

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADO DE ENFERMERÍA ANTE LA PRESENCIA DE EVENTOS
ADVERSOS EN PACIENTES CON TUBO ENDOTRAQUEAL EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIAS – HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA**

LIMA 2015 – 2017

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

YVONNE MAGALY YUCRA AMARO

**CALLAO - 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO PRESIDENTA
- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI SECRETARIA
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA VOCAL

ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNQUÉ MORALES

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 171

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 05/03/2018

Resolución Decanato N° 690-2018-D/FCS de fecha 26 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	8
2.3 Definición de Términos	24
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	27
3.1 Recolección de Datos	27
3.2 Experiencia Profesional	28
3.3 Procesos Realizados en la tema	31
IV. RESULTADOS	34
V. CONCLUSIONES	40
VI. RECOMENDACIONES	41
VII. REFERENCIALES	42
ANEXOS	44

INTRODUCCIÓN

La evolución natural de la ciencia médica ha dado a que la asistencia sanitaria en el transcurrir del tiempo se convierta en una actividad más eficaz, pero a la vez más compleja y potencialmente peligrosa, lo que conlleva a riesgos para los pacientes, a medida que las técnicas diagnósticas y terapéuticas se vuelven más sofisticadas, estos riesgos aumentan en la práctica sanitaria suscitándose eventos adversos no deseados con mayor frecuencia en pacientes de la tercera edad, sin embargo los niños también son susceptibles de sufrir eventos adversos.

En los últimos años es una preocupación creciente la presencia de eventos adversos en pacientes intubados, es considerado un indicador de mala calidad en el cuidado, incrementando la morbimortalidad del paciente, los cuidados de la enfermera en pacientes con tubo endotraqueal, contribuirá a identificar oportunamente los eventos adversos más frecuentes como son: la extubación no programada, obstrucción de tubo endotraqueal y lesiones peribucales, estos cuidados debe de ser con habilidad y destreza, para prevenir y disminuir el riesgo de eventos adversos, a fin de obtener mejores resultados, disminuyendo la estancia hospitalaria y mejorar así la calidad de vida de los pacientes.

El presente informe consta de VII capítulos, en **El capítulo I:** planteamiento del problema, en el cual se describe la situación problemática que generan los eventos adversos en pacientes entubados , objetivos y justificación, **el capítulo II:** marco teórico, el cual hace referencia de los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **el capítulo III:** experiencia profesional, donde se describe las actividades de la enfermera realizadas en el servicio de emergencia, **capítulo IV :** resultados ; en el cual se muestra los datos estadísticos **capítulo V :** conclusiones, **capítulo VI** recomendaciones y el **capítulo VII** Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

7.1 Descripción de la Situación Problemática

Los eventos adversos son accidentes imprevistos o inesperado que causan algún daño o complicación al paciente, muchos de estos son inevitables por más que se esfuercen los profesionales de la salud, dentro de los eventos adversos existe un grupo que particularmente son graves, por su magnitud por su trascendencia, y por las consecuencias que pueden tener para la salud, causando daños permanentes o muerte al paciente.

Sumado a esto se halló la ausencia de lineamientos estandarizados para el manejo de la vía aérea de tales enfermos. Todas estas situaciones, conllevan a la exposición de eventos adversos, los más frecuentes son las extubaciones no programadas, obstrucción endotraqueal y las lesiones peribucales, conllevando al incremento de la morbi-mortalidad de los pacientes, generando mayores tiempos de estancia, mayores costos, desconfianza, stress tanto para quien lo recibe como para quien lo produce y deterioro del desarrollo profesional, por cuanto altera los aspectos técnico científicos, humanos y éticos bajo los cuales se desarrolla el ejercicio profesional y se precisa un servicio, por esto la seguridad de los pacientes es un deber y una responsabilidad que constituye una prioridad y un indicador de calidad ante lo que enfermería no puede ser ajeno, por su actuar directo y entorno a personas con problemas de salud reales o potenciales tanto más para aquellos profesionales especialistas, pues por su formación debe perseguir mejores prácticas, resultados y condiciones.

A nivel mundial la OMS en 55 países señaló que 8.7% de pacientes son intubados. Es más en un momento dado, más de 1.4 millones de personas en todo el mundo han sufrido eventos adversos a causa de la intubación.

En E.E.U.U 80.000 personas mueren cada año por enfermedad y 4000 han sido por eventos adversos en pacientes con tubo endotraqueal.

En el año 2007 el hospital Marino Molina Scippa el servicio de emergencia reporto 123 casos de pacientes intubados de los cuales, 86 de ellos mostraron eventos adversos tales como extubaciones, obstrucciones y lesiones peribucales. De este total, el 31% fueron extubaciones no programadas, el 34% de obstrucción de tubo endotraqueal, y el 35% de lesiones peribucales.

Por consiguiente llevamos a cabo este trabajo de experiencia profesional, con el fin de disminuir los eventos adversos, en el cual demanda que el cuidado que brinda la enfermera a los pacientes con tubo endotraqueal, debe estar basado en el conocimiento, habilidades y destrezas en la práctica profesional, evitando con ello los posibles eventos adversos que pudieran presentarse.

7.2 Objetivo

Describir los cuidados de enfermería ante la presencia de eventos adversos en pacientes con tubo endotraqueal en el servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa, Lima 2017.

7.3 Justificación

La incidencia de eventos adversos aumentan la morbimortalidad del paciente intubado, los errores en las técnicas y procedimientos en el área de salud, afectan a pacientes y/o familiares, prolongando el tiempo de internación hospitalaria y aumentando los costos asistenciales, es importante señalar que muchas de las causas para que se presente este tipo de complicaciones son modificables con un adecuado cuidado de enfermería.

La seguridad del paciente se considera un indicador importante en la calidad de atención, la aparición de un evento adverso condiciona negativamente la calidad de vida del paciente, de ahí la importancia que la enfermera deba brindar una atención integral basada en conocimientos, habilidades y destrezas en los cuidados de pacientes con tubo endotraqueal, con el objetivo de prevenir la aparición de eventos adversos y que por los mismos permitan perfeccionar procesos y mejorar la calidad de atención, basados en un sistema de prevención inicial de riesgos.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Antecedentes Internacionales

BERNAL, D.; GARZÓN, N., "Eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos", (2013), Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería, Especialización en Cuidado Crítico, Bogotá, consideran que la seguridad del paciente es un indicador importante en la calidad de la atención, un evento adverso es una situación inesperada, lesiva para el paciente producto de la relación de este con el equipo de salud, el contexto hospitalario, la actividad y la condición humana. La aparición de un suceso de este tipo condiciona negativamente la calidad, de ahí que enfermería deba conocer y tener en cuenta los eventos adversos de manera que preste una atención integral y con excelencia. El cuidado brindado a pacientes en estado crítico no es ajeno a la presentación de dicha situaciones. Se propone entonces, la seguridad de los pacientes como un valor y una meta que defina el cuidado de enfermería dentro del contexto de calidad total (1).

CERVERA, R. "Incidencia de complicaciones asociadas a los cuidados del tubo endotraqueal en pacientes de intensiva de un Hospital Regional Universitario". (2012) En Colima, México, encontró que el 45% de complicaciones fueron autoextubación, 25% infecciones asociadas, 15% estenosis por sobreinflado del balón de neomotaponamiento y 15% lesiones por mala fijación del tubo. Concluyó que de las enfermeras observadas el 65% brindan un cuidado de bajo nivel (2).

Antecedentes Nacionales

GAMBOA-NEYRE, B. "Nivel de conocimiento y la práctica del cuidado de la vía aérea que realizan las enfermeras en pacientes críticos con tubo endotraqueal en la Clínica Good Hope, Lima", (2012). Encontró los siguientes resultados, del 100% de las enfermeras, el 50% tuvo un nivel de conocimiento excelente, seguido del bueno 26,7% y regular 23,3%. La práctica del cuidado de la vía aérea fue, del mismo modo, de nivel excelente en un 50%, y bueno 40% y regular 10%. (3)

ÑUÑUVERA A.; VÁSQUEZ F., "Nivel de conocimiento y cuidado de la vía aérea brindado por la enfermera al paciente con tubo endotraqueal. Hospital Regional Docente de Trujillo 2016", (2017). El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional; se realizó con el propósito de determinar el nivel de conocimiento y cuidado de la vía aérea brindado por la enfermera al paciente con tubo endotraqueal. Hospital Regional Docente de Trujillo. La muestra estuvo constituida por un total de 37 enfermeras a quienes se les aplicó un cuestionario (instrumento N°1) para evaluar el nivel de conocimiento y se realizó observación utilizando una lista de cotejo (instrumento N°2) para determinar el nivel de cuidado. Encontrando que: el 10.8% de las participantes tiene conocimiento alto, el 54.1% tiene conocimiento regular y el 35.1% tiene conocimiento deficiente. Con respecto al cuidado de la vía aérea fue el 32.4 % brinda un cuidado adecuado, mientras que el 67.6% brinda un cuidado inadecuado. Concluimos que los resultados tienen relación significativa; que la mayor cantidad de enfermeras que tienen conocimiento regular brindan cuidado inadecuado. Los resultados hallados indican una confiabilidad aceptable cuando Alfa Cronbach en el instrumento 1 muestra un

CCI en promedio de 0.842; el instrumento 2 presenta un CCI en promedio de 0.875, lo cual indica una confiabilidad (4).

