

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



TÍTULO

PRÁCTICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DEL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTUBADOS
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL
DOS DE MAYO. LIMA. 2019

SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

LIC. HUASUPOMA SORIANO CHRISTIAN GIOVANNI

Callao, 2019

PERÚ

“PRÁCTICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN PACIENTES INTUBADOS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. LIMA - 2019”

AUTOR:
HUASUPOMA SORIANO CHRISTIAN GIOVANNI.

ASESORA
Dra. PILAR MORENO OBREGON

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA	Presidenta
Mg. LUIS ENRIQUE MONCADA SALCEDO	Secretario
Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO	Vocal

ASESORA: Dra. PILAR MORENO OBREGON

N° DE LIBRO: 003

N° DE FOLIO: 0

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN:

Fecha de aprobación de Tesis: 06/12/2019

Resolución de Decanato N° 389-2019-D/FCS de fecha 04 de diciembre del 2019 de designación de Jurado Examinador de Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. CHRISTIAN GIOVANNI HUASUPOMA SORIANO

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada principalmente a Teodolinda Alejandrina Soriano Fernández, por su apoyo incondicional del día a día, ya que fue parte fundamental para continuar y conseguir mis metas.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento especial y sincero a las personas que siempre creyeron en mi desarrollo profesional, que de alguna u otra forma me demostraron su apoyo incondicional.

INDICE

ÍNDICE DE TABLAS	3
ÍNDICE DE FIGURAS	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1. Descripción de la Realidad Problemática	10
1.2. Formulación del Problema	15
1.2.1. Problema General:	15
1.2.2. Problemas Específicos:	16
1.3. Objetivos	16
1.3.1. Objetivo General	16
1.3.2. Objetivos Específicos	16
1.4. Limitaciones de la investigación	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1. Antecedentes de la investigación	18
2.1.1. A Nivel Internacional	18
2.1.2. A Nivel Nacional	19
2.2. Bases Teóricas	21
2.2.1. Teoría Relacionada al Estudio	21
2.2.2. Teoría de Dorothea Orem Déficit del Autocuidado	21
2.2.3. Necesidades de déficit del autocuidado terapéuticos	22
2.3. Base conceptual	23
2.3.1. Intubación Endotraqueal	23
2.3.2. Cuidados de Enfermería del Paciente Intubado	24
2.3.3. Aspiración de Secreciones en Paciente Intubado	26
2.4. Definición de términos básicos	34

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	35
3.1. Hipótesis de la investigación.....	35
3.2. Definición conceptual de variables.....	35
3.2.1. Operacionalización de variable.....	38
CAPITULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO.....	40
4.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	40
4.2. Método de Investigación.....	40
4.3. Población y Muestra:.....	41
4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado.....	41
4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.....	42
4.6. Análisis y procesamiento de datos.....	43
CAPITULO V: RESULTADOS.....	44
5.1. Resultados Descriptivos.....	44
CAPITULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	53
CONCLUSIONES.....	58
RECOMENDACIONES.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	61
ANEXO.....	65
ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	66
ANEXO B: INSTRUMENTO.....	68
ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	69
ANEXO D: TABLA DE CONCORDANCIA.....	72
ANEXO E: GUÍA DE ASPIRACION DE SECRECIONES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO.....	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°5.1: Práctica de aspiración de secreciones del profesional de enfermería en pacientes intubados.	44
Tabla N°5.2: Práctica de aspiración de secreciones del profesional de enfermería en pacientes intubados. (Antes de la aspiración).....	445
Tabla N°5.3: Indicadores de la práctica de aspiración de secreciones (Antes de la aspiración).....	446
Tabla N°5.4: Práctica de aspiración de secreciones del profesional de enfermería en pacientes intubados. (Durante de la aspiración)	¡Error! Marcador no definido.7
Tabla N°5.5: Indicadores de la práctica de aspiración de secreciones (Durante de la aspiración).....	4¡Error! Marcador no definido.
Tabla N°5.6: Práctica de aspiración de secreciones del profesional de enfermería en pacientes intubados. (Después de la aspiración).....	¡Error! Marcador no definido.0
Tabla N°5.7: Indicadores de la práctica de aspiración de secreciones (Después de la aspiración).....	5¡Error! Marcador no definido.
Tabla N°5.8: Características generales del profesional de enfermería	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°5.1: Práctica de aspiracion de secreciones del profesional de enfermeria en pacientes intubados.....	44
Gráfico N°5.2: Práctica de aspiracion de secreciones del profesional de enfermeria en pacientes intubados. (Antes de la aspiración) ..	445
Gráfico N°5.3: Indicadores de la practica de aspiración de secreciones (Antes de la aspiración).....	446
Gráfico N°5.4: Práctica de aspiracion de secreciones del profesional de enfermeria en pacientes intubados. (Durante de la aspiración)	¡Error! Marcador no definido.7
Gráfico N°5.5: Indicadores de la practica de aspiración de secreciones (Durante de la aspiración).....	4¡Error! Marcador no definido.
Gráfico N°5.6: Práctica de aspiración de secreciones del profesional de enfermeria en pacientes intubados. (Después de la aspiración)	¡Error! Marcador no definido.0
Gráfico N°5.7: Indicadores de la practica de aspiración de secreciones (Después de la aspiración).....	5¡Error! Marcador no definido.

RESUMEN

Determinar la práctica de aspiración de secreciones del profesional de enfermería en pacientes intubados en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de mayo 2019. **Material y métodos:** El estudio fue de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, prospectivo y de corte transversal, conformado por una población de 54 profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo. La técnica empleada fue la observación y el instrumento aplicado fue la lista de chequeo previo consentimiento informado. Con una validez de 0.03 y respecto a la confiabilidad se obtuvo un alfa de Cronbach igual a 0.5. **Resultados.** La práctica de las(os) enfermeras(os) respecto a la aspiración de secreciones es inadecuada en un 88.9% (48) y adecuada en un 11.1% (6) de los sujetos de estudio. Según dimensiones, se demuestra que en el antes de la aspiración de secreciones la práctica es inadecuada en un 57.4% (31), mientras que en él durante la aspiración de secreciones 88.9% (48) realiza una práctica adecuada, y después de la aspiración de secreciones el 63% (34) realiza una práctica inadecuada. **Conclusiones.** La práctica de la aspiración de secreciones realizada en pacientes intubados por el profesional de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de mayo s en su mayoría es inadecuada.

Palabras clave: paciente intubado, aspiración de secreciones, práctica de enfermería.

ABSTRACT

To determine the practice of aspiration of secretions of the nursing professional in patients intubated in the Emergency Service of the National Hospital Dos de Mayo 2019. Material and methods: The study was quantitative, descriptive, prospective and cross-sectional, formed by a population of 54 nursing professionals working in the emergency service of the Dos de Mayo National Hospital. The technique used was observation and the instrument applied was the checklist with prior informed consent. With a validity of 0.03 and with respect to reliability, a Cronbach's alpha equal to 0.5 was obtained. Results The practice of nurses regarding the aspiration of secretions is inadequate in 88.9% (48) and adequate in 11.1% (6) of the study subjects. According to dimensions, it is demonstrated that in the before the aspiration of secretions the practice is inadequate in 57.4% (31), while in it during the aspiration of secretions 88.9% (48) performs an appropriate practice, and after aspiration of secretions 63% (34) perform an inappropriate practice. Conclusions The practice of secretion aspiration performed in patients intubated by the nursing professional in the Emergency Service of the Dos de Mayo National Hospital is mostly inadequate.

Key words: intubated patient, aspiration of secretions, nursing practice.

INTRODUCCIÓN

En la emergencia de un hospital, “se atiende gran demanda pacientes susceptibles de recuperación, quienes requieren una atención directa y de abordaje respiratorio y cardiovascular, que precisan soporte respiratorio básico y soporte de al menos dos órganos o sistemas”¹. Estos pacientes son atendidos por un equipo multidisciplinario en un espacio determinado del hospital, el cual cumple con determinados requisitos.

El paciente que ingresa al servicio de emergencia, precisamente al área de shock trauma o salas de observación, tiene una condición potencialmente reversible que será beneficiada con los cuidados provistos en esta sala. Una persona se considera de “estado crítico”, cuando en la enfermedad aparecen manifestaciones de múltiples fallas orgánicas o secuencias, mostrando signos vitales con inminente peligro de muerte.

Se considera a un paciente en situación de emergencia, como aquel que se encuentra en peligro de perder la vida, necesitando controles estrictos, monitoreo y requiere de tratamientos especiales y/o inmediatos.

La atención del paciente de prioridad I en la sala de emergencia, depende de un equipo multidisciplinario; siendo el Enfermero(a) una figura clave que mantiene íntimo contacto con las necesidades del paciente, pues este profesional monitorea, registra, administra tratamiento y ejecuta técnicas destinadas al soporte del paciente de acuerdo a la valoración previa. Para cualquier procedimiento debe emplearse una técnica adecuada.

La atención en la sala de emergencia es básica, y principalmente asegura la vía aérea para suministrar un buen aporte de oxígeno. La Intubación Oro Traqueal esta indicada en casos de “obstrucción aguda, cuantiosas secreciones respiratorias e incapacidad para eliminarlas adecuadamente, pérdida de reflejos protectores e insuficiencia respiratoria”.

Los cuidados a un paciente intubado toman en cuenta la posición del paciente, higiene, aspiración de secreciones, presión de neumotaponamiento, factores de

estrés y dolor⁶. Estas medidas son responsabilidad del profesional de enfermería, por ser el principal gestor de cuidados, los mismos que deben brindarse con una alta calidad asistencial.

Un factor de riesgo para infecciones respiratorias es el acúmulo de secreciones, por lo que la “aspiración” permite mantener la vía aérea permeable. La aspiración de secreciones consiste en la extracción de las secreciones acumuladas en tracto respiratorio superior por medio de succión y utilizando un tubo endotraqueal⁷.

Sin embargo, este método invasivo también tiene factores de riesgo y complicaciones, por lo que debe emplearse una técnica adecuada. Entre las posibles complicaciones de una mala técnica de aspiración de secreciones están las infecciones y entre ellas específicamente, la neumonía asociada por ventilación mecánica.

La indicación para realizar la aspiración es “la retención de secreciones, siendo el signo más común la presencia de ruidos agregados en los pulmones especialmente de tipo roncales en la región hilar”.

La aspiración de secreciones, es necesario realizarla entre dos personas (el enfermero y un personal técnico). Según la revisión de la literatura científica, se deduce que: la buena práctica de la técnica de aspiración logra disminuir efectos adversos como las infecciones intrahospitalarias y posibles complicaciones. Por lo tanto, el enfermero profesional que realice una técnica adecuada de aspiración en pacientes intubados hospitalizados en unidades de emergencia, favorecerá el adecuado intercambio gaseoso, prevendrá la transmisión de microorganismos patógenos y evitará complicaciones.

Palomar M., Álvarez F. Olaechea P., Insausti J. y López M. España 2010, encontró que la frecuencia de Neumonía asociada a Ventilador Mecánico, se encuentra entre el 8 y el 28%, y presenta una mortalidad del 20-30%.

Chincha O., Cornelio E., Valverde V. y Acevedo M. 2013 revelan que en el hospital Cayetano Heredia, la infección intrahospitalaria más alta fue la

neumonía asociada a ventilador mecánico con una densidad de incidencia promedio de 26,8 por 1000 días uso de dispositivo. Vivanco G. (2014) demostró que la mayoría (68%) de los enfermeros tiene prácticas inadecuadas de aspiración de secreciones en pacientes adultos intubados.

Entre las posibles complicaciones de una mala técnica de aspiración de secreciones está la Neumonía asociada a Ventilador Mecánico.

El presente estudio pretende conocer más sobre la práctica de aspiración de secreciones del profesional de Enfermería en pacientes intubados en el servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2019, estos hallazgos permitirán tener información válida, actualizada y confiable; con el propósito de elaborar estrategias de capacitación que contribuyan en el mejoramiento de la práctica de aspiración de secreciones, sensibilizar al enfermero(a) sobre la importancia de realizar una práctica adecuada y el riesgo de complicaciones por mala técnica.

El Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo tiene 4 salas: Unidad de shock trauma con 4 pacientes para un profesional de enfermería por turno de doce horas, Unidad de observación con 6 pacientes para 1 profesional de enfermería por turno de doce horas, Unidad de observación II con 6 pacientes para 1 profesional de enfermería por turno de doce horas y la unidad de observación III (neuro trauma y vasculares) con 8 pacientes para 2 profesionales de enfermería por turno de doce horas. En las salas de emergencia se observó que las actividades de los(as) enfermeros(as) son múltiples, generando una sobrecarga en su labor y, ocasionando que la práctica de aspiración de secreciones no se realice de forma adecuada.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

Según la organización mundial de salud OMS, las neumonías nosocomiales asociadas ventilador mecánico por mala práctica de aspiración de secreciones ocupa el quinto lugar de contagios más comunes en unidades críticas hospitalarios y/o clínicas a nivel mundial.

La Neumonía asociada a Ventilador Mecánico (NAVVM) es una complicación pulmonar que se desarrolla de 48 a 72 horas después de la Intubación Endotraqueal, en pacientes con ventilación mecánica. Debe incluir: infiltrados nuevos o progresivos, consolidación, cavitación o derrame pleural en la radiografía de tórax, y al menos uno de los siguientes: Nuevo inicio de esputo purulento o cambios en las características del esputo, fiebre, incremento o disminución de la cuenta leucocitaria, microorganismos cultivados en sangre, o identificación de un microorganismo en lavado bronco alveolar o biopsia.

A la vez se observa, que las actividades del Enfermero(a) son múltiples: Monitoreo hemodinámico y ventilatorio, asistencia en procedimientos, transporte de pacientes a exámenes auxiliares, verificación de medicación completa, administración de tratamiento, y cuidados en general.

El proceso de aspiración de secreciones traqueobronquiales en pacientes con tubo de traqueotomía es un procedimiento mediante el cual se permeabiliza las vías aéreas para dar movimiento continuo y sin interferencias de oxígeno hacia los pulmones y que la sangre se oxigene de forma adecuada.

Existen dos aspectos que definen a un paciente crítico: primero, la necesidad del control estricto (monitoreo intermitente o continuo), para detectar estos cambios precozmente y proveer y tratamiento adecuado; y

segundo, el empleo de tratamientos especiales y/o inmediatos para mejorar una situación fisiológica y evitar el daño orgánico o la muerte.

Para el Ministerio de Salud (MINSA), el profesional de enfermería que brinda cuidados debe ejecutar los protocolos y medidas de cumplimiento adecuados de las normas de asepsia y antisepsia, especialmente en pacientes intubados que requieren aspiración de secreciones para mantenerse con una vía aérea artificial, por ser una medida invasiva de circuito cerrado con la introducción de una sonda de succión hasta la tráquea y los bronquios. El uso de una técnica eficaz para permite minimizar los riesgos y prevenir las complicaciones, que representó una tasa de mortalidad de 3.25% en el 2015.

En el informe del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) del 2012, la incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico ocupó el segundo lugar de las infecciones nosocomiales con 14,8 casos / 1000 días de ventilación mecánica. En Unidades médicas de alta especialidad su frecuencia en Hospitales Pediátricos varía de 10.6 a 16.8 casos / 1000 días de ventilador, en Hospitales de Traumatología y Ortopedia varía de 4.9 a 18.9 / 1000 día-ventilador; en Hospitales de Especialidades de 12 a 25 / 1000 días – ventilador, y en Hospitales de Cardiología de 17 a 51.3 días – ventilador (Informe Mensual de Infecciones Nosocomiales – Instituto Mexicano de Seguridad Social).

