

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
SUJECCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO DEL
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA,
LIMA 2014 - 2016”**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

LIC. NITZIA ZAMIRA SANCHEZ PAREDES

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. ANGELICA DIAZ TINOCO	Presidenta
DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA	Secretario
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: Mg. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE

N° DE LIBRO: 003

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 127

Fecha de aprobación de Informe de Experiencia Laboral: 31/03/2017

Resolución de Decanato N°739-2017-D/FCS de fecha 29 de Marzo de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. SANCHEZ PAREDES NITZIA ZAMIRA

INTRODUCCIÓN

La fijación del tubo endotraqueal se define como la particularidad de dejar en una sola posición el tubo endotraqueal evitando así su desplazamiento y evitar lesión en el paciente, para tal efecto en el presente informe se indicara como fijar el tubo endotraqueal bajo la modalidad de cinta de gasa.

El presente informe de experiencia profesional titulado **“Cuidado de enfermería en pacientes con fijación de tubo endotraqueal en el servicio de emergencia adultos del hospital Cayetano Heredia 2014 al 2016”**; tiene como finalidad obtener la unificación de criterios para el uso del método de fijación del tubo endotraqueal con cinta de gasa, y describir los cuidados del cuff, así mismo reconocer la presencia de fugas, explicar comparaciones con investigaciones las cuales bajo sus conclusiones nos ayudan a reforzar la materia en mención presentada en este informe.

La importancia de este informe permite que se mejore los índices de gestión clínica en relación al cuidado enfermero en pacientes con tubo endotraqueal en tal sentido, la proyección de resultados motivara a creación de nuevas formas de investigación o estadísticas, dentro del ámbito laboral del servicio donde se ha elaborado el informe.

En el capítulo I, se describe el Planteamiento del problema bajo los ítems de la situación problema explicado de manera concisa y clara,

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En el servicio de emergencia adultos del hospital Cayetano Heredia tenemos pacientes que por su estado crítico requieren colocación de tubo endotraqueal, y es así que durante el tiempo de servicio se ha observado que no existe cuidados específicos de fijación de tubo endotraqueal, ya que parte del cuidado es evitar el desplazamiento y la autoextubación. Cada profesional realiza este cuidado de manera diferenciada. Motivo por el cual se tiene indicadores negativos que aunque no sean resaltantes ponen en riesgo aún más la salud del paciente.

En los cinco años de servicio ininterrumpidos en el servicio de emergencia se detectó que no se tiene un estándar en relación a los cuidados específicos de fijación de tubo endotraqueal, pero si tenemos estadísticas que se tornan preocupantes de solo existir el indicador negativo de cuidado de enfermería, la autoextubación de tubo endotraqueal tiene que ser de cero para el servicio siendo este indicador un máximo puntaje de cuidados de enfermería. En el servicio de emergencia se cuenta con sobredemanda de pacientes y de estos en un rango de 3 de 10 están con TET convirtiéndose en un motivo de preocupación. El número de enfermeros que por diversas situaciones no asiste a las capacitaciones para unificar criterios también es

preocupante, entonces esta diversidad de situaciones explican por qué en los pacientes intubados se observa distintos modos de fijación de tubo endotraqueal y más aún no se ve los cuidados que se deben realizar.

Esta situación nos lleva a revisar estadística internacional donde podemos apreciar que en España un estudio obtuvo como resultado que La evaluación de los cuidados de Enfermería es imprescindible para conocer el nivel de eficacia alcanzado e identificar deficiencias que permitan introducir medidas correctoras para optimizar la calidad de los mismos. Con el objetivo de conocer el nivel de calidad de los cuidados proporcionados a los pacientes en nuestra unidad, se analizaron retrospectivamente 915 registros del Plan de Cuidados de Enfermería, correspondientes a 59 pacientes con una estancia media en UCI de 15,5 días. Se identificaron seis áreas de cuidados y los indicadores correspondientes que permiten reconocer una práctica deficiente, concretándose en: intubación orotraqueal: salidas accidentales, desplazamientos, obstrucciones y lesiones en labios por presión. De esta manera que los cuidados establecidos para mantener la permeabilidad de la vía aérea artificial son adecuados, mientras que el índice de lesiones labiales producidas por la presión del tubo orotraqueal es elevado como conclusiones del estudio se destaca que la detección de las áreas de cuidados más deficitarias exige el análisis

de la actividad de Enfermería correspondiente para poder introducir las medidas correctoras oportunas (1).

Similar magnitud se aprecia en hospitales de nivel III de Chile que a pesar de sus avances en la medicina, también tienen estos casos de indicadores negativos con la diferencia que son en relación de 1 en 100 en comparación con nuestro país (3).

Así mismo en el servicio de emergencia adultos del Hospital Cayetano Heredia se tiene que realizamos alrededor de 104 en promedio de cuidados de tubo endotraqueal de los cuales tenemos como indicador negativo 03 autoextubaciones en todo el 2016 (2).

1.2 OBJETIVO

Describir los cuidados de enfermería en pacientes con fijación de tubo endotraqueal en el servicio de emergencia adultos del Hospital Cayetano Heredia 2014 al 2016

1.3 JUSTIFICACIÓN

Este informe tiene como finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería que se deben tener en la fijación del tubo endotraqueal en los pacientes que se encuentran con este dispositivo.

Se observa que el establecer un protocolo de fijación de tubo endotraqueal mejoraría los indicadores de cuidado en los pacientes sometidos a este procedimiento.

Asimismo, el presente informe se justifica:

Nivel teórico El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados específicos de enfermería en la fijación del tubo endotraqueal de este modo se podrá obtener la unificación de criterios en los licenciados de enfermería del servicio de emergencia adultos del Hospital Cayetano Heredia.

Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico ya que lograría precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer los cuidados de enfermería en la sujeción de tubo endotraqueal por el tiempo que lo requiera el paciente para su pronta recuperación.

Nivel Social: A nivel social el informe beneficiara a los pacientes que reciben atención en las unidades críticas del servicio de emergencia adulto. Así mismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor en el servicio y brindar una excelente atención a los pacientes que requieren este servicio especial.

Con la presentación de este informe también se lograría mejorar los indicadores del cuidado enfermero

Nivel Práctico: A nivel práctico el presente informe permitirá mejorar las destrezas del personal de enfermería y también facilitara que

pueda dosificar energías con ayuda de un procedimiento establecido bajo fundamento científico, cumpliendo estándares de cuidado.

Nivel económico: Las complicaciones por desplazamiento de tubo endotraqueal son de suma gravedad en su mayoría de veces, por tal razón a través de este informe se permitirá reducir costos por complicaciones intrahospitalarias en tal sentido el seguro integral de salud y el servicio profesional al no asegurado, serian beneficiarios directos económicamente.

II. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

VELITA ROJAS, ANAMELVA "Relación entre conocimientos y prácticas del profesional de enfermería sobre los cuidados del tubo endotraqueal en pacientes críticos de UCI Hospital EsSalud Huancayo 2012"

Objetivo: Determinar la relación entre conocimientos y prácticas del profesional de enfermería sobre los cuidados del tubo endotraqueal en pacientes críticos de UCI, Hospital EsSalud Huancayo, 2012.

Material y Método: El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por 22 profesionales de enfermería de UCI, la técnica fue la encuesta y la observación y el instrumento el cuestionario y la lista de cotejo aplicado previo consentimiento informado. **Resultados:** Del 100 por ciento (22), 55 por ciento (12) conocen, 45 por ciento (10) desconocen. En cuanto a la practica 41 por ciento (9) tienen practica adecuada y 59 por ciento (13) inadecuadas. Para establecer la relación se aplicó la prueba del Ji cuadrado a fin de comprobar la hipótesis en el cual se obtuvo que no existe relación entre conocimientos y prácticas. **Conclusiones:** el mayor porcentaje de las enfermeras conocen sobre los cuidados del tubo endotraqueal en pacientes críticos, seguido de un porcentaje menor que no conocen

acerca de cuándo se producen una entubación no programada y la frecuencia de monitorización del balón de neumotaponamiento, y partes del TET. Del mismo modo el mayor porcentaje de los profesionales de enfermería tienen prácticas inadecuadas que está dado por verificar la posición correcta del TET en la placa de Rx, el lavado de manos y la auscultación de campos pulmonares después de la colocación del tubo endotraqueal (4).

