de controlar de manera confiable los volúmenes y presiones del aire en los pulmones, potencia la oxigenación y el despeje cardíaco, ya que se adapta al estado de cada persona. El control de los dispositivos de ventilación es cada vez más efectivo y permite una ventilación más cómoda y ahorro de recursos para el paciente. El desarrollo de equipos y la tecnología de manejo de ventilación ha permitido mayor control y adaptabilidad a distintos escenarios que se presentan en la atención de pacientes críticos (37). No hay ninguna pregunta en la información que usted me ha mostrado. Si desea hacer otra pregunta o si hay algún tipo de error, no dude en indicarlo.

La terapia de VM representa un componente importante en los enfoques dirigidos a pacientes que sufren de insuficiencia respiratoria, ya que se proporciona soporte parcial o total de la función pulmonar en función de los cambios patofisiológicos avanzados particulares hasta que el paciente se recupere. La terapia de VM se clasifica como teniendo dos tipos de implementación: invasiva y no invasiva,

dependiendo del nivel de acceso a la vía aérea (40). La terapia de VM puede ser utilizada no invasivamente cuando hay el menor nivel de función respiratoria restante en el paciente. Este enfoque utiliza dispositivos no invasivos como mascarillas faciales, mascarillas nasales, cánulas nasales y tubos endotraqueales colocados en la faringe para permitir la entrega controlada de aire y oxígeno sin acceso directo a la tráquea (41).

La ventilación mecánica invasiva está indicada en escenarios más críticos donde un paciente es incapaz de respirar espontáneamente de manera adecuada. En esos casos, la intubación y la colocación de tubos endotraqueales o traqueostomía y la ventilación mecánica proporcionan una vía aérea protegida, acceso directo a un respirador. El respirador, en conjunto con la tubería necesaria, gestiona el intercambio de gases y ayuda a mantener la estabilidad hemodinámica del paciente, y los parámetros ajustables del ventilador se utilizan para refinar el soporte ventilatorio al paciente en recuperación (42). La tecnología de soporte de ventilador debe complementarse con monitoreo continuo y técnicas variables personalizadas para reducir el riesgo de dependencia prolongada del ventilador, especialmente lesiones en la vía aérea. Además, la reserva respiratoria del paciente debe ser planificada de manera bien definida para reducir el estrés del proceso de destete. En general, y hasta cierto punto, para los pacientes con falla respiratoria, esta tecnología ha mejorado el pronóstico y la calidad de vida. Ha permitido avanzar hacia la suspensión definitiva del respirador de soporte vital (43).

La coordinación y el manejo minucioso de tres componentes clave - el paciente, el sistema, y el ventilador - constituyen la base del éxito de la terapia por ventilación mecánica. Estos componentes son igualmente y esencialmente parte del proceso y por ello deben integrarse y ser controlados de manera continua y en sinergia a cada uno de los componentes, siendo el paciente el principal y más crítico. El monitoreo de la respuesta del paciente a la ventilación es clave, incluyendo el control de la respiración, la función hemodinámica y el monitoreo del desarrollo de complicaciones. Los ventiladores deben ser usados en el modo en el que se minimicen las complicaciones que son el barotrauma, la hipoxia, y el prolongado proceso de destete a la ventilación mecánica.

Los sistemas de soporte como ductos, filtros y dispositivos de humidificación son otros componentes importantes en la ventilación mecánica. Los filtros y los sistemas de humidificación dentro del ducto reducen el riesgo de infección y entregan adecuadamente oxígeno mientras mantienen una función respiratoria mecánica eficiente. Supervisar rigurosamente estos sistemas, mientras tanto, asegura que la condición del paciente se mantenga estable y que el ventilador cumpla su propósito de manera óptima. Finalmente, el respirador es el aparato de asistencia ventilatoria ajustable que suministra ventilación de acuerdo con la condición del paciente. El modo de ventilación y la configuración de volumen y presión son cruciales para prevenir la sobredistensión pulmonar durante la necesaria oxigenación. Las tecnologías avanzadas en los ventiladores contemporáneos facilitan el ajuste del soporte ventilatorio a diversas condiciones clínicas, apoyando así una recuperación más activa del paciente (47).

Dado que la interacción entre los tres componentes es dinámica y multifacética, es esencial mantener una documentación detallada de cada intervención. La monitorización continua permite identificar cambios en la condición del paciente, modificar el tratamiento en consecuencia y garantizar una gestión integral de la condición del paciente durante el encuentro, utilizando la mejor evidencia clínica disponible. Aquí, la colaboración entre profesionales de la salud es de máxima importancia para maximizar los resultados terapéuticos y garantizar la seguridad y eficacia de la intervención.

El manejo del dolor en pacientes críticos se torna complejo debido a la multiplicidad de sus determinantes, así como a sus efectos físicos y emocionales. Dentro de las enfermedades que constituyen la base del cuadro clínico, la sintomatología que se manifiesta puede ser la causa de dolor que persista en el tiempo. También, los procedimientos que el paciente debe atravesar pueden ocasionar dolor, como las cirugías, los drenajes o la colocación de dispositivos médicos, e inclusive pueden ocasionar dolor crónico (49). Por otra parte, la atención de los pacientes puede generar dolor, como en el caso de los pacientes que usan tubos orotraqueales, máscaras de ventilación no invasiva, sondas, catéteres, los cuales son necesarios para la estabilización del paciente, y que también pueden resultar incómodos. Dentro de los cuidados, la aspiración endotraqueal, las movilizaciones, las curaciones y la fisioterapia respiratoria pueden ser necesarios para la mejoría, pero también pueden generar episodios de dolor que requieren ser atendidos (50).

La inmovilización de un paciente por mucho tiempo puede originar problemas como rigidez de extremidades, úlceras por presión, problemas circulatorios y otros que afectan la salud del paciente. Asimismo, el dolor que una persona experimenta puede originar problemas como alteraciones hemodinámicas, efectos negativos en el metabolismo y problemas de salud mental como ansiedad y depresión (51), lo que en conjunto, afecta más al paciente. Por todo esto, el dolor en pacientes críticos debe ser evaluado de manera continua y sistemática, de forma que se puedan aplicar estrategias de manejo adecuadas. Dolor y el uso de abordajes multidisciplinarios intercalados con la atención de un especialista en el tema pueden ayudar a estos pacientes, haciendo que el impacto del dolor en la recuperación sea mucho más llevadero. Esto permite que el paciente reciba un tratamiento más eficiente y una atención más completa en el servicio de cuidados intensivos.

La ventilación mecánica es una técnica temporal que permite asistir la insuficiencia respiratoria a aquellas personas que presentan patologías que comprometen la función respiratoria. El uso de la ventilación mecánica puede tener un impacto positivo en el bienestar del paciente (53). Las personas que se encuentran bajo esta técnica pueden sufrir dolor, angustia y, en especial, privación del sueño. Esto puede traducirse en agitación y estrés fisiológico en el paciente. Estos fenómenos deben ser abordados desde el punto de vista clínico, ya que la evolución del paciente puede depender del confort del sistema. Esto incluye el manejo de la ventilación mecánica, la cual se debe diseñar para facilitar la integración del paciente a la técnica y disminuir el malestar (54).

Uno de los efectos secundarios más comunes que ocurre tras una intubación es el dolor de garganta, el cual puede ocurrir en 30% a 70% de aquellos pacientes que han tenido anestesia general. Esto puede ser ocasionado por un tubo endotraqueal, el cual al ser introducido y permanecer por un tiempo puede generar irritación en las mucosas y causar el dolor escuchado en las quejas postoperatorias. La probabilidad de que una persona sienta este dolor depende de varias condiciones, como el tipo de tubo, el diámetro y las presiones del manguito, que deben ser cuidadosamente flexibles y ajustados para que el impacto al paciente sea el menor posible (55).