Palomar M., Álvarez F., Olaehea P., Insausti J. y López M. España 2010, encontró que la frecuencia de Neumonía asociada a Ventilador Mecánico, se encuentra entre el 8 y el 28%, y presenta una mortalidad del 20-30%. Los patógenos responsables son: *Escherichia Coli*, *Staphilococcus aureus* y *Klebsiella pneumoniae*. La neumonía precoz, es aquella que aparece a los 5-7 días de la intubación, y tiene poco efecto sobre la mortalidad. La mayor mortalidad de la neumonía asociada al ventilador mecánico, se debe a las que aparecen más tardíamente, y se asocian a microorganismos resistentes como *Pseudomona aeruginosa*, *Staphiloccusaereusmeticilin*

resistente (SAMR) y Acinetobacterbaumannii (50% de los microorganismos).

Vivanco G. 2014 en su estudio sobre las prácticas que realizan los enfermeros en la aspiración de secreciones en pacientes adultos intubados, del 100% (38), 68% (26) son inadecuadas y 32% adecuadas.

Entre las posibles complicaciones de una mala técnica de aspiración de secreciones está la Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico; esto fue demostrado por Chinchá O., Cornelio E., Valverde V. y Acevedo M. en el hospital Cayetano Heredia (2013), donde la infección intrahospitalaria más alta fue la neumonía asociada a ventilador mecánico con una densidad de incidencia promedio de 26,8 por 1000 días uso de dispositivo.

Tomando en cuenta los datos de infecciones nosocomiales, hay una variedad de infecciones asociadas a la atención de salud que todos los años se presentan, con muy diversos y específicos factores de riesgo para cada uno, siendo las neumonías nosocomiales en el año 2016 del 10%, en el 2017 del 15% y en el 2018 22% dentro de ellas las neumonías nosocomiales asociadas a ventilador; del total de patologías de primeras causas de infecciones, en incremento en los 3 últimos años; sin embargo, es importante resaltar que las tres primeras causas de infecciones en los últimos 10 años incluyen: la Neumonía nosocomial, las infecciones urinarias asociadas a catéter y, las infecciones de sitio quirúrgico.

Proporcionados por la oficina de epidemiología del Hospital Nacional Dos de Mayo, surge la necesidad de conocer la práctica de aspiración de secreciones que desempeña el profesional de enfermería, ya que es una actividad invasiva y de desempeño diario en las unidades del servicio de emergencia, se tomará como lineamientos la Guía de Aspiración de Secreciones del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Por lo expuesto se hace la necesidad de formular las siguientes interrogantes sujetas de ser investigada. ¿Por qué las Enfermeras no

emplean las técnicas correctas de aspiración de secreciones? ¿Será que las Enfermeras no reciben la capacitación necesaria para el empleo de técnicas de aspiración de secciones en pacientes intubados? ¿Por qué las Enfermeras realizan las acciones de aspiración de secreciones de forma mecánica?

En servicio de Emergencia: Observación I, Observación II, Neurotrauma (Observación III) del Hospital Nacional Dos de Mayo, los enfermeros(as) manifiestan lo siguiente: *“generalmente no realizamos todos los pasos para la aspiración, por el poco tiempo que tenemos y la gran cantidad de pacientes”, “ya tenemos experiencia sobre las actividades que realizamos en este tipo de pacientes”, “la falta de materiales nos permite tomar todas las precauciones según los protocolos”,* entre otras.

El Hospital Nacional Dos de Mayo, tiene una capacidad de resolución, Nivel III – 1; distribuidas en 6 departamentos y 22 servicios, actualmente se constituye en un hospital referencial a nivel nacional.

El servicio de Emergencia ofrece asistencia multidisciplinaria en un espacio específico del hospital (sala de observación I, sala de observación II Neurotrauma – vasculares “Sala de Observación III”) que cumple requisitos funcionales, estructurales y organizativos. El servicio presenta condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para el paciente, susceptibles de recuperación, precisan soporte respiratorio básico de al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por falla orgánica múltiple.

El Paciente Crítico en la unidad de la sala de observación I, sala de observación II Neuro trauma – vasculares (Sala Observación III) requiere ser atendido siempre que su condición sea potencialmente reversible y/o irreversible por tanto se benefician de los cuidados provistos por esta sala.

Un paciente está grave cuando tiene enfermedad de instalación brusca e inesperada que lo pone en peligro de morir. Está crítico cuando durante el

estado de gravedad comienzan a manifestarse múltiples fallas orgánicas o secuencias, mostrando signos vitales con inminente peligro de muerte.

Los tratamientos especiales pueden ser urgentes, como el empleo de drogas vaso activas en pacientes en shock; intermitentes (diálisis) o continuas (ventilación mecánica). Pueden estar dirigidos a curar al paciente (antibióticos) o a sostener las funciones orgánicas hasta que el organismo sea autónomo (contra pulsación aórtica en el postoperatorio de cirugía cardíaca o, asistencia respiratoria en el síndrome de dificultad respiratoria aguda).

La atención del paciente crítico depende de un equipo de salud, donde el Enfermero(a) es una figura clave que mantiene íntimo contacto con las necesidades del paciente, pues este profesional monitorea, registra, administra tratamiento y ejecuta técnicas destinadas al soporte del paciente de acuerdo a la valoración previa; en cada procedimiento debe emplear una técnica adecuada.

En el paciente crítico, es básico asegurar la vía aérea para el buen aporte de oxígeno, siendo efectiva la Intubación Oro traqueal (IOT). Este procedimiento está indicado en casos de obstrucción aguda, secreciones respiratorias abundantes e incapacidad para eliminarlas, pérdida de reflejos protectores e insuficiencia respiratoria.

Los cuidados requeridos por un paciente intubado están orientados a brindar un mayor bienestar y confort, además de asegurar cuidados de alta calidad. Se debe prevenirla neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVIM), tomando como medidas preventivas: posición del paciente, higiene, aspiración de secreciones, presión de neumotaponamiento, factores de estrés y dolor. Estas medidas son actividades que dependen de los enfermeros como principales gestores de cuidados, y depende de ellos que éstos sean de calidad.

Este estudio estará enfocado en la práctica de Aspiración de Secreciones, que es la extracción mediante succión del cúmulo de secreciones del tracto

respiratorio superior a través del tubo endotraqueal⁷. Este procedimiento está a cargo del Enfermero(a), quien debe realizar el procedimiento para prevenir posibles complicaciones mediante una práctica adecuada.

La retención de secreciones es el principal indicador de la necesidad de aspirar el tracto respiratorio, siendo el signo más común los ruidos pulmones, especialmente los roncales, en la región hilar. Las enfermedades en las que se requiere este procedimiento son: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, fibrosis quística, patologías que deterioren los mecanismos de la tos (depresión del SNC, enfermedad neuromuscular).

La aspiración es un procedimiento estéril, realizado sólo cuando es estrictamente necesario, no como maniobra rutinaria ya que entre las complicaciones existentes se puede dañar la mucosa y aumentar el riesgo de infecciones, específicamente Neumonía adquirida por Ventilación Mecánica.

La aspiración de secreciones, es necesario realizarla entre dos personas (el enfermero y un personal técnico) y presenta tres momentos bien diferenciados: primero, inicia en la valoración hasta la preparación del material y medidas de bioseguridad; segundo, durante la aspiración de secreciones propiamente; y tercero, luego de la aspiración, desde la reevaluación del paciente hasta el descarte de material bio-contaminado, haciendo hincapié a las medidas de bioseguridad.

La revisión previa permite plantear la siguiente pregunta:

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General:

¿Cómo es la práctica de aspiración de secreciones del profesional de enfermería en pacientes intubados en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos – Lima – 2019?

1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Cómo realizan la práctica del profesional de Enfermería Antes de la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la unidad de la sala de observación de Emergencia en el Hospital Nacional Dos de Mayo?
- ¿Cómo realizan la práctica del profesional de Enfermería Durante de la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la unidad de la sala de observación de Emergencia en el Hospital Nacional Dos de Mayo?
- ¿Cómo realizan la práctica del profesional de Enfermería Después de la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la unidad de la sala de observación de Emergencia en el Hospital Nacional Dos de Mayo?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la práctica de aspiración de secreciones del profesional de Enfermería en pacientes intubados en la unidad de Observación I, Observación II, Neuro trauma – Vasculares (Sala de Observación III) de Emergencia el Hospital Nacional Dos de Mayo.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar la práctica del profesional de Enfermería antes de la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la Unidad de las salas de Observación de Emergencia en el Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Describir la práctica del profesional de Enfermería durante la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la Unidad de las salas de observación de Emergencia en el Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Verificar la práctica del profesional de Enfermería después de la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la Unidad de las salas de observación de emergencia en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

1.4. Limitaciones de la investigación

Limitante Teórica: No hubo limitantes teóricas ya que actualmente hay varios trabajos hechos con respecto al tema de prácticas de aspiración de secreciones en pacientes intubados.

Limitante Temporal: El tiempo fue una gran limitante ya que la investigación abarca gran parte de recopilación de datos, antecedentes dentro y fuera de la misma institución, la validación del instrumento, la ejecución del instrumento y los tiempos con mi población de estudio (Lic. Enfermería).

Limitante Espacial: No hubo limitante espacial ya que la accesibilidad a los servicios dentro de la misma unidad de emergencia tuvo la facilidad desde jefatura y licenciadas de áreas y a la vez siendo un hospital de referencia III 1; nos permite; encontrar áreas equipadas para estos tipos de pacientes intubados en ventiladores mecánicos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. A Nivel Internacional

De Sousa, María; Garrido Wilmar y Landa José, el 2011, en Venezuela, realizaron “Técnicas de aspiración de secreciones bronquiales que realiza el personal de enfermería. Unidad de cuidados intensivos Clínica Razetti, Barquisimeto – EDO. Lara”, evaluaron las técnicas de aspiración de secreciones en Enfermeros(as) de la UCI. La metodología empleada fue descriptiva de corte transversal, en 21 enfermeras, a quienes se les aplicó un cuestionario y una escala Likert previo consentimiento informado. Resultados: Se observó que 100% de Enfermeros(as) contestó que solicita ayuda a sus compañeros para realizar la técnica de aspiración, 95% le informa al paciente del procedimiento, 90% protege la intimidad del paciente, 86% le realiza una valoración respiratoria al paciente, por otro lado 62% hiperventila e hiperoxigena al paciente antes de aplicar la técnica, mientras que 57% de las enfermeras coloca en posición Semi-Fowler o decúbito lateral, solo 38% le realiza fisioterapia respiratoria a los paciente antes de la aspiración, además 24% le fluidifica las secreciones mediante nebulizaciones y 14% de los encuestados aumenta la FiO₂ del ventilador mecánico.

Noelia Ania González, Amparo Martínez Mingo, Maite Eseberri SagardoyM.a Angeles Margall Coscojuela, Ma Carmen Asiain Erro, en el 2004, en España, realizaron un estudio titulado: “Evaluación de la competencia práctica y de los conocimientos científicos de enfermeras de UCI en la aspiración endo traqueal de secreciones”, el cual tuvo como objetivo evaluar a las enfermeras de UCI en su praxis y conocimientos sobre el procedimiento. Su metodología: descriptiva, aplicada mediante observación directa en 34 enfermeras. Su resultado fue: El promedio de

puntaje obtenido en sobre la práctica (P) fue de 12,09 (sobre 19 puntos), y respecto a los conocimientos (C) fue de 14,24 (sobre 19 puntos). Las categorías con mayores discrepancias fueron: la necesidad de lavado de manos previo a la aspiración (P = 55,9%; C = 97,1%), la limpieza de la sonda después de cada aspiración durante el procedimiento (P = 0%; C = 38,2%), en la correcta realización de la hiper oxigenación e hiper insuflación, antes, durante y después del procedimiento (P = 11,8%; C = 94,1%), en la correcta selección del calibre de la sonda en relación con la luz interna del tubo (P = 0%; C = 52,9%), en el tiempo máximo de permanencia de la sonda en la tráquea (P = 100%; C = 23,5%), en el número máximo de veces que se debe introducir la sonda en cada aspiración (P= 100%; C = 73,5%) y en la no instilación de suero fisiológico (P = 29,4%; C = 58,8%).

2.1.2. A Nivel Nacional

Dean Eduardo Peña Huamán, en el 2015, en Lima realizó un estudio titulado “Aplicación de Medidas de Bioseguridad en la Aspiración de Secreciones en pacientes intubados, por enfermeras en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima 2015”, teniendo como objetivo determinar las medidas de bioseguridad aplicadas en la aspiración de secreciones por enfermeras de la UCI. La metodología fue aplicada, tipo cuantitativa, método descriptivo de corte transversal; ejecutada en 36 enfermeras(os) mediante la una lista de cotejo. Sus resultados fueron: Del 100% (36) enfermeras, 44% (16) aplican adecuadamente las medidas de bioseguridad y 56% (20) en forma inadecuada. Según las etapas del procedimiento la mayoría fue inadecuada, antes con un 58% (21), durante con un 75% (27) y después con un 97% (6).

Grimaldo Vivanco Navero, en el 2014, en Lima realizó un estudio titulado “Conocimientos y Prácticas que realizan los enfermeros en la aspiración de secreciones en pacientes intubados en el Servicio de Emergencia de

Adultos HNERM. 2014”; el cual tuvo por objetivo determinar los conocimientos y prácticas de los Enfermeros(as) del servicio de Emergencia en la aspiración de secreciones en pacientes intubados. Su metodología: Aplicativa, cuantitativa, descriptiva de corte transversal, en una muestra de 38 enfermeras(os) seleccionados por muestreo probabilístico de proporciones. Sus resultados fueron: Los conocimientos con adecuados (63%) y las prácticas son inadecuadas (68%) en la mayoría. Respecto a los momentos en la práctica son: antes 39% inadecuada y 61% adecuadas; durante 34% inadecuadas y 66% adecuadas, y después 34% inadecuada y 66% adecuada.

Susana Esther Cahua Ventura, en el 2013, en Lima, realizó “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”. su metodología: Estudio tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, nivel aplicativo en una población de 20 enfermeras; como técnicas se usó la encuesta y la observación, y los instrumentos fueron el cuestionario y la lista de cotejo respectivamente. Sus resultados fueron: en el conocimiento 50% (10) conoce, y la práctica es adecuada en el 50% (10).

Diana Uceda-Ochoa, Patricia Obando-Castro, en el 2013, en Lima, realizaron un estudio sobre: “Relación entre el cumplimiento del procedimiento de aspiración de secreciones y la presencia de complicaciones en pacientes críticos, emergencia de un hospital nacional de Lima”, el objetivo fue determinar la relación entre el cumplimiento de la aspiración de secreciones y la presencia de complicaciones en pacientes adultos. Metodología: Observacional de enfoque cuantitativo de alcance descriptivo. Sus resultados: El 60% tuvo un nivel de cumplimiento de medio a bajo. Las complicaciones más frecuentes fueron: lesión de la mucosa traqueal (65%) e hipoxia (55%). Se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de cumplimiento bajo y la presencia de lesiones.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Teoría Relacionada al Estudio.