ALCOCER CASIMIRO, LUIS ALBERTO “Valoración de la digitopresión del cuff externo como método práctico para la determinación del volumen y la presión del globo del tubo endotraqueal”

Objetivo: Valorar la digitopresión del cuff externo como método de determinación de presión adecuada del manguito del tubo endotraqueal. Materiales y métodos: Estudio transversal prospectivo observacional. En pacientes intubados, se describió la apreciación de la presión del cuff externo por digitopresión del asistente y residente. Luego se midió la presión del cuff y se corrigió adecuadamente (rango adecuado de presión de 20 a 30 cm H₂O). Resultados: De los 200 casos, 54.5 por ciento fueron mujeres (39.3±13.5 años vs 47.1±14 en hombres). Las mujeres tienen menores presiones (38.2 cm H₂O versus 48.9 cm H₂O en hombres). Los residentes insuflaron el 93 por ciento de casos, lo hicieron adecuadamente solo en 19.9 por ciento

versus 55.5 por ciento del asistente. Los residentes apreciaron el cuff adecuadamente en un 15.5 por ciento versus 3.5 por ciento del asistente. Conclusión: el estudio muestra la discordancia entre el método subjetivo y objetivo para determinar si el cuff del TET está adecuadamente inflado. Se sugiere el empleo de métodos más objetivos para su determinación (5).

MENDOZA LOYOLA, CECILIA JUDITH "Presión de inflado del manguito del tubo endotraqueal en el Hospital Dos de Mayo. Febrero - Abril 2012"

En el Hospital Dos de Mayo, debido a la falta de equipos apropiados, se ha observado que en los pacientes sometidos a diferentes procedimientos quirúrgicos que requieren Anestesia General e Intubación Endotraqueal el inflado del manguito de dicho dispositivo se realiza con un volumen de aire estimado mediante la palpación digital del globo piloto que realiza el anesthesiólogo sin la ayuda de un dispositivo validado que mida la presión del manguito de manera objetiva.

OBJETIVO: Determinar la eficacia de la presión de inflado del manguito del tubo endotraqueal a través de la palpación digital del globo piloto en pacientes sometidos a anestesia general en el Hospital Nacional Dos de mayo durante el periodo de febrero a abril del 2012.

DISEÑO: Estudio retrospectivo, transversal y observacional; correlacional.

MATERIALES y METODOS: Se seleccionaron a todos los pacientes que recibieron anestesia general, durante el periodo comprendido.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO USADO: Se usará la estadística descriptiva y, análisis univariado y multivariado. Se evaluará la precisión del método de palpación digital palpatoria del globo piloto en la estimación de la presión del manguito del tubo endotraqueal (6).

CAMPANO MURILLO, ELISA CORINA “Estimación del volumen de insuflado para la presión segura del cuff del tubo endotraqueal en pacientes del Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2012”

Resumen: El presente trabajo quiso estimar el volumen de insuflado para una presión segura del cuff del TET en pacientes del Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Se realizó un estudio descriptivo transversal, prospectivo. La muestra representativa fue de 257 pacientes adultos programados para cirugía con anestesia general y TET (177 mujeres con TET 7,5 y 80 varones con TET 8,5). Se obtuvieron los datos mediante observación directa de la presión del cuff registrada por el manómetro y el volumen de aire insuflado evidenciado en una jeringa. El anesestesiólogo programado, luego de la intubación, insufló el cuff dentro de los valores normales

(20 a 30 cm H₂O) con ayuda del manómetro de presión de cuff. Posteriormente se: a) Registró el valor de presión de cuff de TET cuantificado con manómetro. b) Se aspiró el contenido de aire del cuff con jeringa de 10 ml registrando el volumen de aire removido. c) Se rellenó el cuff con el aire aspirado en la jeringa para mantenerlo en la presión segura. d) Se pidió al anesthesiólogo que realizara el método de palpación para valorar el insuflado de cuff. Se encontró un valor promedio de volumen de insuflado de cuff de TET para obtener una presión segura en los pacientes con edad de 25 a 60 años y con IMC normal y sobrepeso correspondiente a 5,5 cm de aire para mujeres y 6 cm de aire para varones, valor que se puede usar cuando no se cuente con manómetro. Se concluye también que la técnica de palpación para evaluar el grado de insuflado del cuff no es confiable ni segura. Recomendamos instaurar el uso de manómetro en quirófanos y áreas críticas a fin de evitar complicaciones relacionadas a la intubación (7).

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 TUBO ENDOTRAQUEAL

Un tubo traqueal es un catéter que se inserta en la tráquea con el propósito de establecer y mantener una vía aérea permeable y para asegurar el adecuado intercambio de oxígeno y dióxido de carbono.

Un tubo endotraqueal es un tipo específico de tubo traqueal que casi siempre se inserta a través de la boca (orotraqueal) o la nariz (nasotraqueal).

El TET consta de las siguientes partes:

1.- La conexión:

Es la pieza intermedia entre el tubo y el respirador o reanimador. Normalmente se trata de una pieza estándar de 15 mm, que en algunos casos se puede retirar (semimontada). La otra conexión que nos podemos encontrar, es la tipo Luer-Lock, que se utiliza para la ventilación en Jet de alta frecuencia.

2.- El cuerpo:

Constituye la parte principal, conductora del flujo de gas entre el enfermo y el respirador. Presenta una luz normalmente redonda que le confiere un diámetro interno a partir de los 2 mm. (Número por el que se designa el tubo) y otro externo que variará dependiendo del material, del fabricante y de la presencia o no de canal accesorio.

2.1.- Material:

Los materiales más frecuentes en el mercado actual son:

- Policloruro de vinilo (PVC): Económico, transparente, no tóxico, libre de látex y con la peculiaridad de ser termoplástico, adaptándose a la temperatura corporal y por tanto, a la vía aérea.
- Silicona: Es mucho más suave y su uso se recomienda en intubaciones prolongadas.
- Goma blanda: Derivado del anterior y con resistencia a la difusión de gases.
- Acero inoxidable: Ignífugo, es el material utilizado en la cirugía de láser.

Tanto los tubos de PVC como los de silicona pueden estar reforzados mediante una espiral para evitar el acodamiento (Figura 1).

2.2.- Marcas de profundidad:

Las marcas de profundidad nos indican a qué distancia se encuentra la punta del tubo desde la comisura labial.

2.3.- Morfología:

Además del tubo recto convencional existen tubos de diversas morfologías para aportar una mayor funcionalidad (Figura 2):

- Tubo de Oxford: Diseñado por Alsop en 1.955. Tiene forma de“L” y se creó con el propósito de evitar el acodamiento que se producía en los tubos al realizar procedimientos quirúrgicos de cabeza y cuello.
- Tubo oral RAE (Ring-Adair-Elwin): Se utiliza en intubaciones orales para la cirugía odontológica. Tiene forma de“U” y su uso prácticamente desplaza a los anteriores.
- Tubo nasal RAE: Diseñado con el mismo propósito que los anteriores pero para las intubaciones nasales, por lo que deja libre la cavidad oral.
- Tubo de Cole: Se trata de un tubo diseñado para la intubación de pacientes neonatos, acodado y con un diámetro menor en su tercio distal, que tiene como función el disminuir la resistencia al paso de aire durante la ventilación mecánica. Carece de balón.

2.4.- Canal accesorio:

Sirve tanto para instilar anestésicos locales como para la aspiración de secreciones o la administración de oxigenoterapia al paciente durante la intubación. Su presencia disminuye el diámetro interno del TET.

- El tubo Endo-Flex (Merlyn Medical, Tustun, California, USA): consta de un sistema que pasa a través de un canal accesorio y

que permite mediante un mecanismo manual, variar el ángulo de la punta del tubo.

3.- La punta:

Es la parte distal del tubo y la primera que entra en contacto con el paciente. La punta de los TETs está normalmente biselada y puede o no tener un orificio que llamamos de Murphy. El orificio de Murphy aumenta el riesgo de traumatismo de los cornetes en las intubaciones nasales. Se habla de punta de Magill cuando el orificio de Murphy está ausente. La angulación del bisel también puede ser variable. Algunos tubos han sido diseñados para provocar un menor traumatismo en la vía aérea:

– Tubo de ILMA para intubación a través de Fastrack: tiene la punta de silicona y el bisel redondeado. Su mayor inconveniente es que la punta se pueda doblar sobre sí misma provocando una obstrucción de la vía aérea.

