

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON TUBO
ENDOTRAQUEAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
DE APOYO II- 2 SULLANA, PIURA 2014 - 2016**

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

RITA CECILIA VEGA RUIZ

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rita Cecilia Vega Ruiz', is positioned to the right of the author's name.

CALLAO, 2017.

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. BERTHA MILAGROS VILLALOBOS MENESES : PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO : SECRETARIA
- Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN : VOCAL

Nº de Libro : 04

Nº de Acta de Sustentación: 205 - 2017

Fecha de aprobación: 30 Junio de 2017

Resolución de Decanato N° 1662-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCION	2
I.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.1 Identificación del Problema	4
1.2 Objetivos de la Investigación	6
1.3 Justificación	6
II.- MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes del estudio	9
2.2 Marco Conceptual	14
2.3 Definición de Términos	27
III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL	29
3.1 Recolección de Datos	29
3.2 Experiencia Profesional	29
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	31
IV.- RESULTADOS	33
V.- CONCLUSIONES	57
VI.- RECOMENDACIONES	58
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	62

INTRODUCCIÓN

En la experiencia profesional como enfermera en áreas críticas, tales Emergencia y Unidad de Cardiología, durante 8 años, respectivamente, se tuvo la oportunidad de vivenciar diferentes situaciones que experimentan GHlas personas adultas en estado crítico, en especial las tratadas con tubo endotraqueal, quienes muestran inquietud, malestar, ansiedad, angustia, temor, etcétera (1).

El paciente en estado crítico, con insuficiencia respiratoria, muchas veces necesita de una vía área artificial que puede ser un tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía, para luego ser conectado a un ventilador mecánico por espacios cortos o prolongados. La persona con tubo endotraqueal tiene dificultad para comunicarse, moverse e inclusive debe alimentarse a través de una sonda nasogástrica (nutrición enteral). Por cierto que a esto se agregan otros problemas; el individuo, por su estado crítico, es hemodinámicamente inestable, lo cual lleva a la necesidad de someterlo a procedimientos invasivos y no invasivos, afectando su estado fisiológico y psicológico e influenciando, además, al aislamiento en la UCIN y a la separación de su familiar (visita restringida) (2). Además, por encontrarse rodeado de objetos, equipos y personal desconocidos para él, crea sentimientos de temor y ansiedad, lo que hace evidente conductas o actitudes muchas veces agresivas o que se vuelvan, en algunos casos, extremadamente exigentes (3).

El grado de dependencia de estas personas, generalmente, es total, porque hay alteración de las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales. La vida de estos pacientes depende de un hilo y la probabilidad de muerte y supervivencia va a estar supeditada a los cuidados y uso adecuado de los recursos (4).

De la experiencia vivida como enfermera, al cuidar por más de 8 años a pacientes en situaciones críticas de vida–muerte, despertaron gran interés las personas que estuvieron con tubo endotraqueal y no perdieron su estado de consciencia y que para poder vivir han tenido que estar intubados (sometidos a una máquina) durante varios días, semanas e inclusive meses.

Por lo tanto, se le debe ofrecer un cuidado de enfermería holístico, ya que el hombre es único e indivisible y ha de cuidarse en todas sus dimensiones, puesto que si falla la atención en una de ellas, se produce un desequilibrio repercutiendo en las demás dimensiones (5).

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción de la Situación Problemática

La prioridad más alta en una emergencia es permitir que el paciente respire al asegurar las vías respiratorias (paso del aire de la nariz y la boca hacia los pulmones). La intubación endotraqueal es una de las diferentes maneras de asegurar las vías respiratorias. (6)

El compromiso de la vía aérea y la insuficiencia respiratoria son con frecuencia causa de muerte o de graves complicaciones en el paciente críticamente enfermo, por lo que estos pueden requerir de una vía aérea artificial, a través de una traqueostomía o una intubación endotraqueal, con fines de procedimiento, urgencia o medidas terapéuticas. (6)

La intubación endotraqueal se refiere a la introducción de un tubo por la boca o la nariz hasta la tráquea con el fin de disponer de una vía para la entrada y salida de aire cuando se presenta dificultad respiratoria. La intubación endotraqueal se utiliza como una forma de mantener una vía respiratoria permeable a los pacientes que no respiran de manera adecuada sin ayuda para ventilación mecánica y para la aspiración de secreciones pulmonares. La intubación endotraqueal puede utilizarse durante tres semanas, pasadas las cuales debe analizarse la posibilidad de una traqueostomía para reducir la irritación y el daño provocado en la mucosa traqueal, la incidencia de parálisis de las cuerdas vocales y el trabajo respiratorio. La intubación de emergencia para pacientes agudamente enfermos y heridos puede reducir la muerte (7).

Dentro de la gran variedad de pacientes que ingresan al servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, muchos de ellos por su alta complejidad requieren ser intubados, y es el profesional de enfermería el encargado de brindar estos cuidados, Es por esto que el profesional de Enfermería, tiene la obligación profesional y ética de brindar un cuidado basado en el conocimiento científico para al cuidado integral de la vía aérea.

Cuando se brinda cuidado, todos los actos que en él se incluyen deben estar enfocados hacia la calidad, sin embargo, se pueden presentar situaciones en las que la calidad y por ende el cuidado se impactan de manera negativa debido a errores, incidentes, confusiones o eventos adversos como hoy se denomina a la lesión resultante de la intervención de los servicios de salud y que en el entramado proceso de atención son derivados del manejo y distribución de los recursos, los conocimientos, la preparación, las personas objeto de trabajo y las relaciones interpersonales, todo lo que propicia una atención irregular e inapropiada y lo que a su vez pone en peligro la seguridad y bienestar de las personas, conceptos clave dentro de la caracterización y puesta en marcha de servicios con calidad (8).

Los conocimientos en enfermería proporcionan poder continuar perfeccionando la práctica diaria, donde el saber debe ir al unísono con el saber hacer, de una forma interactiva e interrelacionada (9).

El propósito del presente trabajo es permitir que las enfermeras identifiquen oportunamente los riesgos a los que están expuestos estos pacientes y así brindar cuidados seguros e integrales que contribuyan a disminuir las complicaciones y mejorar su calidad de vida.

1.2. Objetivo de la Investigación

Describir los cuidados de enfermería en pacientes con tubo endotraqueal en el servicio de emergencia del Hospital II-2 Sullana, Piura 2014 – 2016.

1.3. Justificación

El ejercicio de la enfermería como disciplina profesional tiene por naturaleza y por paradigma el cuidado. Su aplicación constituye el objetivo principal del ejercicio y exige para su correcta consecución el que se tenga en cuenta un entramado de factores que incluyen la teoría, la ética, la técnica, los recursos, el conocimiento científico, las personas, sus relaciones y el medio ambiente.

Es importante resaltar que el cuidado de enfermería, que se brinda a las personas con tubo endotraqueal en la unidad, está orientado a la satisfacción de las necesidades fisiológicas, omitiendo una atención integral que afecta la calidad de cuidado. El cuidado como esencia de enfermería, que debe ser sentido, vivido y que, para que este sea integrado al día a día, es necesario absorberlo, permitir la acción de su poder transformador y asumirlo como el grado más elevado de humanización que involucra una sensibilidad superior, la espiritualidad, y solo así se sabrá cómo ponerlo en práctica. Se debe brindar cuidado a un ser único, con características biológicas, cognitivas, sociales, afectivas y espirituales e interactuando con su entorno. Además, se le debe dar el lugar que merece y no realizar una gran cantidad de actividades a ritmo vertiginoso, sin tener tiempo para valorar ni satisfacer muchas necesidades relacionadas con su salud o con su proceso de muerte (10). Consecuentemente, como enfermeras no hay consciencia

de las vivencias de la persona adulta con tubo endotraqueal, se brinda los cuidados del tubo, olvidándose que es un ser humano quien lo tiene en la boca, que le impide comunicarse y le genera malestar, dolor y sufrimiento; con este estudio se quiere conocer el mundo vivido, para comprenderlo y mejorar el cuidado del paciente (11). Enfermería se ha identificado con el cuidado del ser. El interés y motivación de la enfermera por brindar un cuidado integral a la persona, al final de la vida, se remonta a los orígenes de la profesión. Los diferentes modelos y teorías en enfermería enfatizan la importancia del cuidado de las personas en estado crítico, considerando que su función es ayudar a la persona, enferma o sana, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, a su recuperación o a una muerte tranquila y que realizaría sin ayuda, si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. El cuidado es un proceso humano intersubjetivo que expresa respeto por el misterio del ser en el mundo, reflejado en las tres esferas de mente, cuerpo y alma (12).

En el área de educación de la enfermería, se debe seguir estimulando el desarrollo de capacidades en el estudiante, para mejorar día a día el cuidado con la formación de profesionales críticos, creativos, sensibles y con valores; porque solo así podrá hablarse de cuidado humano (13).

En la actualidad uno de los principales indicadores en los hospitales de MINSA es la calidez y cuidado en la atención de salud, aplicándolo en el campo diario de trabajo al tener contacto con el usuario o cuando acude al centro asistencial o al Servicio de Emergencia, Por tal motivo este Trabajo de Investigación es importante para el personal de salud que labora en el servicio de Emergencia del

Hospital de Apoyo II-2 Sullana porque los resultados van a contribuir a mejorar la atención integral hacia los pacientes que se encuentra Intubados .Así también la investigación permitirá que las instituciones educativas formadoras de profesionales de salud como universidades socialicen los resultados teniendo énfasis la importancia del cuidado enfermero paciente.

Finalmente, el presente estudio servirá de marco referencial de conocimientos del cuidado de pacientes con tubo endotraqueal y para la mejora de los procedimientos detallados y de rigor metodológico, donde se concreta lo que se conoce como un método científico asegurando una atención con calidez y de calidad óptima.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

KLUCZYNIK VIEIRA C., DE ANDRADE P., BERTHA CRUZ, COURA ALEXSANDRO S., OLIVEIRA MACHADO M. (2014).

“Acciones de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica”. Grande do Norte Brasil.

Objetivo: Identificar acciones de enfermería implementadas en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica en los pacientes intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Método: Revisión sistemática en las bases: PubMed, BVS y Scielo utilizando los descriptores: "Atención de Enfermería" y "Neumonía Asociada al Ventilador". Población: La muestra constaba de 13 artículos. La calidad interna se evaluó mediante la clasificación de Jadad.

Resultados: Los destaques fueron las acciones: elevación de decúbito de 30º; higiene oral; formación de las enfermeras; Protocolo Francés Destete de la Ventilación Mecánica dirigido a las enfermeras; proporción entre el número de enfermeras por turno, y evitar la reutilización de succión. Conclusión: Los cuidados de enfermería presentados deben ser utilizados en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica en los pacientes intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos, ya que a través de los resultados de los artículos originales demostraron la eficacia de dichas acciones (14).

MORENO AGUILAR, RITA GUADALUPE (2010) En su Tesis “Evaluación del Cuidado de Enfermería a la Vía Aérea Artificial en Pacientes con Ventilación Mecánica”

Objetivo: Evaluar el cuidado de enfermería a la vía aérea artificial de pacientes en ventilación mecánica. Metodología: Descriptivo, se efectuó en dos instituciones de salud, uno de seguridad social y uno de la secretaria de salud de Aguascalientes, muestra de 38 pacientes seleccionada por muestreo no probabilístico, se utilizó un instrumento para la evaluación de la vía aérea artificial dividido en traqueostomía e intubación endotraqueal, con cuatro indicadores: permeabilidad, higiene, presencia de lesiones y fijación, con un total de catorce ítems, medidos de manera nominal dicotómica. Se utilizó un instrumento para la evaluación de la vía aérea artificial dividido en traqueostomía e intubación endotraqueal, con cuatro indicadores: permeabilidad, higiene, presencia de lesiones y fijación, con un total de catorce ítems, medidos de manera nominal dicotómica. Resultados: 71 % se encontró en hospitalización y 29 % en terapia intermedia, predominaron los pacientes mayores de 65 años de edad en el servicio de hospitalización y en terapia intermedia menores de 40 años. Eran principalmente masculinos con problemas neurológicos y respiratorios. En la evaluación del cuidado fueron evaluados como regulares los indicadores de permeabilidad, prevención y la fijación, y deficiente el de higiene. La calificación global por servicios se identificó diferencias en el cuidado de la vía aérea artificial. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (15). Conclusión: Del análisis de los resultados del cuidado de enfermería a la vía aérea

artificial de pacientes en ventilación mecánica se encuentran diferencias entre los servicios de hospitalización y terapia intermedia, como deficiente y regular respectivamente, lo que confirma la necesidad e importancia de supervisar el cuidado de enfermería.