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Intubación Endotraqueal

a) Definición

La intubación consiste en introducir un tubo en la tráquea del paciente, a través de las vías respiratorias altas, dependiendo de la vía de acceso que escojamos, tenemos dos tipos de intubación: Nasotraqueal, que es a través de las fosas nasales; y Orotraqueal, que es a través de la boca (5).

La intubación endotraqueal se refiere a la introducción de un tubo por la boca hasta la tráquea, este es un dispositivo rígido con el propósito de establecer y mantener una vía aérea permeable, para asegurar el adecuado intercambio de oxígeno y dióxido de carbono cuyo objetivo es asegurar la permeabilidad de la vía aérea.

La intubación endotraqueal se utiliza como una forma de mantener una vía respiratoria permeable a los pacientes que no respiran de manera adecuada, puede utilizarse durante tres semanas, pasadas estas semanas debe analizarse la posibilidad de una traqueotomía para reducir la irritación y el daño provocado en la mucosa traqueal, la incidencia de parálisis de las cuerdas vocales y el trabajo respiratorio (6).

b) Partes del tubo endotraqueal

- **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 (7).

- **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 (8).

- **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 (9). Ejemplo:

- ✓ **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 (10).

- **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 (10). 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, ejemplo:

- ✓ 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 (11).
- ✓ 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 (11).

- **El balón de control:**

Su uso es controvertido en niños menores de 7 u 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 (12).

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) (13).

El uso del protóxido aumenta la presión de sellado, por difusión de éste al interior del balón. Para evitar la variación de presión algunos balones han sido diseñados para ser llenados con suero

salino. El suero permite una mayor estabilidad en la presión que ejerce sobre las mucosas pero es mayor el tiempo necesario para alcanzar una presión estable y resulta más lento también su vaciado (11).

Los balones de neumotaponamiento suelen estar compuestos de cloruro de polivinilo (PVC) o de silicona. El poliuretano ha sido recientemente utilizado en tubos pediátricos al tratarse de un material más fino, ofreciendo un mejor sellado y menor presión sobre las mucosas (Microcuff; Kimberly-Clark Healthcare, Rosewell, GA, USA) (14).

c) Material del que están hechos:

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 (8).

d) Tipos de tubos endotraqueal

Los tubos los podemos diferenciar de varias maneras

- ✓ Tamaños (según el diámetro interno del tubo):

- Neonatos muy prematuros o de bajo peso_ 2, 2.5, mm.
- Recién nacidos a término de 3.0 mm.
- De 1 a 6 meses de 3.5 mm.
- De 6 a 12 meses de 4 mm.
- 2 años de 4.5 mm.
- 4 años de 5 mm.
- 6 años de 5.5 mm.
- 8 años de 6 mm.
- 10 años de 6.5 mm.
- 12 años de 7.0 mm.
- De 14 años a más de 7.0 mm en mujeres y 8.0 mm en varones.

e) Clasificación de tubos según su morfología

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

- 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 (9).

e) Indicaciones según ATLS

- Presencia de apnea
- Incapacidad para mantener una vía aérea por otros medios
- Protección de la aspiración de sangre o de vómito
- Compromiso inminente o potencial de la vía aérea
- Presencia de lesión craneoencefálica que requiera de ventilación asistida (ECG \leq 8 puntos)
- Incapacidad de mantener oxigenación adecuada por medio de un dispositivo de oxigenación por mascarilla
- Parada cardio-respiratoria (PCR)
- Obstrucción de la vía aérea
- Necesidad de aislamiento o protección de la vía aérea
- Traumatismo craneoencefálico (TCE) con Glasgow menor de 8 puntos.
- Insuficiencia respiratoria. Fr < de 10 rpm o > de 30 respiraciones por minuto.
- Disminución del nivel de conciencia con Glasgow < de 8, descartando causas rápidas y fácilmente reversibles como intoxicaciones, sobredosis de opiáceos o hipoglucemia (14).

f) Contraindicaciones

- Dificultad o imposibilidad para la intubación
- Falta de indicación o práctica
- Pacientes con TCE escala de Glasgow >8
- La intubación difícil debe ser manejada por el especialista o médico de mayor experiencia

g) Ventajas del tubo endotraqueal

- Garantiza una adecuada ventilación y oxigenación
- Aísla la laringe y tráquea de la faringe, evitando la distensión gástrica y el riesgo de aspiración.
- Permite la aspiración de secreciones de la vía aérea.
- Constituye una vía para administración de ciertos fármacos útiles en la RCP.
- Permite la aplicación de presión positiva al final de la espiración (PEEP) (14).

h) Materiales para la entubación

- Laringoscopio
- Tubo endotraqueal
- Fladors
- Pinzas de Magil
- Jeringa de 10 c.c.
- Lubricante hidrosoluble
- Estetoscopio
- Guantes
- Equipo de aspiración de secreciones
- Medicación necesaria (anestesia)
- Neumomanómetro

i) Procedimiento

- Buena ventilación y oxigenación, equipo de succión disponible.
- Verificar balón del tubo endotraqueal y laringoscopio
- Inmovilización manual de la cabeza y cuello
- El laringoscopio debe ser empuñado con la mano izquierda

- Insertar la hoja del laringoscopio a nivel de la comisura labial derecha del paciente, desplazando la lengua hacia la izquierda en dirección a la línea media.
- Elevar el laringoscopio en una dirección de 45° en relación a la horizontal, sin presionar sobre los dientes o tejidos orales.
- Visualmente identificar la epiglotis y luego cuerdas vocales.
- Con la mano derecha insertar el tubo endotraqueal en la tráquea.
- Continuar hasta atravesar las cuerdas vocales, el manguito debe pasar de 1 a 2.5 cm dentro de la tráquea. Esto colocará el extremo proximal del tubo, al nivel de los dientes entre 19 y 23 cm, en la mayoría de los adultos.
- El manguito es insuflado con 10 a 20 cc de aire, suficientes para lograr un sello adecuado.
- Cerciorarse de la posición del tubo ventilando por medio del dispositivo bolsa – válvula – tubo.
- Confirmación primaria: observar expansión torácica y auscultar tórax y abdomen y visualice las cuerdas vocales.
- Asegurar el tubo
- Confirmación secundaria: detectores colorimétricos de CO₂; dispositivos detectores esofágicos.
- Radiografía de tórax PA.

j) Complicación de la intubación endotraqueal

- Incapacidad para intubar: hipoxia y muerte.
- Intubación esofágica. Hipoxia y muerte.
- Intubación bronquial
- Broncoaspiración por inducción de vómito
- El trauma de la vía aérea (hoja del laringoscopio; punta del tubo o guiador): hemorragia y broncoaspiración.

- Trauma dental.
- Bradicardia
- Neumotórax por barotrauma
- La ruptura / fuga del balón del tubo provoca pérdida del sello durante la ventilación
- Lesión cerebral cervical con déficit neurológico.
- Broncoespasmo
- Infección (14).

✓ **Predictores anatómicos de intubación difícil**

- Clasificación de Cormack y Lehane
- Clasificación de Mallampati
- Distancia tiromentoniana
- Distancia esternomentoniana
- Distancia interincisivos
- Protrusión mandibular (14)

✓ **Clasificación de Cormack y Lehane**

- Grado I: Cuerdas vocales son visibles en su totalidad
- Grado II: Cuerdas vocales visibles parcialmente
- Grado III: Sólo se observa la epiglotis
- Grado IV: No se ve la epiglotis (13)

✓ **Clasificación de Mallampati**

- Grado I: paladar blando + pilares + úvula
- Grado II: paladar blando + pilares + base de úvula
- Grado III: sólo se ve el paladar blando
- Grado IV: no se logra ver el paladar blando (13)

✓ **Distancia Tiromentoniana (Escala de Patil Andreti)**

- Grado I: > 6.5 cm
- Grado II: 6.0 – 6.5 cm
- Grado III: < 6.0 cm (13)

✓ **Distancia Esternomentoniana**

- Distancia de \leq 12.5 cm predice una intubación difícil

✓ **Distancia interincisivos**

- Clase I: > 3 cm
- Clase II: 2.6 – 3 cm
- Clase III: 2.0 – 2.5 cm
- Clase IV: < 2 cm (13)

2.2.2 Cuidados de enfermería en paciente con tubo endotraqueal (TET)

Los cuidados de enfermería dirigido a pacientes con intubación endotraqueal es mantener la permeabilidad de la vía aérea artificial con la finalidad de mejorar el intercambio de gases que disminuyen la resistencia de la vía aérea y disminuir el riesgo de presentar los eventos adversos. Por ello se brinda un cuidado de calidad en el manejo de estos pacientes.

