

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



**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON  
TUBO ENDOTRAQUEAL CONECTADOS A  
VENTILACION MECANICA EN EL SERVICIO DE  
EMERGENCIA ADULTO – UNIDAD DE SHOCK TRAUMA  
– HOSPITAL NACIONAL DE EMERGENCIA JOSE  
CASIMIRO ULLOA, MIRAFLORES - 2022”**

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

**LIC. SABY KARINA, NAVARRO GONZÁLES.**

**Callao, 2022**

**PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

### **MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:**

- |                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| • Dr. HERNAN OSCAR CORTEZ GUTIÉRREZ   | PRESIDENTE |
| • MG. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO     | SECRETARIA |
| • LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO | MIEMBRO    |

**ASESORA:** Dra. Juana Gladys Medina Mandujano

Nº de Libro: 07

Nº de Folio: 383

Nº de Acta: 159

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico:

10 de agosto de 2022

Resolución de Sustentación: N°179-2022-D/FCS

## **DEDICADO:**

A mi hijo, que desde su llegada a mi vida fue el impulso a seguir creciendo como profesional, porque él es la razón de que haya encontrado mi camino para ser feliz.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por guiar mi camino profesional.

A mi familia por su incondicional apoyo,

A mi hermana por ser mi ejemplo a seguir,

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao y a sus docentes por sus enseñanzas y conocimientos a seguir.

# ÍNDICE

N° .....	
INTRODUCCIÓN .....	3
CAPITULO I .....	4
1. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA.....	4
CAPITULO II .....	7
2. MARCO TEORICO.....	7
2.1 Antecedentes del estudio.....	7
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	7
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	9
2.2 Bases teóricas.....	13
2.2.1 Teoría Florence Nightingale.....	13
2.2.2 Teoría de Virginia Henderson.....	14
2.2.3 Teoría Patricia E. Benner.....	14
2.3 Bases Conceptuales .....	15
2.3.1 Tubo Endotraqueal.....	15
2.3.1.1. La conexión.....	16
2.3.1.2. El cuerpo.....	16
2.3.1.3. Material.....	16
2.3.1.4. Marcas de profundidad.....	16
2.3.1.5. Morfología.....	16
2.3.1.6 Canal accesorio.....	17
2.3.1.7. La punta.....	17
2.3.1.8. El balón.....	17
2.3.2. Anatomía de la Tráquea.....	17
2.3.2.1. Estructura.....	18
2.3.2.2. Función.....	18
2.3.2.3. Irrigación Sanguínea.....	18.
2.3.3. Técnica de Aspiración de secreciones por tubo endotraqueal.....	19
2.3.3.1. Objetivo.....	19
2.3.3.2. Modalidades de aspiración.....	19
2.3.3.2.1 Circuito abierto.....	19
2.3.3.2.2. Circuito cerrado.....	19
2.3.4. Manual de procesos y Procedimientos del Hospital Nacional de Emergencias José Casimiro Ulloa.....	19

2.3.4.1.	Método
abierto.....	19
2.3.4.1.	Método
cerrado.....	20
2.3.5. Complicaciones del tubo endotraqueal.....	21
2.3.5.1. Autoextubación.....	21
2.3.5.2. Pérdida del sellado del cuff.....	21
2.3.5.3. Obstrucción del tubo endotraqueal.....	22
2.3.5.4. Desplazamiento del tubo endotraqueal.....	22
CAPITULO III.....	24
3. Plan de cuidados de enfermería.....	24
3.1.1. Valoración.....	24
3.1.2. Motivo de consulta.....	24
3.1.3. Enfermedad actual.....	24
3.1.4. Antecedentes.....	24
3.1.5. Examen físico.....	25
3.1.6. Exámenes auxiliares.....	26
3.1.7. Indicaciones Terapéuticas.....	27
3.1.8. Valoración según Modelo de Clasificación de Dominios y Clases.....	28
DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.....	28
3.1.9. Esquema de Valoración.....	30
3.2. Diagnóstico de Enfermería.....	30
3.2.1. Diagnóstico de Enfermería según dato Significativo.....	31
3.2.2. Esquema de Diagnostico de Enfermería.....	31
3.3. Planificación.....	32
3.3.1. Esquema de Planificación.....	32
3.4. Ejecución y Evaluación.....	43
3.4.1. Registro de Enfermería, SOAPIE.....	43
4. CONCLUSIONES.....	44
5. RECOMENDACIONES.....	45
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	46
7. ANEXOS.....	50

## INTRODUCCIÓN

La intubación endotraqueal es un procedimiento médico que consiste en colocar o introducir un tubo en la tráquea del paciente a través de las vías respiratorias altas boca o nariz. En la gran mayoría de las emergencias que acuden, es colocado a través de la boca.