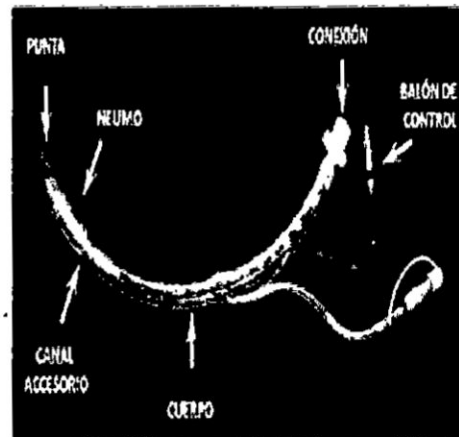
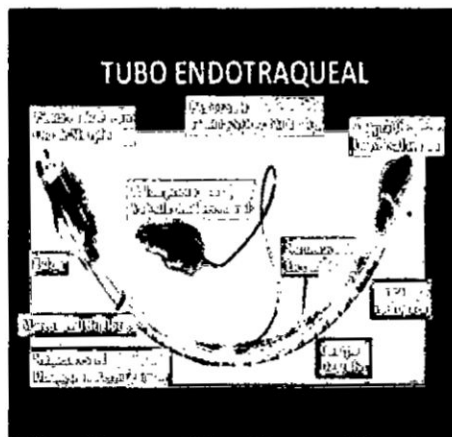
– Tubo de Parker (Parker Medical, Englewood, CO, USA): su Flex-Tip tiene una morfología especial en forma de pico de pájaro, con 2 orificios de Murphy (Figura 3).

4.- El balón: Su uso es controvertido en niños menores de 7-8 años.

La morfología y la presión que ejerce el balón sobre la mucosa

traqueal son variables según el fabricante. Los balones de elevado volumen y baja presión (HVLP, high volume low pressure), utilizados en intubaciones prolongadas, han sido diseñados para disminuir el riesgo de isquemia de la mucosa traqueal por hiperpresión.

La presión del neumo debe encontrarse a menos de 25 cm. de H₂O y puede variar a lo largo del tiempo en función de la temperatura corporal, movilización del TET, relajación neuromuscular y profundidad anestésica. Los balones de autocontrol de presión no han demostrado un correcto sellado de la vía aérea (por pérdida de presión)

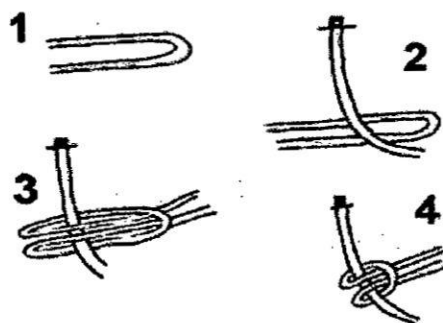


2.2.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SUJECIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL

a) Cuidados específicos en la fijación de tubo endotraqueal

- **Asegurar una adecuada fijación del tubo con cinta de gasa.**

En el proceso se usan diferentes nudos, la primero sujeta la venda al tubo y para ello se puede usar el nudo tipo ballestrinque, su ventaja frente a otros es que funciona muy bien bajo tensión y es sencillo quitarlo. Como curiosidad este nudo tiene que estar sometido a tensión constante, si disminuye la tensión el nudo tiende a aflojarse, es por ello que se puede completar con una lazada de seguridad. El siguiente paso es colocar cada extremo de la venda sobre el pabellón auricular y unir ambos extremos con un nudo. De esta forma tendríamos fijado el TOT (8).



b) Cuidados del cuff o manguito del tubo endotraqueal

El cuff del tubo traqueal es un balón inflable que rodea al eje del tubo cerca de su extremo distal. Cuando está inflado, el cuff presiona sobre las paredes traqueales para prevenir fugas de aire y

pérdida de presión de los pulmones ventilados a presión positiva, así también para evitar la aspiración de secreciones faríngeas al pulmón. Sin embargo, siempre hay una "filtración" o microaspiración de secreciones al pulmón, de allí que algunos TET tienen incorporado un catéter cuya luz distal se encuentra a nivel del área supraglótica para aspirar continuamente "el lago faríngeo".

El balón más adecuado es el que aporta un máximo sello a la vía aérea con mínima presión sobre la pared traqueal. Usualmente llamado balón de alto volumen-baja presión, ya que a mayor superficie se genera menos presión sobre la mucosa traqueal.

Estos balones son los más usados en el servicio de emergencia permiten una gran área de contacto con la pared traqueal, distribuyendo más homogéneamente la presión sobre una superficie mayor.

El objetivo del monitoreo del cuff es prevenir la injuria de la mucosa traqueal causada por presiones elevadas sobre la pared traqueal ejercidas lateralmente por el cuff inflado.

El monitoreo debe asegurar que la presión del cuff permanezca menor de 25 mmHg permitiendo un margen de seguridad por debajo de la presión de perfusión capilar traqueal (25 a 35 mmHg). Se asume generalmente que 25 mm Hg es el valor máximo

aceptado para la presión ejercida lateralmente sobre la pared traqueal por el cuff inflado. (9)

Ocurren incrementos transitorios en la presión del cuff con la ventilación a presión positiva si la presión intratraqueal excede la presión intracuff. La tos y una baja compliance pulmonar son causas comunes de elevada presión intratraqueal. Durante la ventilación mecánica, la presión intracuff es lineal asociada con la presión pico de insuflación. Cuando el paciente presenta cuadro de hipotensión se produce obviamente hipoperfusión tisular y por lo tanto las presiones dentro del cuff deben ser menores.

Si se requieren presiones mayores de 25 mm Hg para proveer de un sellado efectivo de la vía aérea durante la ventilación a presión positiva, deben valorarse medidas alternativas: cambio de tubo por uno más grande, un tubo con un cuff más largo, o cambiar la profundidad de colocación del TET. Cualquier intento debe ser realizado para disminuir la presión de insuflación o para evitar presiones de insuflación mayores.

Debe enfatizarse el concepto que la inyección de unos pocos milímetros de aire adicional dentro de un cuff insuflado "suave" puede convertirlo funcionalmente en un "cuff duro" sin las características complacientes del "cuff suave".

El monitoreo frecuente de la presión del cuff es un "goldstandard" del cuidado respiratorio, a pesar de que la práctica tiene sus errores y que no estima exactamente la presión lateral sobre la pared traqueal (es decir que se infiere), a través de la medición de la presión dentro del manguito, la presión ejercida por las paredes del manguito sobre la mucosa traqueal. La medición debe ser registrada por escrito y por lo menos, en cada cambio de turno de enfermería. En caso de hipoperfusión o elevadas presiones pico, el monitoreo debe ser más frecuente.

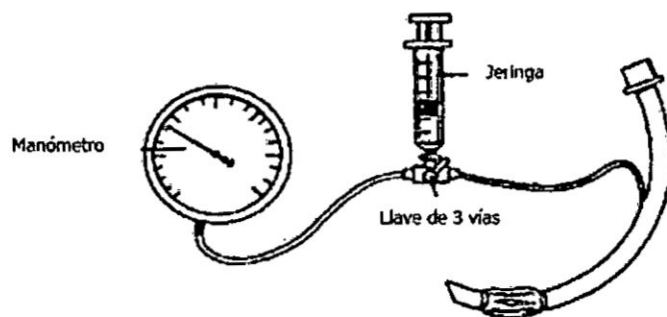
TÉCNICAS DE INFLADO DEL CUFF

1.- Técnica de volumen de oclusión mínimo (04)

- Lavado de manos
- Desconectar la ventilación mecánica u oxigenoterapia que esté recibiendo el paciente
- Aspiración de la faringe sobre el cuff previo al desinflado del mismo
- Desinflar el cuff
- Aspire la luz del tubo traqueal con un nuevo catéter estéril.
- Colocar el estetoscopio sobre la laringe del paciente y escuchar la fuga de aire que se produce entre el tubo y la tráquea.
- Suavemente inyectar aire hasta que los sonidos cesen.
- Retirar la jeringa y verifique el inflado del balón piloto.

3.- Técnica de medición de la presión intracuff

- Lavado de manos
- Conectar la línea del manómetro con una llave de tres vías (cerrada hacia el paciente) al balón piloto del tubo endotraqueal.
- Inyectar aire en la tubuladura hacia el manómetro hasta que suba la presión entre 20 mmHg y 25 mmHg (27-34 cm H₂O).
- Cambiar la posición de la llave con el "OFF" hacia la jeringa y medir la presión del cuff.
- Corregir la presión de tal manera que no supere los 15 mmHg o 20 cmH₂O.
- Cambiar la posición de la llave con el "OFF" hacia el tubo endotraqueal y retirar el sistema de medición.
- Lavado de manos.
- Si contase con una llave de tres vías que permitiese el acceso a los tres puertos en forma simultánea, no es necesario realizar el tercer paso, ya que se puede inyectar aire al sistema al mismo tiempo que se mide la presión.