Dada la complejidad de la Ventilación Mecánica, su utilización necesita un monitoreo continuo y un control y atención multidisciplinaria para que se garantice la eficacia y la seguridad de este procedimiento. La recuperación del paciente se optimiza, y el impacto negativo que esta terapia puede generar se minimiza, cuando se ajustan los parámetros que se usan y se abordan de una forma que se contemple la analgesia, el control de la ansiedad, y el descanso. La mejora de la experiencia para aquellos pacientes que necesitan de un Ventilador Mecánico en este periodo largo es un objetivo que se sigue persiguiendo por la investigación y el desarrollo de nuevas estrategias en este campo (56).

La ventilación mecánica es uno de los métodos más usados para brindar soporte respiratorio a un paciente crítico. Sin embargo, esta técnica puede generar incomodidades que impactan, de forma negativa, el bienestar físico y emocional de un paciente. Por ejemplo, en el paciente que presenta un tubo endotraqueal, el cual obstruye la boca y la presenta de forma permanente, impide la comunicación, y la

ingesta de alimento, y puede, por tanto, ser causa de frustración, de aislamiento, y de ansiedad. La boca y la parte baja de la tráquea endotraqueal obstruyen la salida de aire. Esto provoca que el paciente, de forma pasiva, obstruya la salida de aire en actividades que son consideradas de comunicación, y en actividades de la vida diaria. Esto provoca que la boca de la tráquea endotraqueal obstruya la salida de aire. Esto provoca, de forma paralela, pasiva frustración, aislamiento, y ansiedad. La obstrucción provocada por la tráquea endotraqueal provoca que el paciente deje de comunicar y, por tanto, obstruya la salida de aire de actividades que son de la vida diaria y de actividades de comunicación, y por tanto, les provoque, de forma pasiva, frustración y la boca de la tráquea endotraqueal, que el paciente obstruya la salida de aire en actividades que son de comunicación, y en actividades de la vida diaria.

Los ventiladores mecánicos, en la fase de ventilación, entregan aire a los pulmones. No obstante, en algunos casos, los pacientes no logran establecer un mecanismo ventilatorio sincrónico con el ventilador, y se puede generar frustración en los pacientes. Por ejemplo, existen casos en que el paciente intenta exhalar, a la oposición, en el ventilador, el aire miel de forma coordinada. Esto provoca, de forma pasiva, frustración, y la boca de la tráquea endotraqueal, que el paciente obstruya la salida de aire en actividades que son de la vida diaria. Esto provoca, de forma pasiva, frustración, aislamiento, y ansiedad.

Para mitigar los efectos de cualquier integración de la humanización de la atención en el enfoque terapéutico. La comprensión de la incomodidad que sufre el paciente, tanto psicológica como emocionalmente, durante el periodo de ventilación mecánica,

enfocándose en medidas que aumenten la facilidad de la ventilación mecánica, la incomodidad se aliviará, y un enfoque en aspectos psicológicos clave aliviará el periodo de recuperación, de una manera más humana y efectiva (59). Es crucial que los profesionales de la salud monitoricen continuamente la adaptabilidad del paciente a la ventilación mecánica para mitigar los sentimientos de angustia. Andersen y colaboradores proponen el uso de sedación controlada y analgesia combinada con técnicas de relajación y comunicación efectiva para disminuir la ansiedad y mejorar consistentemente la experiencia del paciente en el periodo de ventilación mecánica (60).

El dolor que experimentan los pacientes críticos durante los cambios posturales es una consecuencia multifactorial que afecta significativamente su bienestar. La fragilidad y sensibilidad de su cuerpo, producto de la enfermedad subyacente y del prolongado estado de inmovilidad, los hace especialmente vulnerables a las molestias generadas por la manipulación física (61).

1.6.2.2. Dimensiones

Dimensión Fisiológica

Se refiere a los procesos biológicos que generan y modulan la percepción del dolor, donde la Nocicepción, incluye transducción, transmisión, modulación y percepción del estímulo doloroso, asimismo, la Neurotransmisores implicados, incluyen sustancia P, prostaglandinas, bradicinina, serotonina, entre otros. De otra parte, los tipos de dolor fisiológico se tiene el Nociceptivo, que es somático (bien localizado) y visceral (difuso) y el Neuropático, se da por lesión o disfunción del sistema nervioso (62).

Dimensión Conductual

Aborda las respuestas observables y emocionales del paciente ante el dolor, como las manifestaciones conductuales, que son las expresiones faciales, vocalizaciones, cambios en el comportamiento. Asimismo, las alteraciones del sueño, apetito, movilidad y estado de ánimo. De otra parte, la evaluación conductual, donde el uso de escalas como la Escala de Comportamiento del Dolor o PAINAD en pacientes con deterioro cognitivo (63).

1.6.2.3. Teoría de enfermería

La teoría de Nola Pender plantea que promover la salud es esencial para comprender y mejorar los procesos de tratamiento. Este enfoque considera que el bienestar físico, emocional y social está influenciado por las actitudes individuales, y que estas pueden ser modificadas mediante la adopción de conductas saludables. Pender destaca que cada persona posee factores cognitivos-perceptuales como creencias, percepciones y motivaciones que varían según sus experiencias, características personales y relaciones sociales. Cuando se proporciona una orientación clara, estos factores pueden facilitar el cambio hacia comportamientos que favorecen la salud (64).

1.7. Formulación de hipótesis

1.7.1. Hipótesis general

H_G: Existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos de los cambios posturales y el manejo del Dolor en Pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva del Hospital Nacional.Lima,2025.

H₁: No Existe relación estadísticamente significativa entre Los conocimientos de los cambios posturales y el manejo del Dolor en Pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva del Hospital Nacional.Lima,2025.

1.7.2. Hipótesis específicas

H_{E1}: De qué manera la relación estadísticamente significativa entre la dimensión Técnicas y procedimiento de conocimientos de los cambios posturales y el manejo del Dolor en Pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva del Hospital Nacional. Lima,2025?

H_{E2}: De qué manera relación estadísticamente significativa entre la dimensión de ergonomía y mecánica corporal de conocimientos de los cambios posturales y el manejo del Dolor en Pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva del Hospital Nacional. Lima,2025?

METODOLOGIA

1.8. Método de la Investigación

El método hipotético deductivo es una forma de razonamiento lógico que parte de principios generales para llegar a conclusiones específicas. Es decir, va de lo general a lo particular, y se basa en la idea de que si las premisas son verdaderas, la conclusión también lo será necesariamente (65).

1.9. Enfoque de la Investigación

Un enfoque basado en una metodología cuantitativa enfatiza el uso de mediciones objetivas y análisis estadístico de los datos generados. Este enfoque es un medio efectivo para evaluar las variables subyacentes. Esto implica la recolección de datos a través de herramientas estructuradas, lo que mejora la fiabilidad y validez del estudio (66).

1.10. Tipo de la Investigación

La investigación aplicada, también conocida como investigación fundamental o pura, es un tipo de investigación científica cuyo propósito principal es avanzar en la comprensión teórica de fenómenos naturales, sociales y abstractos, y no busca una aplicación práctica inmediata (67).

1.11. Diseño de la Investigación

Se organiza además como un diseño de estudio no experimental y transversal que especifica la observación y caracterización de un fenómeno tal como ocurre, en un

momento particular en el tiempo, sin manipular las variables de interés. Este tipo de diseño es especialmente útil para entender tendencias, discernir patrones y describir relaciones entre múltiples variables durante un período de tiempo específico, ofreciendo así una descripción comprensiva del fenómeno en cuestión (68).