Dependiendo de la vía de acceso, tenemos dos técnicas a saber de la intubación endotraqueal, la cual una de las más empleadas es la que el tubo endotraqueal se introduce por la boca hasta la tráquea, y que es colocada en pacientes en estado crítico oh también durante una cirugía, con el fin de mantener la permeabilidad y protección de la vía aérea.

El siguiente informe de experiencia laboral que lleva como título “ **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TUBO ENDOTRAQUEAL CONECTADOS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTO – UNIDAD DE SHOCK TRAUMA – HOSPITAL NACIONAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, MIRAFLORES – 2022**”, tiene como finalidad determinar los cuidados de enfermería en pacientes con tubo endotraqueal (TET) conectado a ventilación mecánica, lo cual espero contribuirá a identificar oportunamente el riesgo la posibilidad del desplazamiento del mismo, la extubación y la obstrucción, tomando en cuenta que el grupo poblacional atendido en el Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa, oscila entre los 18 años a más, tomado en cuenta y no menos importante que son escasos las intubaciones endotraqueales en niños y lactantes.

El siguiente informe consta de III capítulos, los cuales se detallan a continuación:

**El capítulo I:** Donde se describe la situación problemática, los objetivos, y la justificación.

**El capítulo II:** Esta parte incluye el marco teórico, los antecedentes del estudio, las bases teóricas, y las bases conceptuales.

**El capítulo III:** Constituye el desarrollo de actividades, Los diagnósticos, La planificación, La ejecución y la evaluación, así como las conclusiones, las recomendaciones, y la referencia bibliográfica, más los anexos.

# CAPÍTULO I

## DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En la actualidad la intubación endotraqueal es una técnica bastante agresiva que se realiza con mayor frecuencia en el área de emergencia; los profesionales que trabajan en dicha área requieren del conocimiento y de la habilidad para poder mantener el manejo de la vía aérea, que como sabemos es de mayor interés y repercusión para la supervivencia del paciente.

Según M.I. Ostabal Artigas (2002), La intubación endotraqueal tiene como objetivo mantener la supervivencia de los pacientes que sufren parada respiratoria, en sus diferentes patologías oh accidentes en que esta se requiera, tomado en cuenta los beneficios y los problemas o complicaciones que de ella se puedan derivar, así como también las dificultades que se puedan presentar durante el procedimiento y la administración de los fármacos.

A grandes rasgos, podemos resumir los motivos de la intubación endotraqueal en los servicios de emergencia en los siguientes casos: a) en una parada cardiorrespiratoria; b) para protección de la vía aérea; c) en traumatismo encefalocraneano y en aquellos casos en que el nivel de conciencia sea bajo y ponga así en riesgo la vida del paciente, cuya puntuación en la escala de coma de Glasgow sea menor de 8 puntos; d) así como también a cualquier paciente que tenga una insuficiencia respiratoria aguda o reagudizada con una frecuencia respiratoria menor de 10 o mayor de 30 respiraciones/min. y que comprometa su estabilidad, se considera también otras excepciones en los casos en que la causa sea fácilmente reversible, en una sobredosis por opiáceos, en hipoglicemia o intoxicaciones severas. (p.335).



Las razones más frecuentes para la intubación a un paciente son a saber cuatro:

1. Para garantizar la apertura de la vía aérea
2. Para la protección de la vía aérea
3. para la aspiración de secreciones bronquiales
4. para el inicio de la ventilación mecánica

Cabe mencionar que así también en los periodos del 2019 y 2020 con la actual pandemia del SarS COV2, la intubación endotraqueal a sido una de las técnicas más usadas en el área de emergencias en salud, teniendo en cuenta el desborde al cual nos enfrentamos en dicha época, no pudiéndose colocar a los pacientes a ventilación mecánica por falta de estos y en mucho de los casos ni llegar a ser intubados por la gran demanda que se presentaba.