REGISTRO DE ENFERMERÍA

Es la documentación escrita completa, exacta de los acontecimientos, las necesidades, asistencias al usuario y los resultados de las actuaciones de enfermería.

Sirven como base legal para comprobar que la asistencia de enfermería se ha realizado según las normas aceptadas para la práctica profesional.

En los registros los diagnósticos de enfermería se redactan después de que se hayan validado y analizado las valoraciones de enfermería.

PREVENCIÓN DE LESIONES

CAMBIO DE POSICIÓN DEL TUBO OROTRAQUEAL:

Deben ser estabilizados en todo momento para prevenir el movimiento y transmisión de fuerzas mecánicas al paciente.

Como ya hicimos referencia, el TET debe ser considerado como un brazo de palanca mecánico en la vía aérea. Cuando el TET se mueve desde afuera su extremo distal en la tráquea se apoya sobre la mucosa y la lesiona.

Prácticamente cualquier movimiento del tubo traqueal o actividad motora del paciente transmite fuerza "cortante" en el punto de contacto entre el tubo y el paciente. Esto puede ocurrir a nivel de

muchos sitios: los labios, lengua, dientes, alas nasales, narina anterior, faringe, glotis, cuerdas vocales y pared traqueal.

Cualquier movimiento del TET puede injuriar el delicado epitelio traqueobronquial a través de la presión produciendo abrasión de los tejidos circundantes. Las acciones que pueden provocar movimientos del TET incluyen toser, deglutir, intentos por hablar, esfuerzo respiratorio y rotación de la cabeza.

La aspiración de secreciones no solamente causa movimiento del tubo sino que también “desnudan” la superficie del epitelio. Por esta razón, todos los movimientos y procedimientos sobre el tubo (incluida la aspiración) deben ser mantenidos al mínimo indispensable y el paciente debe ser extubado lo más precozmente posible.

El tubo debe quedar colocado en la mitad de la boca, para evitar lesiones por decúbito sobre las comisuras bucales. En caso de no poder lograrlo con los métodos de fijación usados, y si el tubo estuviera ubicado sobre la comisura, es imperativo cambiarlo de posición cada 4 a 6 horas.

La técnica de cambio de posición es la siguiente:

- Retire las cintas de fijación del tubo traqueal.
- Mantenga el tubo en su posición con una mano.
- Introduzca una sonda de aspiración y aspire un lado de la boca, tratando de eliminar las secreciones faríngeas.

- Cambie el tubo de posición y aspire el lado contralateral.
- Tenga especial precaución de no lesionar la tráquea cuando mueve el tubo.
- Reúna procedimientos: aproveche a realizar junto con el cambio de posición del tubo la higiene oral, a fin de minimizar la cantidad de estímulos al paciente.
- Vuelva a realizar la fijación del tubo traqueal.

PREVENCIÓN DE FUGAS

FUGA DEL CUFF

La pérdida de gas fuera del cuff inflado durante la ventilación mecánica identifica una situación en la cual el volumen corriente o tidal puede ser inadecuado y puede ocurrir la aspiración de secreciones del lago faríngeo.

SIGNOS DE FUGA DEL CUFF

- Habilidad del paciente para hablar
- El hallazgo de secreciones espumosas asemejándose a las de jabón en la boca del paciente, a menudo burbujeando con cada ciclo del ventilador.
- Auscultación de gorgoteo sobre la tráquea superior o laringe, particularmente sobre la inspiración.
- Palpación de un frémito inspiratorio sobre la tráquea superior

- Discrepancia entre el volumen tidal seleccionado y el volumen tidal espirado
- Inadecuada ventilación u oxigenación.

CAUSAS DE FUGA DEL CUFF

- Inadecuada presión intracuff.
- Elevadas presiones pico de insuflación durante la ventilación mecánica
- Defectos en el cuff, en el tubo inflador, en el balón piloto, o en la válvula unidireccional.
- Tubo endotraqueal demasiado pequeño para el tamaño de la tráquea.
- Cuff pequeño con área de sellada corta.
- Dilatación traqueal.
- Traqueomalacia.
- Fístula traqueoesofágica

Lavado de manos según norma y uso de guantes estériles

Es la frotación vigorosa de las **manos** previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona.

1. Indicaciones para la higiene de manos

A. Lavarse las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias o con sangre u otros fluidos corporales o luego de ir a los servicios higiénicos.

B. Si hay prueba o un alto indicio de exposición a potenciales microorganismos formadores de esporas, el lavado de manos con agua y jabón es el medio preferido.

C. Frotarse las manos con una preparación a base de alcohol como el medio preferido para la antisepsia de manos de rutina, si las manos no están visiblemente sucias. Si no se dispone de solución a base de alcohol, lavarse las manos con agua y jabón.

D. Higienizarse las manos:

a) antes y después de tocar a un paciente

b) antes de manipular un dispositivo invasivo para la atención de un paciente ya sea con o sin guantes

c) luego del contacto con fluidos corporales, membranas mucosas, piel lesionada, o gasas para heridas

d) al moverse desde un sitio corporal contaminado a otro sitio corporal durante la atención del mismo paciente

e) luego del contacto con objetos o superficies inanimadas (incluyendo equipamiento médico) en la proximidad inmediata del paciente

f) luego de sacarse los guantes esterilizados o no esterilizados.

E. Antes de manipular medicamentos o preparar comida higienizarse las manos con una preparación a base de alcohol o lavarse las manos con agua y jabón común o antimicrobiano.

F. No debería usarse el jabón y la preparación a base de alcohol en forma concomitante. (10)



2.2.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA

La Filosofía de Patricia Benner muestra el proceso que la enfermera(o) atraviesa desde recién graduada(o) hasta que se especializa en un área determinada. Durante este proceso van

surgiendo una serie de cambios de conducta; se van adquiriendo habilidades que hacen que el desempeño profesional sea cada vez de mejor calidad (11).

En la siguiente tabla se relaciona la clasificación del modelo de Dreyfus, con las etapas de adquisición de habilidades adaptado por Benner, para Enfermería, donde se presentan las características correspondientes de la enfermera en la práctica clínica.

Tabla No. 1.
Clasificación de Benner: Conceptos principales y definiciones de las etapas de la enfermera en la clínica.

Principiante	Principiante avanzada	Competente	Eficiente	Experta
La persona se enfrenta a una nueva situación. Este nivel Benner indica que podría aplicarse a una enfermera inexperta o la experta cuando se desempeña por primera vez en un área o en alguna situación no conocida previamente por ella.	En este nivel la enfermera después de haber adquirido experiencias se siente con mayor capacidad de plantear una situación clínica haciendo un estudio completo de ella y posteriormente demostrara sus capacidades y conocerá todo lo que esta exige.	Se es competente cuando la enfermera posee la capacidad de imitar lo que hacen los demás a partir de situaciones reales; la enfermera empieza a reconocer los patrones para así priorizar su atención, como también es competente cuando elabora una planificación estandarizada por si misma.	La enfermera percibe la situación de manera integral y reconoce sus principales aspectos ya que posee un dominio intuitivo sobre esta; se siente más segura de sus conocimientos y destrezas, y está más implicada con el paciente y su familia.	La enfermera Posee un completo dominio intuitivo que genera la capacidad de identificar un problema sin perder tiempo en soluciones alternativas, así mismo, reconoce patrones y conoce a sus pacientes aceptando sus necesidades sin importar que esto le implique planificar y/o modificar el plan de cuidado.

Fuente: Brykczynski, (2015)

Se consideró utilizar la teoría de enfermería de Patricia Benner quien al clasificar a la enfermera nos lleva a reflexionar que el cuidado será distinto entre cada una de ellas por tal motivo debemos expresar términos y procedimientos sencillos prestos a impregnarse rápidamente en la práctica profesional del enfermero.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Tubo endotraqueal:** es un catéter que se inserta en la tráquea con el propósito de establecer y mantener una vía aérea permeable y para asegurar el adecuado intercambio de oxígeno y dióxido de carbono.
- **Cuidados:** La noción de **cuidado** está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El término deriva del verbo cuidar
- **Cuidados específicos en la fijación:** Hace referencia a la conservación y preservación de la posición de un determinado objeto
- **Presión de cuff del tubo endotraqueal:** En adecuada condiciones tiene dos funciones. Debe prevenir la aspiración del contenido faringeo en la tráquea y debe permitir la ventilación a presión positiva sin fuga de aire (13).
- **Nudo tipo ballestrinque:** Se utiliza para sujetar un cabo a un poste, habitualmente como amarre rápido o cuando el cabo está sometido a

una tensión constante, ya que el ballestrinque puede aflojarse si cede dicha tensión. En ocasiones se lo complementa con un nudo de seguridad sobre la misma cuerda para evitar esta posibilidad.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el presente informe se hizo uso de las estadísticas propias de la jefatura del servicio de emergencia adultos en donde se extrajo consolidados anuales muy importantes para describir la magnitud del problema.