1.12. Población, muestra y muestreo

1.12.1. Población

Por lo tanto, el estudio se llevará a cabo en una población de 70 pacientes adultos que reciben ventilación mecánica invasiva en la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional, Lima. La selección de los participantes se realizará con base en los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos, garantizando la relevancia y representatividad de la muestra dentro de la investigación.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Varones y mujeres de 30 a 80 años.
- Paciente crítico sometido a Ventilación mecánica.
- Paciente crítico con incapacidad de comunicación.
- Paciente entubado o portador de traqueotomía.
- Pacientes con patologías respiratorias.
- Se solicitará al familiar su firma en el consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Se encuentren en etapa post operatoria inmediata.

- Sometidos a sedo analgesia.
- En estado de coma.
- Pacientes con problemas cardiovasculares.

1.12.2. Muestra

Este estudio contará con una muestra de 70 pacientes adultos sometidos a ventilación mecánica invasiva en la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional.lima. Para la selección de los participantes, se aplicó un método de muestreo no probabilístico por conveniencia, lo que implica que la muestra coincide directamente con la población de estudio establecida.

1.13. Variables y operacionalización

Este estudio se centra en una variable principal: el dolor experimentado por pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva durante los cambios posturales. Debido a su naturaleza, se considera una variable cuantitativa, y su medición se realiza utilizando una escala nominal.

Tabla 1
Operacionalización de variables

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores |
|---|---|---|-------------------------------|--|
| Conocimiento de los Cambios Posturales | Se entiende por Conocimiento de los Cambios Posturales al grado de comprensión teórica y práctica que posee una persona generalmente un profesional de la salud o cuidador sobre las técnicas, fundamentos, indicaciones y beneficios asociados a la movilización planificada del paciente encamado, con el objetivo de prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad, como úlceras por presión, contracturas, alteraciones respiratorias o circulatorias (32). | La variable <i>Conocimiento de los Cambios Posturales</i> puede descomponerse en varias dimensiones clave que permiten evaluarla de forma estructurada, especialmente en contextos de investigación en salud, enfermería o ergonomía. | Técnicas y procedimientos | Tipos de posiciones Frecuencia recomendada de los cambios Uso de dispositivos de apoyo |
| | | | Ergonomía y mecánica corporal | Principios de higiene postural para el cuidador Prevención de lesiones musculoesqueléticas Aplicación de la mecánica corporal en la movilización |
| El manejo del dolor | El paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con soporte ventilatorio invasivo puede experimentar una sensación desagradable tanto a nivel sensorial como emocional, la cual está vinculada a la presencia de daño tisular, ya sea real o potencial. Esta experiencia surge como consecuencia del estado crítico de su enfermedad, afectando su bienestar físico y psicológico durante su estancia en la UCI.(36) | La variable el manejo del nivel del dolor en unidades de cuidados intensivos será medida por 2 dimensiones que son la Fisiológica y Conductual. | Fisiológica | Presión arterial media. Frecuencia cardiaca. Frecuencia respiratoria. Saturación de oxígeno. |
| | | | Conductual | Expresión facial. Movimientos del cuerpo. Sincronía con el ventilador. Tensión muscular. |

1.14. Técnica e instrumento de recolección de datos

1.14.1. Técnica

Para llevar a cabo la evaluación del dolor en pacientes bajo ventilación mecánica invasiva, se empleará una herramienta que integró diversos elementos clave para garantizar un análisis preciso y fundamentado (69).

1.14.2. Descripción de instrumentos

1. **Información del paciente:** Se recopilarán datos relevantes como edad, sexo, diagnóstico médico o quirúrgico, así como la gravedad de su estado al ingreso, evaluada mediante el **Simplified Acute Physiology Score (SAPS 3)**. Además, se determinará el nivel de sedación previo al procedimiento a través de la **escala Ramsay**, con el objetivo de establecer un perfil detallado de cada caso.
2. **Escala CPOT:** Se utilizará la versión en español de la **Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)**, traducida por el equipo investigador. Esta escala mide el dolor basado en cuatro indicadores conductuales: **expresión facial, movimientos corporales, tensión muscular y adaptación al ventilador o vocalización**. Para este estudio, se considerará únicamente el parámetro de **adaptación al ventilador**, dado que todos los pacientes estaban intubados. Según Gélinas et al., la escala presenta un coeficiente de fiabilidad elevado (entre 0,80 y 0,93), y su validez de discriminación se confirmó al observar un incremento en las puntuaciones durante los cambios posturales, mientras permanecían estables al medir la presión arterial no invasiva. Además, se

reportó una sensibilidad del 66,7% y una especificidad del 83,3%, estableciendo como significativa una puntuación superior a 3.

3. **Variables fisiológicas:** Se analizarán parámetros como **presión arterial media (PAM), frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), saturación de oxígeno en sangre (SpO₂)** y presencia de sudoración, ya que estas respuestas fisiológicas suelen modificarse ante estímulos dolorosos según la literatura científica revisada.
4. **Administración de analgesia y sedación:** Se registrará la dosis de fármacos administrados en la hora previa al procedimiento, además de la aplicación de analgesia adicional específica para el manejo del dolor en estos pacientes.

1.14.3. Validación

Este concepto se puede abordar desde dos perspectivas: validez desde la construcción del instrumento y validez desde la información obtenida. Con el fin de proporcionar evidencia de validez, los datos deben reflejar el tipo de herramienta utilizada, su diseño, legitimidad y/o facilidad de interpretación. En cuanto a la validez de construcción, esto depende de la existencia de teorías previas que hayan sido respaldadas por autores citados, lo que ayuda a aumentar la evidencia de la credibilidad del instrumento.

1.14.4. Confiabilidad

La fiabilidad se puede definir como el grado de estabilidad y consistencia de los datos, que también se refiere a la capacidad de obtener los mismos resultados cuando el estudio se repite bajo las mismas condiciones. También se puede ver como consistencia dentro del control de datos, representada por escalas uniformes que se adhieren a la equidad de la medición especificada por el investigador.

1.15. Plan de procesamiento y análisis de datos

Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

La viabilidad de este estudio se sustenta en la disponibilidad de recursos clave, incluyendo la participación de enfermeras con formación especializada en la evaluación del dolor en pacientes críticos bajo ventilación mecánica invasiva. Además, se cuenta con el tiempo necesario para la recopilación de datos, una muestra suficiente de pacientes y los recursos financieros indispensables para su desarrollo. El hospital contribuye al proceso al facilitar el acceso a la unidad de cuidados intensivos y a los registros de los pacientes intubados. Asimismo, se dispone del respaldo académico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Norbert Wiener y de la guía de una asesora especializada, lo que refuerza la solidez metodológica del estudio.

Aplicación de instrumento(s) de recolección de datos

Para garantizar la validez del estudio, se realizará una evaluación por parte de un grupo de 10 enfermeras con experiencia en la unidad de cuidados intensivos (UCI), quienes brindarán su criterio especializado. Con respecto a la confiabilidad, se calculará el coeficiente Alfa de Cronbach, el cual constituye una de las alternativas

más utilizadas para el análisis de la consistencia interna y la confiabilidad de las escalas utilizadas en la investigación.

Con la autorización de la Dirección de Investigaciones de la Universidad Norbert Wiener, se procederá a gestionar el permiso correspondiente al Hospital Nacional de Lima para la realización de la investigación.