En los aproximados 4 años de labor en el servicio de emergencia de adultos del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, se detectó que hay un estándar específico para los cuidados del tubo endotraqueal (TET). Así mismo el servicio se encuentra con sobredemanda de pacientes y de estos en un rango de 2 de 4 están con TET, convirtiéndose esto en un motivo de preocupación actual, ha esto se le suma la falta de capacitaciones para poder unificar criterios ya que a los pacientes intubados se ha podido observar diferentes modos primero de fijación del tubo endotraqueal y segundo los modos de aspiración de secreciones, siendo esta un área de gran movimiento y muchas veces las enfermeras especialistas que laboran en dicha área no se abastecen, para poder realizar su trabajo tanto de aspiración de secreciones al paciente en el momento que lo requiere, cabe así también mencionar que se suma la falta de recursos humanos y de material logístico para satisfacer dicha demanda del servicio en estos últimos años.

Actualmente en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, no se cuenta con una estadística de pacientes que hayan sido intubados ni de pacientes que hayan presentado complicaciones pos intubación endotraqueal por el personal de enfermería, siendo esto un referente para poder deducir que dichas situaciones no son tomadas a consideración por no ser solicitado por el Ministerio de Salud, también cabe mencionar que en dicho nosocomio el personal asistencial de enfermería cuenta con enfermeras especialistas en Emergencias y Desastres, así como en Cuidados Intensivos, por tal se anexa el documento donde especifica que no se encuentran cuadros estadísticos.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes del estudio.

##### 2.1.1 Antecedentes internacionales.

**TORRES L.J / GERÓNIMO C.R. / MAGAÑA C.M ; Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México 2017) Revista CONAMED. “Conocimiento y práctica de enfermería para prevenir la Neumonía Asociada al Ventilador 2017”.**

Cuyo objetivo ha sido identificar el nivel de conocimiento y la práctica del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos para poder prevenir la Neumonía Asociada a Ventilador.

Este diseño del estudio fue cuantitativo, descriptivo, y de corte transversal. La muestra estuvo conformada de 48 enfermeras (os) quienes laboran en la UCI de dos Hospitales de Alta Especialidad de Villahermosa, Tabasco. Cuyo muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Los resultados esperados fueron que el nivel de conocimiento fue medio en un 56.3% por el personal de enfermería, un 87.5% del personal tiene un menor conocimiento en las implicaciones del uso del sistema de aspiración cerrado y abierto. Con respecto a la práctica del personal, se encontró un 95.8% manifestaron una práctica adecuada, un 58.2% realiza una menor frecuencia la higiene de la cavidad oral. Un 52% del personal de enfermería tienen un nivel medio de conocimiento y la práctica realizada para prevenir la NAV es adecuada.

Se concluye y recomienda la implementación de nuevas acciones dirigidas para fortalecer el conocimiento teórico en el personal de enfermería, mediante cursos de capacitación y actualización, así mismo la implementación de nuevas guías o protocolos de prevención, ayudando a poder incrementar los conocimientos y modificar las prácticas del personal de enfermería en la unidad de cuidados intensivos.

**MAMANI M.E. (Bolivia - 2018)** “Conocimiento y prácticas del profesional de enfermería en la técnica abierta de aspiración de secreción de tubo endotraqueal en la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional del Tórax, Gestión 2018”

El objetivo fue determinar el conocimiento y las prácticas del profesional de Enfermería en la técnica abierta de aspiración de secreción de tubo endotraqueal en la unidad de terapia intensiva del Instituto Nacional del Tórax gestión 2018.

En la que se concluyó que un 75% poseen un conocimiento “MEDIO” un 25% un conocimiento BAJO. Puesto que un 58% no supo ni pudo definir la técnica, el 75% desconoce totalmente los objetivos, el 92% no conoce los principios de la aspiración, el 67% desconoce los signos que indican el aplicar la aspiración de secreciones, el 67% desconoce la contraindicación del procedimiento de la aspiración, pero si el 100% conocen las barreras de protección. El 100% realizan una “REGULAR” práctica en la técnica abierta de aspiración de secreción, así mismo el 100% no realizan la auscultación de los campos pulmonares previo a la aspiración de secreciones, un 83% no toma en cuenta el tiempo recomendado.