Así mismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: se solicitó la autorización respectiva a la jefatura del servicio a fin de tener acceso a los registros anteriores.
- Recolección de datos, detallados en algunos cuadernos de censo, de reportes donde explican la auto extubación o presencia de lesiones o complicaciones del paciente en los diferentes tópicos;
- Uso de formatería, consolidados mensualmente.
- Procesamiento de datos consistió en unificar de manera anual los informes mensuales encontrados.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

Como enfermera general inicio mis labores en el servicio de Emergencia Adultos rotando secuencialmente por todos los tópicos del servicio incluyendo Trauma Shock desde noviembre del 2011 hasta la fecha en la modalidad de Contrato Administración de Servicios (CAS), llegando a participar conjuntamente con médicos emergencistas quienes se incorporan a la unidad iniciando las actividades propias de la unidad de manera secuencial desde el 2011 A LA FECHA, notando la evolución de la unidad año a año. Esta experiencia en el servicio de emergencia adultos del hospital Cayetano Heredia permitió participar en Actividades como:

- Enfermera asistencial rotando en los diferentes tópicos de atención del servicio de emergencia adultos del hospital Cayetano Heredia.
- Coordinación de la jefatura del servicio de Emergencia Adultos
- Elaboración y publicación de guías de atención y procedimientos de enfermería del servicio de emergencia adultos como miembro del comité científico del servicio.
- Participación activa en los simulacros de sismo y habilitación de zonas de expansión del hospital.

- Participación en la atención de tópicos de emergencias localizadas durante la transferencia de mando presidencial 2016.
- Miembro activo de las brigadas de emergencia y desastres: tarjeta roja del servicio de emergencia implementada en el mes de setiembre del 2016.

DESCRIPCIÓN DEL ÁREA LABORAL

El hospital siempre ha tenido a la vista un ideal de excelencia en su triple actividad: asistencial, docente e investigación. Adicionalmente su visión es llegar a ser un hospital ecológico, acreditado en la atención integral de salud altamente especializada con pleno respeto a los derechos de los usuarios en salud.

El servicio de emergencia adultos cuenta con varios profesionales pero explícitamente cuenta con 86 enfermeras asistenciales que brinda los siguientes servicios de enfermería:

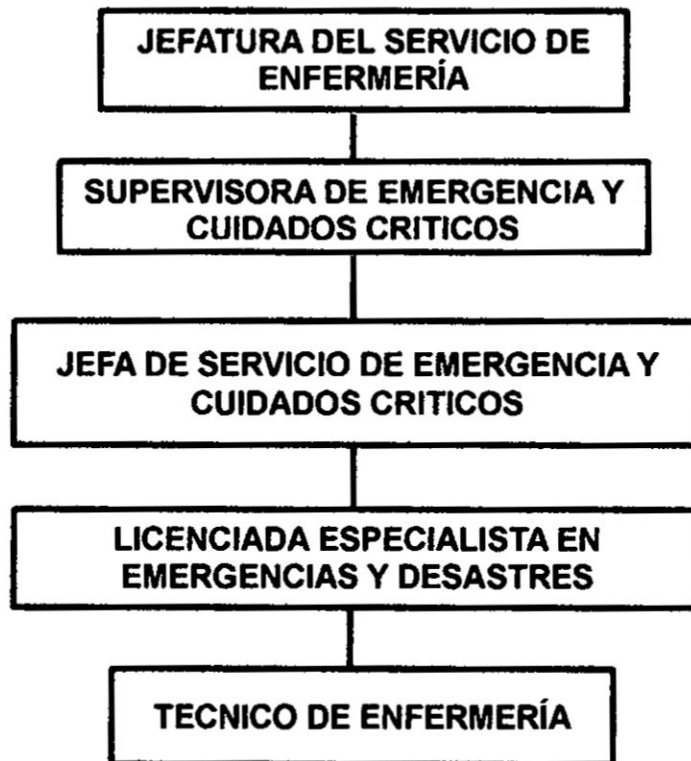
- Trauma Shock
- Tópico de cirugía general
- Tópico de procedimientos
- Tópico de medicina
- Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencia
- Observación
- Unidad Cuidados Especiales

- Transporte asistido de pacientes por vía terrestre en ambulancia tipo III

En los siete primeros es donde se manejan pacientes con tubo endotraqueal, para el presente informe.

Rigiéndonos en base de:

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIA ADULTOS



FUENTE: MOF Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos Hospital Nacional Cayetano Heredia 2013

RECURSOS HUMANOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTOS

PERSONAL	CANTIDAD
Médicos	30
Enfermeros	86
Técnicos de enfermería	118
Administrativos	9

INFRAESTRUCTURA

El servicio de emergencia adulto cuenta con ambientes de estructuras hecha de material noble de 18 años de antigüedad, construido a nivel sobre un sótano, contando con seis ambientes y corredor el cual se encuentra con iluminaria adecuada, y una baja conexión de red de intranet y telefonía interna. Construcción evaluada por especialistas declarada como de alta vulnerabilidad en caso de sismo de regular magnitud.

PRESTACIONES

- Medicina
- Cirugía
- Shock trauma
- Ginecología
- Uci emergencia
- Rayos x
- Laboratorio
- Transporte asistido de pacientes por vía terrestre.

FUNCIONES DESARROLLADAS EN LA ACTUALIDAD

Actividades del profesional de enfermería en emergencias y desastres.

Asistenciales

1. Recepción al paciente, realiza el diagnóstico de enfermería y planifica su atención de acuerdo al grado de complejidad del cliente en forma integral e individualizada.
2. Brinda atención oportuna y continua al cliente hospitalizado en las diferentes especialidades, según sus necesidades o problemas físicos o psico-emocionales, aplicando el proceso de enfermería.
3. Brinda atención directa e integral al paciente y familia en base al proceso de atención en enfermería.
4. Mantener la continuidad de la atención de enfermería, mediante el reporte oral y escrito de cada turno.
5. Participa en la visita médica y coordina con el equipo multidisciplinario en la atención del cliente.
6. Brinda confort y seguridad al cliente, priorizando sus necesidades y/o problemas.
7. Monitoriza y grafica las funciones vitales.
8. Realiza procedimientos especiales de enfermería de diagnóstico y tratamiento.

9. Administra la terapéutica médica prescrita aplicando el conocimiento científico y juicio crítico en las situaciones presentadas.
10. Mantener el stock de medicamentos completos o en orden para su uso oportuno.
11. Tomar decisiones en situaciones de riesgo que comprometan la vida del cliente y aplica los protocolos y normas establecidas.
12. Participa en el desarrollo de las actividades de vigilancia epidemiológica intrahospitalaria (lavado de manos, bioseguridad, etc.)
13. Trabajo en equipo con el personal técnico de enfermería y el médico en las diferentes especialidades.
14. Fomenta la participación de la familia en la recuperación del cliente.
15. Mantener el equipo de paro operativo y equipado.
16. Promover, desarrollar y participar en los círculos de calidad total.
17. Actualizar diariamente los registros de producción, de censo, de balance hídrico y dietas.
18. Supervisar, controlar y evaluar las actividades del personal técnico de enfermería.
19. Participa en el desarrollo del programa de Educación Continua en el servicio.
20. Desarrolla actividades educativas dirigidas al paciente y familia.

21. Enseña al paciente y familia procedimientos de autocuidado y tratamiento específico para el hogar.
22. Orienta y demuestra técnicas y/o procedimientos de enfermería al personal de reciente ingreso.
23. Participa en el planeamiento y la ejecución de la capacitación en servicio y la evaluación del desempeño.
24. Participa en la elaboración de investigaciones que originan nuevos conocimientos técnicos y procedimientos que mejoren el nivel, calidad del servicio de enfermería y la solución de problemas detectados.
25. Participa en reuniones para discusión de problemas y estudios de casos clínicos así como otros aspectos técnicos relacionados con la atención de enfermería.
26. Realiza estudios de investigación operacional de enfermería tendientes en búsqueda de nuevos métodos y técnicas acordes con los avances de la ciencia y tecnología para su aplicación respectiva.
27. Participa en proyectos de casos de estudio clínico presentados en el servicio.
28. Participa en investigaciones operativas de enfermería y/o multidisciplinarios.
29. Realiza los registros de enfermería oportunamente.