SÁNCHEZ SÁNCHEZ, MORELIA EIZABETH (2015) “Estrategias Para Garantizar Los Cuidados De Enfermería A Pacientes Con Ventilación Mecánica En Uci Del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro De La Ciudad De Guaranda Ambato – Ecuador”.

El presente trabajo de investigación se encarga del estudio de la intervención de enfermería en pacientes con ventilación mecánica para disminuir complicaciones en el Área de Terapia intensiva del Hospital Alfredo Noboa Montenegro en la ciudad de Guaranda. Objetivo: de esta investigación es implementar un proceso de atención de enfermería en el área de terapia intensiva, que está dirigido al personal de enfermería para mejorar los cuidados de enfermería y disminuir complicaciones. Metodología: cuali-cuantitativa de tipo descriptiva- analítica relacionada con el método inductivo – deductivo. Población: fue de 23 profesionales de Enfermería y 3 internas de enfermería, la técnica fue el cuestionario y una guía de observación, con los cuales se puede determinar que los principales hallazgos que se obtuvieron en este trabajo de investigación, fueron las deficiencias en la aplicación del proceso de atención de enfermería, planificación de actividades entre otras. Resultados: el 96% no realiza el proceso de atención de enfermería. Además indica que el 92% no Planifican cuidados de enfermería de acuerdo a las taxonomías de NANDA NOC y NIC, razón por la

cual los cuidados realizados no están siendo valorados científicamente por los autores según las taxonomías NANDA debido que a las intervenciones de enfermería se basan de acuerdo a los objetivos planteados; es la forma en que el profesional de enfermería, el paciente y familiares saben la eficiencia del tratamiento de enfermería para disminuir o prevenir la primera parte de lo enunciado del diagnóstico de enfermería, orientados al bienestar del paciente para asegurar la evolución de acuerdo a los resultados esperados NOC. Conclusión: que es necesario aplicar las siguientes estrategias, como la elaboración de un proceso de atención de enfermería mediante las taxonomías de NANDA, establecer estándares de cumplimiento de los cuidados de enfermería en pacientes con ventilación mecánica (16).

CASTRO RODRÍGUEZ, BETTY CARIDAD (2015) En su tesis “Vivencia De La Persona Adulta Con Tubo Endotraqueal: Contribución Para Un Cuidado Humanizado. Trujillo Hospital Belén. El presente estudio, de tipo cualitativo, se realizó con el Objetivo de analizar comprensivamente la vivencia de la persona adulta con tubo endotraqueal en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del Hospital Belén de Trujillo. La investigación surge ante la necesidad de profundizar en las vivencias de estas personas para llegar a comprender y develar el fenómeno vivencial, a través de una trayectoria cualitativa del enfoque fenomenológico. Este análisis constituirá el punto de partida para reflexionar y meditar sobre el cuidado que se brinda. Método: utilizado fue la fenomenológica hermenéutica, dado que el conocimiento de los seres humanos no es posible sin describir sus experiencias, la forma en que las viven y cómo las describen.

Población: En el estudio participaron 13 personas, número que se determinó por la técnica de «Bola de Nieve». Resultados: se identificó nueve unidades de significado: cercanía a la muerte, angustia, dolor, ahogo, soledad-tristeza, no podía hablar, acercamiento a Dios, alivio cuando me sacaron el tubo.

Conclusiones: al develar el fenómeno, se encontró que la cercanía a la muerte y la angustia jugaron un rol importante en la percepción del Dasein «ser» y su mundo. Esto permite comprender que el fin prioritario del cuidado debe ser aliviar el sufrimiento humano, mantener la dignidad y facilitar los medios para manejar la crisis del vivir y del morir (17).

CAHUA VENTURA, SUSANA ESTHER (2015) En su Tesis: “Conocimientos y Prácticas de la Enfermera sobre la Aspiración de Secreciones en Pacientes Intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos Hospital María Auxiliadora - 2013” Lima, Perú.

Objetivo: fue determinar los conocimientos y prácticas de la enfermera sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados. Método: Estudio tipo cuantitativo. Población: La población estuvo conformada por 20. Resultados: Fue 100%(20), 50%(10) conoce, 50%(10) no conoce y en la práctica 50%(10) es adecuado y 50%(10) inadecuada. Conclusiones: En cuanto a los conocimientos de la enfermera sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados un porcentaje equitativo conocen las barreras de protección que se utiliza en la aspiración de secreciones, mientras que no conocen los principios de la aspiración de secreciones, los signos y síntomas que indican la aspiración de secreciones por TET. En cuanto las prácticas similares resultados se obtuvieron; lo adecuado está

referido a que antes de la aspiración de secreciones se lava las manos; durante se introduce la sonda dentro del tubo oro traqueal sin aplicar presión positiva y después desecha los guantes y lo inadecuado está dado por que antes de la aspiración no ausculta al paciente, durante la aspiración, la duración es menor de 10 segundos y después de la aspiración no ausculta ambos campos pulmonares (18).

2.2. Marco Conceptual

Insuficiencia Respiratoria: Aparece cuando los pulmones son incapaces de mantener la homeostasia del oxígeno y el CO₂. La insuficiencia respiratoria es una causa significativa de morbilidad y mortalidad en los centros de cuidado agudo. En el contexto clínico, se utiliza la gasometría arterial para evaluar y definir la insuficiencia respiratoria. Por lo general los criterios de insuficiencia respiratoria incluyen una tensión de oxígeno arterial inferior a 50-60 mmHg.

La insuficiencia respiratoria puede ser aguda o crónica, dependiendo de la causa subyacente y de la rapidez de su inicio. El pH de la sangre arterial se emplea para valorar si la insuficiencia respiratoria es aguda o crónica; durante la insuficiencia respiratoria aguda el paciente presenta acidosis ($\text{pH} < 7,30$) mientras que en la insuficiencia respiratoria crónica el pH es normal debido a la compensación renal. Además la insuficiencia respiratoria puede categorizarse en función de su origen:

- Ventilatoria: Por ej.; sobredosificación de fármacos, Pao₂ bajo, Paco₂ alto, P(A-a) O₂ normal.

- Oxigenatoria: Por ej.; neumonía, edema pulmonar, Pao2 bajo, Paco2 normal, P(A-a) O2 alto.

- Oxigenatoria y Ventilatoria: Por ejm; EPOC, Asma Grave, Pao2 bajo, Paco2 alto, P (A-a) o2 alto.

Etiología: Existen muchas enfermedades que predisponen a la IR y la lista que acrecienta en forma continua, las mismas que producen daño a la unidad alveolo capilar en forma directa (vía aérea) o (vía hematógica).

Condiciones clínicas con elevada posibilidad para desarrollar Insuficiencia Respiratoria

Condiciones patológicas de acción directa:

- Aspiración atestiguada de contenido gástrico y Bronquial.
- Neumonía infecciosa.
- Inhalación de tóxicos.
- Contusión pulmonar.
- Casi ahogamiento.

Condiciones patológicas de acción indirecta:

- Sepsis
- Pancreatitis
- Shock
- Politrauma
- Embolismo aéreo
- Uremia

- Eclampsia
- CID
- Sobredosis de drogas

Fisiopatología: Las causas más frecuentes de IR aún se están definiendo y parece que el propio huésped puede producir, mantener y sostener la lesión pulmonar, en el pulmón mismo o en lugares más distantes. Han sido involucrados la interacción de las células de defensa del huésped con diferentes mediadores celulares y humorales y su reacción a gérmenes.

Los mediadores en la IR están ligados a mecanismos inmunológicos unos son: celulares (neutrófilos, plaquetas, macrófagos, y células endoteliales y epiteliales) y humorales (complemento, citosinas, factor activador de plaquetas, radicales oxidantes, ciclo y lipooxigenasa).

La fisiopatología de la IR comprende el síndrome de fuga capilar pulmonar, la disminución de la distensibilidad pulmonar, hipertensión arterial pulmonar y la reducción en la disponibilidad del oxígeno sistémico.

Criterios de diagnóstico y confirmación: El curso inicial se caracteriza por deterioro progresivo de la función respiratoria. El examen físico tiene valor limitado y se demuestra en un estudio:

El diagnóstico de la IR básicamente necesita de:

- Antecedente de un evento con elevado riesgo para desarrollarlo (sepsis, pancreatitis, trauma, etc.).
- Presencia de hipoxemia con incremento del trabajo respiratorio.

- Infiltrado pulmonar bilateral.
- Función cardiaca normal.

De acuerdo a las alteraciones de estos datos el cuadro clínico y los cambios radiológicos han sido divididos en cuatro fases:

FASE I: Disnea, Taquipnea, Pulmones normales, Alcalosis respiratoria.

FASE II: 12-24 horas, Hipoxemia, Cambios Rx, Estertores, crepitantes, Rx infiltrados en parches, Broncograma aéreo.

FASE III: 4-5 días, Grave compromiso de la función respiratoria, Hipoxemia severa (O₂), Elevación del CO₂ (acidosis respiratoria o mixta).

GC y VCO₂ elevados, RVP disminuida, Infiltrados consolidados, Datos incipientes de neumonías y disfunción cardiaca.

FASE IV: Hipoxemia refractaria, Uso de PEEP en niveles peligrosas, Procesos neumónicos, más frecuentes, GC disminuye, RVP aumenta, Datos clínicos y de laboratorio de disfunción de otros órganos, Rx grave fibrosis, Barotrauma.

Criterios de laboratorio: El único estudio de laboratorio que nos puede orientar en la gravedad de la hipoxemia es la gasometría arterial, en donde encontraremos:

- Pao₂ y Sat. a O₂ disminuidas
- Alcalosis respiratoria
- Acidosis respiratoria

Manejo terapéutico: En el manejo de estos pacientes la identificación y tratamiento de la condición desencadenante es esencial y la prioridad básica es la

correlación de la hipoxemia además de la vigilancia hemodinámica y el apoyo nutricional, hídrico y electrolitos.

a) Fase inicial: Estabilización de la hipoxemia:

- Oxigenoterapia con mascarilla facial
- Ventilación con presión positiva no invasiva
- Ventilación con presión positiva invasiva
- Estabilización del evento desencadenante del IR
- Terapia de soporte
- Monitoreo hemodinámico
- Reanimación líquida juiciosa
- Uso de inotropos y vasoactivos

b) Prevención de la toxicidad por oxígeno:

- Lograr que la fracción inspiratoria de oxígeno este por lo menos por debajo del 60%, agregando presión positiva al final de la espiración (19).

Generalidades sobre el paciente intubado

Es aquel paciente que cuenta con vía aérea artificial para mantener una comunicación permeable entre el árbol traqueo bronquial y el aporte del aire. Por esta razón es importante seguir los principios. Sobre aspiración que mejora la efectividad y la eficiencia a la vez que reducen los efectos colaterales (20).

Intubación endotraqueal

La cánula endotraqueal es un instrumento indispensable para la atención de las vías respiratorias por ello es importante conocer el diseño de la cánula y su

función. La mayoría tienen un manguito de baja presión y volumen elevado, su extremo distal está biselado y debe tener un orificio lateral y ojo de Murphy que permite la ventilación incluso si el orificio principal se obstruye por la pared de la tráquea. En el otro extremo de la cánula hay una válvula y un tubo para inflar un globo piloto, usado para vigilar la integridad del manguito. Este extremo también tiene un adaptador estándar de 15 mm para conectar la bolsa de reanimación o el ventilador (21).

Tubo endotraqueal (TET): Es un tubo que se introduce a través de las fosas nasales o de la boca es el medio más utilizado para manejar la vía aérea a corto plazo. Se dividen en dos partes: el adaptador de 15 mm, que facilita la conexión al ventilador, al ambú o al tubo en T y el tubo propiamente tal. En el tubo pueden existir otros dos elementos como son el balón de inflado del cuff y la válvula anti retorno de inflado. El tubo tiene la punta atraumática, a lo largo de todo el tubo hay una línea de contraste radiopaca con escala, que permite ver si la posición del tubo en la tráquea es la deseada (22).