**Oña C.K. (Colombia, 2016-2017)** en el estudio” Técnicas de aspiración de secreciones y su relación con la aparición de complicaciones en los pacientes intubados de la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Provincial General Docente Riobamba-Colombia”.

Dicha investigación fue realizada en el hospital provincia general docente Riobamba en la unidad de cuidados intensivos en el periodo de octubre 2016-febrero 2017. acerca de las “Técnicas de aspiración de secreciones y su relación con la aparición de complicaciones en pacientes intubados”, cuyos resultados arrojaron lo siguiente el 55 % del personal contestó correctamente los ítems dando a saber que tienen conocimiento del tema evaluado, y el 45% del personal tenían errores, por tal se llegó a la siguiente conclusión, que el personal de la unidad de cuidados intensivos cuenta con el conocimiento, mas no lo realiza al momento de hacer los procedimientos de aspiración de secreciones, así mismo se concluyó que si aplican las medidas de bioseguridad, así mismo se observó que no ocultan los campos pulmonares

posterior a la aspiración de secreciones del paciente. Por tal observación se han establecido elaborar un plan de capacitación sobre las adecuadas técnicas de aspiración de secreciones endotraqueales dirigidas al personal de enfermería e internas de enfermería abarcando temas esenciales.

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales.**

**OBANDO R.B. / RAMOS E.M.(Perú/Trujillo -2017)** “nivel de conocimiento y cuidado enfermero en pacientes con tubo endotraqueal del Hospital Belén de Trujillo 2017”

Dicho estudio se realizó con la finalidad de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y el cuidado en pacientes con tubo endotraqueal del Hospital Belén de Trujillo. La muestra estuvo dirigida a 17 enfermeras que laboran en la unidad de cuidados intermedios de los servicios de medicina y cirugía que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos a dicho personal de enfermería se le aplicó un cuestionario para poder identificar el nivel de conocimiento y una guía de observación para la aplicación del cuidado.

Los resultados dieron que el 35% de enfermeras mostró un nivel alto de conocimiento un 65% nivel medio; y que un 47% de enfermeras aplicó adecuadamente el cuidado a pacientes con tubo endotraqueal. Dando un 53% quien dio un nivel inadecuado de aplicación. Y con respecto a la relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación del cuidado enfermero en pacientes con tubo endotraqueal, se encontró que el 35% presentó un nivel de conocimiento alto, el 29.2% brindó cuidados adecuados, el 5.8% inadecuados y el 65% de enfermeras con nivel de conocimiento medio el 47.3% brindó cuidado inadecuado y un 17.7% un cuidado adecuado.

Se concluye que el nivel de conocimiento y cuidado enfermero en pacientes con tubo endotraqueal se relacionan significativamente según la prueba estadística Chi-cuadrado con un p-valor de significancia de 0.027 ( $p < 0.05$ ), por consiguiente, existe una relación altamente significativa para este estudio.

**Ñuñuvera L.A. / Vásquez S.F. (Perú/Trujillo 2016)** cuyo estudio, “Nivel de conocimiento y cuidado de la vía aérea brindado por la enfermera al paciente en tubo endotraqueal. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2016”

realizado con el propósito de determinar el nivel de conocimiento y cuidado de la vía aérea brindado por la enfermera al paciente con tubo endotraqueal. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2016. La muestra constituida por 37 enfermeras a quienes se les aplicó un cuestionario, para evaluar el nivel de conocimiento y se realizó observación utilizando una lista de cotejo, para poder determinar el nivel de cuidado.

Cuya conclusión dio como resultado que tienen relación significativa; y que la gran cantidad de enfermeras que laboran en dicha institución tienen un conocimiento regular. Los resultados hallados indican una confiabilidad aceptable.