Es de suma relevancia que el trabajo de enfermería, la práctica y el desarrollo como profesionales de enfermera se sustenten y este validado científicamente siendo ello la esencia como una profesión eminentemente científica, el arte de cuidar y el cuidado humanizado es así que Morriner describe “el desarrollo del conocimiento enfermero mediante el cual puede sustentar las acciones en el quehacer diario y en la práctica clínica fue la finalidad y el principio básico propuesto por la profesión enfermera, y es así como tales se busca mejorar la práctica y ser reconocidos.

Finalmente puntualiza, es imprescindible que la enfermería sea reconocida y respetada como disciplina que genera cambios a la salud de la sociedad.

Desde el punto de vista teórico el conocimiento es la consecuencia de un estudio minucioso, sobre la interrelación que hay entre el sujeto y el objeto, es el reconocimiento de los factores interactuantes, y no es más que la evolución en el tiempo de los pensamientos. Entonces se puede afirmar que el conocimiento es la adaptación interna sobre la realidad imprescindible para la práctica en el desarrollo mediante el cual se generan los conceptos y las teorías. Esta inmersión pone de manifiesto la forma creativa y racional; los fenómenos, las propiedades y las leyes del mundo objetivo y tienen una presencia muy arraigada mediante el proceso lingüístico.

2.2.2. Teoría de Dorothea Orem Déficit del Autocuidado

Dorothea Orem definía a la enfermería “Como parte de la familia de los servicios sanitarios que planifican sus acciones para prestar asistencia diaria a las personas con necesidades legítimas de distintas necesidades de atención por los estados de salud o por la naturaleza de sus demandas de asistencia y condiciones sanitarias”.

Entonces decimos que la práctica diaria del profesional de enfermería en los establecimientos sanitarios y en lo específico en las áreas críticas en donde necesariamente por las mismas condiciones de estado de salud de los pacientes en que se encuentran van a requerir de cuidados y, atenciones y procedimientos especiales y de mayor demanda de habilidades y conocimientos sobre el manejo de las mismas, con actividades bien planificadas, estructuradas basadas en protocolos y normas estandarizados y acordes al contexto en donde elabora.

Sobre el mismo Morriner describe que Orem obtuvo sus ideas que posteriormente se aborda una teoría sobre Déficit y autocuidado, estaban basados en la experiencia de la práctica enfermera, mediante reflexiones sobre situaciones reales acontecidas en los ambientes sanitarios, que ello llevó a la identificación del objetivo y esencia real del trabajo de enfermería. Que a su vez se identifica que la necesidad de asistencia real por parte de la enfermería es “la incapacidad de los pacientes en este caso de aquellos internados en las áreas críticas de proporcionarse a sí mismas, que lo harían cotudamente en condiciones de salud optimas el autocuidado de calidad y cantidad necesarias según las situaciones de salud de las personas. Principales conceptos de las teorías de Dorothea Orem.

2.2.3. Necesidades de déficit del autocuidado terapéuticos

Es la relación entre la necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad propiamente dicha, donde las actividades de autocuidado desarrolladas no son adecuadas para conocer y cubrir los componentes de la necesidad de autocuidado existentes.

Para compensar el déficit de autocuidado los(as) enfermeros(as) emplean los siguientes tres sistemas de enfermería: parcialmente compensatorio, totalmente compensatorio y de apoyo educativo.

Del sistema de autocuidado escogido dependerá el grado de participación del paciente en su autocuidado, ya sea para regular o rechazar el cuidado

terapéutico ofrecido. Cualquiera puede pasar de un sistema a otro según sean las circunstancias, o puede activar diversos sistemas a la vez.

La relación existente de la teoría del déficit de autocuidado en la práctica de la aspiración de secreciones, se denota en el sistema totalmente compensador, pues el paciente no puede realizar ninguna actividad de autocuidado y tiene una dependencia total del profesional de enfermería; con este sistema de individualiza y se concreta según la determinación de la intervención y actividad específica, así como la evaluación de resultados por parte del personal cuidador (Profesional de Enfermería)

Por lo anterior se afirma que las necesidades terapéuticas hacen referencia a aquellos factores específicamente del paciente y del entorno que lo rodea y que éstos deben permanecer en constante equilibrio y que los esfuerzos se encaminan a mantener en la medida posible en una homeostasis con la finalidad de brindar bienestar a los pacientes; por otro lado fundamenta la eficacia y la necesidad de implementación de los avances tecnológicos y las técnicas aplicadas a procesos específicos con el único propósito de modificar, recuperar o de alguna forma contribuir a mejorar la calidad de vida de los usuarios y su entorno.

2.3. Base conceptual

2.3.1. Intubación Endotraqueal

La intubación traqueal se puede definir como la inserción de un dispositivo flexible en la tráquea para mantener integro la vía aérea y poder dar un soporte ventilatorio artificial. La más común es la intubación oro traqueal (IOT), que precisa de un laringoscopio para facilitar el paso del tubo desde la boca y, atravesando la laringe hasta la tráquea. Entonces se infla un balón en la punta distal para asegurar su posición, y proteger la vía aérea de sangre, vómito y secreciones; está indicada en: Parada cardiorrespiratoria, edema de glotis o laringoespasma, inestabilidad faríngea, disminución del nivel de conciencia (Glasgow menor de 8),

enfermedades desmielinizantes, situaciones en las que está indicado ventilación mecánica, para facilitar aspiración bronquial entre otros, el fin es asegurar la vía aérea.

Al emplear un IOT en pacientes críticos garantiza una adecuada ventilación y oxigenación así también se podrá realizar procedimientos como aspiración de secreciones de las vías aéreas favoreciendo una adecuada ventilación.

2.3.2. Cuidados de Enfermería del Paciente Intubado

Lo podemos definir como la persona que se encuentra ventilando un dispositivo artificial para el soporte respiratorio, mediante el cual todo el sistema de ventilación e intercambio gaseoso se lleve a cabo cubriendo las necesidades del organismo con el medio exterior.

Las indicaciones para la intubación traqueal generalmente están dadas en caso como:

- Paro cardiorrespiratorio
- Inflamación de la glándula epiglotis y estrechamiento de la misma.
Problemas faríngeos
- Problemas del sistema nervioso central con deficiencias en el estado de conciencia.
- Problemas en la estabilidad motora.

También brinda facilidades para la limpieza de las vías respiratorias en donde hay abundante acumulo de secreciones traqueo bronquiales y por las condiciones del paciente postrado no está en las condiciones de eliminarlos espontáneamente.

Las acciones de cuidado y asistencia que se planifican para un paciente que cuenta con un dispositivo de ventilación mecánica, están acordes a las necesidades particulares y enfocados a brindarle la comodidad y el confort

necesarios con la finalidad de brindarle una calidad de vida independientemente en las condiciones de salud en que se encuentren, todo esto va repercutir en las condiciones de recuperación y en el estado de salud.

Si bien es cierto las técnicas propiamente dichas de intubación es ejecutado por los profesionales médicos calificados para tal fin, pero es el profesional de enfermería calificado que realiza los cuidados de la misma, para ello es fundamental que las enfermeras que laboran en las áreas críticas tengan pleno conocimientos de los protocolos y la normas aplicadas para el manejo de pacientes con tubo de traqueotomía con la finalidad de prevenir, evitar o en su defecto minimizar el riesgo de infecciones respiratorias o neumonías asociadas por la presencia de dispositivos invasivos; ya que todo es considerado como uno de los primeros factores asociados a la muerte por infecciones intrahospitalarios con un aumento considerable de los riesgos en la mortalidad en pacientes críticos internados en áreas especializados. Por todo lo mencionado es imprescindible que el Enfermero(a) ejecute las acciones de cuidado teniendo en cuenta todas las medidas necesarias para su manejo y con ello reducir los riesgos y complicaciones.

El cuidado de los pacientes intubados debe ser meticuloso, con la finalidad de proporcionar bienestar y confort, para alcanzar la mejoría deseada. Para lograrlo se unen los cuidados de alta calidad y el uso de la tecnología más avanzada, sin descuidar el aspecto psicosocial del usuario.

Los cuidados de la vía aérea artificial incluyen:

- Realizar la higiene de la cavidad oral.
- Evitar la mordida del tubo endotraqueal (TET) con el tubo de mayo.
- Variar periódicamente la fijación y puntos de apoyo del tubo evitando los decúbitos.
- Mantener la higiene y fijación adecuada del tubo endotraqueal, colocando la cinta o asegurando el tubo según necesidad.

- Rotular el TET a nivel de la comisura labial, para valorar el desplazamiento del tubo, ocasionado por movimientos de flexo-extensión de la cabeza
- Monitorear por turnos la presión del balón del TET, asegurando una presión menor de 30 mmHg (margen de seguridad inferior a la presión de perfusión capilar traqueal 25 a 35 mmHg).
- Monitorear la correcta la posición del TET mediante la observación (expansión de ambos campos pulmonares) y la auscultación.
- Aspirar secreciones a demanda
- Manipular el TET con estricta asepsia.
- Registrar detalladamente las observaciones y acciones en la historia clínica¹⁹.

2.3.3. Aspiración de Secreciones en Paciente Intubado

Las secreciones bronquiales son un mecanismo de defensa de la mucosa bronquial, esta mucosidad permite atrapar partículas y expulsarlas a través de la tos.

Básicamente la aspiración de secreciones consiste en la extracción de secreciones de la tráquea y de los bronquios, que impiden o hacen que se torne dificultosos al tránsito libre de aire hacia los pulmones, lo que puede ocasionar una dificultad respiratoria. Dicho procedimiento se ejecuta bajo indicaciones y en situaciones particulares y no de forma rutinaria, lo que puede traer complicaciones y producirse lesiones en la mucosa del tracto respiratoria.

Las indicaciones específicas para proceder con la a ejecutar la aspiración de secreciones están dadas en situaciones particulares y teniendo en cuenta las condiciones o el estado de salud del paciente, es decir, lo podemos realizar principalmente cuando el paciente está incapacitado para expectorar eficazmente la acumulación de secreciones.

De acuerdo a lo mencionado en anteriormente una vez indicado el procedimiento, este debe ejecutarse en condiciones estrictamente asépticas y teniendo en cuenta todas las medidas de bioseguridad con la finalidad de evitar infecciones pulmonares.

Principales objetivos de la aspiración de secreciones:

Desde el punto de vista clínica y según la bibliografía los objetivos en la realización de aspiración de secreciones están encaminados en mejores las condiciones respiratorias del paciente y en su defecto evitar complicaciones respiratorias secundarias al acumulo de secreciones, entre los principales tenemos:

- ✓ Eliminar las secreciones que obstruyen total o parcialmente la vía aérea.
- ✓ Favorecer la permeabilidad de la vía aérea que permitirá el tránsito adecuado de oxígeno y con ello mejorar la ventilación
- ✓ Promover una adecuada ventilación respiratoria
- ✓ Prevenir la proliferación de microorganismos causantes de infecciones y evitar las atelectasias causadas por el acumulo de secreciones.

Fundamentos de una adecuada técnica de aspiración de secreciones.

Entre los fundamentos de una adecuada técnica aspiración de secreciones podemos destacar lo siguiente: la hidratación sistémica de suma importancia para prevenir riesgos en el estado hidroelectrolítico; la humidificación del aire inspirado, igual de importante ya que ello permitirá evitar laceraciones y daños de las mucosas; el drenaje postural, ello facilitará una adecuad aspiración y la técnica estéril, con la finalidad de evitar riesgos de contraer microorganismos patógenos causantes de infecciones. El lavado del tubo con solución fisiológica, el acto de aspiración y la hiper oxigenación e hiperventilación antes y después de la aspiración.

Se debe tener en cuenta la relevancia de la hidratación sistémica y la humidificación del aire inspirado junto con el lavado a movilizar las secreciones para una aspiración y expectoración más fáciles y por ende dejar totalmente permeable las vías aéreas. Cabe resaltar la importancia del drenaje postural que facilita la movilización de secreciones hacia las vías aéreas dentro y con ello se hace más efectivo la aspiración. Y por último destacar el empleo de una técnica estéril para minimizar la incidencia y prevalencia de infecciones intrahospitalaria, lo que se asegura el bienestar del paciente libre de infecciones.

La hiper oxigenación y la hiper insuflación sea con la bolsa de reanimación manual o con un respirador mecánico, por lo general al 100% para asegurar niveles suficientes de oxígeno, a la vez que permitirá que el procedimiento se ejecute lo más seguro posible sin reducir los niveles de oxígeno arterial.

Los pacientes con sistema de ventilación mecánica van a requerir de cuidados adicionales y especializados lo que contribuirá a minimizar o en su defecto evitar los efectos relacionados a la inserción del dispositivo por medio del sistema respiratorio. Además de ello las acciones y cuidados de enfermería estarán bien planificados teniendo en cuenta que los cuidados están dirigidos a pacientes sumamente delicados, y estos incluyen la humidificación, los cuidados propiamente del tubo endotraqueal y llevar a cabo la aspiración.

Desde el punto de vista procedimental y teniendo en cuenta que el tubo se inserta desde las vías aéreas superiores, el calentamiento y la humidificación del aire serán ejecutados por medio externo. Considerando que el manguito del tubo lacera y en muchos de los casos puede lesionar las mucosas de la tráquea, es fundamental tener y llevar a cabo los cuidados de manera eficiente. Y finalmente, sabemos que los mecanismos de defensa normales de los pacientes intubados se ven afectados y están alterados por lo que no se elimina las secreciones de forma espontánea y hay un acumulo considerable, es necesario la aspiración para su eliminación. De la misma forma en estos pacientes se ven alterados el

sistema del lenguaje, es muy importante implementar formas de comunicación no verbal enfermera - paciente.

El signo más frecuente de acumulación de secreciones son los ruidos agregados en la auscultación de los pulmones, sobre todo los roncales en la región hilar por lo que se considera que hay acumulo de secreciones que hace necesario que se ejecute la aspiración para asegurar la higiene bronquial. Si estos no desaparecen en el acto de toser, la persona precisa de lo ya mencionado. Por otro lado, es preciso mencionar que las afecciones respiratorias que requieren la aspiración debido al acumulo y de producción excesiva de secreciones son: EPOC, fibrosis quística, enfermedad neuromuscular también, entre otras.

Métodos de aspiración de secreciones

Según la literatura son dos: el sistema cerrado y el sistema abierto, que brevemente definimos cada uno de ello.

- **Aspiración con la técnica abierta:** En el sistema de aspiración abierta es necesario desconectar al paciente del respirador artificial para emplear la sonda de aspiración, por lo que, al interrumpir la asistencia ventilatoria, se puede provocar la pérdida del volumen pulmonar, provocando colapso alveolar. Además de ello se incrementa el riesgo de hipoxia por el periodo que se mantiene desconectado del respirador.
- **Aspiración con la técnica cerrada:** Con la ejecución de la técnica cerrada, no es necesario la suspensión de la asistencia respiratoria, por lo que los efectos secundarios relacionados al procedimiento son menores. Esta técnica es aplicada sobre todo en aquellos pacientes con patología aguda que requieren presiones elevadas, alta frecuencia, con la finalidad de evitar el daño de las vías aéreas y el colapso de los alvéolos. Entonces se puede afirmar que el empleo de la técnica de aspiración mediante el circuito cerrado mejora la eficiencia de la técnica, optimiza el trabajo de enfermería y en mejor de los casos los costos son

menores debido a que requiere menos recambio del circuito. Después de realizar el procedimiento se debe verificar que ya no presente secreciones auscultando ambos campos pulmonares, y dejar en buenas condiciones al paciente.