Las intervenciones de enfermería en el manejo de pacientes con intubación endotraqueal son (15):

- Lavado de Manos según norma y uso de guantes estériles o de procedimientos según requerimientos
- Asegurar una adecuada fijación del tubo con cinta de fijación, que deberá estar siempre limpia y seca para evitar lesiones de la piel y revisar periódicamente a lo menos 2 veces durante el turno

- Prevenir las lesiones en la piel en relación a la presencia del tubo, rotándolo de comisura labial en cada turno (c/12 horas.)
- Realizar aseo y lubricación de cavidades al menos cada 12 hrs y de acuerdo a necesidad del paciente con clorhexidina al 0.12%. El aseo bucal se realizara tras asegurar la adecuada fijación del TET y comprobar la correcta presión del cuff.
- Aspiración de secreciones del tubo según necesidad
- Medir y registrar la distancia del TET tomando como punto de referencia la comisura labial, actividad a realizar como mínimo cada 12 horas
- Medir la presión de inflado del cuff cada 12 hrs, con un a presión que no supere 30 cm H₂O.
- Si se está administrando oxígeno adicional sin ventilación mecánica, asegurar la adecuada temperatura y humidificación del sistema
- Si el paciente se encuentra en ventilación mecánica, mantener idealmente el TET con filtro antibacteriano, que además mantiene la humedad y la temperatura. Con excepción en pacientes pediátricos
- El sistema cerrado de aspiración evita despresurización de la vía respiratoria y mantiene la oxigenación. Este sistema siempre debe ser cambiado cada 48 horas y según necesidad, cuando macroscópicamente este contaminado.

Es de suma importancia que el personal de enfermería verifique la simetría de la expansión torácica mediante la auscultación de los ruidos respiratorios en las caras anteriores y posteriores del tórax en ambos lados (16).

2.2.3 Procedimiento de enfermería en pacientes con tubo endotraqueal

A) Aspiración de secreciones:

La responsable de este procedimiento es la enfermera, con el objetivo de mantener la vía aérea permeable.

- **Materiales:**
 - Sonda de aspiración estéril.
 - Guantes estériles
 - Suero fisiológico o agua bidestilada.
 - Riñón estéril o receptáculo estéril
 - Goma de silicona estéril.

- **Procedimiento:**
 - Reúna el material a utilizar.
 - Informar al paciente el procedimiento a realizar si esta consciente.
 - si es posible y acomodar en posición fowler en 45°
 - Lavado clínico de manos.
 - Verificar el funcionamiento del mecanismo de aspiración (que sobrepase los 150 mm hg)
 - Hiperoxigenar al paciente previo al procedimiento de aspiración.
 - la enfermera se coloca guantes estériles y recibe la sonda de aspiración del técnico de enfermería, conectándola al circuito, manteniendo técnica aséptica
 - El ayudante desconecta la fuente de oxígeno del TET y dirige el Tubo hacia el operador.

- Introducir sonda sin aspirar, hasta obtener resistencia o respuesta espasmódica del paciente. Retirar aspirando la sonda no más de 10 segundos.
- Mantener monitoreada la frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno (O₂), según condición de paciente
- Al terminar cada aspiración, retirar sonda y succionar agua bidestilada o suero fisiológico estéril y realice lavado del recorrido del sistema hasta el frasco recolector.
- Repita las veces que sea necesario, hasta que la vía aérea esté despejada
- Desconecte la sonda del sistema de aspiración dejando protegido su extremo
- Asistente conecta TET o traqueotomía con sistema de administración de oxígeno.
- Elimine la sonda y Retírese los guantes.
- Lávese las manos (operador – asistente).
- Registre características de lo aspirado e incidentes si los hubiera (17)
-

B) Fijación del tubo endotraqueal:

El objetivo es evitar el desplazamiento del tubo endotraqueal y evitar lesiones en la piel.

- Fijación del tubo:
 - Técnica ángel II modificado.
 - Un lado tiene que ser más grande que el otro.

- Se hace un nudo de alondra y luego nudos de zapatos, en medio de la boca, y se fija al costado de la cara
 - El tubo de mayo se colocará sólo si es necesario, ya que puede ocasionar parestesias en la lengua o hipoperfusión (17)
 - Altura del TET: Mujeres: 20-21 a nivel de comisura labial
Hombres: 20 – 22 a nivel de comisura labial
 - CAFF hasta 25 mmhg (18-20), el caff sirve para ocluir las secreciones
- La mayor complicación de un caff muy insuflado es la Traqueomalacia (17)

C) Integridad de la piel (para evitar las lesiones peribucales)

A fin de evitar las lesiones peribucales se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Mantener la fijación del TET segura pero no excesiva
- Realizar higiene nasobucal
- Realizar la rotación de TET para modificar los puntos de presión
- Manipulación aséptica, manteniendo limpio y seco las comisuras labiales

2.2.4 Eventos adversos en pacientes con tubo endotraqueal

Los eventos adversos más frecuentes son:

- Las extubaciones no programadas.
- La obstrucción del tubo (Sangramiento de mucosas por aspiraciones prolongadas)
- Lesiones peribucales

Los eventos adversos se asocian a un incremento en la morbimortalidad de los pacientes y una mala calidad de vida.

2.2.5 Teoría de Vera Regina Waldow

Regina Waldow afirma que el cuidado es una forma de ser, de expresarse, de relacionarse consigo mismo, con otro ser y con el mundo, habla del ser humano como un ser de cuidado, este nace con ese potencial; por lo tanto, todas las personas son capaces de cuidar, como una acción moral, impregnada de valores, y de sentimientos, como cualidad existencial, ya que es parte del ser y le da la condición humana; se produce en relación con otro ser, es ahí donde se revela una coexistencia con otros seres, el cuidado se percibe en un contexto de variaciones, intensidades y diferencias en las formas y expresiones de cuidado conforme al medio en que se produce (18).

El cuidado en su abordaje más amplio consiste en una forma de ser y estar con otros, posee características existenciales y contextuales (modo de ser) y (estar con), de tal forma que el cuidado se visualiza en dos dimensiones: fenomenológica y holística. El holismo abarca la idea de conjunto, o del todo y la totalidad; no abarca solo la esfera física, sino que se extiende a las más altas manifestaciones del espíritu humano. El paradigma holístico, definido por la Universidad Holística Internacional, considera cada elemento de un campo como un evento que refleja y contiene todas las dimensiones del campo (19).

La enfermedad ocasiona una alteración global en todas las dimensiones del ser. Esta alteración afecta desde la estructura exterior del ser como a su estructura interior. La dimensión externa está relacionada con el cuerpo, con lo físico, y puede ser susceptible de percibir por la sintomatología y las señales que acostumbran resultar: alteraciones corpóreas, malestar, dolor, agotamiento, palidez, desplome de las extremidades, etc., hasta alteraciones de orden vital, como cambios en la temperatura, en la presión sanguínea, alteraciones cardíacas, neurológicas, etc. Los efectos en la estructura interior son en su mayoría invisibles y pueden caracterizarse por las expectativas, esperanzas y temores frente a la dolencia, a la muerte, a la vida después de la enfermedad o, incluso, después de la muerte. La enfermedad altera de modo significativo el mundo afectivo y relacional (19).

Los pacientes que sufren con enfermedades graves, en que el sufrimiento por el dolor y por la finitud que se acerca es inevitable, son seres de extrema vulnerabilidad y necesitan de cuidado especial. Por ello, los cuidadores deben estar preparados para ofrecer un cuidado que les proporcione confort, no solo de orden físico, sino también espiritual, utilizar técnicas de relajamiento, evidenciando y transmitiendo, tanto por gestos, miradas y palabras como en el silencio, coraje, solicitud y compasión. Escuchar es un cuidado de mucha valoración y cuando el paciente no puede o no quiere hablar, el silencio y el toque, además de la mirada cariñosa, pueden ser el hecho diferencial (19).