**Ramos R.B.E. (Perú- 2017)** “Cuidados de enfermería a pacientes con ventilación mecánica asistida en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren ESSALUD 2015-2017”

Objetivo: Describir la experiencia profesional en los cuidados de enfermería en el paciente adulto con ventilación mecánica asistida en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

El presente informe profesional tiene por finalidad analizar el proceso de enfermería que se brinda a los pacientes adultos que se encuentren con ventilación mecánica asistida, para aplicar la base teórica y científica en la atención profesional, estableciendo los factores de riesgo que pudieran presentarse como resultado de este proceso de atención así como las medidas preventivas, que aseguren la de los cuidados y atención de enfermería con la finalidad de preservar la vida y recuperar la salud del paciente. Los tipos de cuidados que se le brindan al paciente ventilado son dos: los cuidados generales, derivados del encamamiento e inmovilidad y los cuidados específicos, resultantes de la ventilación mecánica.

**Alejandro B.J./ Flores V.J.P. / Doroteo I.R.N.(Peru-2019)**” Intervenciones de enfermería para la prevención de neumonía en pacientes con tubo endotraqueal conectado a ventilador mecánico en el servicio de emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador. Lima. 2019”

El objetivo fue describir como son las intervenciones de enfermería para la prevención de neumonía en pacientes con tubo endotraqueal conectado a ventilador mecánico en el servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa el Salvador 2019. El tamaño de la población estuvo conformado por 15 licenciados en enfermería, donde se obtuvo los siguientes resultados, que del 100 % de licenciados en enfermería, el 80% realizaron sus intervenciones de forma inadecuada y por otro lado el 20 % lo realizaron de forma adecuada. Dentro de dichas intervenciones de enfermería realizaron adecuadamente son colocar al paciente en posición semifowler (86.7%) y la aspiración de secreciones (66.7%) y la que se realizó de forma inadecuada fue el lavado de la cavidad oral (60%)llegando así a la conclusión de ser necesario que el personal de enfermería que labora en el área de emergencia fortalezca los conocimientos y mejoren las técnicas establecidas como protocolos en el lavado de la cavidad oral en pacientes intubados.

**Yucra A.Y.M. (Peru-2017)** “Cuidado de enfermería ante la presencia de eventos adversos en pacientes con Tubo Endotraqueal en el servicio de emergencias - Hospital Marino Molina Scippa Lima 2015 – 2017”.

La evolución natural de la ciencia médica ha dado a que la asistencia sanitaria en el transcurrir del tiempo se convierta en una actividad más eficaz, pero a la vez más compleja y potencialmente peligrosa, lo que conlleva a riesgos para los pacientes, a medida que las técnicas diagnósticas y terapéuticas se vuelven más sofisticadas, estos riesgos aumentan en la práctica sanitaria suscitándose eventos adversos no deseados con mayor frecuencia en pacientes de la tercera edad, sin embargo los niños también son susceptibles de sufrir eventos adversos. En los últimos años es una preocupación creciente la presencia de eventos adversos en pacientes intubados, es considerado un indicador de mala calidad en el cuidado, incrementando la morbimortalidad del paciente, los cuidados de la enfermera en pacientes con tubo endotraqueal, contribuirá a identificar oportunamente los eventos adversos

más frecuentes como son: la estubación no programada, obstrucción de tubo endotraqueal y lesiones peribucales, estos cuidados debe de ser con habilidad y destreza, para prevenir y disminuir el riesgo de eventos adversos, a fin de obtener mejores resultados, disminuyendo la estancia hospitalaria y mejorar así la calidad de vida de los pacientes.

**Pérez G.J.Y./ Céspedes B.N. (Peru-2021)** “Conocimientos del cuidado de enfermería y complicaciones del tubo endotraqueal (TET) en pacientes críticos, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, callao 2021”

**objetivo:** Determinar la relación entre los conocimientos de enfermería y las complicaciones de la intubación endotraqueal (ETT) en pacientes críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides.