Complicaciones:

La necesidad de realizar la aspiración de secreciones en caso particulares, es decir en aquellos pacientes intubados es necesario por lo mismo que estos no están en la capacidad de eliminar espontáneamente las secreciones, por lo que requieren de la misma para la ventilación adecuada; y como todo procedimiento invasivo no está libre de presentar complicaciones y los más frecuentes son:

- ✓ Hipoxia
- ✓ Arritmias
- ✓ Hipotensión
- ✓ Atelectasias
- ✓ Paro cardíaco
- ✓ Riesgo de infección

Contraindicaciones:

Entre las contraindicaciones estrictas tenemos: obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño entre las relativas tenemos: broncoespasmo en el paciente ya que la hiperactividad bronquial y la inflamación son dos procesos activos que se dan momento y evitan el avance de la sonda se tendrá que administrar corticoides. ¹⁷

Precauciones

Se puede resaltar la importancia de realizar la técnica aséptica, manejando con la mano dominante enguantada la sonda y con la no dominante el resto del equipo para evitar que se introduzcan microorganismos.

La verificación de la posición correcta y que sea la indicada de acuerdo al tipo de aspiración. No aplicar aspiración durante la inserción de la sonda para no producir traumatismos a la membrana mucosa.

Limitar el tiempo de succión de 10 a 15 segundos para minimizar la pérdida de oxígeno no forzar el catéter contra alguna obstrucción. Para realizar la aspiración de secreciones se debe tener en cuenta ciertos cuidados de tal manera que se lograra realizar el procedimiento de forma adecuada y reduciendo el riesgo de complicaciones.

Técnica de Aspiración de secreciones en Paciente Intubado:

Lo primero es corroborar la funcionalidad del equipo para aspiración, ajustarlo a:

Adultos: 80-120 mmHg

Niños 80-100 mmHg

Neonatos 60-80 mmHg

Equipo necesario para la aspiración de secreciones

- ✓ 2 sondas de aspiración N° 12 y 14 1 aspirador de vacío
- ✓ 1 Receptal de vacío
- ✓ 1 Par de guantes estéril
- ✓ 1 botella de agua destilada 1 paquete de gasas estériles 1 mascarilla
- ✓ 1 equipo de resucitación manual con reservorio 1 tubo de mayo (opcional)
- ✓ Oxigeno

a) Antes del procedimiento

- En primera instancia antes de realizar el procedimiento se tiene que realizar una valoración minuciosa del estado real del paciente, para ello es necesario a tener en cuenta las siguientes consideraciones: (como primer medidas realizar la auscultación de los campos

pulmonares, la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno, coloración de la piel y la hidratación de las mucosas), además de ello se educa en que va consistir el procedimiento al paciente si este está consiente.

- Por ser un procedimiento muy delicado se tiene que requerir de asistencia por lo que se coordina con el personal encargado para la aplicación de la misma.
- Colocación de barreras protectoras (gorra, mascarilla, guantes, lentes).
- Se coloca al paciente posición correcta en un ángulo de 45° o decúbito lateral si esta inconsciente.
- Se realiza el lavado de manos y posterior a ello el calzado guantes estériles.
- Revisar cuidadosamente los materiales de aspiración entre ellos: la sonda de aspiración del diámetro correcto. Antes de comenzar se oxigenará al paciente y se mantendrá después de la aspiración (FIO₂ 100%) durante un minuto o dos antes de aspirar las secreciones.
- Abrir el paquete que contiene la sonda estéril en el campo estéril.

b) Durante el procedimiento

- ✓ Una vez realizado las valoraciones previas en cuanto al paciente y el equipo necesario se procede con la inserción del dispositivo de aspiración para ello tiene que estar bien lubricado para su fácil acceso y entre periodos cortos de aspiración se brindara oxígeno mediante ambu de ser necesario.
- ✓ Una vez realizado la lubricación de la sonda de aspiración se procede con la introducción cuidadosa, sin aspirar y sin forzar, tan lejos como sea posible y considerando a 2cm de la carina.
- ✓ Tomar la sonda de aspiración con cuidado de no tocar las superficies no estériles y con la mano no dominante colocar y asegurar la sonda de aspiración al tubo conector.
- ✓ Se retirará aspirando de manera intermitente, y rotando hasta sacarlo

todo.

- ✓ Hiper oxigenar con una máscara con bolsa de reanimación manual, con provisión de oxígeno al 100% luego de la aspiración.
- ✓ Observar las reacciones del paciente durante la aspiración y en caso de complicaciones interrumpir el procedimiento.
- ✓ De ser necesario se vuelve a aspirar de nuevo cuando hay contenido de secreciones.

c) Después del procedimiento

- Una vez culminado el procedimiento se procede a realizar la evaluación del paciente mediante la auscultación de los campos pulmonares para comprobar la ausencia o disminución de los ruidos agregados.
- Concretado el procedimiento es necesario brindar apoyo ventilatorio mediante bolsa de resucitación manual hasta lograr valores normales de SPO2 en el paciente.
- Culminado lo anterior dejar instalado el dispositivo de oxígeno y educar al paciente para su manejo de la misma.
- Realizar el lavado de manos, dejar registro de las incidencias presentado durante el procedimiento y las características de las secreciones, en cuanto a color, cantidad, consistencia, etc.
- Cabe resaltar la importancia de tener todo preparado para la realización de aspiración para cuando se requiera realizar la misma más adelante.

Por lo anterior se describe que es muy importante realizar el procedimiento de aspiración de secreciones de la manera correcta respetando todos los pasos ya que así se evita que se produzcan complicaciones o daños al paciente, y se lograra una adecuada ventilación.

2.4. Definición de términos básicos

- **Práctica de enfermería:** Son el conjunto de cuidados, atenciones y procedimientos especiales de la profesión enfermera, planificadas y estructuradas con la finalidad de satisfacer las necesidades del paciente crítico y mejorar su estado de salud.
- **Aspiración de secreciones:** Es la extracción de secreciones de la tráquea y de los bronquios, que impiden o hacen que se torne dificultoso al tránsito libre de aire hacia los pulmones, lo que puede ocasionar una dificultad respiratoria.
- **Paciente intubado:** persona que se encuentra ventilando un dispositivo artificial para el soporte respiratorio, mediante el cual todo el sistema de ventilación e intercambio gaseoso se lleve a cabo cubriendo las necesidades del organismo con el medio exterior

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis de la investigación

Por ser una investigación de tipo descriptivo y estudio de caso, la presente investigación no formula hipótesis, basándose en: según Deobold B. y William J. Meyer. la investigación descriptiva, estas se llevan a cabo cuando se desea encontrar una solución de los problemas que surgen en las organizaciones. Su objetivo no solo es determinar el estado de los problemas analizados, sino también en comparar la situación existente a cambiar y mejorar. Todo proyecto de investigación requiere preguntas de investigación y solo aquellos que buscan evaluar relación entre variables.

3.2. Definición conceptual de variables

Variable: Calidad de registros de Enfermería

3.2.1. Operacionalización de variable

Variable	Dimensiones	Indicadores	Categorización		
			Si	No	Obs
Práctica de aspiración de secreciones que aplica el profesional de enfermería en pacientes intubados en la emergencia.	1.- antes de la aspiración de secreciones	1.1.- explica sobre el procedimiento al paciente (en caso de estar consiente) 1.2.- se lava las manos.			
	2.- durante la aspiración de secreciones	2.1.- se calza los guantes estériles. 2.2.- lubrica la sonda de aspiración, con agua destilada, antes de aspirar. 2.3.- introduce la sonda de aspiración sin aspirar, hasta 1 o 2 cm por encima de la carina a 2 cm antes de que el tope de la sonda llegue al adaptador del tubo endotraqueal. 2.4.- introduce la sonda sin aspirar y retira suavemente con movimientos rotatorios aplicando aspiración intermitente. 2.5.- cada aspiración se realiza en un tiempo de 10 a 15 segundos. 2.6.- repite el mismo procedimiento no más de tres veces. 2.7.- limpia con gaza estéril la sonda y enjuaga con agua destilada a toda la tubuladura de aspiración. 2.8.- observa las secreciones (color, cantidad y consistencia)			
	3.- después de la aspiración de secreciones	3.1.- apagar el equipo de aspiración, descartar los guantes y el resto del material usado. 3.2.- desechar los guantes y el resto del material usado. 3.3.-deja cómodo al paciente.			

CAPITULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo y Diseño de Investigación.

El estudio es de tipo descriptivo prospectivo, (porque se da en un determinado tiempo de forma que se pueda actuar de manera preventiva en ciertos sectores de la población y lugares concretos) de corte transversal porque se dará en un solo momento.

Donde se presentan las dimensiones en el antes, durante y después de las prácticas de aspiraciones de secreciones de las Enfermeras de las áreas de emergencia del hospital nacional dos de mayo.

El Diseño es no experimental, debido a que no se manipula ninguna variable para trabajar en el contexto real para luego analizarlos.

4.2. Método de Investigación.

El Método Deductivo; porque a través de los principios generales nos permitió llegar a una conclusión específica connotando a la Práctica de Aspiración de Secreciones en los Pacientes Intubados para llegar a la conclusión directa de la manera adecuada o inadecuada de tal procedimiento conectando así las premisas con las conclusiones.

Método Inductivo; porque nos permite formar hipótesis y teorías relacionadas al estudio involucrando propiedades compartidas de uno o más cosas en el estudio.

Método de Análisis y Síntesis, permite escoger los diferentes elementos o partes de un fenómeno y se encuentra relacionado a nuestra capacidad sensorial y síntesis permite resumir, concretar y por lo tanto abstraer de esas partes los elementos comunes permitiendo expresar en una sola categoría o expresión lingüística. Provocando un razonamiento lógico.

Es Cuantitativo; por que utilizara checklist con la cual se recopilara datos cuantificables y en base a estos realizar análisis estadísticos para derivar conclusiones de investigación de la práctica de aspiración de secreción, por parte del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos Mayo.

4.3. Población y Muestra:

La población estuvo constituida por 60 enfermeras(os) que trabajan en el Servicio de Emergencia (Sala de Observación I – Observación II Neurotrauma y Vasculares) del Hospital Nacional Dos de Mayo.

La distribución de los profesionales de enfermería 1 personal de enfermería por turno en cada área y dividíos en 4 grupos: 5 licenciados en Observación I, 5 licenciados en Observación II, 5 licenciados en Neurotrauma y 5 licenciados vasculares.

Los Criterios de Inclusión estarán dados por:

- Personal profesional de enfermería que estén programados dentro del rol, durante la aplicación del turno ya sea turno día o turno noche.
- Personal profesional de enfermería que desempeñen labor asistencial en el Servicio de Emergencia.
- Personal profesional de enfermería nombrado y contratado CAS.
- Personal profesional de enfermería que acepta participar en el estudio.

Los Criterios de exclusión estarán dados por:

- Personal profesional de enfermería que asuma funciones administrativas (jefa de servicio) y coordinadora de turno (Área de Shock Trauma).
- Personal que se encuentre de vacaciones, personal con licencia de enfermedad o por maternidad.
- Personal de Residentes de Enfermería en el servicio.

4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado

La investigación se desarrolló en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú; ejecutado durante el año 2019.

4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

La técnica será la observación y el instrumento una lista de chequeo, la cual fue elaborada tomando como base la Guía de Aspiración de secreciones aplicada en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo. El instrumento consta de las siguientes partes: Datos generales, Lista de actividades divididas en: Antes de la Aspiración que cuenta con 2 indicadores, Durante la Aspiración que cuenta con 8 indicadores y Después de la Aspiración que tiene 3 indicadores. El instrumento finaliza con una leyenda en la que evalúa la práctica según el puntaje en: Práctica Adecuada que comprende de 12 a 13 puntos o Práctica Inadecuada que comprende de 0 a 11 puntos.

El instrumento fue sometido a un juicio de cinco expertos, quienes hicieron sus correcciones y sugerencias, aplicando la tabla de probabilidades se obtuvo 0.03 que < 0.05 por lo tanto la concordancia es significativa. La observación se realizará de lunes a viernes de 8 am. – 7 pm durante el mes de junio 2019.

Puntaje global	
<i>Práctica adecuada</i>	<i>Práctica Inadecuada</i>
De 12 a 13 puntos	De 0 a 11 puntos.

Puntaje por dimensiones	
Antes de la aspiración	
<i>Práctica adecuada</i>	<i>Práctica Inadecuada</i>
2 puntos	De 0 a 1 punto
Durante la aspiración	
<i>Práctica adecuada</i>	<i>Práctica Inadecuada</i>
De 7 a 8 puntos	De 0 a 6 puntos
Después de la aspiración	

<i>Práctica adecuada</i>	<i>Práctica Inadecuada</i>
3 puntos	De 0 a 2 puntos

4.6. Análisis y procesamiento de datos

Cada cuestionario fue codificado para asegurar la confidencialidad de la información. Además, se digitaron los datos asegurando el control de calidad de los mismos durante este procedimiento. Los datos fueron ingresados en el programa Microsoft Excel. Los resultados se presentaron en tablas y figuras para realizar el análisis e interpretación respectiva utilizando la estadística para realizar el análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico descriptiva.