Cuidados generales del paciente con tubo endotraqueal (TET)

Los cuidados del paciente con vía aérea artificial, entre otros, incluyen:

- Efectuar higiene de la cavidad oral con abundante agua con un colutorio, cepillando las piezas dentarias; de la nariz con suero fisiológico, e hidratar los labios con vaselina cada 8 horas, o más si es preciso. Es necesario que se preste especial atención al lavado de la boca, ya que la vía más frecuente de infección de las vías respiratorias es la micro aspiración de secreciones

contaminadas con bacterias colonizantes de la oro faringe o del tracto gastrointestinal superior del paciente (23).

- La descontaminación oral preventiva con solución de clorhexidina al 0,2% podría ser efectiva en pacientes de alto riesgo, dada su fácil administración y costo razonable (24). Es adecuado colocar cánula orofaríngea o mordillo para evitar que el paciente muerda el tubo (25).

- Cambiar la fijación y los puntos de apoyo del tubo periódicamente evitando los decúbitos. La posición ideal del tubo endotraqueal es en el centro de la cavidad oral. Esto es debido a que disminuye la incidencia de úlceras por decúbito en las comisuras bucales y además, y no menos importante, es el efecto de palanca que se produce al movilizar el tubo. El desplazamiento del tubo en el extremo proximal (en la boca), produce que el extremo distal (en la región subglótica) se movilice en sentido contrario “apoyándose” el tip o la punta del tubo contra la pared traqueal provocando injuria de la mucosa (25).

- Si los dispositivos de ajuste se encuentran sucios o flojos se debe volver a colocar la cinta o asegurar el tubo traqueal cada vez que sea necesario.

- Marcar con rotulador en el tubo el nivel de la comisura labial (25). Esto es debido a que durante los movimientos de flexoextensión de la cabeza el tubo endotraqueal se desliza pudiendo alojarse en el bronquio fuente derecho. Esto ocurre con mayor frecuencia en los niños cuya tráquea es de escasa longitud (5 cm a los 12 meses, 7 cm a los 18 meses). Verificar por turnos la presión del balón del

tubo endotraqueal. El monitoreo debe asegurar que la presión del balón permanezca por debajo de 20 mmHg permitiendo un margen de seguridad por debajo de la presión de perfusión capilar traqueal (25 a 35 mmHg). Se asume generalmente que entre 25 mmHg es el valor máximo aceptado para la presión ejercida lateralmente sobre la pared traqueal por el balón inflado. Si el paciente presenta signos de mala perfusión y/o elevadas presiones en la vía aérea durante la ventilación mecánica, el valor de la presión intramanguito debe ser menor (25).

- Comprobar por turno la posición del tubo, por medio de la observación de la expansión de ambos campos pulmonares y por medio de la auscultación. Primero se ausculta epigastrio, si no gorgotea se descarta inicialmente localización en estómago; luego se ausculta región anterior izquierda y región anterior derecha. Si no se ausculta murmullo vesicular en el pulmón izquierdo pero sí en el derecho pudo haberse desplazado el tubo a bronquio fuente derecho. En ese caso se debe retirar el tubo dos centímetros y se vuelve a comprobar. En los niños siempre debe auscultarse las axilas para valorar la entrada de aire (26).

- Aspirar secreciones cuando sea necesario. Se determina la necesidad de aspiración en forma precoz observando la curva de flujo/tiempo en la pantalla del ventilador. Cuando la curva comienza a horizontalizarse perdiendo su característica curva habitual (convexa), es un indicio de requerimiento de aspiración de secreciones. Otro parámetro, aunque más tardío, es la elevación de la presión pico en la vía aérea durante la ventilación mecánica.

Posición y fijación del tubo orotraqueal

- La mala posición del TET es una complicación que aparece en el 12 al 15% de las intubaciones realizadas en la Unidad de Cuidados Críticos (UCC). Los niños tienen mayor riesgo de mal posición del tubo debido a la corta longitud de la tráquea (27).
- El tip del TET debe estar ubicado 4 a 5 cm por encima de la Carina, equivalente al nivel de la tercera – cuarta vértebra dorsal. Debe documentarse la profundidad de la inserción, distancia en centímetros a nivel del incisivo superior o a nivel de los labios en paciente sin dientes. También, una vez colocado, se debe marcar el TET a nivel del incisivo superior o de los labios para tener idea de la profundidad correcta del TET.(28)
- La posición del tip o punta del TET es dependiente de la posición de la cabeza y del cuello. La flexión hacia delante descende el tubo endotraqueal en un promedio de 1,9 cm y la extensión hacia atrás eleva el tip en una distancia semejante (27).
- La radiografía de tórax siempre debe realizarse después de la confirmación primaria y secundaria del tubo y obviamente en un paciente estabilizado. En el paciente con el TET colocado en la vía aérea, la placa de tórax (visión anteroposterior) únicamente nos dice a cuántos cm de la carina se encuentra el tip o extremo distal del tubo, y si está desplazado al bronquio fuente derecho, pero de ningún modo nos asegura que se encuentre dentro de la vía aérea. La confirmación primaria se realiza a través de la auscultación del tórax, ya descrita. La confirmación secundaria se hace a través de la detección de CO₂ en el aire

espirado y con el dispositivo esofágico espontáneo. Todos nuestros esfuerzos deben ser realizados para verificar la correcta posición del TET y deben registrarse todas las intervenciones y maniobras. La profundidad en la que se encuentra el TET en el hombre debe ser de 23 cm y de 21 cm en la mujer, sin embargo la profundidad debe evaluarse siempre individualmente, particularmente teniendo en cuenta la estatura del paciente (28).

- La vía de intubación orotraqueal presenta mayores dificultades de anclar el TET que la vía nasotraqueal y el tubo de la traqueostomía. Los pacientes sin dientes y que mantienen su boca abierta ampliamente representan un mayor desafío en este sentido. La migración del tip del TET hacia un bronquio principal, la extubación inadvertida, la ventilación y oxigenación inadecuadas y la aspiración e injuria física son algunas de las consecuencias de la falla en estabilizar al TET apropiadamente. Si el paciente tiene colocada una cánula orofaríngea o bloqueante de la mordida (mordillo) además del tubo endotraqueal, deben fijarse en forma individual para evitar el desplazamiento del tubo (28).

- Una vez colocado el tubo endotraqueal y verificada su posición adecuada se debe fijar para evitar desplazamientos. Existen varios métodos para realizarlo debiéndose optar por el que ofrezca mayor comodidad y efectividad para el paciente y para el equipo de salud que lo asiste. Los requisitos que deberían cumplir son:

- Otorgar estabilidad al tubo traqueal
- Permitir la aspiración de la laringe y la higiene oral frecuente.
- Permitir el cambio de posición del tubo frecuentemente.

- Evitar la compresión del cuello que impide el retorno venoso adecuado del cerebro al tórax.
 - Ubicar al tubo en posición medial dentro de la boca.
 - Producir el mínimo de lesiones dérmicas y por decúbito (no olvidar el efecto palanca) (28).
- El TET debe ser anclado todas las veces que sea necesario para prevenir una inadvertida extubación y excesivo movimiento del tubo.
 - Es muy importante sostener las tubuladuras del ventilador para reducir la transmisión de las fuerzas mecánicas directamente al paciente. El peso de las tubuladuras del ventilador debe ser soportado sobre el tórax del paciente o sobre un soporte del ventilador para mantener el tubo en su lugar (28).

Los métodos de fijación más difundidos son:

Método con tela adhesiva 1

- Aplicar con una gasa tintura de benzocaína sobre un cuadrado de 5 x 5 cm sobre las mejillas del paciente, a ambos lados de las comisuras labiales.
- Dejar que se seque la zona hasta que adquiriera una consistencia pegajosa.
- Cortar dos cuadrados de cinta adhesiva de 5 x 5 cm y colóquelos sobre las áreas pintadas.
- Corte una tira de 15 cm de tela adhesiva de 2,5 cm de ancho.

- Pegue la punta sobre uno de los cuadrados de tela adhesiva de 5 x 5 cm, luego enróllela alrededor del extremo del tubo y crúcela hacia el otro lado, pegando el extremo sobre el otro cuadrado de tela adhesiva.
- Asegúrese de dejar al menos 5 cm de cinta por cada extremo de forma que pueda adherirlos a los cuadrados que había colocado sobre las mejillas del paciente.
- Ventaja del método: permite quitar la cinta adhesiva y sustituirla tantas veces como convenga sin irritar la piel del paciente (28).

Método con tela adhesiva 2:

- Corte dos tiras de 15 cm de cinta adhesiva de 2,5 cm de ancho.
- Tome una y enróllela de forma cruzada alrededor del tubo, dejando un mínimo de 5 cm a cada extremo.
- Extienda los extremos hacia arriba y adhiéralos a las mejillas del paciente.
- Utilizando la misma técnica, enrolle la segunda tira alrededor del tubo, pero en esta ocasión dirija los extremos hacia abajo.
- Este método proporciona una fijación de alta seguridad, ya que la cinta adhesiva ejerce igual presión hacia arriba que hacia abajo (28).

Método con tela adhesiva 3:

- Corte una cinta adhesiva de 2,5 cm de ancho, lo suficientemente larga como para rodear la cabeza del paciente.

- Cubra el lado adhesivo de la tira con un trozo más corto de cinta hipoalergénica, dejando un mínimo de 8 cm. Descubiertos a cada extremo.
- Corte por la mitad los extremos de la cinta adhesiva no cubierta.
- Coloque la tira de cinta adhesiva alrededor de la cabeza del paciente, por encima de las orejas.
- Asegúrese que sea la cinta adhesiva hipoalergénica la que quede en contacto con la piel.
- Sírvese de los extremos cortados de cinta adhesiva para fijar la sonda.⁴
- Se puede aplicar un parche hidrocoloidal sobre las mejillas para proteger la piel (28).

BASE TEÓRICA

La atención de la enfermera bajo la aplicación del modelo teórico de Dorotea OREM, exige una valoración muy puntual de las capacidades del adulto mayor, para tomar decisiones en el cuidado de su salud. En mi experiencia de trabajo, tener en cuenta el modelo teórico de Dorotea Orem, en el cuidado de los pacientes adultos mayor me ha servido para realizar ordenadamente la valoración sistemática de sus capacidades, que sirvieron para la elaboración de los cuidados del paciente, ayudando a su recuperación, evidenciando de esta manera un trabajo profesional de la enfermera.

El envejecimiento es un proceso normal fisiológico, caracterizado por la pérdida de progresiva de la capacidad de adaptación y la capacidad de reserva del

organismo ante los cambios por lo que no podemos considerarlo como una enfermedad (8).

De acuerdo con la organización Mundial de la Salud (OMS) se considera adulto mayor a cualquier persona mayor de 60 años.

El envejecimiento trae como consecuencia al organismo la pérdida total de determinadas funciones, cambios funcionales y estructurales.

Alguno de ellos se consideran adultos mayores disfuncionales debido a que, a causa de los problemas naturales que conlleva el envejecimiento, necesitan ayuda para llevar a cabo sus actividades cotidianas.

El índice de Katz, es un instrumento que se utiliza para evaluar el grado de discapacidad del individuo para realizar las actividades de la vida diaria, o sea la capacidad que tiene el adulto mayor para valerse por sí mismo y desarrollar actividades propias de la vida cotidiana (2).

2.3 Definición de términos

1. Cuidados de enfermería

Son todas aquellas acciones y procesos que la enfermera realiza en orden para atender al paciente satisfactoriamente y tratar la enfermedad que está padeciendo.

2. Paciente intubado

Es aquel paciente que cuenta con vía aérea artificial para mantener una comunicación permeable entre el árbol traqueo bronquial y el aporte del aire. Por

esta razón es importante seguir los principios. Sobre aspiración que mejora la efectividad y la eficiencia a la vez que reducen los efectos colaterales (20).