Carrión - callao, 2021. Materiales y métodos: Este fue un estudio aplicado utilizando métodos cuantitativos, diseños no experimentales, niveles descriptivos correlacionales y transversales. tecnología

Se utilizó una encuesta a enfermeras de las áreas críticas de UCI, UCIN y shock trauma del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Cuestionario "Conocimiento Cuidados de enfermería en el manejo de pacientes con intubación endotraqueal" y el registro de complicaciones hospitalarias. Había 32 enfermeras en la muestra. el resultado:

El 21,9% de los enfermeros evaluados eran hombres y el 78,1% mujeres. Para la variable complicación se realizaron 546 intubaciones, de las cuales el 97,1% no ocurrieron.

se detectaron complicaciones traqueales y 2,9%; se dividieron en 4 dimensiones; 0,9% por desplazamiento del tubo traqueal, 0,7% por obstrucción, 0,2% para tubos endotraqueales por pérdida de sellado del manguito y 1,1% por autoextubación. En cuanto a los conocimientos de enfermería, el 96,9% sabía y el 3,1% no sabía.

Saber Conclusión: Existe una correlación indirecta o negativa entre el conocimiento de las enfermeras de intubación traqueal (ETT) y las complicaciones en pacientes críticos.

Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, 2021; para  $p = 0,000$  valor de significación. Palabras clave: conocimiento, cuidados, intubación traqueal, Complicaciones, pacientes graves.



**Cruz M.A.R. / Botoni M.P.J. (Peru-2018)** “Conocimiento y actitud del enfermero en Atención de pacientes intubados en hospitales de emergencia del Servicio de Ambulancias de Villa Salvador 2018. El propósito de este trabajo de investigación fue determinar la relación entre diferencias en los conocimientos y actitudes de enfermería hacia los pacientes intubados entre las enfermeras del servicio de urgencias del Hospital de Agudos de Villa Salvador. metodología, metodología se utilizó un enfoque cuantitativo y el diseño descriptivo transversal adecuado fue una muestra de 30 enfermeras que laboran en un hospital de agudos.

De Salvador Villa. Según los resultados no se observa relación entre conocimiento y actitud ya que rho es aproximadamente cero. La gestión del conocimiento es fija actitud porque rho es bajo. No existe relación entre el conocimiento del cuidado bucal y la actitud, ya que rho es aproximadamente cero. Knowledge Care Brazalete con actitud como rho es alrededor de cero. No existe una correlación entre la necesidad de conocimiento y la actitud hacia los secretos, ya que rho es aproximadamente cero. 2.2.

## **2.2. Bases teóricas.**

### **2.2.1. Teoría Florence Nightingale.**

Fanny C.G. (2005) El fundamento básico de la teoría de Florence Nightingale es el entorno: donde manifiesta que todas las condiciones y las fuerzas externas influyen en la vida y el desarrollo de un organismo. Nightingale describe a saber cinco componentes principales de un entorno positivo o saludable como son a saber: Ventilación adecuada, iluminación adecuada, calefacción adecuada, control de olores y control de ruidos. Para Nightingale, el entorno físico consiste en los elementos físicos en los que se encuentra el paciente. así como la ventilación, la temperatura, la higiene, la luz, los ruidos y la eliminación. Para Nightingale El entorno psicológico puede verse afectado negativamente por el estrés del ruiseñor. El entorno social incluye aire limpio, agua y

Adecuado significa recopilar datos sobre enfermedades y su prevención.. (p.5)

### **2.2.2. Teoría Virginia Henderson.**

\_Fanny C.G. (2005) la Persona: viene a ser el Individuo que necesita de la asistencia para poder alcanzar una salud y una independencia o para morir con tranquilidad. Piense en la familia y en el individuo como un todo. El cuerpo y la mente se ven afectados. tienes necesidades básicas de supervivencia. Así menciona que la persona Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana en todos sus aspectos.

El entorno: Se define como una relación con la familia y por lo tanto incluye a la comunidad y su responsabilidad de cuidar. La sociedad espera brindar servicios de enfermería a personas que no pueden lograr la independencia, por otro lado, la sociedad espera inversión en educación de enfermería.

Asi también asevera que la salud puede afectarse por varios factores: Físicos: aire, temperatura, sol, etc. y Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia. Salud: definida como la capacidad de un individuo para funcionar de forma independiente en términos de catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.

Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura).

Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales) a considerar para dicho informe académico. (p.6)

### **2.2.3. Teoría Patricia E. Benner.**

Cajal F.A. (2019) en esta teoría expuesta en su libro más conocido presenta Las diferentes habilidades y desafíos que enfrentan las enfermeras recién calificadas y la diferencia entre las enfermeras tradicionales y las que ya están en la profesión.. Aquí Afirmó que se puede pasar no solo de un grado a otro si también se tienen que tener los recursos necesarios y saber cómo utilizarlos. Así mismo investigó los métodos anteriores y los presentó al mundo para que cualquier persona que quiera trabajar o trabajar en enfermería pueda usarlos y crecer como profesional.I. Definió así mismo las modalidades de experiencia que son:

**El Principiante.** individuo con conocimiento, pero sin ninguna experiencia previa para para poder enfrentarse a situaciones complejas.

**El Principiante avanzado.** Cuya persona ha acumulado una mínima experiencia en un determinado periodo de tiempo en la práctica y que ya puede enfrentar situaciones reales de manera aceptable a su labor. Esta práctica podría haber sido obtenida o adquirida mediante la observación de un tutor ya experto.

**El Competente.** Persona con una ardua experiencia adquirida con el paso del tiempo, que será capaz de No solo por la experiencia adquirida si no por la imitación de los demás, También es capaz de planificar conscientemente cómo se enfrentará a diferentes situaciones y las pondrá en acción. También es capaz de priorizar, reconociendo que algunas situaciones son más urgentes que otras..

**El Eficiente.** Individuo que es capaz de intuir situaciones a pesar de contar con escasos conocimientos. Es un enfermero profesional seguro de sí mismo que se implica con sus enfermos y sus familias.

**El Experto.** Tiene el control total de la situación, no solo es capaz de identificar el problema y encontrar una solución efectiva, sino que también no pierde el tiempo buscando alternativas.. (prr.2)

## **2.3. Bases Conceptuales.**

### **2.3.1. Tubo Endotraqueal.**

Regalado J. (2020) Los tubos endotraqueales en su mayoría son dispositivos rígidos ya que su finalidad es mantener la permeabilidad de la vía aérea: tiene dos propósitos el uso de estos.

1. Mantener y proteger las vías respiratorias de los pacientes que no pueden hacerlo por diversas razones.
2. El Mantener la ventilación aérea de pacientes que han sido intervenidos en procedimientos quirúrgicos. (prr.1) Busico M./ Vega. L./ Plotnikow G. / Tiribel N. (2013) una mejor y adecuada descripción de un TET se debe contemplar el diámetro tanto interno como externo, la longitud, el tipo de material con el ha sido fabricado y su toxicidad, el ángulo y la dirección del bisel, el tamaño del ojo de Murphy, la presencia y densidad de marcadores radiopacos, así

como el radio de curvatura, controlan las propiedades del globo, entre otras. Los tubos en TET son dispositivos estériles que han sido fabricados a partir de cloruro de polivinilo o silicona que hoy en día son los más comunes. (p.4)

**2.3.1.1.** M. B. Serna, D. Paz, M.L. (2012) **La conexión:** viene a ser la pieza intermedia entre el tubo orotraqueal y el respirador o el reanimador es casi siempre una pieza estándar de alrededor de 15 mm que se puede quitar en algunos casos (semi montada). La otra conexión que nos podemos encontrar, es la tipa Luer-Lock, que se utiliza en su mayoría para una ventilación en Jet de alta frecuencia. (prr.1)

**2.3.1.2.** M. B. Serna, D. Paz, M.L. (2012) **El cuerpo:** este constituye una de las partes principales, esta es conductora del flujo de gas entre el paciente y el respirador. Consiste en una luz redonda normal con un diámetro interior de 2 mm. (cuyos números son designados los tubos) así como otro externo que variaría dependiendo del tipo de material, del fabricante y de la presencia o no del canal accesorio. (prr.2)

**2.3.1.3.** M. B. Serna, D. Paz, M.L. (2012) **Material:** Los materiales que se encuentran en el mercado actual son:

**Policloruro de vinilo (PVC):** Es económico, transparente, prácticamente no tóxico, libre de látex y termoplásticos y mejor adaptado a la temperatura corporal y vías respiratorias..