Como puede ser constatado por lo que se enfatiza en el cuidado, por algunos denominado cuidado humano o invisible, son acciones de orden expresivo, o sea, acciones enfocadas a actitudes y comportamientos de cuidado, algunos mencionados anteriormente. Sin embargo, las propias enfermeras tienen dificultad en registrar o prescribir tales acciones, siendo las mismas responsables por la invisibilidad del cuidado en esta perspectiva. No se conoce con seguridad la razón de tales dificultades, si por no sentirse confortables, por vergüenza, por temor de ser ridiculizadas, u otros motivos. Es una sugerencia para que las enfermeras busquen investigar este tema como problema o cuestión de investigación (19).

2.3 Definición de Términos

- a) Aspiración de secreciones.** - La aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones, ya sea a nivel nasotraqueal y orotraqueal, o bien la aspiración traqueal en pacientes con vía aérea artificial. Es la succión de secreciones a través de un catéter conectado a una toma de succión (20).

- b) Eventos Adversos.**- Un evento adverso se define como “el daño no intencional o complicación relacionado con la asistencia sanitaria“. Es cualquier aparición inesperada y perjudicial en un paciente, que causa algún daño o complicación al paciente y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece.

Los eventos adversos caracterizados como “serios” los cuales causan la muerte, son eventos potencialmente mortales que causan incapacidad o discapacidad persistente o significativa.

c) Extubación.- La extubación es el procedimiento que consiste en retirar el tubo endotraqueal (TET) a pacientes intubados. El profesional de enfermería es el que realiza esta técnica. (21).

d) Extubacion No Programada.- se define como la retirada prematura del tubo endotraqueal por parte del enfermo que recibe soporte ventilatorio. Puede presentarse la extubacion deliberada, por parte del equipo médico o de enfermería durante maniobras diagnostico- terapéuticos o cuidados.

- e) Fijación de Tubo Endotraqueal.-** La fijación del tubo endotraqueal es una de las rutinas diarias de enfermería, la cual permite “fijar” el tubo de tal manera que no se mueva y no complique al paciente (20).
- f) Lesiones.-** Una lesión es un daño que ocurre en el cuerpo. Es un término general que se refiere al daño causado por accidentes, caídas, golpes, quemaduras, armas y otras causas. Estas lesiones pueden ser menores o severas y poner en peligro la vida (21).
- g) Obstrucción.-** La palabra obstrucción es la que se utiliza para designar a aquellos conductos o espacios que se vean tapados y en los cuales el tránsito de diferentes tipos de elementos no sea posible justamente por ese taponamiento (21).
- h) Tráquea.-** Es un órgano del aparato respiratorio de carácter cartilaginoso y membranoso que va desde la laringe a los bronquios. Su función es brindar una vía abierta al aire inhalado y exhalado (20).
- i) 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 (20).

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

El estudio es cuantitativo descriptivo; para la elaboración del presente informe de experiencia laboral, se recolectaron datos de diferentes áreas, para la obtención de estos datos se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Se solicitó permiso a la dirección, para poder tener acceso a los datos estadísticos de las diferentes áreas del Hospital Marino Scippa.
- Se coordinó con el área de estadística para solicitar la información del año 2017.
- Se coordinó con la coordinadora de enfermería del servicio de emergencia para tener acceso a los registros de enfermería (reporte de actividades).
- El estudio se realizó en un periodo de dos meses, partiendo de la planificación hasta el informe de resultados del estudio. El proceso de recolección de datos se realizó por parte del investigador.
- La tabulación se realizó de forma manual y realizado por la investigadora.
- Para el análisis e interpretación de datos, se utilizó el programa de -Excel, para la tabulación de los datos estadísticos.

3.2 Experiencia Profesional

Recuento de la Experiencia Profesional

Durante la experiencia profesional de 14 años, el primer año labore en el instituto Arzobispo Loayza cumpliendo labores de docencia, luego labore en el hospital Sergio Enrique Bernales durante 8 años, en los servicios de medicina (1 año), cumpliendo labor asistencial, consultorios externos (2 años) cumpliendo labores administrativas cargo de jefatura, neonatología (1 año y medio), UCI (2 años y medio), y emergencias hasta abril del 2012, cumpliendo labores asistenciales. Luego me trasladé al hospital Marino Molina Scippa en el cual laboro hasta la actualidad en el servicio de emergencia cumpliendo labor asistencial.

Durante este tiempo he obtenido una experiencia gratificante que me permite desempeñarme como enfermera capacitada y preparada para enfrentar los retos que se me presentan día a día, así como he aprendido a mantener una adecuada interacción con el equipo multidisciplinario con el cual laboro; para mí es muy importante el trabajo en equipo, el saber manejar los conflictos entre el personal y sobre todo brindar un cuidado de calidad.

Descripción del área laboral

El Hospital Marino Molina Scippa Essalud Nivel I, se encuentra ubicado en Av. Guillermo de la Fuente 515 -545 Urbanización Santa Luzmila segunda etapa, Comas en el cono norte de Lima. Institución pública del primer nivel de atención que con resolución de presidencia ejecutiva N° 142 PE ESSALUD 2000, con fecha 16 de mayo 2000, resuelve crear el Hospital I de Comas, como parte de la Red asistencial de la gerencia departamental de Lima, el cual se denominará Hospital Marino Molina Scippa quien en 1972 realiza

el primer trasplante del corazón en el entonces Hospital del Empleado.

El Hospital Marino Molina Scippa de Essalud de primer nivel que atiende a la población asegurada del cono norte de Lima, que comprende los distritos de Comas, Carabayllo, Puente Piedra, Los Olivos, Ventanilla, Ancón e Independencia. Actualmente tenemos 192611, población adscrita de Comas, Carabayllo y la provincia de Canta, así como también atendemos las referencias de otros centros asistenciales de la Red Sabogal como la UBAP de Carabayllo, Puente Piedra y las IPRESS Clínica Universitaria, se constituye como Micro Red asistencial, funcionando actualmente como contención del Hospital Sabogal, con Resolución de Gerencia de Red N° 806 – G-RAS- ESSALUD de fecha 25 de junio del 2013.

El servicio de emergencia del Hospital Marino Scippa brinda atención continua las 24 horas del día. Cuenta con diferentes áreas de atención hospitalaria: Shock trauma (atención a demanda, prioridad I, II), UCE (5 pacientes de prioridad I, II), observación I (15 pacientes prioridad III), observación II (10 pacientes de prioridad III), observación III (15 pacientes de prioridad III), observación IV (10 pacientes de prioridad I, II, III), observación pediatría (4 pacientes a mas), tópico de inyectables, tópico de nebulización, estas áreas están a cargo de la enfermera, siendo un total de 9 enfermeras por turno.

El servicio de emergencia cuenta con áreas de atención externa: triaje (2 médicos), tópico de medicina (3 médicos), tópico de pediatría (2 médicos pediatras), tópico de cirugía (2 médicos cirujanos), tópico de traumatología (1 medico traumatólogo), tópico de ginecología (2 médicos ginecólogos), cuenta a la vez con los servicios de admisión, farmacia y laboratorio.

Funciones realizadas desarrolladas en la actualidad

a) Función asistencial

- Brindar atención integral especializada en situaciones de emergencia y/o urgencia.
- Detectar en forma eficaz y rápida las complicaciones que puedan presentarse en la vida del paciente.
- Participar activamente con el equipo multidisciplinario en los procedimientos a realizar (colocación de catéter venoso central, intubación endotraqueal, etc.)
- Realizar con habilidad y destreza los procedimientos de enfermería (canalización de vías periféricas, aspiración de secreciones, rotación y fijación de tubo endotraqueal, etc.).
- Verificar la operatividad de los equipos biomédicos al inicio y al término del turno.
- Utilizar con destreza y habilidad los equipos biomédicos.
- Verificar que los medicamentos del coche de paro se encuentren completos.
- Participar en la terapéutica indicado por el médico.
- Realizar la valoración del paciente con el fin de detectar situaciones o cambios del estado de salud (estado de conciencia, comportamiento, coloración, perfusión, etc.).
- Registrar las actividades realizadas que se anotarán en la hoja de enfermería de la historia clínica del paciente.
- Desarrollar y ejecutar el plan de cuidados de acuerdo al diagnóstico del paciente.

b) Función administrativa

- Verificar la hoja de atención y acreditación del paciente
- Registrar los pacientes en el cuaderno de ingreso
- Registrar la contabilidad y llenado adecuado de las actividades de enfermería en el formato institucional (censo de pacientes)

- Coordinar con los diferentes servicios para la hospitalización de pacientes
- Coordinar con el área del CRUE en la transferencia y/o referencia del paciente
- Coordinar el alta del paciente
- Supervisión del personal técnico
- Realizar la entrega del turno del servicio (reporte de enfermería) en forma clara y veraz

3.3 Procesos realizados en el tema

El desarrollo del presente informe se debe a una serie de actividades que vengo realizando en el servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa, donde cabe resaltar que la intubación endotraqueal constituye uno de los medios más utilizados e importantes para estabilizar la vía aérea, las situaciones que implican utilizarlas son diversas, generalmente se aplica en situaciones de extrema urgencia, en especial en las enfermedades que llevan al paciente a una condición crítica con fallas multisistémicas. Entre las indicaciones más comunes para la intubación endotraqueal son a pacientes con insuficiencia respiratoria, exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar, coma, trastornos neurológicos, etc.