3. Insuficiencia respiratoria

La deficiencia respiratoria sucede cuando no fluye suficiente oxígeno de sus pulmones a su corazón. Sus órganos, como su corazón y cerebro, necesitan sangre rica en oxígeno para funcionar correctamente. La insuficiencia respiratoria también puede suceder cuando sus pulmones no pueden eliminar el dióxido de carbono (un gas de deshecho) de su sangre. Tener demasiado dióxido de carbono en la sangre puede lastimar sus órganos. (20)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para realizar el presente informe se recolectaron los datos sobre los pacientes que ingresaron al servicio de Emergencia y por la gravedad fueron intubados ya sea para ventilación asistida por ambú o tubo en T del libro de ingresos de pacientes al servicio de Emergencia de los años 2014- 2016 así también se obtuvo datos de la oficina de estadística con la debida autorización de la jefa de enfermeras del servicio.

3.2. Experiencia profesional

Mi experiencia profesional en el servicio de emergencia del el Hospital de apoyo II-2 de Sullana, Piura , se inicia el 1 de enero del 2010 actualmente con 8 años de labor asistencial en la que he podido a través de mi practica utilizar técnicas y procedimientos inherentes al área donde me desenvuelvo basados en principios científicos garantizando una práctica segura y cuidados con calidad para el paciente hospitalizado en el servicio de Emergencia y tiene como misión proporcionar una Atención óptima a los pacientes que son ingresados con procesos críticos y satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la prestación de cuidados de enfermería especializados, con la máxima calidad y seguridad. En dicha sala quienes brindan estos cuidados muchas veces logran dar respuestas positivas sobre la evolución de los pacientes, no siendo así en pacientes cuya condición de salud está deteriorada presentando otras complicaciones en

otros órganos y sistemas ; siendo el personal de enfermería el responsable de los cuidados de los pacientes que son totalmente dependientes de las acciones de enfermería.

Lo que más me impacto durante mi tiempo de servicio: es el Ingreso de paciente adulto maduro de 58 años con diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva que ingresa a emergencia en muy mal estado general, con hipotensión, taquicárdico, diaforético, disneico, polipneico con sensación de falta de aire con respiración boqueante, somnoliento y con palabras entrecortadas pidiendo que lo ayuden que no lo dejen morir.

con Presión Arterial 50/30 mmHg, imperceptible frecuencia cardiaca de 180 por minuto ,frecuencia respiratoria en 52x', T°: 38,5, SPO2 en 67% ,se canalizó vía periférica en ambos miembros superiores, en posición semifowler, con oxígeno por mascara de reservorio a 15ltx', según indicación médica, se instaló infusión de amiodarona 150mg 2 ampollas en 100cc de Dextrosa al 5% a goteo rápido, Noradrenalina 2 ampollas de 4mg en infusión a 20cc/h con cloruro de sodio al 9% 100 cc, a medida que pasaban los minutos el estado del paciente era más crítico; a pesar de las acciones realizadas y el apoyo emocional brindado. Era desesperante el sentir y ver que no mejoraba, Inmediatamente lo trasladaron a la UCI. Preparan todo para intubarlo y ponerlo a ventilación mecánica, presentó paro cardiaco se realizó maniobras de reanimación cardiaca. se administró Atropina, Adrenalina he ahí el actuar del profesional de enfermería en brindar los cuidados de enfermería con eficiencia eficacia calidez de manera holístico y el cuidado humanizado, dado a la forma que estos cuidados son brindados

dependerá de la evolución satisfactoria de los pacientes. La impotencia que causa que a pesar que se realiza todo lo necesario no es suficiente el paciente no logra salir de su estado crítico.

Le hice seguimiento paciente fue conectado a ventilación mecánica, le instalaron CVC para los fluidos, sonda nasogástrica., presento otro evento y después de 9 horas fallece y pasa a la morgue.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

El servicio de emergencia hospitalaria se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrecen asistencia multidisciplinaria, ubicada en un área específica del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender las emergencias.

Cuando una persona se encuentra en una situación de urgencia o emergencia y acude a un hospital para recibir asistencia sanitaria, es imprescindible que los trabajadores actúen de manera rápida, organizada, que tengan claras sus funciones asignadas, y que se trabaje en equipo, todo ello para prestar la mejor atención al paciente.

La enfermera del servicio de emergencia, debe estar preparada para pensar con rapidez, evaluar sin dilación los problemas de la víctima, establecer una escala de prioridad precisa y emprender medidas prácticas y expertas.

Mientras la enfermera lleva a cabo la evaluación, se estará formando la primera impresión, precisara la urgencia de la situación clínica, decidirá las prioridades asistenciales y controlara el medio emocional de la víctima, si es necesario.

Cuando evalué un anciano en una situación de urgencia, use las mismas técnicas usadas en el adulto. Sin embargo, es necesario que tome en consideración los cambios fisiológicos y biológicos que son parte normal de la senectud. El adulto mayor puede tener una o más enfermedades crónicas que compliquen su tratamiento y cuidado.

Hay un alto grado de insatisfacción y frustración del personal de enfermería del servicio de emergencia por la falta de gestión administrativa, falta de infraestructura, falta de capacitación , falta de material de lencería, falta de equipos, de insumos (gorros, mascarillas, mandilones, etc.)

Para diseñar, planear e implementar el plan de cuidados de enfermería se utilizó la taxonomía II NANDA – 1 integrada por 13 dominios Y 47 clases, estableciéndose la interrelación con los diagnósticos de enfermería (NANDA) con los resultados esperados (NOC) y con las intervenciones de Enfermería (NIC).

IV. RESULTADOS

Se tuvo en cuenta los datos recolectados del libro de ingresos y altas del servicio de emergencia, dichos datos se realizaron de forma sistematizada para la obtención de evidencias del número de casos que se atienden en el Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura, en el Servicio de Emergencia donde vengo laborando y desempeñándome.

CUADRO 4.1

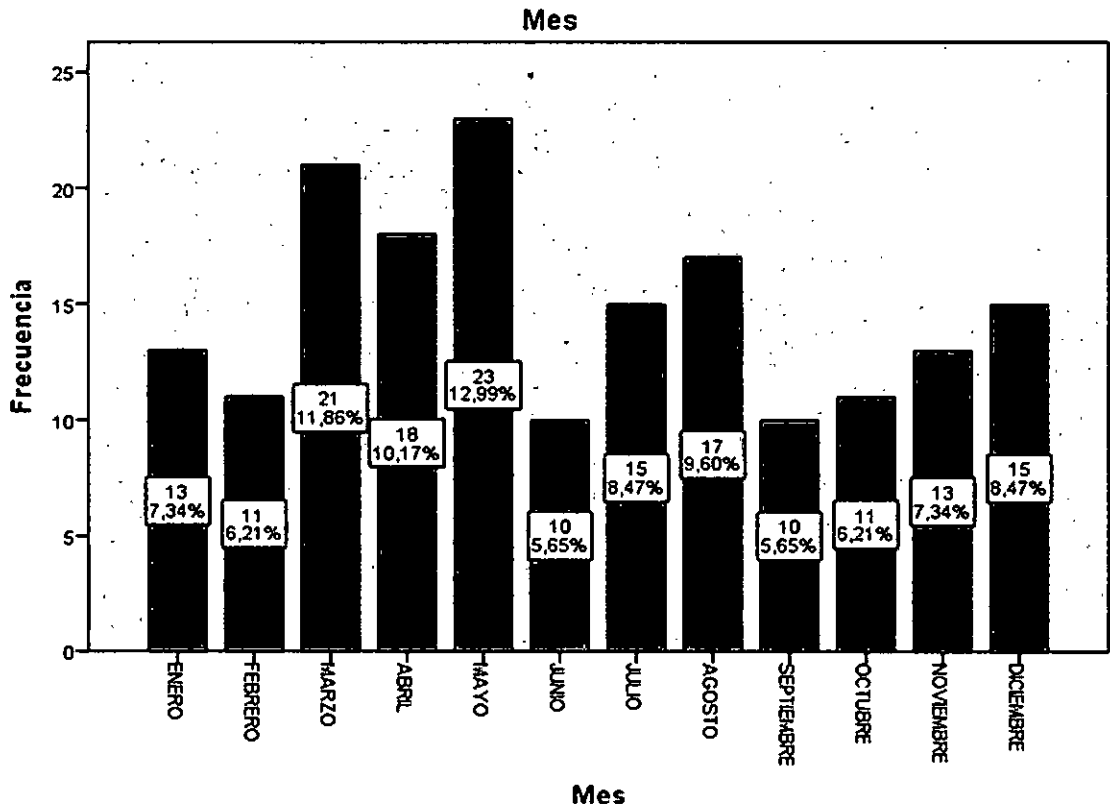
Nº DE PACIENTES QUE INGRESAN POR EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL 2014.

		Mes			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ENERO	13	7,3	7,3	7,3
	FEBRERO	11	6,2	6,2	13,6
	MARZO	21	11,9	11,9	25,4
	ABRIL	18	10,2	10,2	35,6
	MAYO	23	13,0	13,0	48,6
	JUNIO	10	5,6	5,6	54,2
	JULIO	15	8,5	8,5	62,7
	AGOSTO	17	9,6	9,6	72,3
	SEPTIEMBRE	10	5,6	5,6	78,0
	OCTUBRE	11	6,2	6,2	84,2
	NOVIEMBRE	13	7,3	7,3	91,5
	DICIEMBRE	15	8,5	8,5	100,0
	Total	177	100,0	100,0	

Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

GRÁFICO 4.1

Nº DE PACIENTES QUE INGRESAN POR EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL 2014.



Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

En el Gráfico 4.1 se observa que el mes con más pacientes que fueron intubados en el Servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Piura en el año 2014 fue Mayo con 12.99%.

CUADRO 4.2

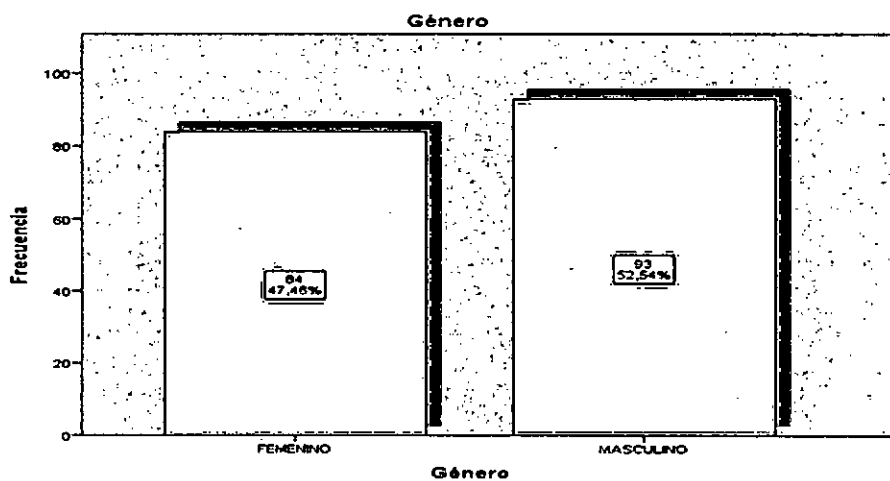
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEXO QUE INGRESARON AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL 2014.

Género				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
FEMENINO	84	47,5	47,5	47,5
MASCULINO	93	52,5	52,5	100,0
Total	177	100,0	100,0	

Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

GRÁFICO 4.2

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEXO QUE INGRESARON AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL 2014.



Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

En el Gráfico 4.2 se visualiza que los pacientes que fueron intubados en el Servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura en el año 2014 el sexo que predomina fue el Masculino con 52,54%.