- Se coordinará con la responsable de la Unidad de Cuidados Intensivos, a quien se enviarán los objetivos, propósitos, metas y el método de recolección de datos.
- La elección de los pacientes para el estudio se llevará a cabo de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos con anterioridad.
- Se brindará a los familiares de los pacientes seleccionados para el estudio una explicación clara de la investigación, que incluía los objetivos y la metodología, y se les pedirá que firmen el consentimiento informado.
- Finalmente, el paciente se incorporará a la muestra y se le aplicará la guía de observación que se elaboró de acuerdo a los parámetros establecidos previamente.

Con respecto al procesamiento de la información, la información de cada paciente será analizada, organizada y codificada antes de ser incorporada a una base de datos que será elaborada en Excel. Luego, se procederá a un análisis minucioso, en el cual se utilizará el programa estadístico IBM SPSS Statistics 24.0, garantizando la obtención de resultados que realmente se pueden utilizar. La exposición de los resultados se realizará a través de tablas y figuras, que permitirán una interpretación y un análisis de

estos resultados de forma clara y ordenada. Finalmente, el análisis de las variables se llevará a cabo con la ayuda del coeficiente de correlación de Spearman.

1.16. Aspectos Éticos

Para realizar el estudio, se obtuvo la autorización institucional y el consentimiento informado de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital, quienes recibieron la debida información del proyecto. También, se dejó constancia de la confidencialidad de la información recabada, informando su uso estrictamente para fines académicos. De igual forma, se tuvieron en cuenta los principios de ética en su versión más simple:

- **Autonomía:** la información necesaria sobre los objetivos, la finalidad, y los beneficios, así como la participación del paciente en el estudio, se explicaron a los familiares responsables. Se recabó el consentimiento informado.
- **Beneficencia:** en la recolección de datos, el cumplimiento de cualquier demanda del paciente se priorizó en conjunto con el equipo de salud. Se hicieron cambios posturales para asegurar su confort y bienestar.
- **No maleficencia:** Se evitó la exposición de los pacientes a riesgos innecesarios, empleando técnicas científicamente validadas para la movilización postural. Además, se protegieron las zonas de presión ósea para prevenir la aparición de úlceras.

- **Justicia:** Se respetaron los derechos de cada paciente, garantizando un manejo equitativo en los procedimientos de cambio postural para aquellos que se encontraban bajo ventilación mecánica invasiva.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de Actividades

| Actividades | 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | 2026 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|---|---|---|------|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|------|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|--|--|--|--|
| | AGO | | | | SEPT | | | | OCT | | | | NOV | | | | DIC | | | | ENE | | | | FEB | | | | MAR | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| Diagnos de la problemática. | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formulación de las incógnitas investigativas | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objetivos del estudio. | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Relevancia de la indagación metódica. | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Delimitación | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado del arte | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formular los supuestos hipotéticos. | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Método. | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frecuencias y porcentajes, análisis inferencial. | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aspectos éticos. | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Programación de ingresos y egresos. | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retroalimentación. | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aprobación del plan. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | |
| Argumentación frente al jurado. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | |

4.2. Presupuesto

| Recursos | | | | | |
|--|----|-------------------------------------|--|--------------|--------------------|
| Recursos humanos | | | | | |
| Apellidos y nombres de los estudiantes | | Costo unitario mensual en soles (U) | Cantidad de meses destinado al desarrollo del proyecto (Q) | | Costo total (U*Q) |
| | S/ | 450.00 | 3 | S/ | 1350.00 |
| | | | | Total | S/ 1350.00 |
| Equipos y bienes duraderos | | | | | |
| Nombre del bien a ser adquirido | | Costo unitario en soles (U) | Cantidad (Q) | | Costo total (U*Q) |
| Laptop | S/ | 3,000.00 | 1 | S/ | 3,000.00 |
| Impresora | S/ | 500.00 | 1 | S/ | 500.00 |
| | | | | Total | S/ 3,500.00 |
| Pasajes y viáticos | | | | | |
| Nombre del bien a ser adquirido | | Costo unitario en soles (U) | Cantidad (Q) | | Costo total (U*Q) |
| Movilidad | S/ | 12.00 | 50 | S/ | 600.00 |
| Alimentación | S/ | 20.00 | 40 | S/ | 800.00 |
| | | | | Total | S/ 1,450.00 |
| Materiales e insumos | | | | | |
| Nombre del bien a ser adquirido | | Costo unitario en soles (U) | Cantidad (Q) | | Costo total (U*Q) |
| Hojas bond | S/ | 14.00 | 2 | S/ | 28.00 |
| Folder manila | S/ | 9.10 | 1 | S/ | 9.10 |
| Lapiceros | S/ | 2.50 | 6 | S/ | 15.00 |
| Grapas | S/ | 4.30 | 1 | S/ | 4.30 |
| | | | | Total | S/ 56.40 |

5. REFERENCIAS

1. International Association for the Study of Pain (IASP). Dolor de espalda, muscular y articular [Internet]. Almirallmed; 2024 [citado 2025 Oct 24]. Disponible en: <https://atencionprimaria.almirallmed.es/webs-apps-medicos/international-association-for-the-study-of-pain-iasp/> Atención Primaria+1
2. EsSalud. EsSalud advierte que úlceras por presión podría llevar a la muerte [Internet]. 12 Sep 2022 [citado 2025 Jul 13]. Disponible en: <https://www.radionacional.gob.pe/noticias/locales/essalud-el-95-de-escaras-en-pacientes-inmovilizados-son-prevenibles>
- 3.OMS. Cada movimiento cuenta para mejorar la salud – dice la OMS. Organización Mundial de la Salud, 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-11-2020-every-move-counts-towards-better-health-says-who>
4. Jiménez Felipe. The Importance of Continuing Education for Nurses Professional Development. Vitalia [Internet]. 2022; 3(2): 1-14. Disponible en: <https://revistavitalia.org/index.php/vitalia/article/view/39>
- 5.De Arco-Canoles OdelC, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ. Salud. 2018;20(2):171-182. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.121>
6. López Irene. Sistemas de aspiración de secreciones cerrados: indicaciones y cuidados. Ene. [Internet]. 2021 [citado 2025 Jul 08]; 15(1):1051. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2021000100007&lng=es.

7. Cazho, Diana. Merchán María. Rodríguez Fanny. Evidence-based protocol for secretion aspiration in nursing practice: a safe and effective Approach. Cuaderno de enfermería [Internet].2025;3(1): 1-52. Disponible en: <https://doi.org/10.62574/6w3b8443>
8. EsSalud. EsSalud advierte que úlceras por presión podría llevar a la muerte. [Internet]. 12 de setiembre del 2022. [Consultado el 13 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.radionacional.gob.pe/noticias/locales/essalud-el-95-de-escaras-en-pacientes-inmovilizados-son-prevenibles>
9. Delgado Gema. Roca María. Vines Jonathan. Borbor Jimmy. Pain management in critically ill patients. Recimundo [Internet].2022; 1(32): 487-496. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8941822.pdf>
10. González Kabed. Fajardo Hanier. Quiñonez Marcia. Henao Ángela. El significado otorgado al dolor en el paciente crítico por el profesional de enfermería. Index Enferm [Internet]. 2024 Dic [citado 2025 Jul 08]; 33(4): e15507. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20247055>
11. Pérez Marta. López Pablo. Verdú José. Berenguer Miriam. Efectividad de los cambios posturales en la prevención de lesiones por presión en pacientes de atención primaria y domiciliaria. Gerokomos [Internet].2022 [citado 2025 Jul 08]; 33(4):269-273.Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000400012&lng=es.
12. González-Urueta Kabed, Fajardo-Rocha Hanier, Quiñonez-Mora Marcia Andrea, Henao-Castaño Ángela María. El significado otorgado al dolor en el paciente crítico

por el profesional de enfermería. Index Enferm [Internet]. 2024 [citado 2025 Jul 08]; 33(4): e15507. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20247055>.