CAPITULO V: RESULTADOS

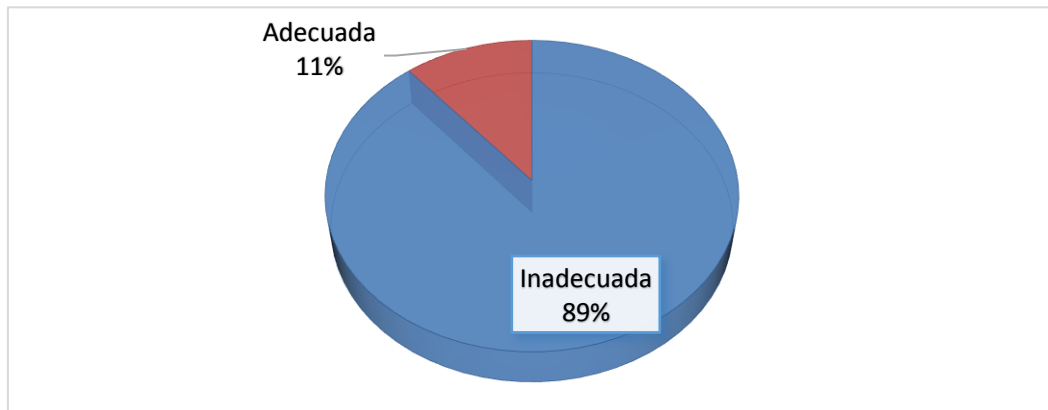
5.1. Resultados Descriptivos

**TABLA N°5.1:
PRÁCTICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DEL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTUBADOS**

Práctica (total)	N °	%
Inadecuada	48	88.9%
Adecuada	6	11.1%
Total	54	100.0%

Fuente: Elaboración propia

**GRÁFICO N°5.1:
PRÁCTICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DEL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTUBADOS.**



Fuente: Elaboración propia

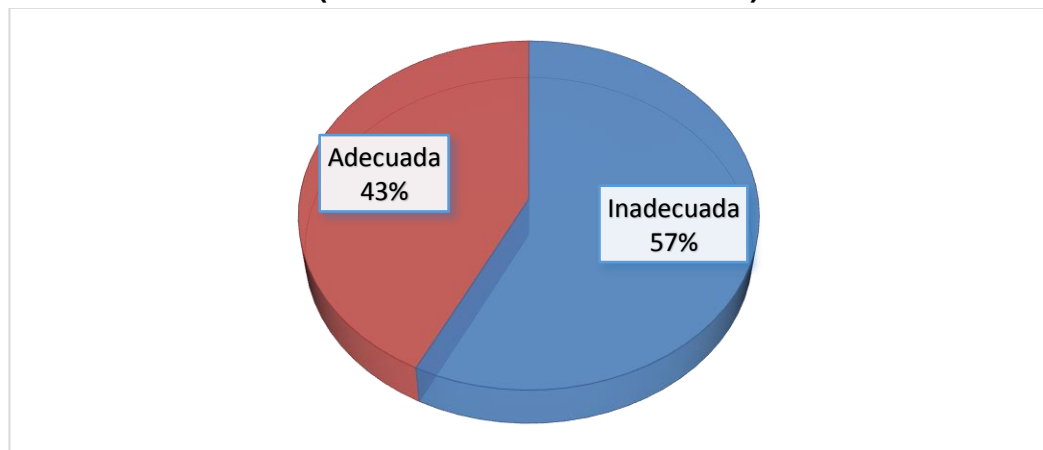
En el gráfico N°5.1 evidencia que, en la Observación de la Práctica de Secreciones el 88.9% (48) de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia del HNDM realizan una Práctica INADECUADA, y solo el 11.1% (6) tienen una práctica ADECUADA. Por tanto, el mayor porcentaje de los Profesionales de Enfermería Realizan una Practica INADECUADA, lo que implica considerar estrategias de capacitación y fortalecimiento a través de la elaboración de guías, para mejorar las prácticas e incrementar el porcentaje positivo (prácticas adecuadas).

**TABLA N°5.1:
PRACTICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DEL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTUBADOS
(ANTES DE LA ASPIRACIÓN)**

Práctica (antes de la aspiración)	N°	%
Inadecuada	31	57.4%
Adecuada	23	42.6%
TOTAL	54	100.0%

Fuente: Elaboración propia

**GRÁFICO N°5.2:
PRACTICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DEL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTUBADOS
(ANTES DE LA ASPIRACIÓN)**



Fuente: Elaboración propia

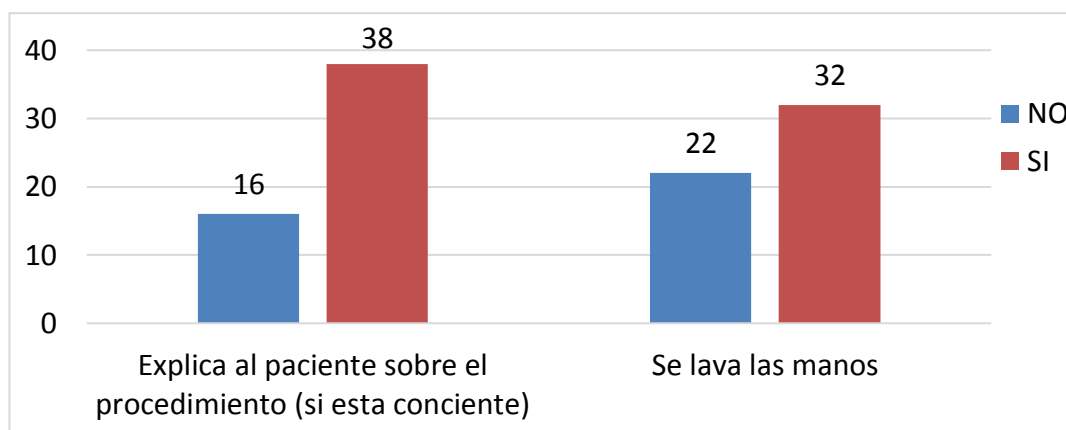
El gráfico N°5.2, permite observar que los Profesionales de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo tienen una Práctica de Secreciones (ANTES DE ASPIRAR) principalmente INADECUADA en un 57% (31), y el 43% (23) restante tienen una práctica ADECUADA antes de la Aspiraciones de Secreciones.

**TABLA N°5.3.
INDICADORES DE LA PRACTICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES
(ANTES DE LA ASPIRACIÓN)**

N°	ITEMS	NO		SI		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
1	Explica al paciente sobre el procedimiento (si está consciente)	16	29.6%	38	70.4%	54	100%
2	Se lava las manos	22	40.7%	32	59.3%	54	100%

Fuente: Elaboración propia

**GRÁFICO N°5.3.
INDICADORES DE LA PRACTICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES
(ANTES DE LA ASPIRACIÓN)**



Fuente: Elaboración propia

Respecto a la Práctica de Secreciones (ANTES DE ASPIRAR) de los profesionales de enfermería, se observa el 70.4% (38) sí explica al paciente (si está consciente) sobre el procedimiento y menos de un tercio (29.6%) no lo realiza.

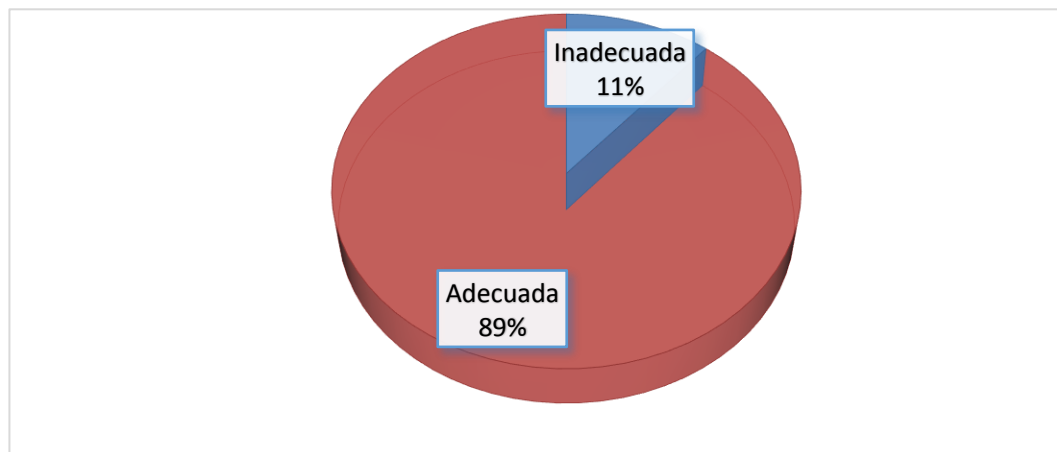
Además, el 59.3% (32) de las Enfermeras se lava las manos mientras el 40.7% (22) no lo hace, esto significa que algunos profesionales están exponiendo a los pacientes a un riesgo de infección, puesto que al NO Realizar Práctica del lavado de manos, son un medio de transporte de bacterias considerando las neumonías asociadas a ventilador mecánico (VM), lo que implica considerar estrategias de fortalecimiento y tener mayor porcentaje en corto tiempo del lavado de manos.

Tabla N°5.4.
PRÁCTICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DEL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTUBADOS
(DURANTE LA ASPIRACIÓN)

Práctica (Durante la aspiración)	N°	%
Inadecuada	6	11.1%
Adecuada	48	88.9%
TOTAL	54	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°5.4.
PRÁCTICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DEL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTUBADOS
(DURANTE LA ASPIRACIÓN)



Fuente: Elaboración propia

El gráfico N°5.4, permite observar que los Profesionales de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo tienen una Práctica de Secreciones (DURANTE LA ASPIRACIÓN) principalmente ADECUADA en un 88.9% (48), y tan solo el 11.1% (6) restante tiene una práctica INADECUADA durante la Aspiración de Secreciones.

**TABLA N°5.5:
INDICADORES DE LA PRACTICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES
(DURANTE LA ASPIRACIÓN)**

N°	ITEMS	NO		SI		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
1	Se calza los guantes estériles.	0	0.0%	54	100.0%	54	100.0%
2	Lubrica la punta la sonda con agua destilada antes de aspirar	4	7.4%	50	92.6%	54	100.0%
3	Introduce la S.A sin aspirar hasta 1 o 2 cm encima de las carinas.	0	0.0%	54	100.0%	54	100.0%
4	Introduce sonda sin aspirar y retira con Mov. Rot. Lateralizados suaves	0	0.0%	54	100.0%	54	100.0%
5	Cada aspiración realiza en un tiempo de (10 a 15 segundos)	0	0.0%	54	100.0%	54	100.0%
6	Repite el procedimiento no más de 3 veces	2	3.7%	52	96.3%	54	100.0%
7	Limpia c/gasa estéril la S. enjuaga con agua destilada la tubuladura de A.	0	0.0%	54	100.0%	54	100.0%
8	Observa las secreciones (color, cantidad y consistencia)	1	1.9%	53	98.1%	54	100.0%

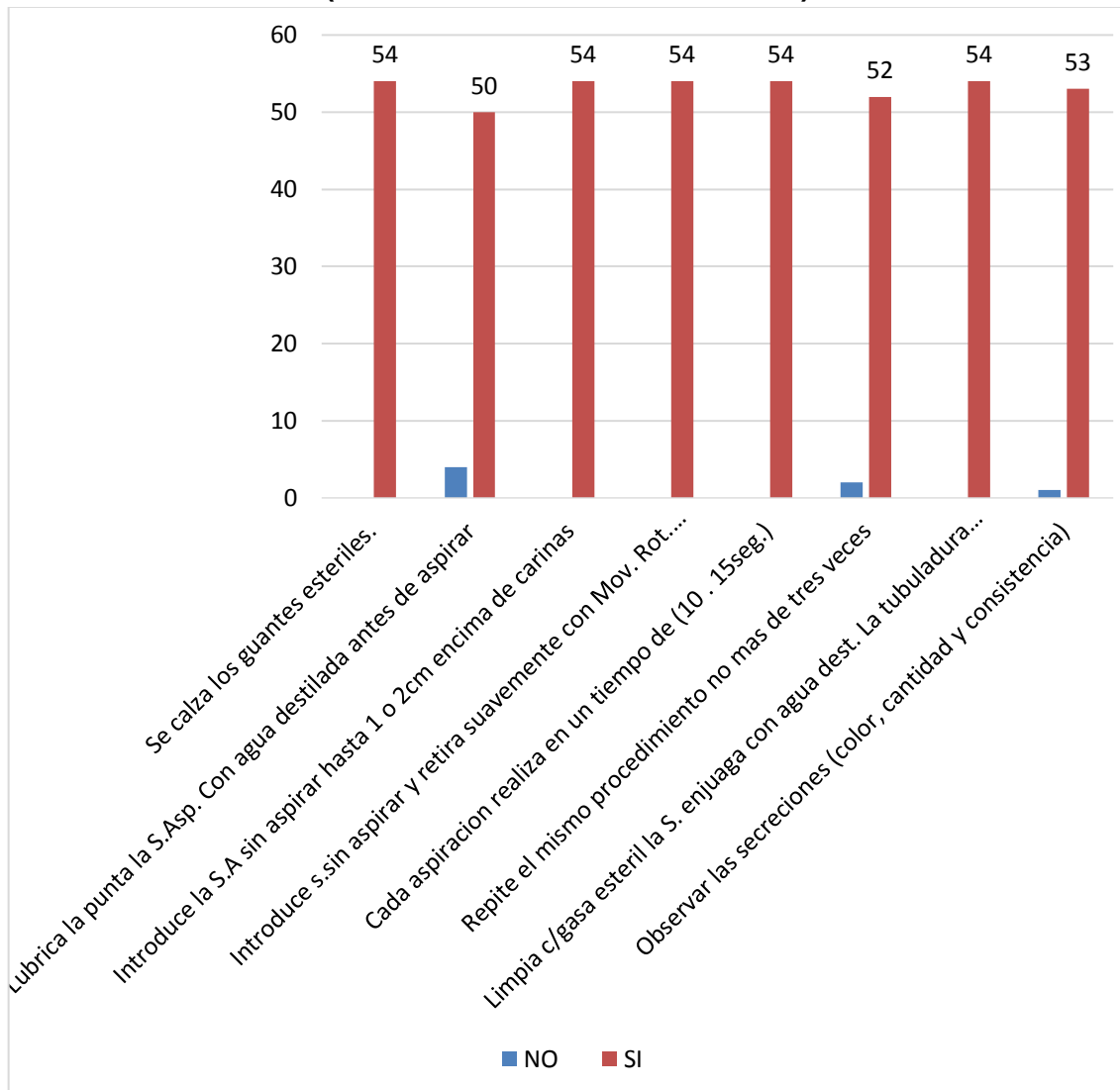
Fuente: Elaboración propia

En la Observación de la Práctica de Secreciones (DURANTE LA ASPIRACIÓN) de los Profesionales de Enfermería del Servicio de Emergencia del HNMD, el 100% (54) de los profesionales cumplen las prácticas adecuadas respecto a: el calzado de guantes estériles, la introducción de la sonda sin aspirar y su retiro suave con Movimientos Rotatorios lateralizados, la introducción de la sonda hasta 1 o 2 cm encima de carinas, el realizar la aspiración en un tiempo de 10 a 15 segundos y, la limpieza de la sonda con gasa estéril y el enjuague con agua destilada.

Además, el 92.6% (50) lubrica la punta la Sonda de Asp. Con agua destilada antes de aspirar; el 96.3% (52) Repite el procedimiento no más de tres veces mientras el 3.7% (2) No lo hace; y el 98.1% (53) Observa las secreciones (color, cantidad y consistencia) mientras el 1.9% (1) no lo hace.

Los resultados muestran que el mayor porcentaje de los Profesionales de Enfermería del Servicio de Emergencia del HNMD realiza una buena práctica de aspiración de secreciones durante la aspiración de secreciones.

**GRÁFICO N°5.5:
INDICADORES DE LA PRACTICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES
(DURANTE DE LA ASPIRACIÓN)**



Fuente: Elaboración propia

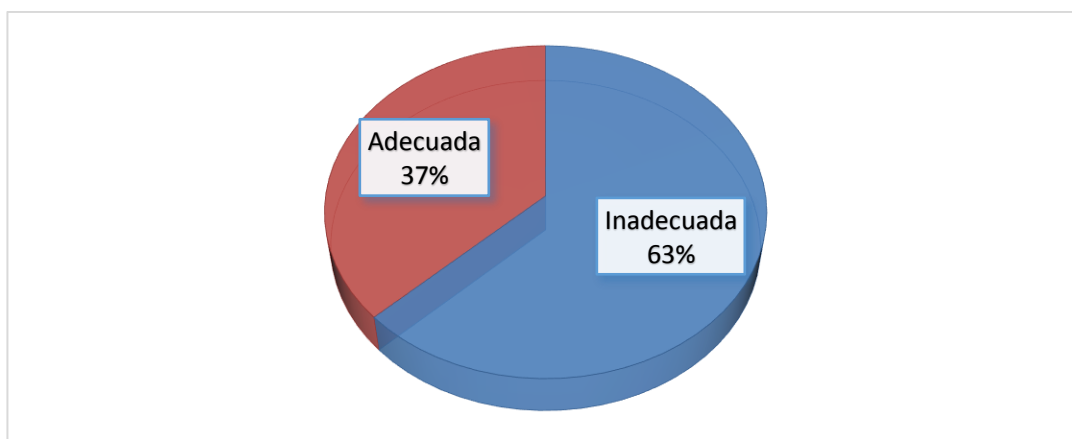
Por lo tanto, podemos afirmar que el profesional de enfermería realiza una adecuada practica en el proceso del durante con el mayor porcentaje en un 100% y se observa un 92.6% (Lubrica la S.A antes de aspirar la secreción), en un 96.3% (Repite el procedimiento más de dos veces) y un 98.1% (Observa el tipo de secreciones de la aspiración de secreciones).