Cabe resaltar que por la demanda excesiva de pacientes, la insuficiente cantidad de enfermeras y por la falta de protocolos para estandarizar los cuidados de enfermería en dichos pacientes, se presentan casos de eventos adversos tales como la extubación no programada, obstrucción del tubo endotraqueal, ya sea por un sangrado fulminante o por secreciones mal manejadas, y las laceraciones peribucales por la falta de rotación del tubo en cada

turno. Lo más frecuente de estos eventos son las lesiones peribucales.

El servicio de emergencia no cuenta con un protocolo de cuidados de tubo endotraqueal, por este motivo surge la importancia del presente informe de experiencia laboral.

A continuación narraré una de las experiencias del servicio de emergencia:

Ingresó un paciente de 55 años de edad a causa de un accidente automovilístico (atropellado), con obesidad mórbida (más de 100 Kg. de peso), con una escala de gasglow >8, funciones vitales PA 70/30 mm/hg, frecuencia cardiaca 130, frecuencia respiratoria 28, saturación de oxígeno 82%, hemodinámicamente inestable. Con sangrado interno, fracturas en el hombro derecho y caderas, hematomas en la región del tórax, con heridas abiertas en pierna, brazo y cabeza debidamente suturadas,

Se le realizó los procedimientos de intubación endotraqueal, conectándolo al ventilador mecánico modo asistido controlado, aspiración de secreciones, infusión de medicamentos, como inotrópicos (dopamina), sedoanalgesia (fentanilo con midazolam) a 10cc hora, con sujeción mecánica.

De pronto el paciente presenta agitación del cual logra soltarse y se retira el tubo endotraqueal de manera violenta, inflamándose la tráquea, siendo imposible la reentubación, por lo cual se le colocó una máscara de bolsa de reservorio no siendo de mucha ayuda, por lo que el paciente empezó a desaturar, falleciendo a las 2 horas de la extubación.

Innovaciones – aportes

- Se coordinó con la coordinadora del servicio de emergencia llevar a cabo capacitaciones continuas para el personal de enfermería del cuidado de tubo endotraqueal con el fin de disminuir los eventos adversos.
- Se coordinó con la coordinadora del servicio de emergencia para la elaboración de un protocolo de cuidados de tubo endotraqueal

Limitaciones para el desempeño profesional

- La demanda excesiva de pacientes los cuales necesitan una atención inmediata y el hospital no cuenta con los equipos necesarios para su atención.
- El número insuficiente de enfermeras que laboran en esta área.
- Limitaciones en la ayuda diagnóstica.
- La infraestructura, el espacio físico de la unidad de shock trauma es reducido para la demanda de pacientes que se presentan a diario.
- Limitaciones con los equipos biomédicos (equipos malogrados).

IV. RESULTADOS

Los resultados corresponden a la evaluación de 123 pacientes del área de emergencias y desastres del Hospital Marino Molina Scippa, Institución de EsSalud durante el periodo de enero – diciembre 2017 a los cuales se les practicó intubación endotraqueal y que presentaron eventos adversos al tratamiento.

Cuadro N° 4.1

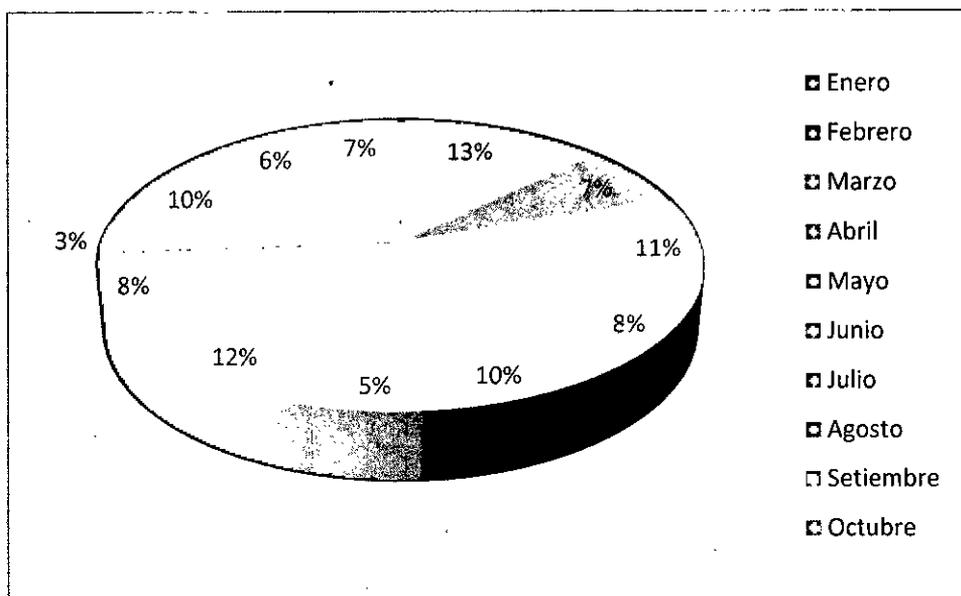
Total de pacientes en el periodo enero – Diciembre 2017 entubados en el servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa.

Descripción	Cantidad de pacientes	%
Enero	16	13%
Febrero	9	7%
Marzo	14	11%
Abril	10	8%
Mayo	12	10%
Junio	6	5%
Julio	15	12%
Agosto	10	8%
Setiembre	4	3%
Octubre	12	10%
Noviembre	7	6%
Diciembre	8	7%
Total	123	100%

Fuente: Datos hospital Marino Molina Scippa – Área de Emergencia.

Gráfico N° 4.1

Total de pacientes en el periodo enero – diciembre 2017 entubados en el servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa



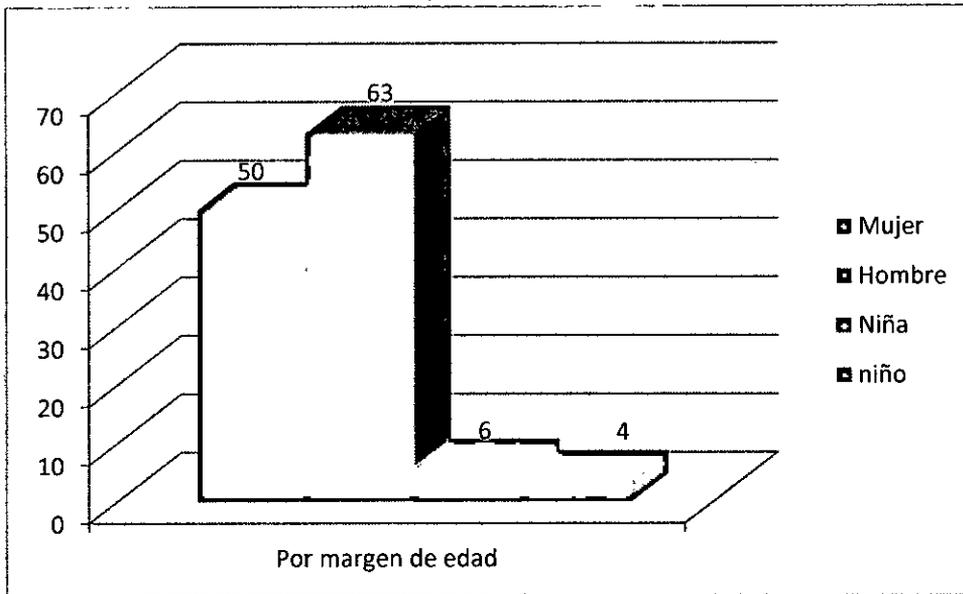
Fuente: Elaboración propia

De la tabla y figura se interpreta que el mes en el cual hubo mayor cantidad de pacientes que requirieron intubación endotraqueal fue el mes de enero con 16% y el mes en el cual tuvieron menos cantidad de pacientes que necesitaron intubación fue el mes de setiembre con 3%.

Todos los meses ingresan pacientes al servicio de emergencias de los cuales algunos de ellos necesitan que sean intubados para estabilizarlo, es por ello que las estadísticas de este procedimiento se dan todos los meses.