CUADRO 4.3

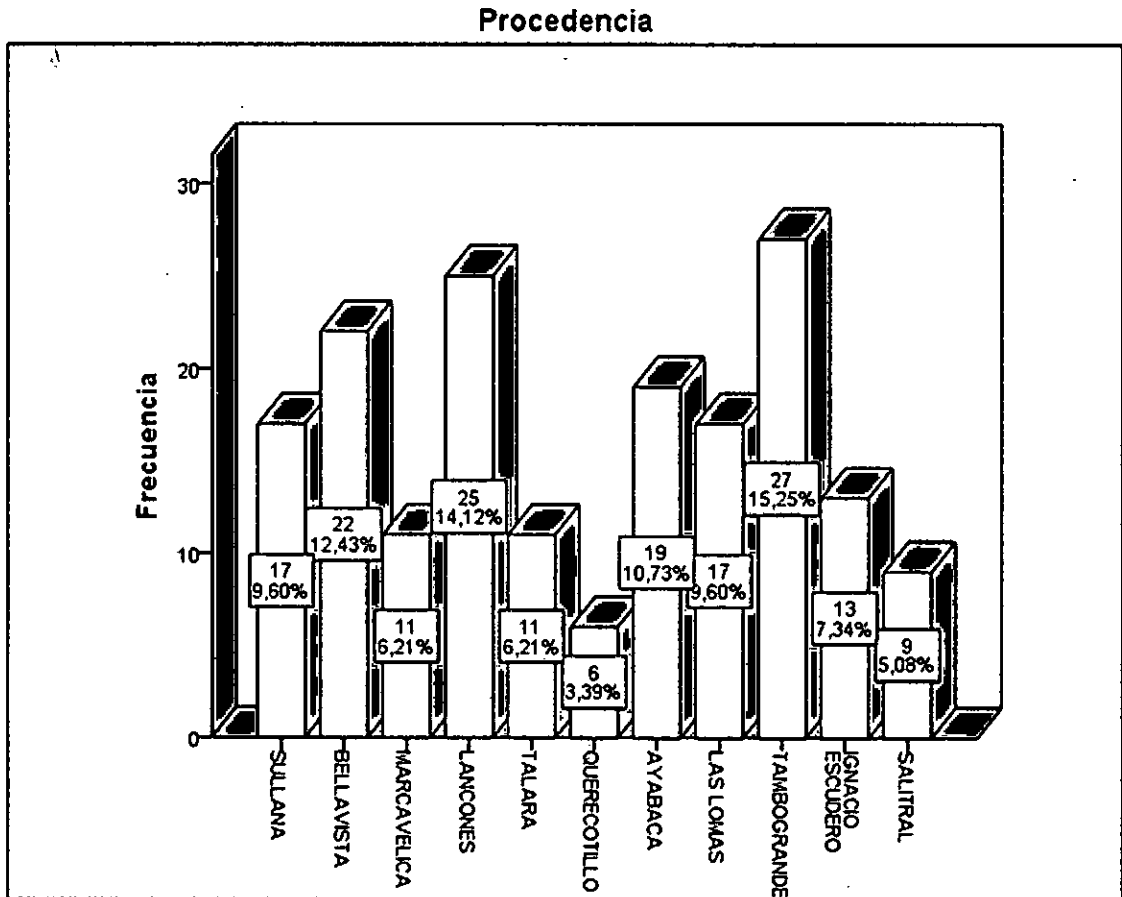
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS PERIODO 2014.

		PROCEDENCIA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SULLANA	17	9,6	9,6	9,6
	BELLAVISTA	22	12,4	12,4	22,0
	MARCAVELICA	11	6,2	6,2	28,2
	LANCONES	25	14,1	14,1	42,4
	TALARA	11	6,2	6,2	48,6
	QUERECOTILLO	6	3,4	3,4	52,0
	AYABACA	19	10,7	10,7	62,7
	LAS LOMAS	17	9,6	9,6	72,3
	TAMBOGRANDE	27	15,3	15,3	87,6
	IGNACIO ESCUDERO	13	7,3	7,3	94,9
	SALITRAL	9	5,1	5,1	100,0
	Total	177	100,0	100,0	

Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

GRÁFICO 4.3

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS PERIODO 2014.



Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

Según se visualiza en el Gráfico 4.3 que los pacientes que fueron intubados en el Servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura en el año 2014 la procedencia que más predomina fue Tambogrande con 15.25%.

CUADRO 4.4

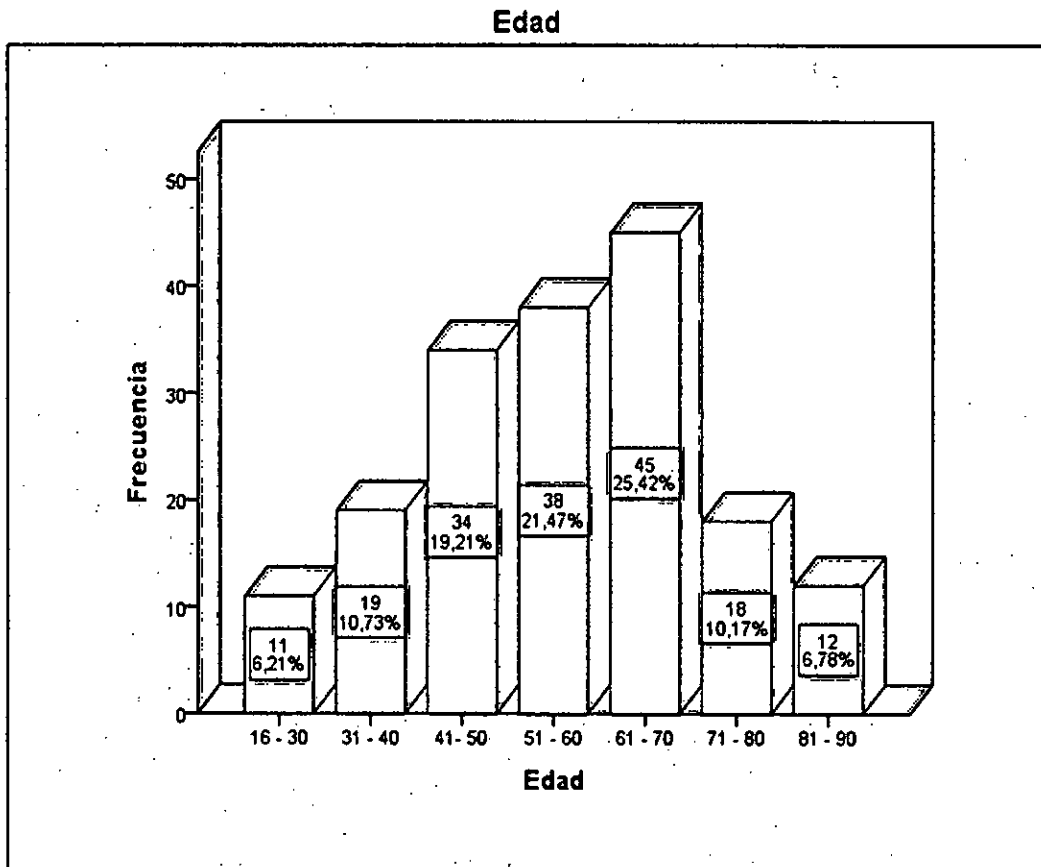
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD QUE INGRESARON AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL 2014.

		Edad			Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Válido	16 - 30	11	6,2	6,2	6,2
	31 - 40	19	10,7	10,7	16,9
	41 - 50	34	19,2	19,2	36,2
	51 - 60	38	21,5	21,5	57,6
	61 - 70	45	25,4	25,4	83,1
	71 - 80	18	10,2	10,2	93,2
	81 - 90	12	6,8	6,8	100,0
	Total	177	100,0	100,0	

Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

GRÁFICO 4.4

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD QUE INGRESARON AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL 2014.



Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

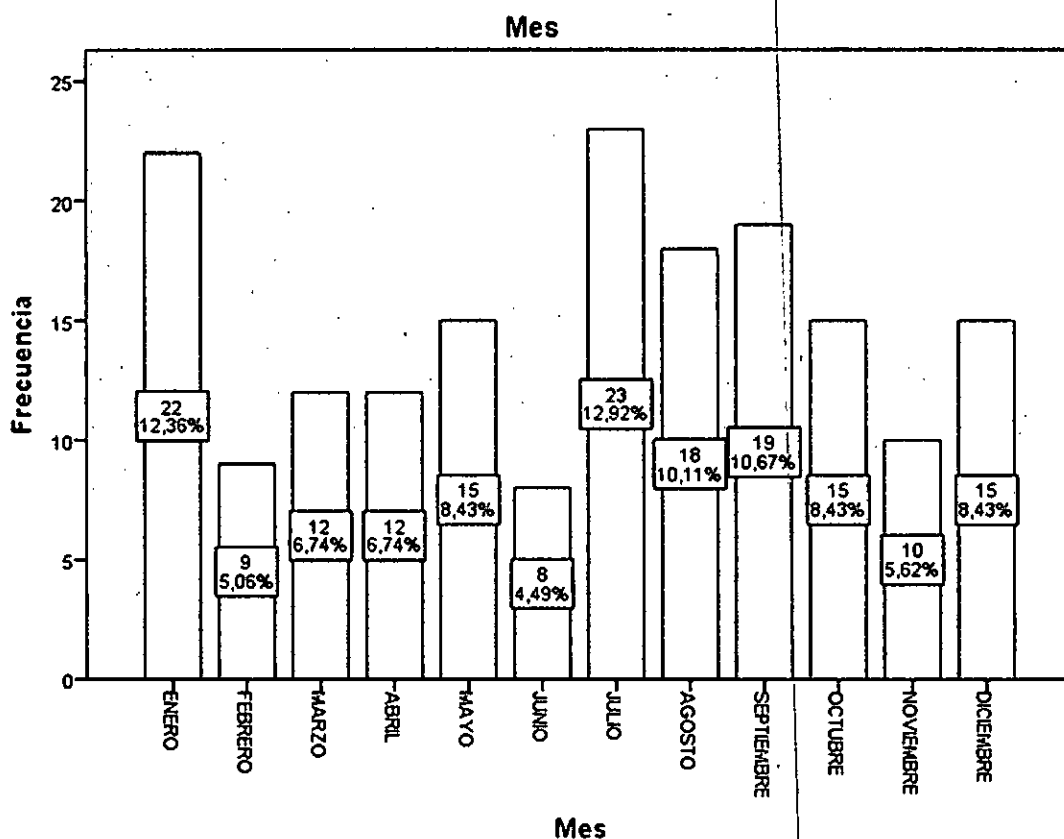
Según se visualiza en el Gráfico 4.4 que la edad que más predomina es la del intervalo entre 61-70 con 25.42% de los pacientes que fueron intubados en el Servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura en el año 2014.

CUADRO 4.5
Nº DE PACIENTES QUE INGRESAN POR EL SERVICIO
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2
SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL
AÑO 2015.

		Mes			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ENERO	22	12,4	12,4	12,4
	FEBRERO	9	5,1	5,1	17,4
	MARZO	12	6,7	6,7	24,2
	ABRIL	12	6,7	6,7	30,9
	MAYO	15	8,4	8,4	39,3
	JUNIO	8	4,5	4,5	43,8
	JULIO	23	12,9	12,9	56,7
	AGOSTO	18	10,1	10,1	66,9
	SEPTIEMBRE	19	10,7	10,7	77,5
	OCTUBRE	15	8,4	8,4	86,0
	NOVIEMBRE	10	5,6	5,6	91,6
	DICIEMBRE	15	8,4	8,4	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2015.

GRÁFICO 4.5
N° DE PACIENTES QUE INGRESAN POR EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL 2015



Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2015.

En el Gráfico 4.5 se observa que el mes con más pacientes que fueron intubados en el Servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Piura en el año 2015 fue Julio con 12.92%.

CUADRO 4.6

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEXO QUE INGRESARON AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL AÑO 2015.

F

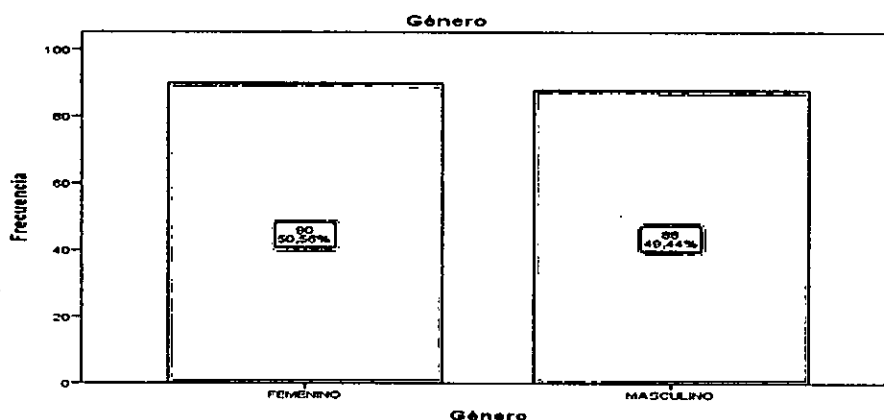
Género

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
FEMENINO	90	50,6	50,6	50,6
MASCULINO	88	49,4	49,4	100,0
Total	178	100,0	100,0	

Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

GRÁFICO 4.6

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEXO QUE INGRESARON AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL 2015.



Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

En el Gráfico 4.6 se visualiza que los pacientes que fueron intubados en el Servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura en el año 2015 el sexo que predomina fue el Femenino con 50,56%.

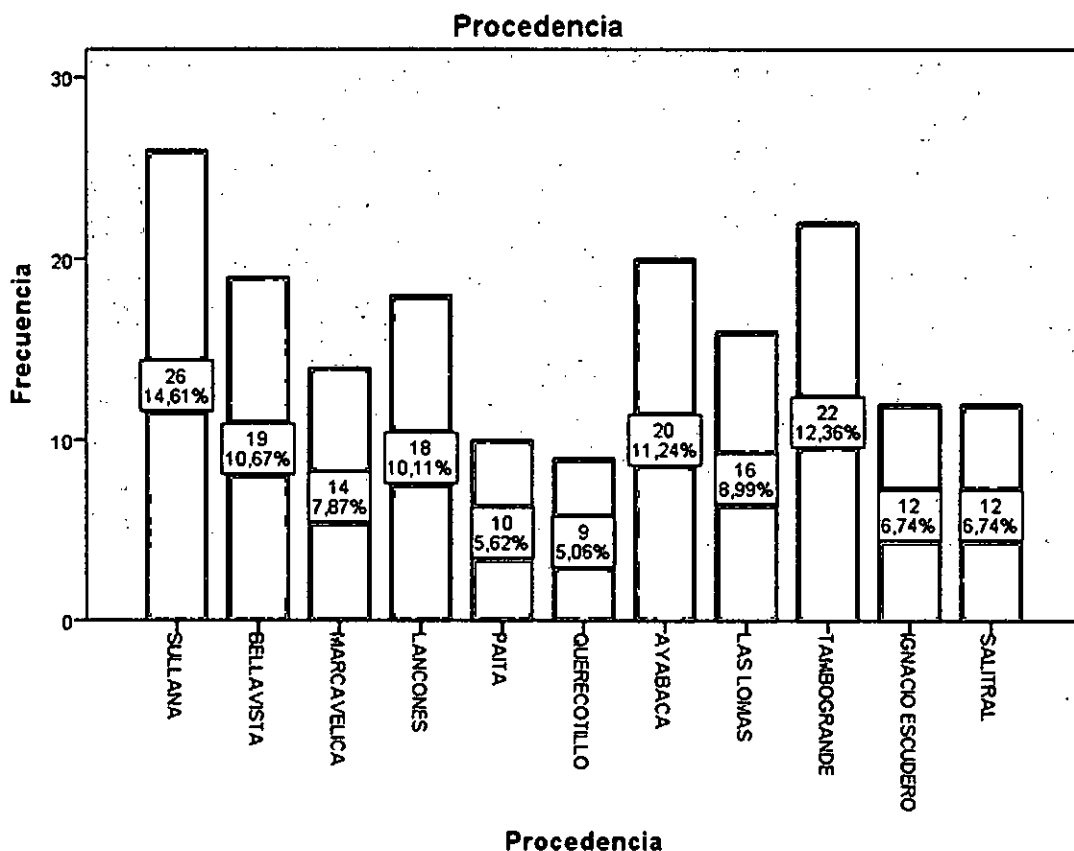
CUADRO 4.7
DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES QUE
INGRESARON DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE
FUERON INTUBADOS PERIODO EN EL 2015.

	Procedencia			Porcentaje acumulado
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
SULLANA	26	14,6	14,6	14,6
BELLAVISTA	19	10,7	10,7	25,3
MARCAVELICA	14	7,9	7,9	33,1
LANCONES	18	10,1	10,1	43,3
PAITA	10	5,6	5,6	48,9
QUERECOTILLO	9	5,1	5,1	53,9
AYABACA	20	11,2	11,2	65,2
LAS LOMAS	16	9,0	9,0	74,2
TAMBOGRANDE	22	12,4	12,4	86,5
IGNACIO ESCUDERO	12	6,7	6,7	93,3
SALITRAL	12	6,7	6,7	100,0
Total	178	100,0	100,0	

Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

GRÁFICO 4.7

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES QUE
INGRESARON DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE
FUERON INTUBADOS PERIODO 2015.



Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

Según se visualiza en el Gráfico 4.7 que los pacientes que fueron intubados en el Servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura en el año 2015 la procedencia que más predomina fue Sullana con 14.6%.

CUADRO 4.8

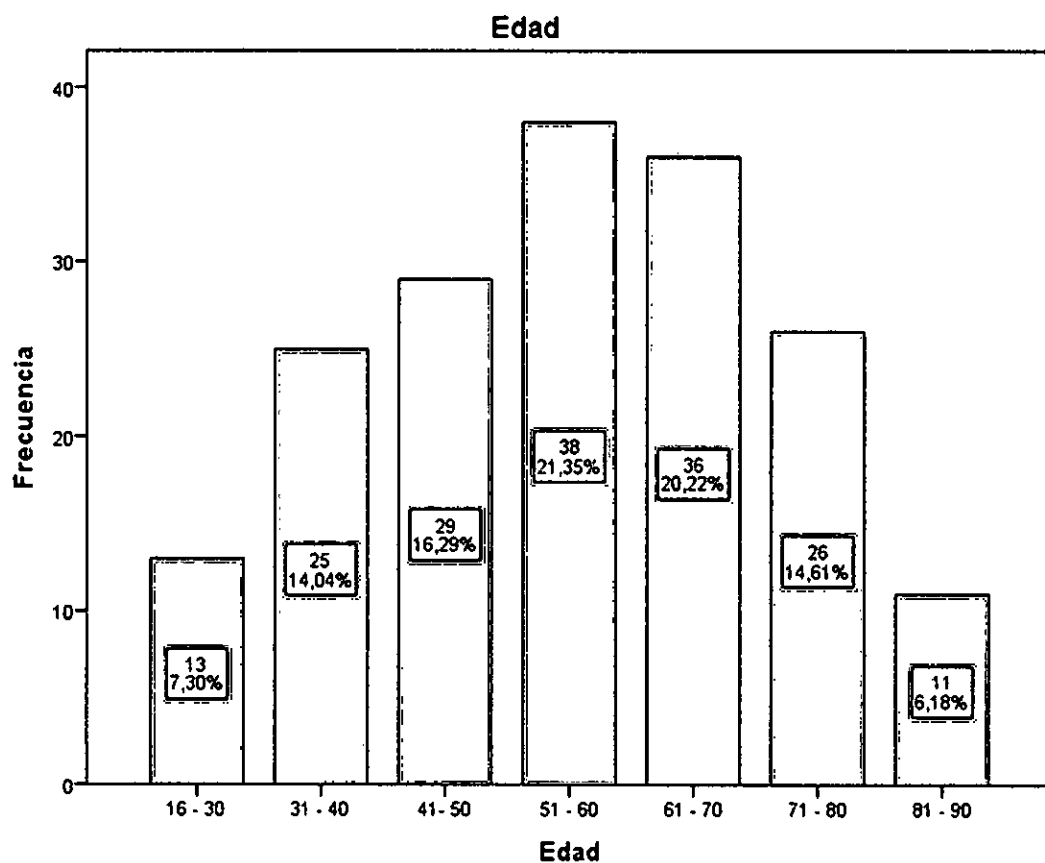
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD QUE INGRESARON AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL 2015.

		Edad			Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Válido	16 - 30	13	7,3	7,3	7,3
	31 - 40	25	14,0	14,0	21,3
	41 - 50	29	16,3	16,3	37,6
	51 - 60	38	21,3	21,3	59,0
	61 - 70	36	20,2	20,2	79,2
	71 - 80	26	14,6	14,6	93,8
	81 - 90	11	6,2	6,2	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

GRÁFICO 4.8

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD QUE INGRESARON AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL 2015.



Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

Según se visualiza en el Grafico 4.8 que la edad que más predomina es la del intervalo entre 51-60 con 21.35% de los pacientes que fueron intubados en el servicio de emergencia del hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura en el año 2015.

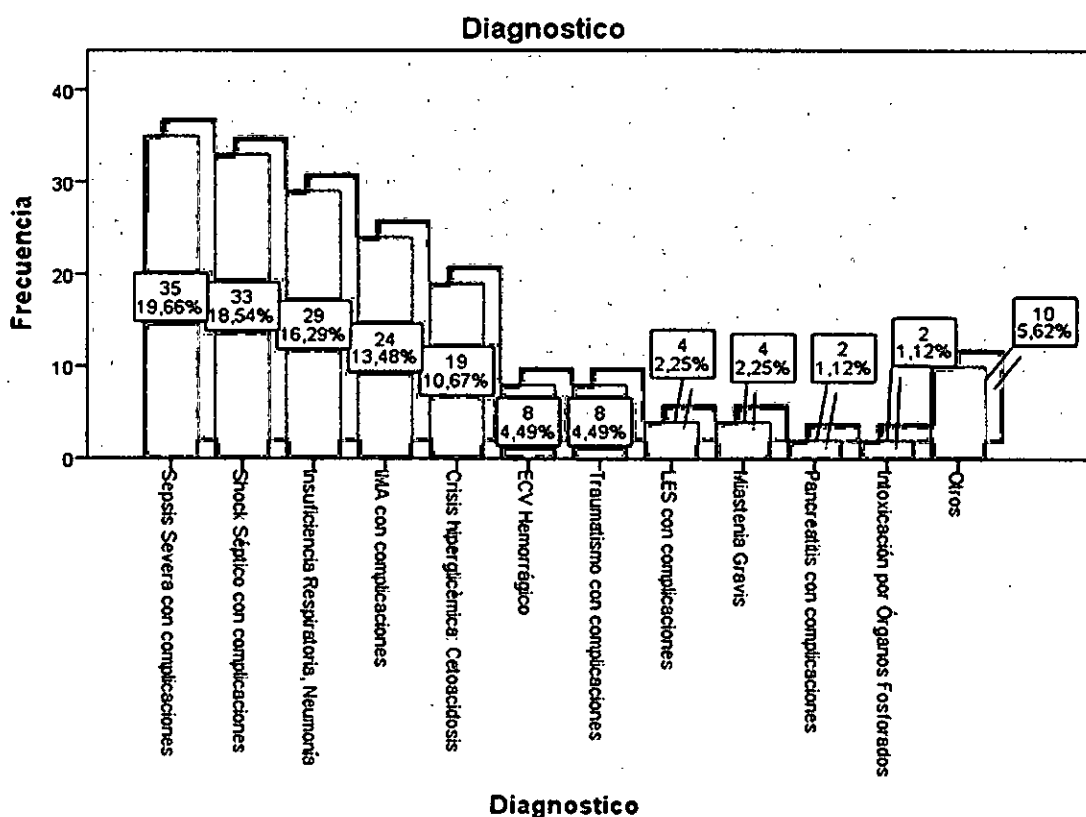
CUADRO 4.9

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN DIAGNÓSTICO QUE
INGRESARON AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE
APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL 2015.

	Diagnostico			Porcentaje acumulado
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Sepsis Severa con complicaciones	35	19,7	19,7	19,7
Shock Séptico con complicaciones	33	18,5	18,5	38,2
Insuficiencia Respiratoria, Neumonía	29	16,3	16,3	54,5
IMA con complicaciones	24	13,5	13,5	68,0
Crisis hiperglicémica: Cetoacidosis	19	10,7	10,7	78,7
ECV Hemorrágico	8	4,5	4,5	83,1
Traumatismo con complicaciones	8	4,5	4,5	87,6
LES con complicaciones	4	2,2	2,2	89,9
Miastenia Gravis	4	2,2	2,2	92,1
Pancreatitis con complicaciones	2	1,1	1,1	93,3
Intoxicación por Órganos Fosforados	2	1,1	1,1	94,4
Otros	10	5,6	5,6	100,0
Total	178	100,0	100,0	

Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

GRÁFICO 4.9
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN DIAGNÓSTICO QUE
INGRESARON AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE
APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL 2015.



Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

Según se Observa en el Gráfico 4.9 que los pacientes que fueron intubados en el Servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura en el año 2015, el Diagnóstico que más predomina es Sepsis Severa con complicaciones con 19,66%.