Educativas

30. Participar en grupos primarios programados
31. Desarrollar plan educativo del departamento de enfermería
32. Programar al personal a seminarios, talleres y demás actividades académicas estipuladas por la institución.
33. Realizar periódicamente una actividad educativa.
34. Dar instrucciones en los procedimientos y manejos de equipos al personal auxiliar o nuevo del servicio
35. Dar Orientación al paciente y familia sobre actividades específicas encaminadas a la recuperación del paciente
36. Actuar como asesor y consultor en materias de salud de los individuos familia y comunidades.

Administrativas

37. Conocer y dar a conocer la filosofía, misión, visión, metas objetivos y actividades de la institución y de servicio de Emergencia y cuidados críticos.
38. Velar por el cumplimiento de la política y normas de la institución
39. Mantener informado al departamento de enfermería sobre las novedades y situaciones anormales o especiales del servicio.
40. Participar en las reuniones programadas: El servicio y departamento de enfermería.
41. Evaluar al personal a cargo.

42. Realizar seguimiento del personal periódicamente
43. Elaborar cuadro de turnos
44. Hacer cumplir las medidas que se tomen en el comité infecciones, Historia clínica, farmacia, complicaciones, y demás grupos de vigilancia y control.
45. Diligenciar órdenes de mantenimiento y velar por el mantenimiento de su estado
46. Realizar la asignación de áreas o procedimientos según las necesidades del servicio.
47. Realizar informes estadísticos y plan de acción según el análisis de los indicadores que aplican al servicio de emergencias.
48. Mantener comunicación efectiva con los servicios de apoyo, que prestan servicio a urgencias.
49. Creación y actualización de guías y protocolos
50. Controlar periódicamente el stock de material ropa, medicamentos e inventarios en general
51. Distribuir los recursos humanos de enfermería por servicios y turnos según las necesidades de estos.
52. Elaborar el plan de trabajo diario y distribuir las actividades sobre las bases de las necesidades de cada servicio, tomando en cuenta las prioridades.
53. Requerir distribuir, y controlar las dotaciones de material de consumo, medicamentos, ropa e instrumental de cada servicio.

Investigación

54. Participar en las investigaciones que se determinen por el servicio o departamento de enfermería.
55. Programar actividades que facilitan la investigación.
56. Realizar la investigación y seguimiento de los casos reportados del servicio derivados de la atención directa o indirecta de los pacientes.
57. Identificar problemas de enfermería que estén sujetos a investigación.
58. Recolección de datos para el desarrollo de proyectos de investigación.
59. Mejorar los cuidados de enfermería mediante la sustentación de enfermería.
60. Interpretación y aplicación de estudios en la práctica de enfermería.
61. Organiza comités y proyectos que apoyan la práctica de enfermería y del equipo de salud.
62. Analizar los datos recogidos para el estudio objeto de la investigación.
63. Publicar los resultados de la investigación

ENFERMERÍA Y SU PARTICIPACIÓN EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE RIESGO ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES

64. Conocer la infraestructura del hospital como medio de trabajo en caso de desastres natural o antrópico
65. Fomentar el interés en la prevención de riesgo tanto en el hogar como en el trabajo a través de charlas capacitaciones
66. Motivar la participación activa del personal en los ejercicios tales como simulacros, simulaciones propias y ordenadas.
67. Mantener la logística necesaria y realizar los requerimientos necesarios.
68. Sostener la actividad del grupo de brigadistas.
69. Detectar los potenciales riesgos en el entorno hospitalario y emitir su informe respectivo.
70. Acudir y ayudar a desarrollar el plan de respuesta en caso de desastres
71. Estar a disposición de la Oficina General de Defensa Nacional para las diversas actividades para las que este ente tiene a cargo.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

Durante la realización de mis servicios profesionales se puede resumir, que como enfermera asistencial he logrado adaptarme al ritmo de trabajo, involucrándome en servicios críticos. Es aquí donde se buscó unificar criterios con algunos compañeros rotantes en el cuidado del tubo endotraqueal, participando en el comité de investigación se dio capacitaciones en relación al cuidado del tubo endotraqueal, comparando si está impregnado el grado de conocimiento más se notó que ante los cambios de personal profesional de enfermería por rotación o renuncia la capacitación del cuidado del tubo endotraqueal debería ser continuo y supervisado.

Por cambios en mejora administrativa debido al número de personal se incorpora la coordinación de enfermería, cargo que supe a la jefatura del servicio con la supervisión y manejo de materiales e insumos en el servicio emergencia adulto, cargo que tengo hasta el cierre de este informe y me ha permitido involucrarme en afrontar este problema desde otro nivel.

Así mismo se presentó la necesidad del uso de dispositivos de fijación de tubo endotraqueal los cuales no han podido ser adquiridos debido a la situación económica siendo una limitación para la mejora del desempeño laboral.

IV. RESULTADOS

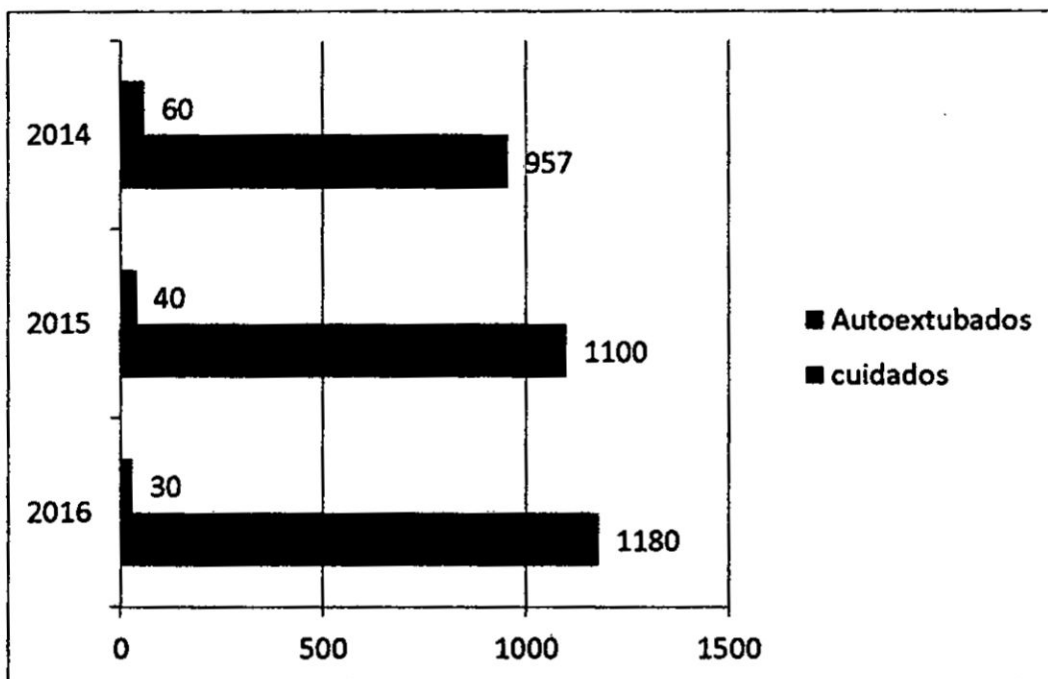
Describir la experiencia profesional en el cuidado específico de enfermería en la fijación del tubo endotraqueal en el servicio de emergencia adultos del hospital Cayetano Heredia, fue el objetivo al cual nos basamos, por tal motivo describimos los siguientes cuadros.

GRÁFICO N°4.1
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TUBO
ENDOTRAQUEAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO
DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA, 2014 - 2016

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TUBO ENDOTRAQUEAL	
AÑO	NUMERO DE CUIDADOS BRINDADOS
2014	957
2015	1100
2016	1180
TOTAL	3237

En este cuadro explicamos el número de veces que el profesional de enfermería tiende a realizar cuidados al paciente con tubo endotraqueal, el detalle encontrado es que no especifica cuantos pacientes invadidos terapéuticamente con tubo endotraqueal se tiene por año, dato que será considerado por la jefatura de enfermería exponiéndola posteriormente para considerarlo en los índices de gestión clínica de enfermería.