**TABLA N°5.6:
PRÁCTICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DEL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTUBADOS
(DESPUÉS DE LA ASPIRACIÓN)**

PRÁCTICA (DESPUÉS LA ASPIRACIÓN)	N°	%
Inadecuada	34	63.0%
Adecuada	20	37.0%
TOTAL	54	100.0%

Fuente: Elaboración propia

**TABLA N°5.6:
PRÁCTICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DEL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTUBADOS
(DESPUÉS DE LA ASPIRACIÓN)**



Fuente: Elaboración propia

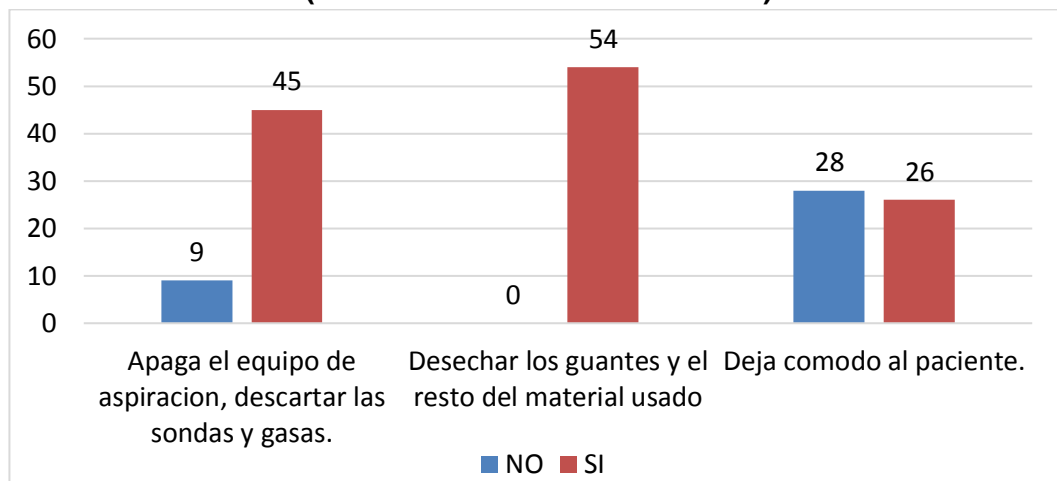
En el gráfico N°5.6, se observa que los Profesionales de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo tienen una Práctica de Secreciones (DESPÚES DE LA ASPIRACIÓN) principalmente INADECUADA con un 63% (34), y el 37% (20) restante tiene una práctica ADECUADA después la Aspiración de Secreciones.

**TABLA N°5.7:
INDICADORES DE LA PRACTICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES
(DESPUÉS DE LA ASPIRACIÓN)**

N°	ITEMS	NO		SI		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
1	Apaga el equipo de aspiración, descartar las sondas y gasas.	9	16.7%	45	83.3%	54	100.0%
2	Desechar los guantes y el resto del material usado	0	0.0%	54	100.0%	54	100.0%
3	Deja cómodo al paciente.	28	51.9%	26	48.1%	54	100.0%

Fuente: Elaboración propia

**TABLA N°5.7:
INDICADORES DE LA PRACTICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES
(DESPUÉS DE LA ASPIRACIÓN)**



Fuente: Elaboración propia

En la Observación de la Práctica de Secreciones (DESPUÉS DE LA ASPIRACIÓN) de los Profesionales de Enfermería del Servicio de Emergencia del HNDM, el 83.3% (45) Apaga el equipo de aspiración, descartar las sondas y gasas mientras que el 16.7% (9) NO lo realiza; el 100% (54) Desecha los guantes y el resto del material usado. Sin embargo, la mayoría (51.9%) da poca importancia a la comodidad del paciente luego de la aspiración, puesto que solo el 48.1% (26) deja cómodo al paciente; esto impide la buena ventilación y expansión pulmonar, aumentando el cúmulo de secreciones. Por lo tanto, se deben considerar estrategias para mejorar la comodidad y posición del paciente.

5.2. Otros resultados

TABLA N°5.8.
CARÁCTERÍSTICAS GENERALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Características generales (N=54)		N°	%
Edad	20 a 30 años	6	11.1%
	31 a 50 años	33	61.1%
	50 años a más	15	27.8%
Tiempo de servicio	Menos de 10 años	14	25.9%
	11 a 20 años	26	48.1%
	21 a 30 años	14	25.9%
Segunda especialidad profesional	Si	47	87.0%
	No	7	13.0%
Estudios de posgrado	Si	18	33.3%
	No	36	66.7%
Tipo de contrato	Nombrado (a)	39	72.2%
	Cas	15	27.8%

Fuente: Elaboración propia

Del 100% (54) de los Profesionales de Enfermería del Servicio de Emergencia del HNMD tienen las principales características:

EDAD: el 61.1% (33) tiene entre 31 y 50 años, el 27.8% (15) entre 50 años a más y, el 11.1% (6) entre 20 a 30 años de edad.

TIEMPO DE SERVICIO: el 48% (26) tiene entre 11 a 20 años de servicio, el 25.9% (14) de 21 a 30 años, y el 25.9 % (14) de no supera los 10 años.

SEGUNDA ESPECIALIDAD: el 87% (47) tienen Segunda Especialidad y el 13% (7) No tienen Segunda Especialidad Profesional.

ESTUDIOS DE POST GRADO: el 33.3% (18) tienen Estudios de Post Grado y el 66.7% (36) No tienen Estudios de Post Grado.

TIPO DE CONTRATO: el 72.2% (39) su Tipo de Contrato es de ser Nombrado y el 27.8 (15) su Tipo de Contrato es CAS.

CAPITULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo con los resultados del estudio el 42.6% (23) de los profesionales de enfermería, realiza una práctica adecuada en aspiración de secreciones del paciente intubado en el servicio de emergencia, en relación al 51.4% (31) de los profesionales de enfermería que realizo una práctica inadecuada.

Resultados que, en comparación a lo señalado por Grimaldo Vivanco, relacionando, su metodología del Estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal en 38 enfermeros, quien demostró que el 63% (24) de los profesionales de enfermería, posee una adecuada práctica sobre la aspiración de secreciones en pacientes adultos intubados en el servicio de emergencia en el HNERM.

Dichos resultados son similares a lo señalado por Peña, relacionando su metodología del estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, transversal en 36 enfermeros, demostrando que los profesionales de enfermería realizan una práctica adecuada de aplicación de medidas de bioseguridad de la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Dos de Mayo, de una muestra conformada por 36 enfermeras, el 44% (16) realiza una práctica adecuada y el 56% (20) realizó una práctica inadecuada de aspiración de secreciones.

Los cuidados al paciente intubado deben ser abocados a proporcionarle un estado de calidad y seguridad. “La finalidad de la aspiración de secreciones es prevenir la infección respiratoria a consecuencia del acúmulo de secreciones. A lo cual, resulta indispensable el empleo de una técnica adecuada que se debe asegurar en los tres momentos claves: antes, durante y después del procedimiento”. Cabe señalar que considerar las normad de bioseguridad y una adecuada técnica, se previene el contagio de enfermedades.

El centro de epidemiología del Hospital Nacional Dos de Mayo, se encuentra, implementando actividades para el control de infecciones intrahospitalarias, dentro de las cuales se encuentran las actividades de capacitación y difusión correspondiente al Marketing Epidemiológico. Las capacitaciones dirigidas al personal de salud de áreas específicas, utilizan diversas metodologías teórico-prácticas para el abordaje de los principales temas de interés: Higiene de manos, Metodología Bundle en infecciones, Manejo de Residuos Sólidos y Prevención de TBC intrahospitalaria. Posterior a ello, se programarán actividades de evaluación, monitoreo y supervisión, las cuales se realizarán trimestralmente.

Resultados reportados a nivel institucional se evidencia una tendencia a la disminución de la tasa de incidencia global, de infecciones, en los últimos 5 años, a pesar de haber incrementado el número de servicios ofertados para la atención y la demanda de atenciones. La cifra de casos registrados es la menor de los últimos 10 años con la excepción del año 2016.

Los resultados del presente estudio podrían deberse a las estrategias implementadas. Sin embargo, existe un 88.9% (48) de profesionales de enfermería que realiza una práctica inadecuada, por lo que resulta obligatoriamente necesaria continuar implementado estrategias capacitación entre otras que fortalezcan las competencias de dichos profesionales y disminuyan dichos resultados en pequeños espacios de tiempos y así mejorar para las diferentes actividades que realizan en el Servicio de Emergencia, como es la aspiración de secreciones, que de no ser efectiva puede conllevar a hipoxia, arritmia, hipotensión, atelectasias, paro cardíaco e infecciones, provocando mayor estancia hospitalaria.

La práctica del profesional de enfermería antes de la aspiración de secreciones en pacientes intubados, se obtuvo que el 42.6% (31) de los profesionales, realiza una práctica adecuada, asimismo según indicadores, se tiene como debilidad que el 59.3% (32) de los profesionales, se lava las manos; y como fortaleza el 70.4% (38) explica sobre el procedimiento a realizar al paciente.

Resultado que, en referencia con Grimaldo Vivanco, quien reporta que la mayor proporción de profesionales enfermeros (61%) presenta una práctica adecuada antes de realizar el procedimiento de aspiración de secreciones.

La importancia que el procedimiento estima en caso de que el paciente este despierto, ya que, de esta forma, se reduce los niveles de ansiedad y estrés, ante el procedimiento incomodo e invasivo, por lo tanto, el profesional de enfermería no debe asumir que el paciente tiene experiencia anterior o que ya tiene conocimiento de dicho procedimiento.

El lavado de manos es una medida individual primaria para la prevención de infecciones, reduce de manera efectiva las infecciones intrahospitalarias. Según la OMS, el lavado de manos reduce la posibilidad de adquirir infecciones asociadas al sistema de salud.

Las infecciones intrahospitalarias aumentan la estancia hospitalaria, eleva costos, aumenta la resistencia a los microorganismos, demora en la rehabilitación del paciente y puede llegar hasta la muerte.

Los hallazgos del estudio, el 88.9% (48) de los profesionales, realiza una práctica adecuada durante el procedimiento de aspiración de secreciones al paciente intubado. Dicho resultado guarda relación a lo obtenido por Grimaldo Vivanco, quien demuestra que el 66% de enfermeros aplica las técnicas adecuadas durante el procedimiento de aspiración de secreciones.

Esta parte de la práctica de aspiración de secreciones es importante puesto que se trata del momento invasivo al paciente, una mala práctica puede causar diversas complicaciones entre las que destacan las infecciones, atelectasia, hipoxia, compromiso hemodinámico entre otros.

El análisis de los resultados según indicadores demuestra como fortalezas, que 100% (60) de los profesionales de enfermería Introduce la sonda de aspiración sin aspirar hasta 1 o 2cm encima de carinas, siendo, la parte más relevante ya que así evitara dañar la mucosa respiratoria, evitando como medio de cultivo de formación de gérmenes por el acumulo de secreciones, previniendo de las

infecciones, además, 100% (54) se calza los guantes estériles, siendo uno de los métodos de barrera, al estar en contacto con las secreciones, previene la transmisión de una infección por cualquier patógeno, así como también previene que el personal de salud se contamine con las secreciones del paciente. Así mismo, el 100% (60) limpia con gasa para retiro de secreciones así volver a introducir la sonda de aspiración y enjuaga la tabuladora para barrer con los microorganismos que se quedan a lo largo de la misma; así mismo observa las características de las secreciones del paciente, el 100% (54) Introduce Sonda sin aspirar y retira suavemente con Movimientos Rotatorios lateralizado, y el 100% (54) Cada aspiración realiza en un tiempo de (10. 15seg). Dicho dato es un signo clínico de la probabilidad de presentar una infección, donde pueden presentarse secreciones de tipo purulenta, clara o sanguinolenta.

Entre los indicadores que reflejan las debilidades del profesional de enfermería, se encuentra, que un, el 92.6% (50) Lubrica la punta la sonda de aspiración Con agua destilada antes de aspirar, de tal manera, es necesario como medida de protección lubricar la sonda, ya que puede convertirse en un procedimiento traumático el introducir el dispositivo sin humedecer, existiendo muchas veces dificultad para el avance de la sonda provocando sangrado; así mismo, el 96.3% (52) repite el mismo procedimiento no más de tres veces, es necesario no repetir el procedimiento ya que evitara un alto riesgo de laceración y alteración de nervio vago, invitando así, infecciones patológicas y descompensación respiratoria sometiendo a presión negativa por mucho tiempo.

Los resultados obtenidos en el estudio respecto a la práctica del profesional de enfermería después de la aspiración de secreciones del paciente intubado, se obtiene que el 37% (20) de los enfermeros realiza una práctica adecuada. Dicho resultado ha diferencia con lo hallado por Grimaldo Vivanco, que señala en su estudio el 66% (25), respectivamente.

Una vez culminada la aspiración de secreciones, se pasa al descarte del material usado de forma adecuada y el confort del paciente luego de la intervención.

El análisis de los resultados, demuestra que el 100% (54) de los profesionales de enfermería desecha los guantes y el material utilizado. Se considera la disposición final de los desechos como guantes, sonda de aspiración, gasas, etc., los mismos que pueden acumular gran cantidad de microorganismos altamente infecciosos que si no se eliminan de forma apropiada pueden provocar infecciones severas.

Así mismo, como debilidades es que, el 48.1% (26) de los profesionales de enfermería dejó cómodo a su paciente después de la aspiración de secreciones. Es una medida importante de confort después del procedimiento para que el paciente se pueda restablecer de la intervención realizada y mejorar la expansión pulmonar. Finalmente, un 16.7% (9) de los enfermeros no apagó el equipo de aspiración; los cuales refirieron que es el personal técnico de enfermería quien realiza esa función. Si bien es cierto, dicho paso está considerado en la Guía de Aspiración de Secreciones del servicio, pero se considera que no es causa de una complicación para el paciente quién apaga el sistema de aspiración.