CUADRO 4.10

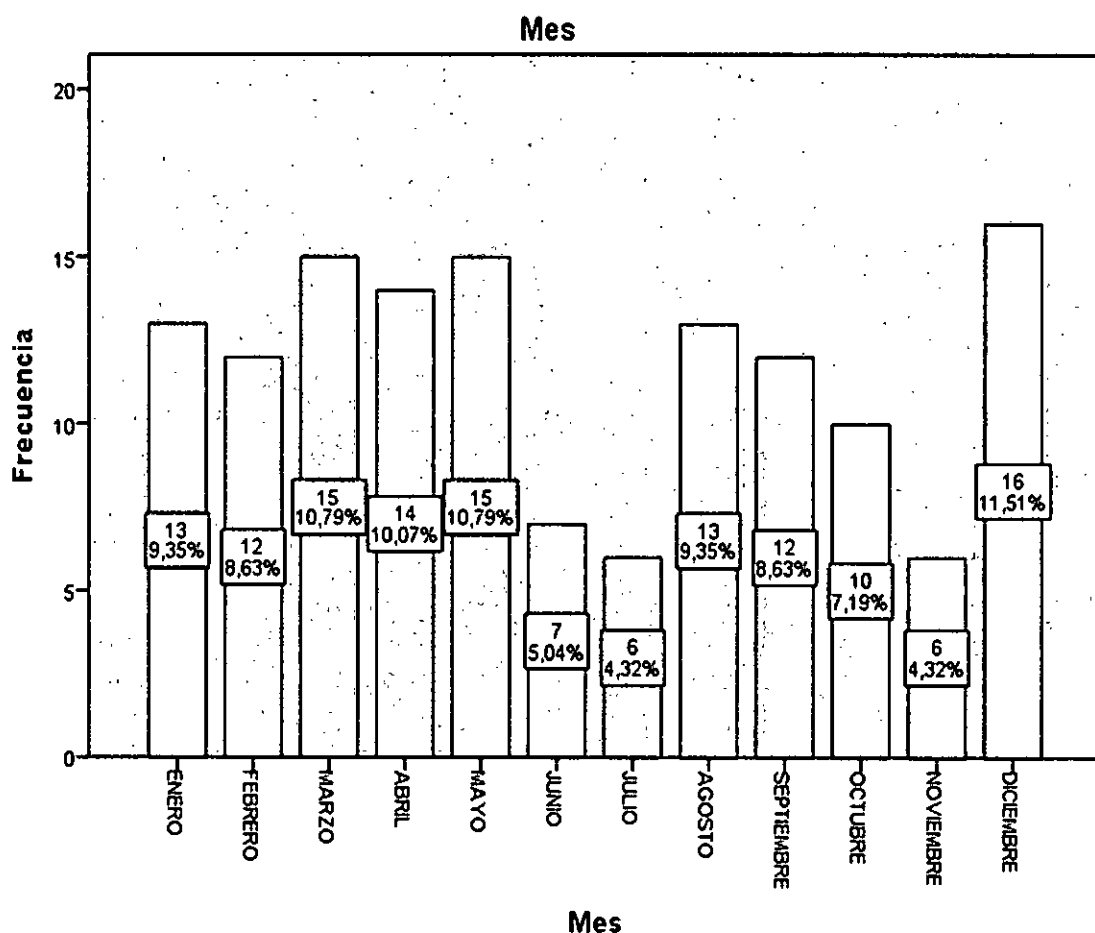
Nº DE PACIENTES QUE INGRESAN POR EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL 2016.

	Mes			Porcentaje acumulado
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
ENERO	13	9,4	9,4	9,4
FEBRERO	12	8,6	8,6	18,0
MARZO	15	10,8	10,8	28,8
ABRIL	14	10,1	10,1	38,8
MAYO	15	10,8	10,8	49,6
JUNIO	7	5,0	5,0	54,7
JULIO	6	4,3	4,3	59,0
AGOSTO	13	9,4	9,4	68,3
SEPTIEMBRE	12	8,6	8,6	77,0
OCTUBRE	10	7,2	7,2	84,2
NOVIEMBRE	6	4,3	4,3	88,5
DICIEMBRE	16	11,5	11,5	100,0
Total	139	100,0	100,0	

Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

GRÁFICO 4.10

Nº DE PACIENTES QUE INGRESAN POR EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL 2016.



Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

Según se observa en el Grafico 4.10 que el mes con más pacientes que fueron intubados en el servicio de emergencia del hospital de Apoyo II-2 Sullana, Piura en el año 2016 fue Diciembre con 11.51%.

CUADRO 4.11

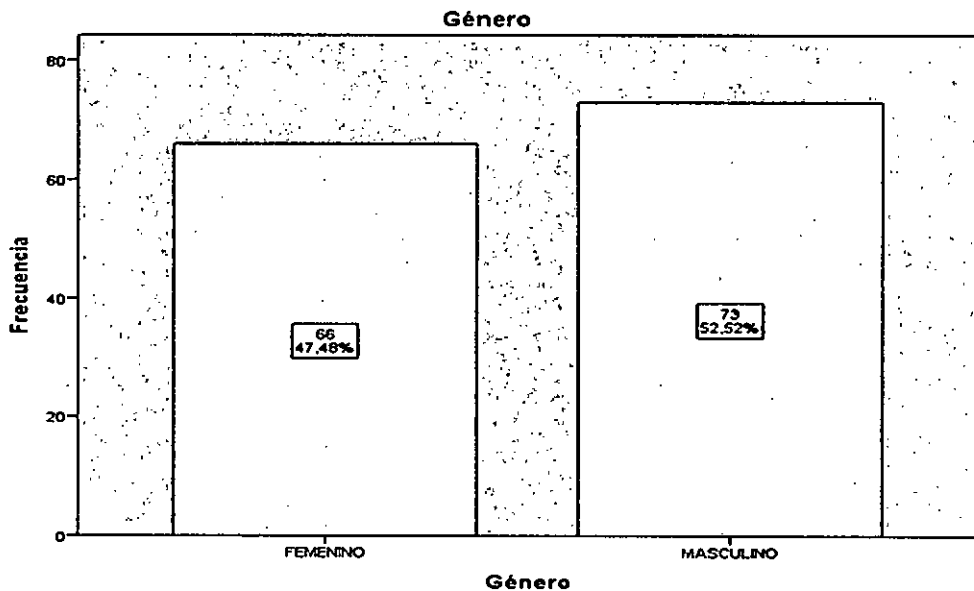
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEXO QUE INGRESARON AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL 2016.

Género				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid o FEMENINO	66	47,5	47,5	47,5
MASCULINO	73	52,5	52,5	100,0
Total	139	100,0	100,0	

Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

GRÁFICO 4.11

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEXO QUE INGRESARON AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL 2016.



Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

Según se visualiza en el Grafico 4.11 que los pacientes que fueron intubados en el servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura en el año 2016 el sexo que predomina fue el Masculino con 52,52%.

CUADRO 4.12

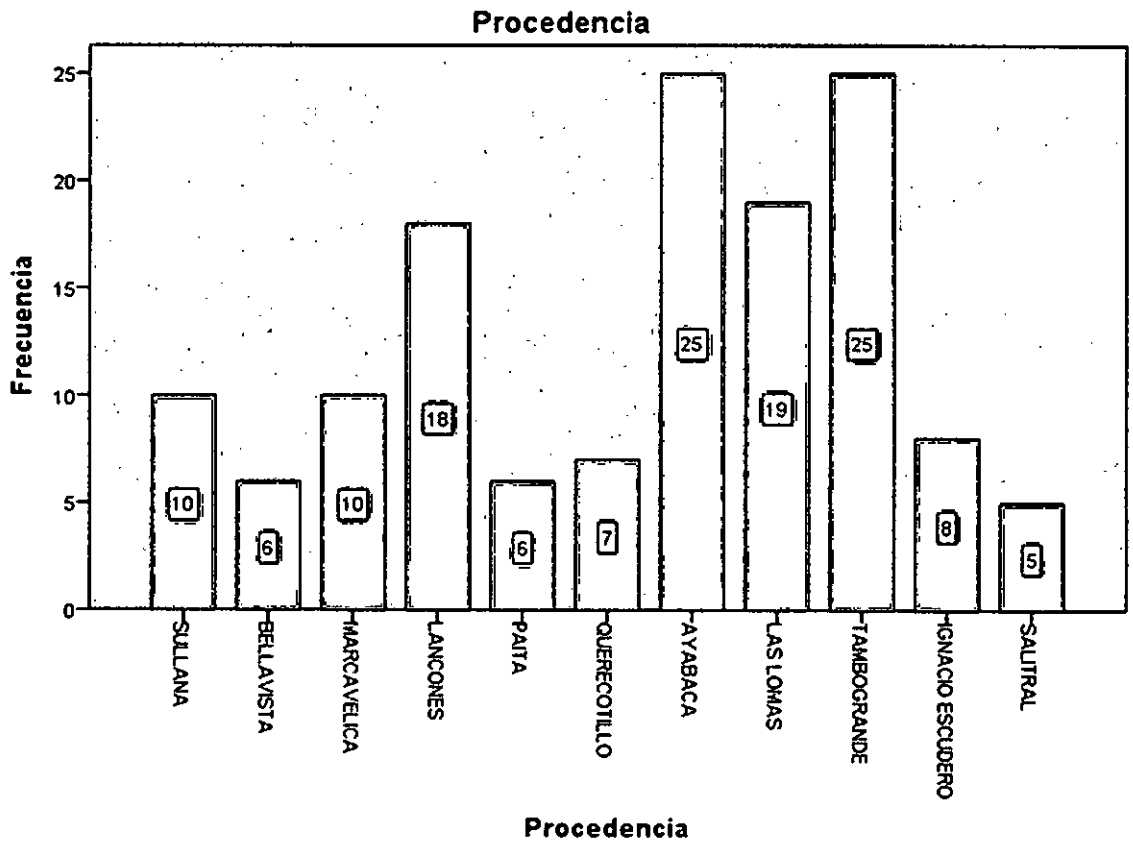
DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADO. 2016

	Procedencia			Porcentaje acumulado
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
SULLANA	10	7,2	7,2	7,2
BELLAVISTA	6	4,3	4,3	11,5
MARCAVELICA	10	7,2	7,2	18,7
LANCONES	18	12,9	12,9	31,7
PAITA	6	4,3	4,3	36,0
QUERECOTILLO	7	5,0	5,0	41,0
AYABACA	25	18,0	18,0	59,0
LAS LOMAS	19	13,7	13,7	72,7
TAMBOGRANDE	25	18,0	18,0	90,6
IGNACIO ESCUDERO	8	5,8	5,8	96,4
SALITRAL	5	3,6	3,6	100,0
Total	139	100,0	100,0	

Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

GRÁFICO 4.12

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS, 2016.



Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

Según se visualiza en el Grafico 4.12 que los pacientes que fueron intubados en el servicio de emergencia del hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura en el año 2016 la procedencia que más predomina fue Ayabaca 18% y Tambogrande 18%.

CUADRO 4.13

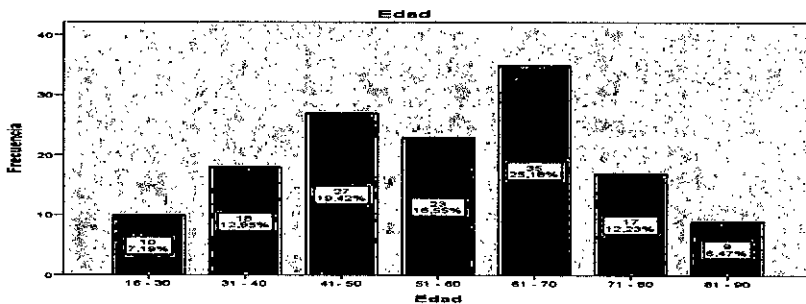
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD QUE INGRESARON AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL 2016

		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	16 - 30	10	7,2	7,2	7,2
	31 - 40	18	12,9	12,9	20,1
	41 - 50	27	19,4	19,4	39,6
	51 - 60	23	16,5	16,5	56,1
	61 - 70	35	25,2	25,2	81,3
	71 - 80	17	12,2	12,2	93,5
	81 - 90	9	6,5	6,5	100,0
	Total	139	100,0	100,0	

Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

GRÁFICO 4.13

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD QUE INGRESARON AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL 2016



Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

Según se visualiza en el Gráfico 4.13 que la edad que más predomina es la del intervalo entre 61-70 con 25.18% de los pacientes que fueron intubados en el servicio de emergencia del hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura en el año 2016.