Gráfico N° 4.2

Distribución de los pacientes entubados en el servicio de emergencia del Hospital Marino Scipia según edad y sexo



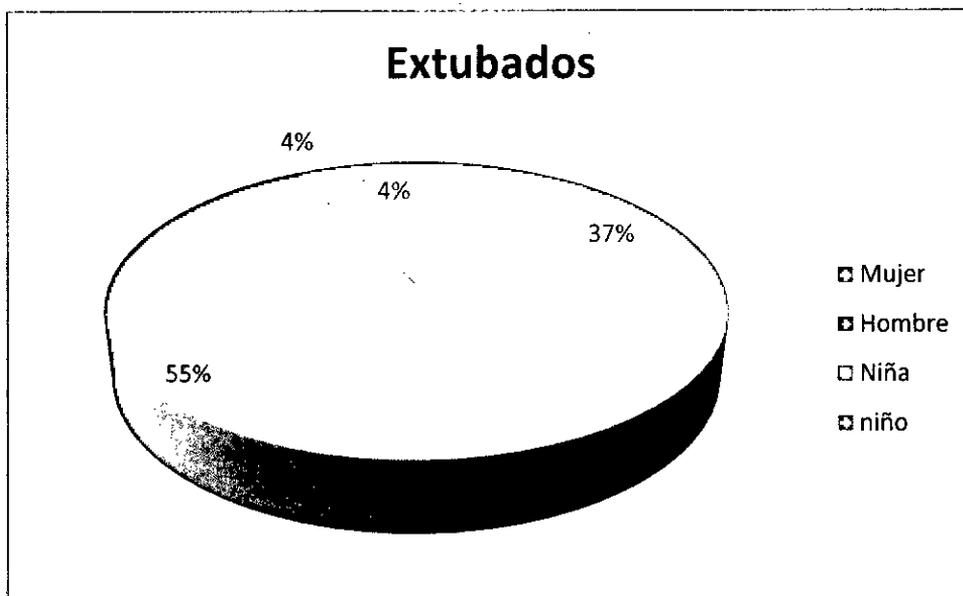
Fuente: Elaboración propia

Del total de pacientes durante el período Enero – diciembre 2017, vemos que 63 fueron hombres, 50 mujeres, 6 niñas y 4 fueron niños.

Este gráfico demuestra que la mayoría de pacientes que son entubados están en edad adulta, siendo pocos los casos que tenemos de niños.

Gráfico N° 4.3

Número de Pacientes Extubados en el servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa - 2017.



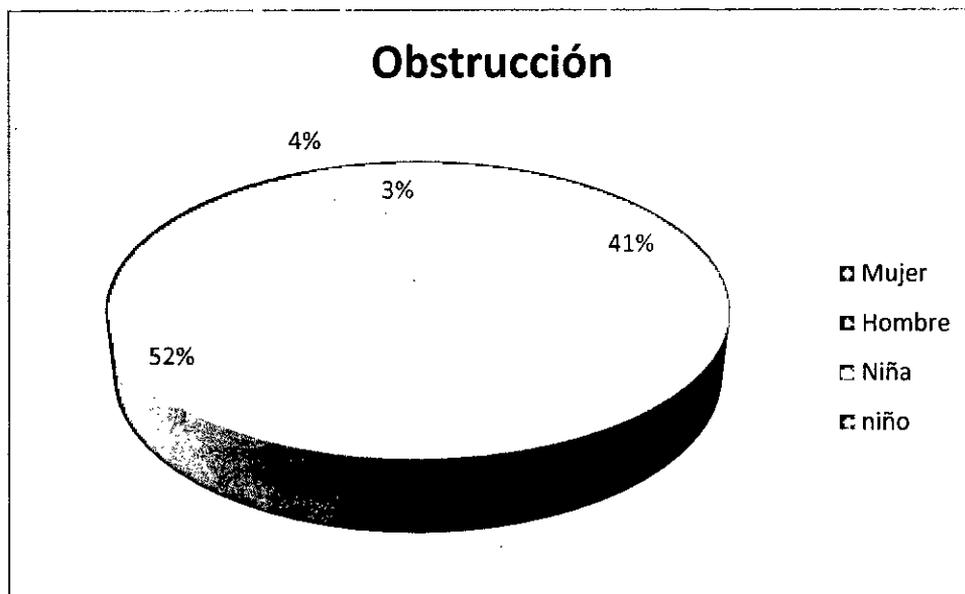
Fuente: Elaboración propia

Se puede ver que del total de pacientes entubados, se extubaron a un total de 27, de esta cantidad, el 55% fueron hombres, el 37% fueron mujeres, el 4% fueron niñas y el 4% fueron niños.

Este gráfico demuestra que no todos los pacientes con intubación endotraqueal presentan eventos adversos, sin embargo existen estos casos de extubación no programada, los cuales en comparación con las cantidades totales nos da el 31% del total de pacientes intubados.

Gráfico N° 4.4

Número de pacientes con obstrucción de tubo endotraqueal en el servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa – 2017



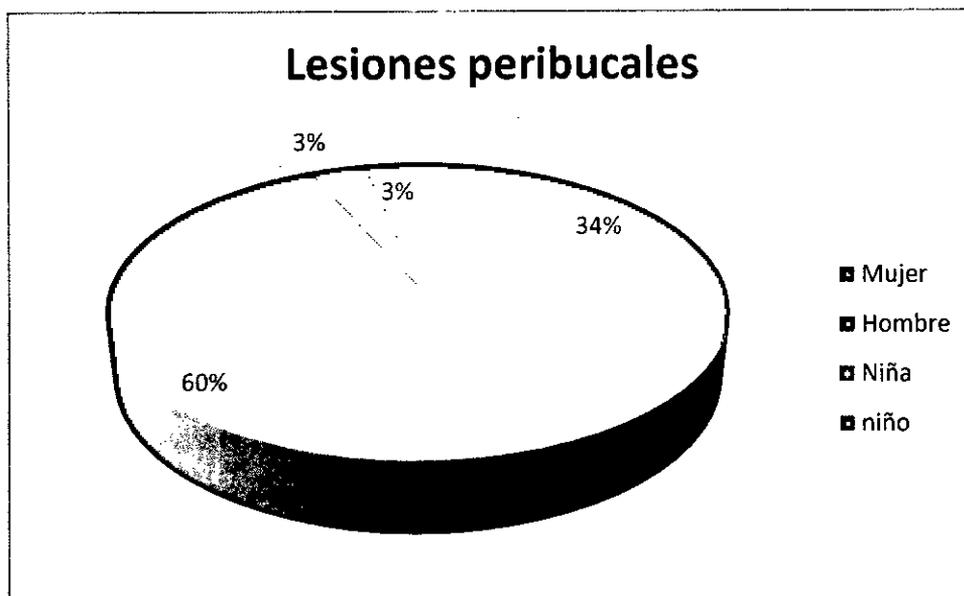
Fuente: Elaboración propia

De los pacientes evaluados durante el período Enero – diciembre del 2017, 29 pacientes sufrieron de obstrucción endotraqueal, de los cuales 52% fueron hombres, 41% mujeres, 4% niñas y 3% niños.

Las obstrucciones se dan por un mal manejo de secreciones o un sangrado fulminante, lo cual conlleva al taponamiento del tubo endotraqueal, el cual se realiza el procedimiento de aspiración o cambiando el tubo.

Gráfico N° 4.5

Pacientes con lesiones peribucales en el servicio de emergencia del Hospital Marino Scippa – 2017.



Fuente: Elaboración propia

Del total de pacientes atendidos en el área de emergencia y entubados, 30 de ellos sufrieron de lesiones peribucales, de los cuales, el 60% fueron hombres, 34% mujeres, 3% niños y 3% niñas.

Las lesiones peribucales son los eventos adversos más comunes, debido a que alrededor de la boca es una zona húmeda y más el fijador de tubo da como consecuencia las laceraciones peribucales, las cuales son tratadas con la rotación del tubo y una adecuada higiene peribucal. Estas lesiones se presentaron por la falta de rotación de tubo y a la vez por la deficiente higiene peribucal.

V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permite que la Enfermera, ponga en práctica los conocimientos adquiridos y desarrolle sus habilidades y destrezas para brindar un cuidado de calidad, con eficiencia, oportuno y seguro al paciente con tubo endotraqueal, con el fin de prevenir eventos adversos en el servicio de emergencias.
- b) Puedo decir que definitivamente existen eventos adversos a causa de la intubación endotraqueal. Estos eventos siempre han de ocurrir de una u otra forma, pero es responsabilidad del personal de enfermería que ocurran lo menos posible y con los conocimientos adecuados tratar estos eventos a fin de que el paciente muestre mejoría y salga de manera positiva de estas eventualidades
- c) La presencia de eventos adversos en pacientes intubados es un indicador de mala calidad en los cuidados de enfermería.
- d) Es importante tratarlos con delicadeza y gentileza, pues son pacientes muy vulnerables y no solo necesitan mucha atención, sino que son casos muy delicados. Asimismo la amabilidad debe extenderse también a los familiares que en esos momentos sufren de gran cantidad de estrés por la condición física que tienen en ese momento sus enfermos.