CONCLUSIONES

- En las prácticas del profesional de enfermería sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados evaluados por ítems, hay un mayor predominio en las prácticas inadecuadas ya que no cumplen con los 12 a 13 ítems del instrumento aprobados para que sea un practica adecuada.
- Se identificó una práctica inadecuada del profesional de Enfermería antes de la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la Unidad de la sala de observación de Emergencia encontrando como fortaleza explica el procedimiento al paciente que se encuentran sin sedación del 70.4% y como debilidad la omisión al lavado de manos en mayor porcentaje del 40.7%.
- Se Describe la práctica del profesional de Enfermería durante la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la Unidad de las salas de observación de Emergencia; encontrándose las mayores fortalezas como: el 100% se calzado de guantes estériles, el 100% Introduce la sonda de aspiración sin aspirar hasta 1 o 2cm encima de carinas, el 100% Introduce Sonda sin aspirar y retira suavemente con Movimientos Rotatorios lateralizado, el 100% cada aspiración realiza en un tiempo de (10. 15seg.) y el 100% Limpia con gasa estéril la Sonda enjuaga con agua destilada y la tubuladura de aspiración y así mismo se evidencian debilidades en mínimos porcentajes inadecuados como: el 92.6% lubrica la punta la sonda de aspiración con agua destilada antes de aspirar, el 96.3% repite el mismo procedimiento no más de tres veces y el 98.1% observar las secreciones (color, cantidad y consistencia).
- Se verifico la práctica del profesional de Enfermería después de la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la Unidad de las salas de observación de emergencia encontrándose mayor fortaleza en: el 100% desechan los guantes y el resto del material usado y apagan el equipo de aspiración, el 16.7% descartar las sondas y gasas, así mismo debilidades en

alto porcentaje de practica inadecuada en: con el 51.9% no deja cómodo al paciente.

- Se concluye que el presente estudio determina que la práctica de aspiración de secreciones del profesional de Enfermería en pacientes intubados en la unidad de Observación I, Observación II, Neuro trauma – Vasculares (Sala de Observación III) de Emergencia el Hospital Nacional Dos de Mayo se encuentra resultados de mayores fortalezas en el momento del durante la práctica y así mismo debilidades en mayores porcentajes en los momentos del antes y después de la práctica.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la jefatura del servicio de emergencia gestionar estrategias de programas de capacitaciones y actualizaciones que organiza el servicio a fin de fortalecer las competencias profesionales del enfermero.
- Se recomienda al comité de capacitación del servicio de emergencia la revisión de guías y normas técnicas para implementar lista de cotejo con evaluaciones diarias y así poder mejorar las debilidades de mayor porcentaje.
- Se recomienda a la jefatura de enfermería del servicio de emergencia desarrollar programas de capacitaciones con aliados de otros servicios de unidades críticas para mejorar de acuerdo a las experiencias desarrolladas en dichas unidades.
- Se recomienda al profesional de enfermería del servicio de emergencia mayor compromiso y participación en los programas de fortalecimiento dirigidos en la competitividad del profesional en mejora de las prácticas de la aspiración de secreciones.
- Se recomienda supervisiones por parte del servicio de epidemiología, del comité de calidad del servicio de áreas críticas para reforzar y corregir los procedimientos realizados por el profesional de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Unidad de Cuidados Intensivos: estándares y recomendaciones (internet) Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social 2011. (5 de julio del 2016). Disponible en: www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf
2. Normas técnicas del ministerio de salud 2010. Biblioteca virtual bvs. 2016.
3. American Association of Respiratory Care - AARC. AARC clinical practice guideline: endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. RespirCare. 2010;55 (6):758-64.
4. Espinosa Brito A, Rocha Hernández JF. Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos.Medicina clínica para intensivistas. Disponible en: bvs.sld.cu/revistas/mie/vol6_4_07/mie09407.htm
5. Lovesio, C. "Requerimientos generales de una unidad de Terapia intensiva. En: Medicina Intensiva". Libro virtual intramed. Editorial Roemmers, 2007. 2-12 pp. (Consultado 15 de agosto 2016). Disponible en: <https://enfermeriaintensiva.files.wordpress.com/2011/02/requerimientos-de-uci-lovesio.pdf>
6. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Técnicas de Aislamiento de la Vía aérea, Intubación Traqueal, Vía Aérea Difícil, Libro virtual intramed. 2007. 6 – 16
7. Vicente. R, Peralta. V, García. R, Quina. M, Lamelas. F. Enfermería del Crítico: Manejo del paciente intubado. Parte 1. Revista Anestesiología R, marzo 2012 (consultado agosto 2016). Disponible en: <http://anestesiologia.org/2012/enfermeria-del-critico-manejo-del-paciente-intubado-%E2%80%93-parte-1/>

8. Parra Moreno M.L Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. MASSON S.A, 2003.
9. Boletín informativo de neumonías 2017. Disponible en:
www.who.int/topics/pneumococcal_infections/es/ - 54k-
www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia - 77k-
www.who.int/bulletin/volumes/87/6/08-050872-ab/es/ - 57k
10. David Cabestrero Alonso, José Añonllisal de, Criterios de Diagnostico en pacientes críticos. Madrid. Ergon S.A. 2006.Cap. III pg. 56.
11. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Guía de referencia de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Asociada Ventilación Mecánica (internet) 2013: 2-14. Consulta (noviembre 2016). Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_624_13_NEUM_VENTIL_MECANICA/624GER.pdf
12. Palomar M., Álvarez F., Olaehea P., Insausti J. y López M “Estudio nacional de vigilancia de infección nosocomial en servicios de medicina intensiva”. Envinhelics. España, informe 2010. (consultado el 20 de agosto del 2016). Disponible en: <http://hws.vhebron.net/envinhelics/Help/Informe%20ENVIN-UCI%202010.pdf>
13. Chinchá O., Cornelio E., Valverde V. y Acevedo M. Infecciones Intrahospitalarias asociadas a dispositivos invasivos en Unidades de Cuidados Intensivos de un hospital nacional de Lima, Perú. RevPeruMedExp Salud Pública2013; 30(4):616-20. (Consultado 20 de agosto del 2016) Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n4/a12v30n4.pdf>
14. Hospital Nacional Dos de Mayo. Oficina de Estadística, noviembre 2018.
15. Peña D. “Aplicación de Medidas de Bioseguridad en la Aspiración de secreciones en pacientes Intubados, por enfermeras en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Dos de Mayo – LIMA 2015”

[consulta el 26 de agosto del 2016]. Disponible en: [ateneo.unmsm.edu.pe>ateneo>bitstream](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream).

16. Vivanco G. “Conocimientos y prácticas que realizan los enfermeros en servicios de emergencia en UCI de adultos HNERM.2014” [consulta el 26 de agosto del 2016]. Disponible en: <http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/handle/123456789/4909>
17. Cahua S. “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” [consulta 26 de mayo del 2016] Disponible en [cybertesis.unmsm.edu.pe>cahua_vs](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/cahua_vs)
18. Uceda D., Obando P. “Relación entre el cumplimiento del procedimiento de aspiración de secreciones y la presencia de complicaciones en pacientes críticos, emergencia de un hospital nacional de Lima. Revista Enfermería Herediana. 2014; 7(2):118-123.
19. De Sousa M., Garrido W., Landa J. y Vargas E. “Técnicas de aspiración de secreciones bronquiales que realiza el personal de enfermería en la unidad de cuidados intensivos Clínica Razetti, Barquisimeto– Edo. Lara” Venezuela 2011. [consulta 10 de junio del 2016]. Disponible en:<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3981/1/Tecnicas-de-aspiracion-de-secreciones-bronquiales-que-realiza-el-personal-de-enfermeria-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos.html>
20. Gonzales A., Martínez A., Eseberri M., Margall A. y Asiain C. “Evaluación de la competencia práctica y de los conocimientos científicos de enfermeras de UCI en la aspiración endotraqueal de secreciones” Enfermería Intensiva España 2004; 15:101-11 [Consultado el 10 de agosto del 2016]. Disponible en:www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-evaluacion-competencia-practica-los-conocimientos-S1130239904781511.

21. Hospital Nacional Dos de Mayo - Oficina de Estadística. Plan anual de prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud. Lima: HNDM; 2017.
22. <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema11%2528III%2529.pdf>

ANEXO

ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	TIPO Y DISEÑO	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Problema general:</p> <p>¿Cómo es la práctica de aspiración de secreciones del profesional de enfermería en pacientes intubados en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos – Lima – 2019?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Cómo realizan la práctica del profesional de Enfermería Antes de la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la unidad de la salas de observación de Emergencia en el Hospital Nacional Dos de Mayo?</p> <p>¿Cómo realizan la práctica del profesional de Enfermería Durante de la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la unidad de la salas de observación de Emergencia en el Hospital</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar la práctica de aspiración de secreciones del profesional de Enfermería en pacientes intubados en la unidad de Observación I, Observación II, Neurotrauma – Vasculares (Sala de Observación III) de Emergencia el Hospital Nacional Dos de Mayo.</p> <p>Objetivo Específico:</p> <p>Identificar la práctica del profesional de Enfermería antes de la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la Unidad de la salas de Observación de Emergencia en el Hospital Nacional Dos de Mayo.</p> <p>Describir la práctica del profesional de Enfermería durante la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la Unidad de las salas de observación de Emergencia en el Hospital Nacional Dos de Mayo.</p> <p>Verificar la práctica del profesional de Enfermería después de la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la Unidad de las salas de observación de emergencia en el</p>	<p>Tipo de investigación.</p> <p>El estudio es de tipo descriptivo, prospectivo por que se da en un determinado tiempo y espacio.</p> <p>Es de diseño no experimental debido a que no se puede manipular ninguna de las variables por lo que tenemos que trabajar en los fenómenos tal y como se dan en el contexto real para luego analizarlos</p> <p>Población:</p> <p>Para el desarrollo del trabajo de investigación se tomó como población a las enfermeras que laboran en las áreas críticas de la emergencia Obs. 1, Obs. 2 y Neurotrauma – Vaculares (Obs. 3) en el Hospital Dos de Mayo el cual estuvo conformado por 60 enfermeras (ro).</p>	<p>Antes de la Aspiración de Secreciones</p> <p>Durante la Aspiración de Secreciones</p>	<p>Explica sobre el procedimiento al paciente (en caso de estar consiente)</p> <p>Se lava las manos.</p> <p>Se calza los guantes estériles.</p> <p>Lubrica la sonda de aspiración, con agua destilada, antes de aspirar.</p> <p>Introduce la sonda de aspiración sin aspirar, hasta 1 o 2 cm por encima de la carina ó a 2 cm antes de que el tope de la sonda llegue al adaptador del tubo endotraqueal.</p> <p>Introduce la sonda sin aspirar y retira suavemente con movimientos rotatorios aplicando aspiración intermitente.</p> <p>Cada aspiración se realiza en un tiempo de 10 a 15segundos.</p> <p>Repite el mismo procedimiento</p>

<p>Nacional Dos de Mayo?</p> <p>¿Cómo realizan la práctica del profesional de Enfermería Después de la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la unidad de la salas de observación de Emergencia en el Hospital Nacional Dos de Mayo?</p>	<p>Hospital Nacional Dos de Mayo.</p>	<p>Muestra:</p> <p>No se trabaja con muestra, se trabajara con toda la población encontrada.</p>	<p>Después de la Aspiración de Secreciones.</p>	<p>no más de tres veces.</p> <p>2.7.-Limpia con gaza estéril la sonda y enjuaga con agua destilada a toda la tubuladura de aspiración.</p> <p>2.8. Observa las secreciones (color, cantidad y consistencia)</p> <p>Apagar el equipo de aspiración, descartar los guantes y el resto del material usado.</p> <p>Desechar los guantes y el resto del material usado.</p> <p>Deja cómodo al paciente.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANEXO B: INSTRUMENTO

LISTA DE CHEQUEO

0 –		EDA	20 –		TURN	D
-----	--	-----	------	--	------	---

TIEMPO DE SERVICIO:

11 –			31 –			N
------	--	--	------	--	--	---

21 –			50 ^a . A	
------	--	--	---------------------	--

SI	NO	ESTUDIO DE POST	SI	NO	FEC	
----	----	-----------------	----	----	-----	--

ESPECIALIDAD:

OBSERVACION: ACTIVIDADES	Si	No
ANTES DE LA ASPIRACIÓN		
1.- Explica al paciente sobre el procedimiento (en caso de estar consciente)		
2.- Se lava las manos		
DURANTE LA ASPIRACIÓN		
1.- Se calza guantes estériles		
2.- Lubrica la punta de la sonda de aspiración con agua destilada antes de aspirar		
3.- Introduce la sonda de aspiración sin aspirar hasta 1 o 2 cm por encima de la carina.		
4.- Introduce la sonda, sin aspirar y retira suavemente con movimientos rotatorios, manteniendo la cabeza lateralizada		
5.- Cada aspiración realiza en un tiempo de (10-15 seg.)		
6.- Repite el mismo procedimiento no más de tres veces.		
7.- Limpia con gaza estéril la sonda y enjuaga con agua destilada a toda la tubuladura de aspiración.		
8.- Observar las secreciones (color, cantidad y consistencia)		
DESPUÉS DE LA ASPIRACIÓN		
1.- Apagar el equipo de aspiración, descartar las sondas y gasas		
2.- Desechar los guantes y el resto del material usado		
3.- Deja cómodo al paciente.		

Leyenda

Práctica Adecuada: 12 – 13 puntos

Práctica Inadecuada: 0 – 11 puntos

ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: PRÁCTICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES QUE APLICA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTUBADOS EN SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. OCTUBRE 2017

Investigador: Lic. CHRISTIAN GIOVANNI HUASUPOMA SORIANO

Mediante el presente consentimiento se busca que Ud. como sujeto de estudio, tenga claro los objetivos y propósitos de la investigación, así como también usted es libre de participar y retirarse en el momento que lo crea conveniente. La presente investigación busca mejorar, afianzar y corregir los cuidados de enfermería mediante los hallazgos, sin divulgar la identidad de sus participantes.

¿Cuál es el propósito de la investigación?

Mediante la observación y aplicación de una lista de chequeo se buscara cumplir con el siguiente objetivo: Determinar la práctica de aspiración de secreciones del profesional de enfermería en pacientes intubados en el Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Dos de Mayo.

¿Qué sucede si participo en el estudio? ¿Cuánto tiempo estaré en el estudio?

De participar en el estudio Ud. estará colaborando en contribuir al desarrollo de los cuidados de enfermería, aplicados en un procedimiento que se realiza a diario en nuestras actividades, así como es la aspiración de secreciones. El tiempo empleado es un aproximado de 15 a 20 minutos en los cuales se aplicará una lista de chequeo en los que se tomará en cuenta el Antes, Durante y Después de la aspiración de secreciones efectuada en uno de sus pacientes asignados.

¿Cuáles son las posibles molestias o riesgos por participar en el estudio?

No hay riesgos para el participante, y se evitará obstaculizar sus actividades realizadas.

¿Habrá un costo por participar en el estudio? ¿Recibiré algo por estar en este estudio?

No habrá costo por participar, tampoco habrá remuneración. El presente estudio es autofinanciado por la investigadora.

¿Cómo protegeremos su confidencialidad?

La lista de chequeo será anónima, y los consentimientos informados firmados serán guardados en estricta confidencialidad, no sujetos a publicación.

¿Qué pasa si Ud. quiere terminar su participación antes que el estudio haya terminado?

Ud. es libre de retirarse en cualquier momento de la investigación. No se efectúa coacción de los participantes.

¿Qué hacer si tiene preguntas sobre el estudio?

En caso de cualquier duda comunicarse con la Investigadora

Datos de Investigador:

Lic. Christian Giovanni Huasupoma Soriano, teléf: 990010571 correo: **giosoriano1@ghotmail.com**

Datos del Comité de ética

Para preguntas sobre sus derechos como voluntarios o si piensa que sus derechos han sido vulnerados.