13. Dillie Abede. Evaluación del dolor en pacientes de cuidados críticos no verbales: una revisión narrativa de la herramienta de observación del dolor en cuidados críticos y sus aplicaciones clínicas. Sección de Ensayos Clínicos, Métodos y Síntesis de Evidencia [Internet]. 2024; 5(1): 1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpain.2024.1481085>

14. Chala Tatiana. Evaluación de las escalas del dolor en el paciente con ventilación mecánica invasiva. Universidad UNIANDES, 2023. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/15686>

15. Hinarejos Patricia. Critical Patient Pain Management. NPunto [Internet]. 2023; 6(66): 1-10. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0002-5408-6263>

16. Pérez Silvia. La fisioterapia respiratoria enfermera en adultos con ventilación mecánica invasiva. Universidad de Alicante, 2021. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/115502/1/ENFERMERIA EN EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS Perez Verdu Silvia.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/115502/1/ENFERMERIA_EN_EMERGENCIAS_Y_CUIDADOS_CRITICOS_Perez_Verdu_Silvia.pdf)

17. Chappa Elizabeth. Conocimientos y prácticas del profesional de Enfermería sobre la valoración de la sedo analgesia del paciente en ventilación mecánica invasiva. Universidad Nacional de Trujillo, 2024. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/items/2fd193b1-5744-4ee3-bca6-b09b0521da25>

18. Aibar K. Estelo S. Fernández Y. Mariano C. Proceso de atención de enfermería en un paciente con ventilación mecánica crónica. Rev enferm Herediana [Internet]. 31 de diciembre de 2024 [citado 8 de julio de 2025];17:e6123. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/6123>
19. Galarza Jennifer. Conocimientos sobre los cuidados al paciente con ventilación mecánica en posición prona en enfermeras de la Unidad Cuidados Intensivos de un hospital nacional de Lima, 2023. Universidad Peruana Unión, 2024. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f23fa962-0055-4a5a-824c-7bef0e0c2a14/content>
20. Soria Carmen. Conocimiento y prácticas de enfermería sobre aspiración de secreciones en pacientes conectados a ventilación mecánica de la unidad de cuidados intensivos de un hospital nacional, Lima- 2024. Universidad Norbert Wiener, 2024. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/65d02420-cebe-4e0b-95ac-b02ce9940878>
21. Juarez Ana. Salvatierra Obdulia. Nivel de conocimientos y prácticas de enfermería en prevención de lesiones por presión en un hospital público. Universidad Nacional de Trujillo, 2024. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/items/ea4f2deb-0204-4bee-bd41-4ed3374c482f>
22. Andia H. Conocimiento y prácticas preventivas en lesiones por presión en personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega Abancay 2022. Universidad Nacional del Callao; 2022. disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/7779>

23. Mendoza S. Conocimiento y práctica preventiva de lesiones por presión del profesional de enfermería, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2022. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo; 2022. Disponible en: http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/5575/T033_71338762_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Zurita D. Nivel de conocimiento y prácticas de prevención sobre úlceras por presión, en enfermeras de áreas críticas Hospital María Auxiliadora, 2020. Universidad Autónoma de Ica; 2020. Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/797/1/Diana%20Milagros%20Zurita%20L%c3%b3pez.pdf>
25. Villanueva F. Conocimientos y prácticas del profesional de enfermería sobre prevención de úlceras por presión en adulto mayor Hospital III Suarez Angamos, 2020. Universidad Cesar Vallejo; 2021. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_b61d9da41cd2d150e3dd14f40b891368
26. Martínez A. Conocimiento. Concepto Definición [Internet]. Última edición:8 de julio del 2021. [Consultado el 25 de Julio del 2023]. Disponible en: <https://conceptodefinicion.de/conocimiento/>
27. Rodríguez P. Báez F. Epistemología de la Profesión Enfermera. Rev. Ene de Enfermería [Internet]. 2020; Vol.14 (2). [Consultado el 25 de Julio del 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000200013

28. Rocha M. Enfermería de práctica avanzada: una oportunidad necesaria. Rev. del CODEM. Conocimiento enfermero [Internet]. 2023; Vol.6 (20). [Consultado el 25 de Julio del 2023]. Disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/227>
29. Grada A, Phillips T. Lesiones por presión. Manual MSD [Internet]. 2021; [Consultado el 26 de Julio del 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/lesi%C3%B3n-por-presi%C3%B3n/lesiones-por-presi%C3%B3n>
30. Rodríguez Lourdes. Revisión Crítica: Rol de Enfermería en el manejo del paciente crítico con sedoanalgesia en ventilación mecánica en el área de emergencia. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2021. Disponible en: <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/3866>
31. Torres Samantha. Cuidados de enfermería en niños sometidos a ventilación mecánica Invasiva. Una revisión narrativa de la bibliografía. Universidad Católica de Valencia, 2020. Disponible en: <https://riucv.ucv.es/handle/20.500.12466/1273>
32. Pérez J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. Hace 2020 [citado 2025 08 de julio]; 27(4): 232-233. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>.
33. González Cibeles. Fuenzalida Javiera. Fuster María. García Catalina. Lobos Catalina. Pacheco Javiera et al . Calidad de los cuidados de enfermería en unidades de pacientes críticos: una revisión de literatura. Ene. [Internet].

2023 [citado 2025 Jul 08]; 17(2): 2445.Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2023000200005&lng=es.

34. Defaz M. Paucar M. Jiménez N. Díaz M. Andino X. Relación enfermera-paciente en la unidad de cuidados intensivos: una revisión sistemática de la literatura. Ciencia Latina [Internet]. 28 de marzo de 2025 [citado 8 de julio de 2025];9(2):702-53. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/16876>

35. Eiros J. Zamora E. Martínez E. Rodríguez D. Insuficiencia respiratoria aguda. Medicine Prog Form Méd Cont Acred [Internet]. 2022; 13(63): 3713-3720. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2022.09.002>

36. Abarca B. Vargas J. García J. Características de la ventilación mecánica invasiva en COVID-19 para médicos no especialistas. Rev Chil Anest [Internet]. 2020; 49(4): 504-513. Disponible en: <https://doi.org/10.25237/revchilanestv49n04-06>

37. Novillo R. Melo O. Gualli A. Efectos de la ventilación mecánica prolongada y prácticas terapéuticas para mejorar el destete. Revisión bibliográfica. RUCS [Internet]. 2024; 7(1): 28-50. Disponible en: <https://doi.org/10.61154/rucs.v7i1.3205>

38. Wakefield C. Jochum S. Hejna E. Peterson S. Vines D. Shah P. et al. Respiratory musculature evaluated by computed tomography in the setting of prolonged mechanical ventilation. Respir Care [Internet]. 2023; 68(8): 1106-1111. Disponible en: <https://doi.org/10.4187/respcare.09491>

39. Sison S. Sivakumar G. Caufield C. Greenough W. Oh E. Galiatsatos P. Mortality outcomes of patients on chronic mechanical ventilation in different care settings: a systematic review. *Heliyon* [Internet]. 2021; 7(2): e06230. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06230>
40. Kisil I. Gimelfarb Y. Soroksky A. Geriatric rehabilitation center outcomes after successful weaning from extremely prolonged mechanical ventilation in older adults. *Croat Med J* [Internet]. 2024; 65(5): 431-439. Disponible en: <https://doi.org/10.3325/cmj.2024.65.431>
41. Van Heerden P. Krugman E. Bouhish E. Weaning patients off mechanical ventilation in a chronic ventilation facility-using a standardized approach. *Anaesthesiol Intensive Ther* [Internet]. 2022; 54(4): 285-289. Disponible en: <https://doi.org/10.5114/ait.2022.121006>
42. Clínica Anglo Americana. Libro de estadística de unidad de cuidados intensivos 2023-2024. Lima: Clínica Anglo Americana; 2024.
43. Tongtem E. Tomon S. Tanadkar N. The weaning protocol from mechanical ventilation for adult and older adult patients requiring prolonged mechanical ventilation: a systematic review. *Nurs Res Inno J* [Internet]. 2023; 29(2): 236-250. Disponible en: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/258025>
44. Zeadnih R. Aljarrah I. Al-Qaaneh A. Atout M. Exploring the experience of patients who received mechanical ventilation support during their intensive care unit stay. *Healthcare* [Internet]. 2024; 12(14): 1418.

Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare12141418>

45. Model Systems Knowledge Translation Center. Tratamiento quirúrgico y reconstructivo de las úlceras por presión. [Internet]. Enero del 2020. [Consultado el 11 de julio de 2023]. Disponible en: https://msktc.org/sites/default/files/2022-06/Surg-Recon-TreatPls-Sp-508_0_0.pdf

46. Campos I. Úlceras por presión en cuidados paliativos. NPunto. [Internet]. 2021; Vol. IV Numero (39). [Consultado el 10 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/39/ulceras-por-presion-en-cuidados-paliativos>

47. Amador M. Úlceras por presión en pacientes críticos. [Tesis para optar al título de enfermera]. Coruña: Universidad de Coruña; 2020. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/27233/AmadorLahoz_MarielaMerced es TFG 2020.pdf

48. Flores Y. Rojas J. Jurado J. Frecuencia de úlceras por presión y los factores asociados a su presentación, en pacientes de un hospital nacional de Lima, Perú. Rev. Med Hered [Internet]. 2020; vol.31, No.3 [Consultado el 10 de julio de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2020000300164

49. Rojas L. Mora L. Acosta J. Cristancho L. Valencia Y. Hernández J. Plan de cuidados de enfermería para la prevención de úlceras por presión secundarias a la posición prono en pacientes COVID-19. Rev. Cuid [Internet]. 2021, vol.12 no.3 [Consultado el 10 de julio de 2023]. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S221609732021000300003&script=sci_arttext

50. Pérez C. López M. Comino I. Pancorbo P. Los estudiantes de enfermería y sus conocimientos en prevención de las lesiones por presión. Enfer. Clin [Internet]. 2021; 31(1): 12-20. [Consultado el 08 de agosto de 2023]. Disponible en:

<https://cuidosalud.com/estudiantes-conocimientos-prevencion-lpp/>

51. Matiz G. Conocimiento del equipo de enfermería en prevención de lesiones por presión en un hospital universitario. Universidad Nacional de Colombia; 2022.

Disponible en:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/07/1373329/10942655682022.pdf>

52. Quisbert S. Competencias cognitivas y técnicas del profesional de enfermería sobre la escala de valoración actual del riesgo de desarrollar úlceras por presión, unidad de terapia intensiva, hospital de clínicas, gestión 2021. Universidad Mayor de San

Andrés; 2021. Disponible en:

<https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/31619>

53. Carranza Yossy. Pomachari Elisabeth. Conocimiento del personal de enfermería sobre posición prono en Covid 19 en un hospital público Chiclayo 2020. Universidad Señor de Sipán,

2022. Disponible en:

<https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/10248>

54. Fernández R. Catarinella C. Chacón L. Soporte ventilatorio no invasivo y posición prono despierto en paciente con COVID-19. Revista médica de Costa Rica. 2020; 85

(629). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2020/rmc20629l.pdf>

55. Huerta Y. Valencia A. Cuidados de enfermería durante la posición en decúbito prono al paciente con síndrome de dificultad respiratoria. Revista Mexicana de Enfermería [Internet]. 2020. [Consultado el 13 de octubre del 2020]; 8(2):70- 5. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=114449>

56. Ysuel M. Rasal M. Ezpeleta R. Grasa E. Aznar T. Corredor R. El paciente crítico de COVID-19 y el uso del decúbito prono: Revisión bibliográfica. Revista Ocronos [Internet]. 2020 [Consultado el 13 octubre del 2020]; 3(2):141. Disponible en: <https://revistamedica.com/paciente-critico-covid-19-decubito-prono/>

57. Hernández R. Mendoza C. Metodología de la Investigación. [internet]. México: Editorial Mexicana; 2018. [Consultado el 09 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

58. Reyes E. Metodología de la Investigación Científica. Page Publishing, 2022. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=SmdxEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=metodologia+a+la+investigaci%C3%B3n+cientifica&ots=O06yvwH7d_&sig=V478GTRIVP-NWGnudc0QcGvpTvg&redir_esc=y#v=onepage&q=metodologia%20a%20la%20investigaci%C3%B3n%20cientifica&f=false.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

| Problemas | Objetivos | Hipótesis | Variables | Metodología |
|--|--|---|---|--|
| <p>General: ¿De qué manera los conocimientos de los cambios posturales y el manejo del Dolor en Pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva del Hospital Nacional Lima,2025?</p> | <p>General: Determinar de qué manera los conocimientos de los cambios posturales y el manejo del Dolor en Pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva del Hospital Nacional Lima,2025.</p> | <p>General: Existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos de los cambios posturales y el manejo del Dolor en Pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva del Hospital Nacional. Lima,2025.</p> | <p>Conocimiento de los Cambios Posturales</p> | <p>Enfoque: Cuantitativo</p> |
| <p>Específicas: ¿De qué manera la dimensión técnicas y procedimiento de conocimientos de los cambios posturales y el manejo del dolor en Pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva del Hospital Nacional .Lima,2025? ¿De qué manera la dimensión de ergonomía y mecánica corporal de conocimientos de los cambios posturales y el manejo del dolor en Pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva del Hospital Nacional .Lima,2025?</p> | <p>Específicas: Determinar qué manera la dimensión técnicas y procedimiento de conocimientos de los cambios posturales y el manejo del dolor en Pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva del Hospital Nacional .Lima,2025. Determinar qué manera la dimensión de ergonomía y mecánica corporal de conocimientos de los cambios posturales y el manejo del dolor en Pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva del Hospital Nacional .Lima,2025.</p> | <p>Específicas: De qué manera la relación estadísticamente significativa entre la dimensión técnicas y procedimiento de conocimientos de los cambios posturales y el manejo del Dolor en Pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva del Hospital Nacional. Lima,2025. De qué manera relación estadísticamente significativa entre la dimensión de ergonomía y mecánica corporal de conocimientos de los cambios posturales y el manejo del Dolor en Pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva del Hospital Nacional .Lima,2025.</p> | <p>El manejo del dolor</p> | <p>Tipo: Básica</p> <p>Corte: Transversal</p> <p>Diseño: No experimental</p> <p>Población: 70 pacientes adultos que reciben ventilación mecánica invasiva</p> <p>Muestra: 70 pacientes</p> |

Anexo 2. Instrumentos para medir las variables conocimiento de cambios posturales

Estimado(a) participante:

El presente Cuestionario de Conocimientos sobre Cambios Posturales tiene como finalidad evaluar el nivel de conocimientos que poseen los estudiantes o profesionales de enfermería acerca de los principios, técnicas y cuidados relacionados con los cambios posturales en pacientes encamados.

Este instrumento forma parte de un estudio académico orientado a fortalecer la formación profesional en el área del cuidado enfermero y la prevención de complicaciones derivadas de la inmovilidad, como las úlceras por presión.