VI. RECOMENDACIONES

- a) EL servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scippa debe dar capacitación constante y actualizada al personal de enfermería para que éste siga desarrollándose en sus capacidades a fin brindar un cuidado de calidad, eficiente y oportuno.
- b) Se sugiere al servicio de emergencias del Hospital Marino Molina Scippa dar talleres de relajación para que el nivel de estrés en este servicio aminore y el personal de enfermería se concentre mejor en los cuidados que se deben dar a los pacientes con tubo endotraqueal.
- c) La elaboración de un protocolo de cuidados de enfermería en pacientes con tubo endotraqueal para la prevención de eventos adversos.
- d) Realizar talleres para el personal de enfermería sobre cordialidad al paciente y familiares a fin de darles un mejor servicio del que ya se ofrece. La mayoría de pacientes que necesita este procedimiento son adultos mayores, por lo que se les debe tratar con mayor delicadeza ya que sus órganos son más sensibles debido a la edad. Asimismo se les debe dar mayor control.

VII. REFERENCIALES

1. Bernal R.; Garzón Z.. Eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos. 2013..
2. Cervera R.. Incidencia de complicaciones asociadas a los cuidados del tubo endotraqueal en pacientes de intensiva de un Hospital Regional Universitario. 2007 Noviembre..
3. Gamboa B.. Nivel de conocimiento y la práctica del cuidado de la vía aérea que realizan las enfermeras en pacientes críticos con tubo orotraqueal en la Clínica Good Hope. 2013..
4. Ñuñuvera Lopez A.; Vasquez Saavedra F.. Nivel de conocimiento y cuidado de la vía aérea brindado por la enfermera al paciente con tubo endotraqueal. Hospital Regional Docente de Trujillo 2016. 2017..
5. Ortega M.; Suárez M.. Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería México: Medica Panamericana; 2006.
6. Ania N.; Martínez A.; Eseberri M.; Margall M.; Asiain M.. Evaluación de la competencia práctica y de los conocimientos científicos de enfermeras de UCI en la aspiración endotraqueal de secreciones. : Enfermería Intensiva; 2014.
7. Cooper JD.; GRillo HC. Experimental production and prevention of injury due to cuffed tracheal tubes.: Surg Gynecol Obstet; 1969.
8. Magovern GJ.; Shively JG; Fecht D.. The clinical and experimental evaluation of a controlled-pressure intratracheal cuff: Thorac Cardiovasc; 1972.
9. Blasco J. Ventilacion mecánica clínica y práctica: Alhulia; 2000.
10. Lee JH.; Kim CH.; Bahk JH.; Parks KS.. The influence of endotracheal tube tip design on nasal trauma during nasotracheal intubation: Magill-tip versus Murphy-tip. : Anesth Analg; 2005.

11. Leong L.; Black AE.. The design of pediatric tracheal tubes. : Paediatr Anaesth. ; 2009.
12. Dave MH.; Frotzler A.; Weiss M.. Closed tracheal suction and fluid aspiration past the tracheal tube. Impact of tube cuff and airway pressure.: Minerva Anesthesiol; 2011.
13. Weiss M.. Rapid pressure compensation by automated cuff pressure controllers worsens sealing in tracheal tubes. : Br J Anaesth. ; 2009.
14. Dullekopf A.; Gerber A.; Weiss M. The Microcuff tube allows a longer time interval until unsafe cuff pressures are reached in children. : Can J Anaesth. ; 2004.
15. Peñalta M.; Álvarez G.; Pérez Y.; García M.; Gordo F.. Desarrollo de un sistema de garantía de calidad en ventilación mecánica.: Enfermería intensiva; 2002.
16. O 'Connell S.; Bare B.; Enfermería Medicoquirúrgica Estados Unidos de América : Mc Graw Hill; 2004.
17. Aguilar H.; Amaro G.; Aranguren R.; Castillo L.. Proceso de enfermería y principios éticos utilizados por personal de enfermería en la permeabilización de las vías aéreas en pacientes conectados a ventilados mecánico. [Online].; 2004 [cited 2006 Setiembre 19. Available from: <http://bibmed.ucia.edu.ve/HedeosbmuclaltextocompletotIWIY85P7620>
18. Waldow VR.. O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. : Petrópolis: Vozes; 2004.
19. Waldow VR.. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. : Petrópolis: Vozes; 2012.
20. Bassano N.. Guía clínica de neumotórax simple en el primer episodio (NSPE). Hospital Provincial Neuquén.; 2009.
21. Ossés J.; Gaitán C.. Neumotórax. REVISTA MEDICINA RESPIRATORIA. 2003 Mayo 23; Año 3(Número I).

ANEXOS

ANEXO Nº 01
FICHA DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS
ADVERSOS EN LA ATENCIÓN EN SALUD



PRESIDENCIA EJECUTIVA
DEFENSORIA DEL ASEGURADO

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"

**FICHA DE REGISTRO Y NOTIFICACION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN LA
ATENCIÓN DE SALUD**

*Este documento tiene un objetivo único, básico y común: aprender de todos y para todos (profesionales, pacientes, familiares). Toda la información que se introduzca en este sistema es **confidencial**. Esta información es fundamental para el análisis en profundidad de los casos más relevantes.*

Por favor, incluya información objetiva, evitando opiniones personales.

El reporte de incidentes y eventos adversos que usted va a realizar nos permite identificar riesgos y situaciones que ayudan a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes.

FECHA DE NOTIFICACIÓN: DD.....MM.....AA..... CODIGO DE REPORTE:.....

A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1. Autogenerado _____
2. Historia Clínica _____ 3. Edad _____ 4. Sexo: M ___ F ___ 5. N° Cama _____
6. Servicio _____ 7. Diagnóstico _____

B. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

EVENTO: Daño o riesgo de daño en un paciente como consecuencia de desviaciones en los procesos definidos para la atención en salud en los centros asistenciales. El evento incluye errores prevenibles y riesgos o peligros.

8. Fecha de ocurrencia DD ___ MM ___ AA ___ 9. Hora ___ 10. ¿Dónde ocurrió?
(Centro/Servicio/Unidad/especialidad) _____

Si no se recuerda exactamente la hora señalar franja horaria:
 6:01 – 14:00 (mañana) 14:01 -22:00 (tarde) 22:01 – 6:00 (noche)

11. Breve descripción del incidente/evento adverso:

C. CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO/INCIDENTE A NOTIFICAR

12. Tipo de Evento:
 Evento Adverso
 Evento Potencial

Evento Potencial: situación que tiene el potencial de causar un incidente o un evento adverso; incidentes que no llegó al paciente, incluye riesgos, errores que no generaron daños.

Evento Adverso: daño en el paciente relacionado con la atención de salud y no con las complicaciones inherentes de la enfermedad

13. Severidad del daño:

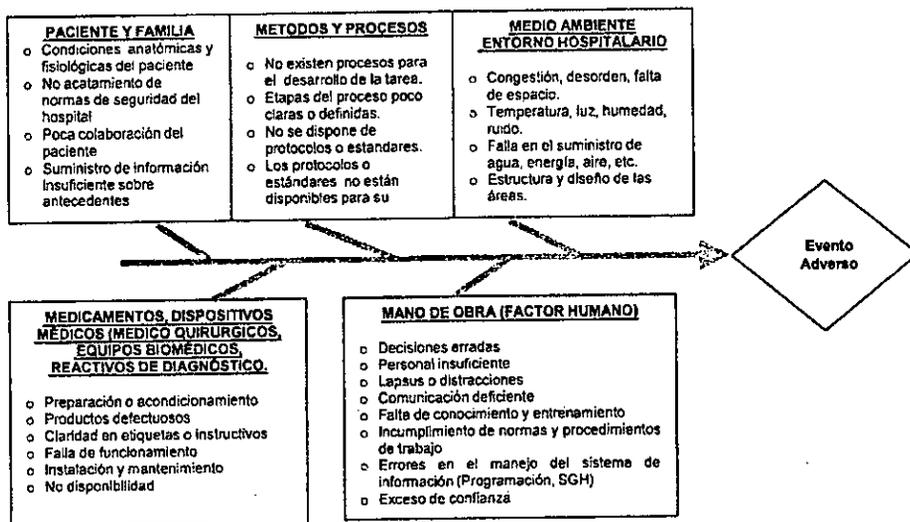
- El incidente llegó al paciente pero no le causó daño
 No causó daño pero preciso mayor seguimiento o monitorización
 Causo daño temporal pero no alargó la hospitalización
 Causo daño temporal y alargó la hospitalización
 Causo daño permanente
 Comprometió la vida del paciente
 causo la muerte del paciente

Av. Arenales # 1302, Oficinas 205 – 320, Jesús María, Lima - Perú / Teléfono: 2656000 / Anexos: 2080-2531-2938
TeleFax: 2656000, Anexo 2140 / Email: defensoriadelasegurado@essalud.gob.pe

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"

D. FACTORES CONTRIBUYENTES: marcar con un aspa (x): los factores que crees pudieron influir para que se produjera el incidente/evento (marcar en el cuadro de Análisis de Causas)

ANÁLISIS DE CAUSAS



OTRAS CAUSAS:

E. PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EVITAR QUE SE PRODUZCAN SUCESOS ASÍ:

CAUSA IDENTIFICADA	QUE HACER	QUIEN	CUANDO			VERIFICACION
			DÍA	MES	AÑO	

VERIFICACION DE LAS ACCIONES DE INTERVENCIÓN Y CIERRE DEL REPORTE.