Presidente del Comité de Ética del HNDM: Dr. Jorge Alejandro YarinsuecaGutierrez. Dirección: Parque Historia de la Medicina Peruana S/N altura de la cuadra 13 de Av. Grau, Cercado de Lima. Teléfono: 3280028 anexo 8234, correo electrónico: **comite.etica.hndm@gmail.com**.

Declaración de Consentimiento:

El Participante conto con el tiempo y oportunidad de realizar preguntas, las cuáles fueron respondidas, logrando resolver sus interrogantes. El participante no ha sido coaccionado, tampoco influenciado indebidamente y puede retirarse en cualquier momento de considerarlo necesario. Por lo que contamos con su colaboración voluntaria para el presente estudio.

Nombre y Apellidos del Participantes lugar y fecha firma

Nombre y Apellido de la persona lugar y fecha firma
a cargo del consentimiento

Testigo lugar y fecha Firma

Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado

Firma del participante

ANEXO D: TABLA DE CONCORDANCIA

PRUEBA BINOMIAL: JUCIO DE EXPERTOS

Criterios de Calificación	N° DE JUEZ					Valor de tabla de Probabilidades
	1	2	3	4	5	
1	1	1	1	1	1	0.031
2	1	1	1	1	1	0.031
3	1	1	1	1	0	0.038
4	1	1	1	1	1	0.031
5	1	1	1	1	1	0.031
6	1	1	0	1	1	0.038
7	1	1	1	1	1	0.031

El resultado es $0.03 < 0.05$ por lo tanto la concordancia es significativa.

La escala tiene elementos de varianza cero.

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

Casos	N	%
Válido	10	100
Excluido	0	0
Total	10	100

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach N de elementos

0,493 13 = 0.5

Para llegar a evaluar la confiabilidad del instrumento se utilizó la escala Kuder-Richardson – 20, para instrumentos que miden conocimientos con respuesta dicotómica donde la respuesta correcta fue codificada con 1 y la respuesta incorrecta fue codificada con 0.

Después de hacer el análisis la escala pide que del instrumento sea eliminada la pregunta número 2, para alcanzar el puntaje de 0.49, lo que se interpreta finalmente como que el instrumento tiene una confiabilidad moderada y puede ser aplicado.

ANEXO E: GUÍA DE ASPIRACION DE SECRECIONES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

I.- TITULO

ASPIRACION DE SECRECIONES EN PACIENTES INTUBADOS

II.- FINALIDAD:

- Para mantener limpias las vías aéreas.
- Prevenir las complicaciones.

III.- OBJETIVO:

1. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
2. Favorecer la ventilación respiratoria.
3. Prevenir las infecciones y atelectasias ocasionadas por el acumulo de secreciones.
4. Cuando el paciente con secreciones pulmonares no es capaz de toser.
5. Prevenir la NAVM.

IV.- AMBITO DE APLICACIÓN:

- Unidad de Cuidados Intensivos.

V.- NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

VI.- CONSIDERACIONES GENERALES:

6.1.- DEFINICION OPERATIVA:

Es un procedimiento que consiste en la extracción de secreciones traqueo bronquial a nivel oro faríngeo que ocasiona una obstrucción de las vías respiratorias y por ende del proceso de ventilación externa.

6.2.- REQUERIMIENTO BASICOS:

PERSONA RESPONSABLE:

Licenciada en enfermería.

RECURSOS HUMANOS:

Licenciada en Enfermería y Técnica de Enfermería.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Dos de Mayo"
Lic. Tuzinara Barra Tello
C.R. 1558
C.E. 9573



Scanned with
CamScanner

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes desechables estériles.
- Mandilón.
- Solución para irrigación.
- Jeringa de 10 ml (para aplicación de solución para irrigación y fluidificar las secreciones)
- Sondas para aspiración de secreciones (para adulto)
- Solución antiséptica.
- Bifión-estéril. *cubetas de metal estéril*
- Jalea lubricante.
- Gafas de protección y mascarilla.
- Ambú.

EQUIPO:

- Aparato de aspiración (sistema para aspiración de secreciones de pared).

VII.- CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

INDICACIONES:

INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Trastornos neuromusculares.
- Secreciones abundantes y espesas.
- Pérdida del reflejo tusígeno.
- Obstrucción de la vía aérea.
- Fijación de maxilares post-quirúrgicos.
- Después del drenaje postural.
- Después de nebulizaciones.

CONTRAINDICACIONES:

- En estas condiciones, se tomarán en cuenta las condiciones del paciente y bajo criterio médico.
- Trastornos hemorrágicos (coagulación intravascular diseminada, trombocitopenia, leucemia).
- Edeema o espasmos laríngeos.
- Varices esofágicas.
- Cirugía traqueal.
- Cirugía gástrica con anastomosis alta.
- Infarto al miocardio.



Scanned with
CamScanner

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Dos de Mayo"
.....
Lic. *[Signature]* Barra Tello
CFA 15780
DES 7285
REL 5073

XI.- PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA NANDA, NOC Y NIC.-

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA							
ESPECIALIDAD	SERVICIO	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)					
NEUMOLOGIA	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	RESULTADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
					MANTENER	AUMENTAR / MANTENER / DISMINUIR	
DOMINIO:	3- ELIMINACION E INTERCAMBIO	ESTADO RESPIRATORIO: Intercambio gaseoso (0402)	Equilibrio entre ventilación y perfusión	1	2	4	
CLASE:	4- FUNCIÓN RESPIRATORIA			Gravemente comprometido			
CODIGO DX:	00030			Sustancialmente comprometido			
DIAGNÓSTICO :	DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES			Moderadamente comprometido			
RELACIONADO CON:	Respiración anormal, disnea			Levemente comprometido			
EVIDENCIADO POR:	Desequilibrio en la ventilación perfusión	5	No comprometido	1	2		
COMPLICACIÓN POTENCIAL		Hipoxemia					

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "José G. Espino"
Lic. Tania Rodríguez Tello
RUC 201700000000000000
TEL 5079

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA (NIC)		
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
Intubación y estabilización de la vía aérea	Manejo de las vías aéreas artificiales	
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
1.- Lavado de manos	1.- Emplear precauciones universales	
2.- colocar al paciente y su cabeza según sea adecuado	2.- colocar una vía aérea orofaríngea para impedir morder el tubo endotraqueal.	
3.- aspirar la boca y la orofaringe	3.- proporcionar una humidificación del 100% al gas, oxígeno o aire inspirado.	
4.- fijar con esparadrapo la vía orofaríngea en su sitio	4.- proporcionar una hidratación sistémica adecuada.	
5.- Auscultar para ver si hay sonidos esofágicos bilateral antes de inflar el balón esofágico	5.- realizar aspiración endotraqueal, según corresponda.	
6.- auscultar el tórax después de la intubación	6.- realizar cuidados orales	
7.- Monitorear el estado respiratorio, según corresponda	7.- monitorizar la disminución del volumen espirado y el aumento de la presión inspiratoria en los pacientes que reciben VM.	
8.- Minimizar la palanca y tracción de la vía aérea artificial		

MINISTERIO DE SALUD
 Hospital Nacional "10 de Mayo"
 Lic. Tereza Barra Tello
 NIE 1349
 AEL 3074

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

ESPECIALIDAD	SERVICIO	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	RESULTADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		EVALUACIÓN
						MANTENER	AUMENTAR / MANTENER / DISMINUIR	
NEUMOLOGÍA	11- SEGURIDAD/PROTECCIÓN 2- LESIÓN FÍSICA	00031	ESTADO RESPIRATORIO: permeabilidad de las vías respiratorias (0410)	Capacidad de eliminar secreciones	1	Gravemente comprometido	1	3
					2	Sustancialmente comprometido		
					3	Moderadamente comprometido		
					4	Levemente comprometido		
					5	No comprometido		
RELACIONADO CON:	Disminución de los sonidos respiratorios				1	Grave	2	
EVIDENCIADO POR:	Vía aérea artificial		Acumulación de esputos	2	Sustancial			
				3	Moderado			
				4	Leve			
				5	Nada			
COMPLICACIÓN POTENCIAL								
Obstrucción de las vías aéreas, neumonía								

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "José de Mayo"
Lic. *[Firma]*
Especialista en Neumología
1988 2019

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
Aspiración de las vías aéreas		
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
1.- Realizar el lavado de manos	9.- Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.	
2.- Usar el equipo de protección personal		
3.- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración		
4.- Hiperoxigenar con oxígeno al 100%, durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador.		
5.- Utilizar aspiración de sistema cerrado, según este indicado.		
6.- Utilizar la mínima cantidad de aspiración		
7.- Monitorizar el estado de oxigenación del paciente		
8.- Variar las técnicas de aspiración en función de la respuesta clínica del paciente		

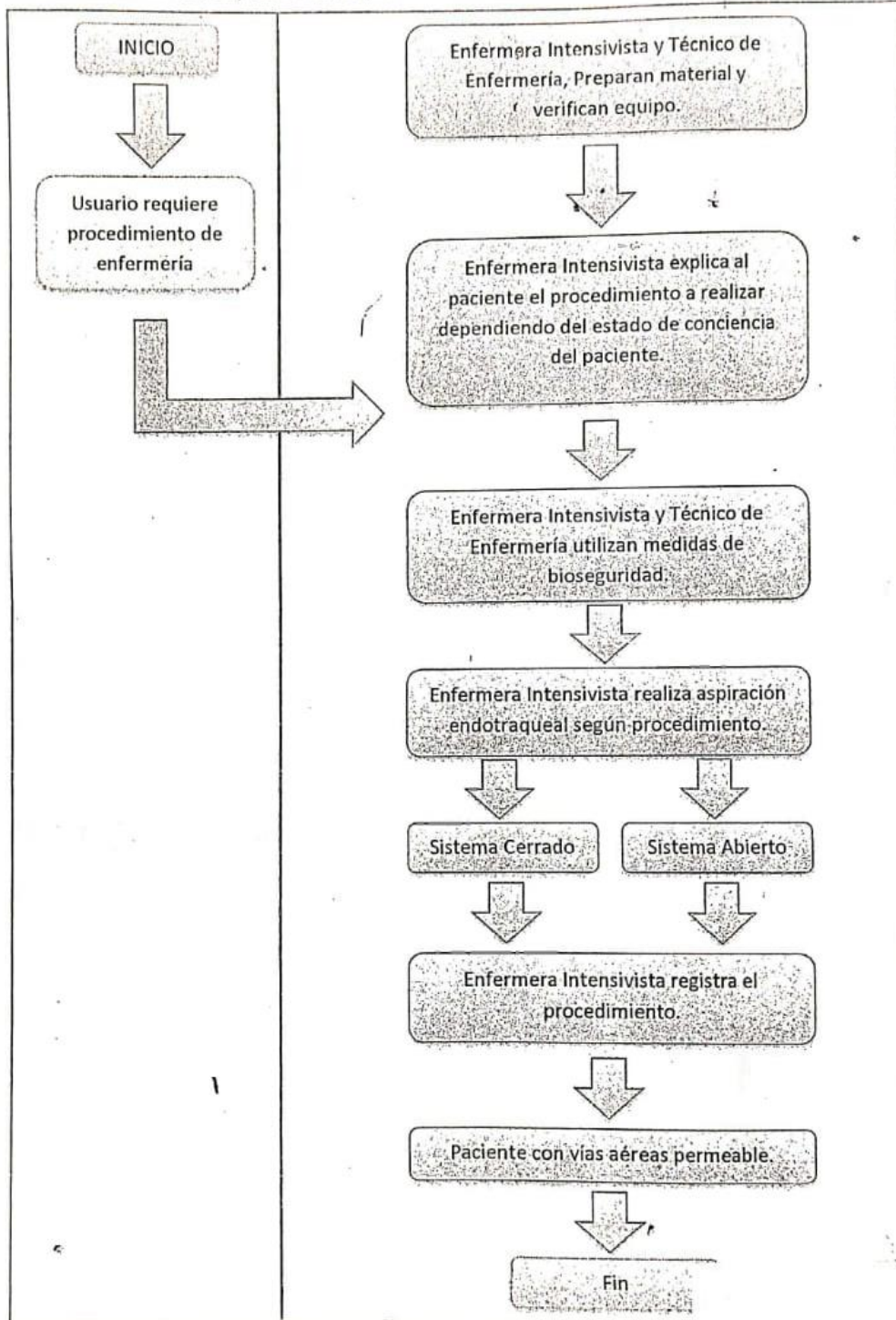
MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

LIC. JUAN CARLOS TORRES
COT 13738
RUE 2073

7.2.- DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO.

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar.	1. Favorece la colaboración y participación del paciente. Proporciona confianza y seguridad en el procedimiento.
2. Verificar el funcionamiento del equipo que esté listo para su uso (aspirador, frasco, sonda estéril y guantes) Presión no mayor de 120mmHg.	2. Ahorra tiempo y energía. Las aberturas de la sonda impiden la irritación de la mucosa al distribuir la presión negativa de aspiración en diversas partes.
3. Lavado de manos antes de realizar el procedimiento.	3. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
4. Colocarse los guantes estériles.	4. Evita el riesgo de contaminación.
5. Encender el equipo de aspiración e introducir la sonda a nivel orofaríngeo y nasal si fuera necesario. Previa lubricación con agua y girando con suavidad manteniendo la cabeza lateralizada.	5. Las vías respiratorias están cubiertas de una mucosa que se lesiona con facilidad con medios mecánicos. La posición de la cabeza evita que la lengua obstruya la entrada de la sonda.
6. Repetir no más de tres veces el proceso de aspiración por un periodo no mayor de 15 segundos por aspiración.	6. La repetición del procedimiento permite despejar las vías aéreas y eliminar las secreciones y sustancias extrañas.
7. Colocar la sonda en agua para su limpieza y secar con la gasa estéril.	
8. Observar las secreciones (color, cantidad, consistencia).	8. La identificación de las características es parte de la valoración del paciente.
9. Apagar el equipo de Aspiración, descartar la sonda y gasas.	
10. Retirar los guantes.	10. Lavarse las manos después de terminar el procedimiento.
11. Dejar cómodo al paciente y Realizar notas de enfermería.	11. El registro permite la comunicación entre el equipo de salud

7.4.- FLUXOGRAMA/ ALGORITMO:



7.4.- COMPLICACIONES:

- Lesiones traumáticas de la mucosa traqueal.
- Hipoxemia.
- Arritmias cardíacas.
- Atelectasias.
- Broncoaspiración.
- Reacciones vágales.
- Broncoespasmo.
- Extubación accidental.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Dos de Mayo"
.....
Lic. Tamara Barra Tello
SEP 15792
RES 7546
REL 307a

IX.- BIBLIOGRAFIA:

- ⚡ Manual de Cuidados Intensivos Enfermería 3ª Edición A.Esteban, C.Martin Editorial Springer-Verlag Iberica España 2000 Pág. 185 - 186.
- ⚡ Sociedad Argentina de Terapia Intensiva Capítulo de Enfermería Crítica Protocolos y Guías de Práctica Clínica.
- ⚡ Aspiración de Secreciones- http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_2_2.htm
- ⚡ Manual de Procedimientos de Enfermeria - http://www.osakidetza.euskadi.eus/r8520319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf

IV
MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Dos de Mayo"
Lic. Tamara Barra Tello
EP 15792
RES 7369
REL 3073



Scanned with
CamScanner