La información que usted proporcione será tratada con absoluta confidencialidad y se utilizará únicamente con fines académicos y de investigación. No se solicitarán datos personales que permitan su identificación. Su participación es voluntaria, y puede abstenerse de responder cualquier pregunta con la que no se sienta cómodo(a).

El cuestionario está conformado por 25 preguntas cerradas, con cuatro alternativas de respuesta cada una. Solo una de ellas es correcta. Le tomará aproximadamente 15 minutos completar el instrumento.

Instrucciones:

- Lea cuidadosamente cada pregunta antes de responder.
- Marque con una (X) la alternativa que considere correcta.
- No existen respuestas buenas o malas; lo importante es responder con sinceridad según sus conocimientos actuales.

I. Datos Generales

1. Edad: _____ años
2. Sexo: Femenino Masculino
3. Ciclo de estudios: _____
4. Experiencia clínica: Sí No

II. Tecnicas y Procedimientos

III. Mecanica Corporal (Ergonomia)

1. ¿Qué es un cambio postural?
 - a) Es la rotación del paciente cada cierto tiempo
 - b) Es una técnica de relajación muscular
 - c) Es una forma de movilizar pacientes fuera de la cama
 - d) Ninguna de las anteriores
2. ¿Cada cuánto tiempo se recomienda realizar un cambio postural en un paciente encamado?
 - a) Cada 1 hora
 - b) Cada 2 horas
 - c) Cada 4 horas
 - d) Según disponibilidad del personal
3. ¿Cuál es el principal objetivo de realizar cambios posturales?
 - a) Favorecer el sueño
 - b) Prevenir úlceras por presión
 - c) Cambiar la ropa de cama
 - d) Reducir la temperatura corporal
4. ¿Qué posición favorece la expansión pulmonar?
 - a) Decúbito supino
 - b) Fowler
 - c) Sims
 - d) Trendelenburg
5. ¿Qué tipo de posición se utiliza para pacientes con problemas respiratorios?
 - a) Fowler alta

- b) Decúbito lateral
 - c) Prona
 - d) Genupectoral
6. ¿Cuál de las siguientes posiciones favorece la digestión?
- a) Fowler
 - b) Decúbito supino
 - c) Prona
 - d) Trendelenburg
7. ¿Qué principio de mecánica corporal ayuda a prevenir lesiones del personal de enfermería?
- a) Flexionar la espalda
 - b) Mantener la espalda recta
 - c) Girar desde la cintura
 - d) Sostener el peso con los brazos
8. ¿Cuál de las siguientes posiciones favorece el drenaje postural?
- a) Fowler
 - b) Prona
 - c) Sims
 - d) Trendelenburg
9. ¿Qué complicación se previene principalmente con los cambios posturales?
- a) Infección urinaria
 - b) Úlceras por presión
 - c) Desnutrición
 - d) Edema
10. ¿Qué debe realizarse antes de movilizar a un paciente encamado?
- a) Explicar el procedimiento
 - b) Hidratar al paciente
 - c) Desinfectar la piel
 - d) Lavar la ropa de cama
11. ¿Qué posición se usa para exámenes rectales o enemas?
- a) Fowler

- b) Sims
- c) Trendelenburg
- d) Genupectoral

12. ¿Qué equipo o material es necesario para realizar un cambio postural seguro?

- a) Guantes y lubricante
- b) Sábanas limpias
- c) Almohadas y protectores
- d) Todas las anteriores

13. ¿Qué posición se recomienda para alimentación por sonda nasogástrica?

- a) Decúbito lateral izquierdo
- b) Fowler
- c) Prona
- d) Trendelenburg

14. ¿Qué debe evitar el personal durante el cambio postural?

- a) Elevar las barandas
- b) No comunicarse con el paciente
- c) Ignorar el dolor
- d) Trabajar sin ayuda

15. ¿Cuál es la frecuencia mínima recomendada de los cambios posturales en pacientes inmovilizados?

- a) Cada 6 horas
- b) Cada 4 horas
- c) Cada 2 horas
- d) Cada 8 horas

16. ¿Qué indica la posición de Sims?

- a) Decúbito supino
- b) Decúbito lateral izquierdo
- c) Decúbito prono
- d) Fowler

17. ¿Qué posición se utiliza para pacientes con dificultad respiratoria severa?

- a) Fowler alta

- b) Trendelenburg
- c) Sims
- d) Decúbito supino

18. ¿Qué posición se recomienda para pacientes con shock?

- a) Fowler
- b) Trendelenburg
- c) Decúbito pronó
- d) Sims

19. ¿Cuál de las siguientes es una complicación derivada de la inmovilidad prolongada?

- a) Hipotensión
- b) Contracturas
- c) Úlceras por presión
- d) Todas las anteriores

20. ¿Qué debe verificarse después de realizar un cambio postural?

- a) Estado de conciencia
- b) Posición de barandas
- c) Alineación y confort
- d) Todas las anteriores

21. ¿Cuál de las siguientes posiciones se usa en procedimientos de drenaje biliar?

- a) Trendelenburg
- b) Fowler
- c) Sims
- d) Decúbito lateral derecho

22. ¿Qué elemento es fundamental para prevenir lesiones cutáneas?

- a) Uso de taloneras
- b) Mantener la piel seca
- c) Cambios posturales frecuentes
- d) Todas las anteriores

23. ¿Qué posición es adecuada para el descanso del paciente postoperatorio?

- a) Prona

- b) Fowler
- c) Decúbito lateral
- d) Sims

24. ¿Qué tipo de colchón contribuye a prevenir úlceras por presión?

- a) Colchón de aire
- b) Colchón de espuma
- c) Colchón ortopédico
- d) Colchón de agua

25. ¿Qué actitud demuestra cuidado humanizado durante los cambios posturales?

- a) Explicar el procedimiento y respetar la privacidad
- b) Mover sin aviso
- c) Realizar el procedimiento con prisa
- d) No preguntar al paciente

Anexo 3. A Instrumentos para medir las variables manejo de dolor

PRESENTACIÓN:

Buenas tardes, estimados colegas estoy realizando un estudio con el objetivo de determinar el manejo del dolor valorado durante el cambio postural en pacientes con ventilación mecánica invasiva que aplica el profesional de enfermería en los pacientes del Servicio de UCI del Hospital Nacional Lima. Por favor conteste las siguientes preguntas ya que son muy útiles.

INSTRUCCIONES:

A continuación, responda con sincera veracidad las preguntas, marcando con un aspa (X), le agradecemos por su valiosa participación.

DATOS GENERALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA:

Edad:

- a) 25 a 39 años
- b) 40 a 49 años
- c) 50 a 59 años
- d) 60 años a más

Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

Estado civil:

- a) Soltera(o)
- b) Casada(o)
- c) Conviviente

Experiencia laboral en el Servicio de UCI:

- a) 1 a 5 años
- b) 6 a 10 años
- c) Más de 10 años

DATOS ESPECÍFICOS: (GUÍA DE OBSERVACIÓN)

| MANEJO DEL DOLOR EN LOS CAMBIOS POSTULARES | Nunca | A Veces | Siempre |
|--|--------------|----------------|----------------|
| Cuenta con un instrumento de valoración del dolor | | | |
| Registra las características del dolor | | | |
| Realiza un plan de atención al paciente con dolor | | | |
| Explica al paciente sobre el dolor y cómo controlarlo | | | |
| Administra analgésicos cuando el paciente tiene dolor | | | |
| Realiza valoración del dolor después de 15 minutos después de la administración del analgésico | | | |
| Aplica dosis más alta según indicación médica | | | |
| Realiza valoración de respuesta de conducta al dolor | | | |
| Aplica masajes para aliviar su dolor | | | |
| Ayuda a realizar movimientos y ejercicios físicos | | | |
| Aplica cambios de posiciones al paciente | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Utiliza la distracción para aliviar su dolor | | | |
|--|--|--|--|

ANEXOS B. GUIA DE VALORACION DEL DOLOR EN PACIENTE CRÍTICO

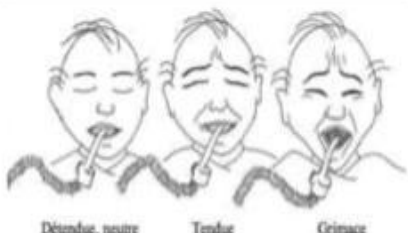
CODIGO DE PACIENTE: EDAD:

.....PESO.....