GRÁFICO N° 4.2
COMPARATIVO DEL NÚMERO DE CUIDADOS DE TUBO
ENDOTRAQUEAL ANUAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
ADULTO DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA, 2014 - 2016

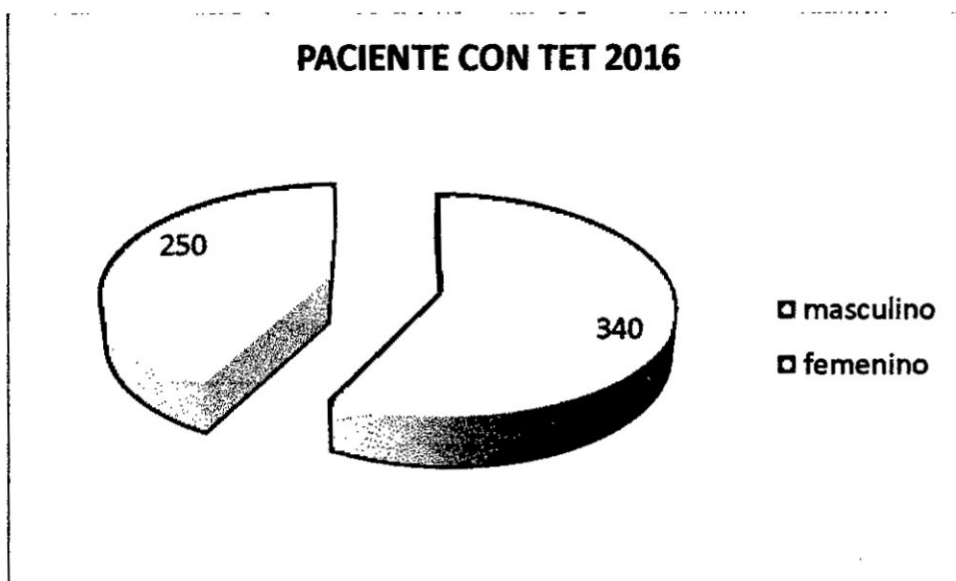


En el siguiente grafico se muestra la existencia del indicador negativo de autoextubacion el cual en un consolidado anual se ha visto por conveniente mostrar para conocimiento y fundamento del trabajo, teniendo que en el 2014 se encontró 6 casos de autoextubacion para los 957 intervenciones de cuidados enfermero en pacientes con tubo endotraqueal; para el 2015, se notó 4 casos de autoextubacion para los 1100 intervenciones de cuidados enfermero en pacientes con tubo endotraqueal; y el 2016 de los 03 casos de autoextubacion se realizaron 1180 cuidados enfermeros ; así mismo se reconoce las mejoras año a año obtenidas conservando el objetivo principal de llegar a cero en todo el año, ya que si bien es cierto en algunos meses tenemos cero autoextubados anualmente no conservamos ese resultado.

GRÁFICO N°4.3

CUADRO COMPARATIVO DE SEXO, DE PACIENTES CON TET EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA, 2016

SEXO	PACIENTE CON TET
Masculino	340
Femenino	250
Total	590

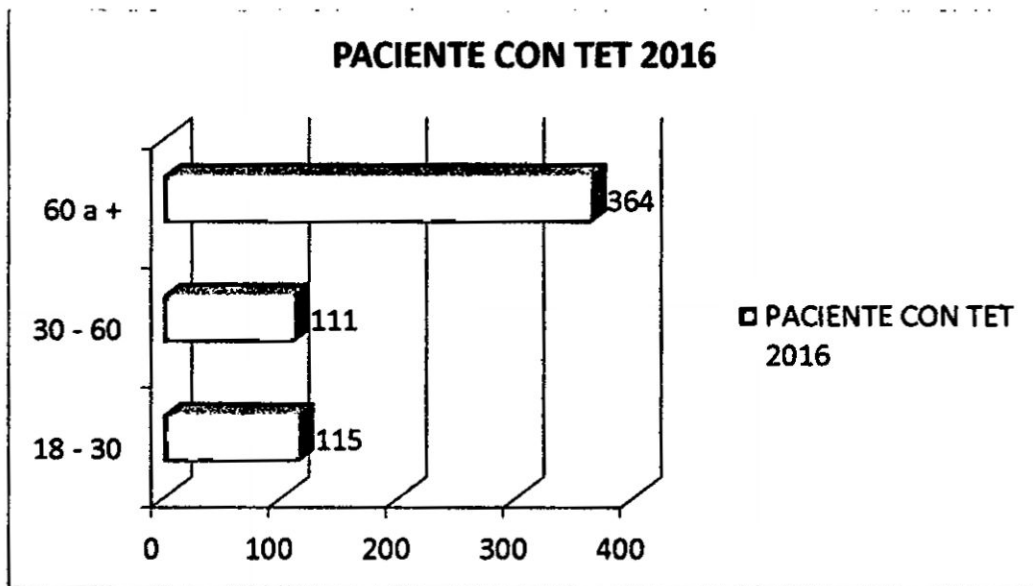


Este cuadro describe el predominio del sexo masculino como paciente crítico bajo necesidad de tubo endotraqueal para mantenimiento de vía aérea. Estadística electrónica obtenida solo en el año 2016 así mismo el total explicado fue de 590 pacientes bajo atención con TET, por recién implantarse en el servicio este tipo de herramienta tecnológica.

GRÁFICO N° 4.4

CUADRO COMPARATIVO DE EDAD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA, 2016

EDAD	PACIENTE CON TET 2016
18 - 30	115
30 - 60	111
60 a +	364
total	590



En el presente cuadro se puede apreciar que agrupados por edades se obtiene que los adultos jóvenes de 18 a 30 años de edad a razón de 115 pacientes requirieron TET en el año 2016; el grupo etareo de adultos requirieron utilización de TET 11 pacientes; y los adultos mayores de 60 a más requirieron 364 pacientes uso de tubo endotraqueal. En tal sentido los adultos maduros de 60 a más años de edad son los que recibieron mayor cuidado de enfermería basado en la sujeción de TET.

V. CONCLUSIONES

- a) El proceso del cuidado del tubo endotraqueal específicamente en la fijación es un factor importante en el cuidado del paciente, es por ello la importancia del uso de otros dispositivos de fijación que garanticen la adecuada seguridad del paciente.
- b) Las mejoras en relación a la intubación endotraqueal del paciente deben verse reflejadas en las estadísticas de cuidado del paciente en el servicio, para así estimar el porcentaje de pacientes bajo cuidado de enfermería y a su vez proporcionar datos para estudios posteriores.
- c) Mantener vigilancia en cuanto al cumplir los parámetros de fijación como criterio unificado mejora la calidad del cuidado del paciente, así como también evita lesiones y complicaciones descritas en el presente informe.
- d) Supervisar continuamente la realización de los cuidados entorno a la fijación del tubo endotraqueal, es uno de los cuidados principales del profesional de enfermería, ya que su descuido puede comprometer la vida del paciente, pues la permeabilidad de las vías aéreas es fundamental en la respiración.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda a la institución la compra de mejores dispositivos tecnológicos, por la necesidad de mejora en relación a la existencia de otros dispositivos más eficaces para la sujeción del tubo endotraqueal

- b) Mejorar el sistema estadístico y establecer indicadores específicos en relación al número de pacientes atendidos invadidos terapéuticamente con tubo endotraqueal, para también considerar el número pacientes entubados por mes.

- c) Al servicio recomendaría mantener la unificación de criterios así mismo sostener la postura Incrementar en la hoja de procedimientos y cuidados de enfermería del servicio el ítem de "colocación de TET.

- d) El profesional de enfermería se debe actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado del paciente con tubo endotraqueal específicamente en la fijación del tubo.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) García María; Chaverri, Cecilio; López, P.; Asiaín E., María; Zazpe C. Calidad de enfermería en cuidados intensivos. Estudio retrospectivo en pacientes de larga estancia. Dialnet 9(3). [Información Obtenida en Marzo 2017]. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1455550>
- (2) Estadística del servicio de emergencia adulto Hospital Cayetano Heredia Lima-Perú.
- (3) Estadística del hospital Concepción – Chile estadística del servicio de emergencia adulto.
- (4) VELITA ROJAS, ANAMELVA “Relación entre conocimientos y prácticas del profesional de enfermería sobre los cuidados del tubo endotraqueal en pacientes críticos de UCI Hospital EsSalud Huancayo 2012”. [Tesis de especialidad]. Unidad de cuidados intensivos
- (5) ALCOCER CASIMIRO, LUIS ALBERTO “Valoración de la digitopresión del cuff externo como método práctico para la determinación del volumen y la presión del globo del tubo endotraqueal”. [Tesis de especialidad]. Facultad de Medicina.
- (6) MENDOZA LOYOLA, CECILIA JUDITH “Presión de inflado del manguito del tubo endotraqueal en el Hospital Dos de Mayo. Febrero - Abril 2012”. [Tesis de especialidad].
- (7) CAMPANO MURILLO, ELISA CORINA “Estimación del volumen de insuflado para la presión segura del cuff del tubo endotraqueal en

pacientes del Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2012". [Tesis de especialidad].