Fecha de verificación	
Jefe del área	
Responsable de oficina de calidad y seguridad	

INFORMACION DEL REPORTANTE:

CARGO	SERVICIO

ANEXO N° 02

RELACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD

OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
SUB GERENCIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



ANEXO 2: RELACION DE EVENTOS ADVERSOS EN LA ATENCION DE SALUD - 2011

GRUPOS	TIPOS DE EVENTOS ADVERSOS	SI / NO
CUIDADOS	Úlcera por presión	
	Quemaduras, erosiones y contusiones (Incluyendo fracturas x cuidados)	
	Edema Agudo de Pulmón (EAP) e Insuficiencia respiratoria	
	Otras consecuencias de la Inmovilización prolongada	
	Omisión de ordenes médicas	
	Fuga de pacientes	
	Entrega equivocada de resultados	
	Error de traslado del paciente	
	Caidas	
	Otros relacionados con los cuidados	
MEDICACION	Náuseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación	
	Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos	
	Otros efectos secundarios de fármacos: reacción adversa (RAM)	
	Mal control de la glucemia	
	Transfusión de Grupo y Factor equivocados	
	Hemorragia por anticoagulación	
	Hemorragia digestiva alta	
	Retraso en el tratamiento	
	Alteraciones neurológicas por fármacos	
	Hipotensión por fármacos	
INFECCION NOSOCOMIAL	Tratamiento médico ineficaz	
	Otros relacionados con la medicación: cefalea x fármacos	
	Infección de herida quirúrgica	
	ITU nosocomial	
	Otro tipo de Infección nosocomial o infección nosocomial sin especificar	
	Sépsis y shock séptico	
	Neumonía nosocomial	
PROCEDIMIENTO	Bacteriemia asociada a dispositivo	
	Otros relacionados con infección nosocomial	
	Hemorragia o hematoma relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento	
	Lesiones en un órgano durante un procedimiento	
	Otras complicaciones tras intervención quirúrgica o procedimiento	
	Intervención quirúrgica Ineficaz o Incompleta	
	Desgarro uterino	
	Neumotorax	
	Suspensión de la IQ o Procedimiento	
	Retención Urinaria	
	Dehiscencia de suturas	
	Eventración o evisceración	
	Adherencias y alteraciones funcionales tras intervención quirúrgica	
	Complicaciones neonatales por Parto	
Flebitis		
Otros: hematoma, seroma, procedimiento innecesario		
DIAGNOSTICO	Retraso en el diagnóstico	
	Error diagnóstico	
	Opinión experta Incorrecta	
	Otros relacionados con el diagnóstico	
OTROS	Pendiente de especificar	
	Fallo a la hora de tener en cuenta las comorbilidades	
	Examen auxiliar realizado ó informado incorrectamente	
	Otros EA	

Sistema de Información del Programa de Atención Confiable - Seguridad del Paciente

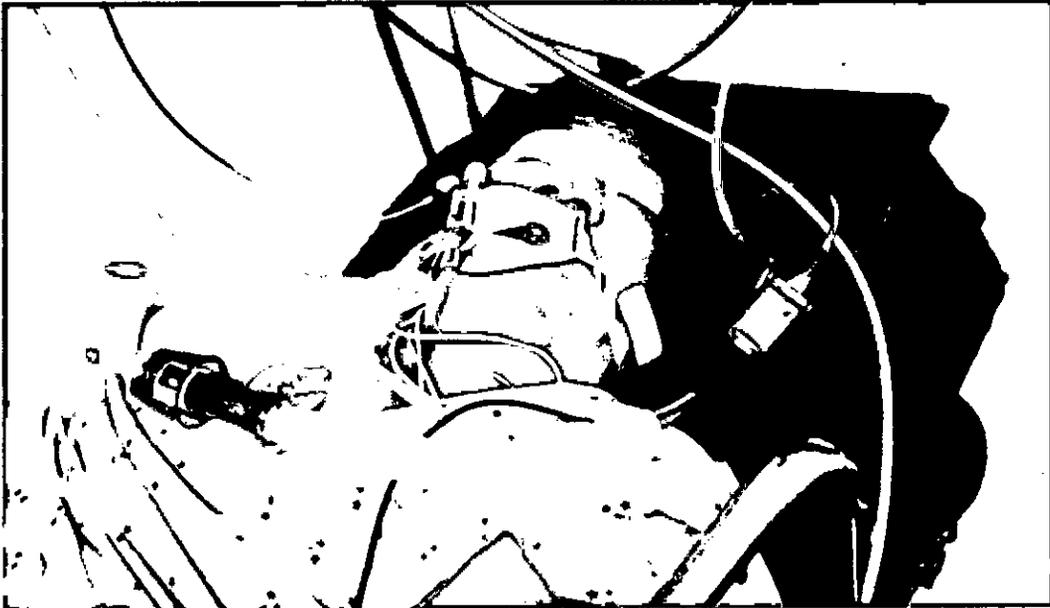
Su información contribuye a la Promoción y Seguimiento de Prácticas Seguras: Cinco Correctos, Lavado de Manos salvan vidas, cirugía segura, escala de caídas de Morse

Comunicar Evento ó Incidente al Anexo: (por ejem: 1731)

ANEXO N° 03

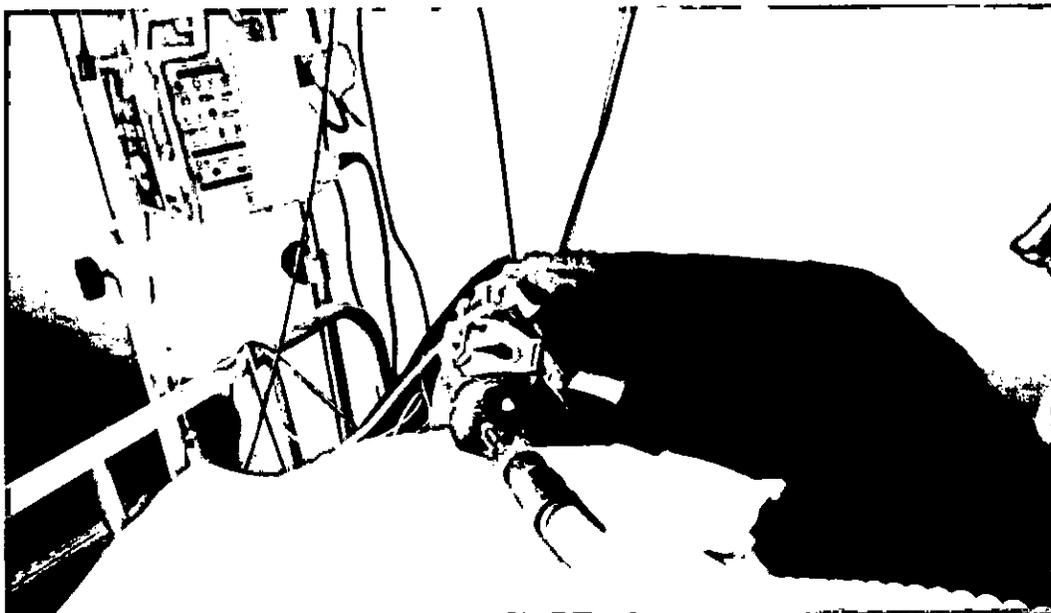
FOTOS

MALA FIJACIÓN, FALTA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES



Fuente: Elaboración propia, 2017

CORRECTA FIJACIÓN DEL TET



Fuente: Elaboración propia, 2017