CUADRO 4.14

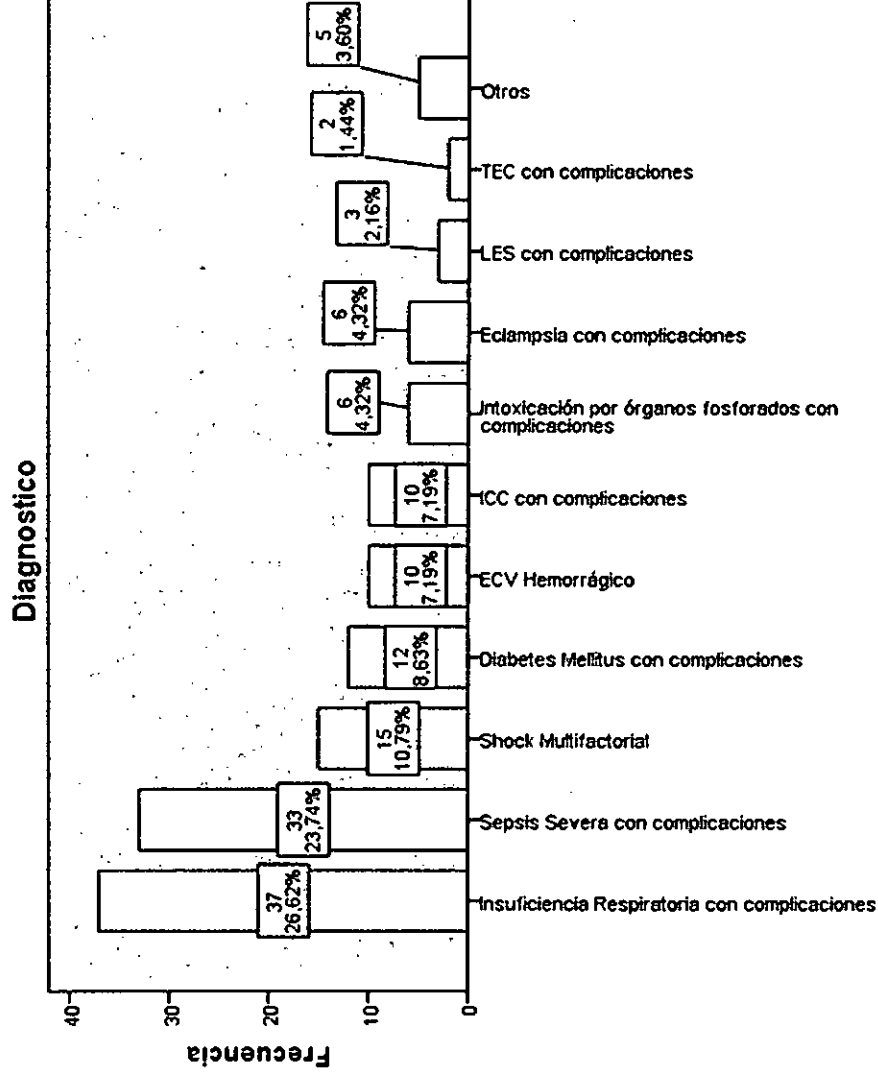
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN DIAGNÓSTICO QUE
INGRESARON AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE
APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL 2016.

	Diagnostico			Porcentaje acumulado
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Insuficiencia Respiratoria con complicaciones	37	26,6	26,6	26,6
Sepsis Severa con complicaciones	33	23,7	23,7	50,4
Shock Multifactorial	15	10,8	10,8	61,2
Diabetes Mellitus con complicaciones	12	8,6	8,6	69,8
ECV Hemorrágico	10	7,2	7,2	77,0
ICC con complicaciones	10	7,2	7,2	84,2
Intoxicación por órganos fosforados con complicaciones	6	4,3	4,3	88,5
Eclampsia con complicaciones	6	4,3	4,3	92,8
LES con complicaciones	3	2,2	2,2	95,0
TEC con complicaciones	2	1,4	1,4	96,4
Otros	5	3,6	3,6	100,0
Total	139	100,0	100,0	

Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

GRÁFICO 4.14

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN DIAGNÓSTICO QUE INGRESARON AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, PIURA QUE FUERON INTUBADOS EN EL 2016.



Fuente: Datos recolectados del Libro de Registro de Ingreso y Altas del servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura 2014.

Según se observa en el Gráfico 4.14 que los pacientes que fueron intubados en el Servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, Piura en el año 2016, el Diagnóstico que más predomina es Insuficiencia Respiratoria con complicaciones con 26,62%.

V. CONCLUSIONES

1. Los pacientes críticamente enfermos, y en concreto los sometidos a intubación, requieren numerosos cuidados por parte del profesional de enfermería por lo tanto es de vital importancia establecer intervenciones basadas en la prevención.
2. La gran demanda de pacientes que ingresan al servicio de Emergencia y por la falta de profesionales de enfermería no se brinda la atención adecuada al paciente.
3. Personal desmotivado, poco comprometido en el cuidado del paciente.
4. La función del profesional de enfermería, es propender por la integralidad del paciente, pensando en todo momento en disminuir las complicaciones derivadas del cuidado de la salud, es por esta razón que es indispensable que los profesional de enfermería estén en constante actualización, sobre todo de los cuidados con evidencia científica.
5. Entorno físico saturado siendo un limitante en la atención del cuidado al paciente (Infraestructura inadecuada).

VI. RECOMENDACIONES

1. Protocolizar intervenciones de enfermería en intubación endotraqueal y otros procedimientos para unificar criterios y evitar riesgos y complicaciones relacionados con la seguridad del paciente.
2. Para la Institución la contratación de personal de enfermería suficiente en coordinación con jefatura de enfermería de acuerdo a la demanda de pacientes para brindar cuidados integrales oportunos seguros y con calidad.
3. Sensibilizar al personal que labora en el servicio a que brinde al paciente un buen cuidado con un trato humanizado.
4. Fortalecer las actividades de capacitación, supervisión y monitoreo del desempeño laboral de los trabajadores de salud, a fin de verificar las prácticas de medidas de autocuidado.
5. A las autoridades encargadas de la Institución gestionar con las autoridades superiores Gobierno Regional, Municipalidad, Lima etc. la construcción de un nuevo Hospital acorde a la demanda de pacientes.

VII. REFERENCIALES BIBLIOGRÁFICAS

1. JM P. La enfermería como cuidado; un modelo para transformar la practica en: Modelos y teorías en Enfermería. Elsevier. Madrid: Sexta Edición; 2007.
2. Barbosa IA SM. Cuidado humanizado de enfermagem.
3. Costa SC FMSD. Humanização em unidade de terapia intensiva adulto (UTI).
4. Blanca JJ BALMRM. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión Sistemática de Estudios Cualitativos.
5. PC. HAG. La Enfermería como disciplina profesional holística.
6. FM C. Promover la vida. México. McGraw-Hill. 1993.
7. Ania N MAEMMMAM. Evaluación de la competencia práctica y de los conocimientos científicos de enfermeras de UCI en la aspiración endotraqueal de secreciones.; 2004.
8. Rodríguez RC. “Acciones De Enfermería Ante La Aparición De Eventos Adversos En Los Pacientes Con Ventilación Mecánica”. (Estudio a ejecutarse en el Servicio de Terapia Intensiva del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de la ciudad de Córdoba, durante el segundo semestre del año 2013).
9. L. B. El cuidado esencial: ética de lo humano, compasión por la Tierra.: Trotta; 2002.
10. Blanca JJ BALMRM. Experiencias, Percepciones y necesidades en la UCI: Revisión Sistemática de Estudios Cualitativos. Enfermería Global. ; 2008.

11. Marques PM MGGC. Aspectos da asistencia de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Rev. Enfermagem; 2014.
12. Tembo AC HIPV. The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. Intensive Crit Care Nurs.; 2014.
13. col. SDSy. Enfermería de educación profesional: Implicaciones de la educación para el cuidado transpersonal. Rev. Latino-Am. Enfermagem Ribeirão Preto; 2011.
14. Kluczynik Vieira Caroline Evelin Nascimento dAPSEBCCASDMOM. Acciones de enfermagem para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica: revisión sistemática. Enferm. glob.; 2014 julio.
15. Guadalupe MAR. "Evaluación del Cuidado de Enfermería a la Vía Aérea Artificial de Pacientes en Ventilación Mecánica"; 2010.
16. Sánchez S. "Estrategias Para Garantizar Los Cuidados De Enfermería A Pacientes Con Ventilación Mecánica En UCI Del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro Guaranda Ambato.;" 2015.
17. Caridad CRB. Vivencia De La Persona Adulta Con Tubo Endotraqueal: Contribución Para Un Cuidado Humanizado Trujillo; 2015.
18. Esther CVS. Conocimientos y Prácticas de la Enfermera sobre la Aspiración de Secreciones en Pacientes Intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos. lima: Hospital María Auxiliadora; 2015.

19. MYERS B/. El Tratado de Enfermería Mosby. España: Mosby; 1995.
20. David Cabestrero Alonso JAI. Criterios de Diagnostico en pacientes críticos. Madrid: Ergon S.A.; 2006.
21. Ortega M SM. Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería. Mexico; 2006.
22. Ania N MAEMMMAM. Evaluación de la competencia práctica y de los conocimientos científicos de enfermeras de UCI en la aspiración endotraqueal de secreciones. Enfermería Intensiva; 2004.
23. R. H. Statement of the 4th International Consensus Conference in Critical Care on ICU-Acquired Pneumonia– Chicago; 2002.
24. A. FRyA. Clinical review: Non-antibiotic strategies for preventing ventilator-associated pneumonia.; 2002.
25. AVCA.. Manual para proveedores. American Heart Association. 2002..
26. M. T. Principles and Practice of intensive Care Monitoring. McGraw Hill,; 1998.
27. Guyton DC. Influence of airway pressure on minimum occlusive endotracheal tube cuff pressure. Critical Care Medicine; 1997.
28. CUIDADO DE LA VÍA AÉREA EN EL PACIENTE CRÍTICO Sociedad Argentina de Terapia Intensiva Capítulo de Enfermería Crítica Protocolos y Guías de Práctica Clínica. .

ANEXOS

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TUBO ENDOTRAQUEAL

1. INTRODUCCIÓN

El compromiso de la vida aérea y la insuficiencia respiratoria son con frecuencia causa de muerte o de graves complicaciones en el paciente críticamente enfermo, por lo que estos pueden requerir de un vía aérea artificial, a través de una intubación endotraqueal, confines de procedimiento, urgencia o medidas terapéuticas. Estos procedimientos requieren de personal médico entrenado con conocimiento amplio de la técnica, el manejo de la enfermera es fundamental para evitar las complicaciones relacionadas a estos procedimientos. Por lo tanto, es responsabilidad de todo el equipo multidisciplinario de los servicios clínicos pertinentes, minimizando así las posibles complicaciones, lo que hace necesario considerar la necesidad de protocolizar el manejo seguro de estos. Los cuidados de enfermería al paciente sometido a ventilación mecánica o con vía aérea.

2. PROPÓSITO

Estandarizar los cuidados de enfermería en el manejo de tubo endotraqueal, con la finalidad de evitar riesgos y complicaciones relacionadas con la seguridad del paciente.

2.1 OBJETIVO GENERAL

Unificar criterios de atención en el equipo de salud para el manejo de los pacientes tubo endotraqueal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mantener una oxigenación y ventilación eficaz y adecuada en los pacientes con tubo endotraqueal.
- Realizar una valoración adecuada del paciente, dirigida a detectar complicaciones reales o potenciales en el manejo de tubo endotraqueal.
- Asegurar la permeabilidad del tubo endotraqueal, procurando el mayor confort posible al paciente.
- Minimizar las complicaciones relacionadas con la presencia de métodos invasivos procurando una correcta manipulación de los tubos endotraqueales.
- Prevenir infecciones asociadas a la atención en salud.

3. ALCANCE

Se aplicara en emergencia y en todas las unidades donde se manipule procedimientos invasivos tales como intubación endotraqueal.