- (8) 1001 maneras de fijar el tubo endotraqueal. [información obtenida en febrero 2017]. Disponible en <http://nightingaleandco.es/1001-maneras-de-fijar-el-tubo-endotraqueal/>
- (9) Tobin M (1998). Principles and Practice of intensive Care Monitoring. McGraw Hill, Inc. 1998. Chapter 34 pag 667-682.
- (10) Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud. [información obtenida en febrero 2017]. Pág. 19. Disponible en: http://www.med.unlp.edu.ar/archivos/noticias/guia_lavado_de_manos.pdf
- (11) La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. [Información obtenida en febrero 2017]. Pág. 352. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/revisiones5.pdf>.
- (12) Tobin M (1998). Principles and Practice of intensive Care Monitoring. McGraw Hill, Inc 1998. Chapter 34. Pág. 667 - 682.
- (13) Logston Boggs y Wooldridge-King; American Association of Critical Care Nurses. Procedure Manual for Critical Care. Third Edition. Pág. 612

ANEXOS

ANEXO N° 01
TUBO ENDOTRAQUEAL EN PACIENTE DEL SERVICIO



Fig. 1: Tubo endotraqueal fijado



Fig. 2: Paciente con tubo endotraqueal

ANEXO N° 02
REALIZANDO PROMOCIÓN DE LA SALUD A LA COMUNIDAD



Fig. 3: Evaluación de pacientes



Fig. 4: Educación a pacientes

ANEXO N° 03
CHARLA EDUCATIVA A COLEGIOS DE LA COMUNIDAD



Fig. 5: Niños del colegio primario



Fig. 6: Casa de uno de los estudiantes

ANEXO N° 04
CAPACITACION A DOCENTES DE LOS COLEGIOS DE LA
COMUNIDAD



Fig. 7: Evaluación de los docentes



Fig. 8: Fijador de tubo endotraqueal

ANEXO N° 05 FORMATO DE IGS



SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTOS

PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

FECHA	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	SUB TOTAL	
I. MONITOREO DE PCTE																				
1.1 Grado de Dependencia																				
1.2 Estado de Conciencia																				
1.3 Control Funciones Vitales																				
1.4 Control de PVC																				
1.5 Monitoreo Balance Hidroelectrolítico																				
1.6 Monitoreo de HGT																				
II. EVALUACIÓN DE RIESGOS																				
2.1 Riesgo de Úlceras Por Presión																				
2.2 Riesgo de Caídas																				
2.3 Riesgos de Aspiración																				
III. ADMINISTRACION TTO																				
3.1 Drogas Especiales por Bomba de Infusión																				
3.2 Transfusiones Sangre y Hemoderivados																				
3.3 TTO. Endovenoso																				
3.4 TTO. Intramuscular																				
3.5 TTO. Subcutáneo																				
3.6 Adm. Vacunas																				
3.7 TTO. Oral / Sublingual																				
3.8 Sonda Nasogástrica / Ostomía																				
3.9 Ocular (oftálmico)																				
3.10 Inhalatoria																				
3.11 Nebulizaciones																				
IV. PROCEDIMIENTOS																				
4.1 Canalización de Vía Periférica																				
4.2 Colocación Sonda Nasogástrica																				
4.3 Colocación Sonda Vesical																				
4.4 Cateterismo Vesical																				
4.5 Nutrición Enteral																				
4.6 Nutrición Parenteral																				
4.7 Toma de EKG																				
4.8 Asistencia en RCP																				
4.9 Irrigación Vesical																				
4.10 Lavado Gástrico																				
4.11 Ventilación Mecánica Invasiva / No Invasiva																				
4.12 Oxigenoterapia Sistémica/UCBN/TT																				
4.13 Asp. Secreciones Boca																				
4.14 Asp. Secreciones IOI / Traqueotomía																				
4.15 Fisioterapia Respiratoria																				
4.16 Preparación e Instalación de PVC																				
4.17 Preparación e Instalación de Ventilación Mecánica																				
V. CUIDADOS Y CURACIONES																				
5.1 Baño de Pacientes																				
5.2 Cambio Postural y Confort																				
5.3 Catéter Periférico																				
5.4 Catéter Venoso Central																				
5.5 Sonda Nasogástrica																				
5.6 Tubo Endotraqueal / Traqueotomía																				
5.7 Tubo de Tórax																				
5.8 Drenajes / Colostomía																				
5.9 Sonda Vesical																				
5.10 Curación de Úlceras por presión																				
5.11 Consumo de paquetes de Gasas																				
5.12 Cuidados Post Mortem																				
CONSUMO DE OXIGENO																				
LITROS POR MINUTOS																				
TIEMPO HORAS																				
CONSUMO: EMPOTRADO (E) BALÓN (B)																				
FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA																				
N° H.C.:		N° H.O.:		N° CAMA		SIS	SI ()	NO ()												
APELLIDO PATERNO:			APELLIDO MATERNO:						NOMBRES:											

Fuente: Departamento de enfermería del Hospital Cayetano Heredia

ANEXO N° 06
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El plan de cuidados de enfermería incluye los cuidados principales a un paciente con intubación, como respuesta a las necesidades identificadas en los diagnósticos enfermeros, que tiene como objetivo mantener la vía aérea permeable del paciente, así como su integridad y bienestar, a pesar de ser un procedimiento invasivo.

Diagnóstico	Resultados (NOC)	NIC (Actividades)
Riesgo de aspiración (00039)	Control de la aspiración (1918)	<p>Precauciones para evitar la aspiración (3200):</p> <p>Alimentación en pequeñas cantidades.</p> <p>Comprobar colocación de sonda nasogástrica o gastroctomía, antes de la alimentación</p> <p>Mantener dispositivo traqueal inflado.</p> <p>Mantener elevado el cabecero de la cama, después de la alimentación, de 30 a 45 minutos.</p> <p>Mantener equipo de aspiración disponible.</p> <p>Mantener las vías aéreas permeables.</p> <p>Aspiración de vías aéreas (3160):</p> <p>Ajustar la duración de la aspiración en la necesidad de extraer secreciones y la respuesta del paciente.</p> <p>Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.</p>

		<p>Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración</p> <p>Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.</p> <p>Disponer la mínima cantidad de aspiración de pared necesaria para extraer las secreciones (8° a 100 mmHg. para adultos).</p> <p>Disponer precauciones universales; guantes, gafas y máscara, si es el caso.</p> <p>Hiperinflar 1 a 1,4 veces el volumen corriente preajustado con el ventilador mecánico, si es el caso.</p> <p>Hiperinflar e hiperoxigenar entre cada pase de y después del último pase de aspiración.</p> <p>Hiperoxigenar con oxígeno al 100% mediante la utilización del ventilador o bolsa de resucitación normal.</p> <p>Informa al paciente y familia sobre la aspiración.</p> <p>Observar el estado de oxígeno del paciente (niveles de SaO₂ y SvO₂) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión.</p> <p>Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.</p>
<p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. (00047)</p>	<p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas. (1101)</p> <p>Indicadores priorizados: Integridad de la piel.</p>	<p>Cuidados de las heridas. (3660):</p> <p>Controlar las características de la herida. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. Evitar presionar la herida</p>

	<p>Lesiones cutáneas. Lesiones de la membrana mucosa. Descamación cutánea. Eritema. Necrosis. Induración</p>	<p>Manejo de las vías aéreas artificiales (3180): Proporcionar cuidados a la tráquea: limpiar la cánula interna, limpiar y secar la zona del estoma y cambiar la sujeción de la traqueotomía.</p> <p>Inspeccionar la piel alrededor del estoma, por si hay drenaje, enrojecimiento o irritación. Aislar la traqueotomía del agua y proporcionar cuidados bucales.</p>
--	--	--