N° DE CAMA:

DIAGNOSTICO.....FECHA.....

INSTRUCCIONES: En las siguientes hojas usted encontrara un listado de indicadores con sus respectivos ítems y descripción. Observe al paciente y marque con un aspa dentro del cuadro de cambio postural, el ítem correspondiente a lo que está

| INDICADOR | N° | ITEM | DESCRIPCION | CAMBIOS POSTULARES | | |
|--|----|-------------------|---|---------------------------|-----------------------------|----------|
| | | | | Decúbito lateral derecho. | Decúbito lateral izquierdo. | Posición |
|  <p>Démodé, neutre Tendue Grimace</p> <p>EXPRESION FACIAL</p> | 1 | Relajado, neutral | No hay tensión muscular observable en la cara de los pacientes. | | | |
| | 2 | Tenso | Rostro tenso, que se manifiesta también como fruncir el ceño o bajar la frente. | | | |
| | 3 | Hace Muecas | Hace muecas, una contracción completa de la cara, con los ojos bien cerrados y en la contracción de los músculos de las mejillas. Puede abrir o cerrar su boca, en intubados, pueden morder el tubo endotraqueal. | | | |
| MOVIMIENTOS CORPORALES | 4 | Posición normal | Paciente no se mueve en absoluto, o permanece en una posición normal. | | | |

observando por cada uno de los indicadores.

| | | | | | | |
|---------------------------------------|----|-------------------------------|---|--|--|--|
| | 5 | Protección | El paciente realiza movimientos lentos y prudentes, trata de llegar a o tocar el sitio del dolor. | | | |
| | 6 | Agitación | Paciente inquieto o agitado. Presenta movimientos repetitivos, trata de sacar a los tubos, trata de sentarse en la cama, o no es de colaboración. | | | |
| ACOPLAMIENTO CON EL VENTILADOR | 7 | Tolerancia al ventilador | Sincronía con el ventilador, no se activan las alarmas | | | |
| | 8 | Tose pero tolera | Paciente tose, puede activar las alarmas pero pasa espontáneamente | | | |
| | 9 | Asincrónica con el Ventilador | Paciente no se acopla a la ventilación mecánica, las alarmas son frecuentemente activadas | | | |
| TENSION MUSCULAR | 10 | Relajado | No se siente resistencia durante los movimientos pasivos o el procedimiento de inflexión. | | | |
| | 11 | Tenso- rígido | Resistencia durante los movimientos pasivos. En otras palabras, el paciente está tenso o rígido. | | | |

| | | | | | | |
|---------------------------------|----|------------|---|--|--|--|
| | 12 | Muy tenso | Mayor resistencia a los movimientos pasivos, la enfermera tiene que completarlos. | | | |
| PRESION ARTERIAL MEDIA (mmHg) | 13 | 70-110 | Parámetros normales | | | |
| | 14 | <70 o >110 | Valor alterado | | | |
| FRECUENCIA CARDIACA (l.p.m) | 15 | 60 – 80 | Parámetros normales | | | |
| | 16 | <60 o >80 | Valor alterado en Frecuencia, Ritmo, Profundidad y simetría. | | | |
| FRECUENCIA RESPIRATORIA (r.p.m) | 17 | 12 – 20 | Parámetros normales | | | |
| | 18 | <12 o >20 | Valor alterado en Frecuencia, Ritmo, Amplitud e Igualdad | | | |
| SATURACION DE OXIGENO (%) | 19 | <95 | Valor alterado | | | |
| | 20 | 95 – 100 | Parámetros normales | | | |
| PUNTAJE TOTAL | | | | | | |

| NIVEL DEL DOLOR | |
|------------------------|-------|
| SIN DOLOR | 0 |
| LEVE | 1-7 |
| MODERADO | 8-14 |
| SEVERO | 14-20 |

Anexo 4. Consentimiento informado

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Institución: Universidad Norbert Wiener

Investigador: Lic. Estefanya Marquez Torres

Título:

“Conocimiento de los cambios posturales y el manejo del Dolor en Pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva del Hospital Nacional.Lima.2025”

Propósito del Estudio:

Estamos invitando a su paciente a participar del estudio realizado para validar el nivel de dolor en la valoración durante el cambio postural en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos.

El dolor es una experiencia sensorial desagradable; percibida también por los pacientes críticos, originado no sólo por el proceso patológico sino también por diversas técnicas y procedimientos producto del cuidado en la unidad crítica. Por ello es imprescindible la existencia de una escala de valoración del dolor en pacientes críticos; que permita al enfermero(a) valorar el dolor en forma objetiva.

Procedimientos:

Si Ud. decide participar en este estudio se le realizará lo siguiente:

Se valorará la intensidad de dolor, en un solo momento: Durante la realización de procedimientos potencialmente dolorosos en la Unidad de Cuidados Intensivos, además de tomar datos de los signos vitales.

Riesgos:

No se prevén riesgos para usted por participar en esta fase del estudio. Ya que no se le realizará ningún procedimiento a usted, solo se tomarán datos en relación al uso del nivel del dolor ante los procedimientos rutinarios en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Beneficios:

Tiene la posibilidad de 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 participar en estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a una mejor valoración del dolor en el paciente crítico.

Confidencialidad:

La información que usted proporcione estará protegida, solo el investigador puede conocer. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos de su encuesta no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso de la información obtenida:

La información obtenida será de utilidad para que se sienten las bases para seguir en la línea de la investigación y a futuro integrar la valoración del dolor al formato usado en la UCI y disminuir así las complicaciones, morbimortalidad en la unidad.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Especialista Marina Torres, coordinadora de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, a los teléfonos de Estefanya Marquez Torres 953396372

Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse a la Mg. Flor de María Horna Horna, Presidente del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, ubicada en la Av. Arequipa 440 al Telef: 706555

Participación voluntaria:

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

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Familiar Responsable

Nombre:

DNI:

Fecha

Investigador

Nombre:

DNI

Fecha

Anexo 4. Informe de originalidad




18% 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

- 14%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 12%  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

- 14% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 12% 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 | 5% |
| 2 | Internet | hdl.handle.net | 3% |
| 3 | Internet | dspace.unitru.edu.pe | <1% |
| 4 | Trabajos entregados | Universidad Cesar Vallejo on 2024-06-26 | <1% |
| 5 | Internet | alicia.concytec.gob.pe | <1% |
| 6 | Internet | www.elsevier.es | <1% |
| 7 | Trabajos entregados | uwiener on 2025-08-28 | <1% |
| 8 | Trabajos entregados | Universidad Científica del Sur on 2025-06-30 | <1% |
| 9 | Trabajos entregados | Universidad Wiener on 2023-07-07 | <1% |
| 10 | Trabajos entregados | Universidad Wiener on 2025-10-17 | <1% |
| 11 | Trabajos entregados | Universidad Wiener on 2025-04-11 | <1% |