**Silicona:** cuyo material es más suave y es recomendado en intubaciones que son prolongadas.

**Goma blanda:** estos son derivados del anterior y con una mejor resistencia a la difusión de gases.

**Acero inoxidable:** cuyo material es utilizado en la cirugía de con láser. Tanto los tubos de PVC como los tubos de silicona están reforzados mediante una espiral para así poder evitar el posible acodamiento(prr.2.1).

**2.3.1.4. Marcas de profundidad:** Estas marcas de profundidad indican qué tan lejos está la punta del tubo de la esquina del labio. (prr.2.2)

**2.3.1.5.** M. B. Serna, D. Paz, M.L. (2012) **Morfología:** Además del tubo recto convencional existen tubos de diversas morfologías para aportar una mayor funcionalidad.

**Tubo de Oxford:** que fue diseñado por Alsop en 1.955. y tiene forma de “ L “ y fue creado con el propósito de evitar el acodamiento que se producía en los tubos al realizar procedimientos quirúrgicos de mayor complejidad.

**Tubo oral RAE** (Ring-Adair-Elwin): Este tipo de cánula oral se utiliza en tratamientos dentales. Tiene forma de “U“ y su uso prácticamente desplazando a los anteriores.

**Tubo nasal RAE:** Diseñado mayormente para las intubaciones nasales, ya que deja libre la cavidad oral del paciente.

**Tubo de Cole:** Este tubo está diseñado para la intubación de pacientes recién nacidos con codo y diámetro más pequeño en su tercio distal, el cual tiene como función disminuir la resistencia del paso de aire durante la ventilación mecánica. Carece de balón. (prr2.1)

**2.3.1.6.** M. B. Serna, D. Paz, M.L. (2012) **Canal accesorio** “Se utiliza no solo para inyectar anestesia local, sino también para la aspiración de secreciones. y la administración de oxígeno al paciente durante la intubación. Este disminuye el diámetro interno del TET. (prr.2.4)

**2.3.1.7.** M. B. Serna, D. Paz, M.L. (2012) **La punta:** viene a ser la parte distal del TET siendo esta la primera que va entra en contacto con el paciente. La punta del TET es normalmente biselada y esta puede o no tener un orificio llamado de Murphy. Este orificio de Murphy va aumenta el riesgo de un traumatismo en los cornetes en las intubaciones nasales. Así podemos mencionar también la de punta de Magill está presente cuando el orificio de Murphy está ausente. Existen algunos tubos que han sido diseñados para provocar un menor traumatismo en la vía aérea del paciente. (prr.3)

**2.3.1.8.** M. B. Serna, D. Paz, M.L. (2012) **El balón:** Para niños de 7-8 años, su uso es controvertido. Debido a su morfología ya la presión del balón contra la mucosa traqueal, varía de un fabricante a otro.. Los balones de

elevado volumen y baja presión (HVLP, high volume low pressure), utilizados en intubaciones prolongadas, han sido diseñados para disminuir el riesgo de isquemia de la mucosa traqueal por hiperpresión. (prr.4)

### **2.3.2. Anatomía de la Tráquea:**

Recuperado de : Juan Vélez MD (2022) SSabemos que la tráquea es un tubo fibrocartilaginoso de 10-11 cm de largo en el tracto respiratorio inferior. Así, el tronco principal del árbol traqueobronquial o banda medular se forma en los pulmones.. La tráquea a su vez se extiende desde la laringe y el tórax y consta así de dos partes; la cervical y la torácica. Termina a saber al nivel del ángulo esternal oh llamado también ángulo de Louis (T5) en donde a su vez se divide en dos bronquios principales, uno para cada pulmón. Así, cada bronquio principal se ramifica en bronquiolos intrapulmonares más pequeños que suministran aire a diferentes lóbulos y segmentos.. Así mismo la función principal de la tráquea es transportar el aire hacia y desde los pulmones durante la respiración. Y además, Protege las vías respiratorias calentando y humedeciendo el aire y guía el cuerpo extraño hacia la garganta para ser expulsado del cuerpo. (prr.1)

**2.3.2.1. Juan Vélez MD (2022) Estructura:** La tráquea a saber consta de 16-20 cartílagos traqueales antero lateralmente y una pared fibromuscular posterior. Estos cartílagos traqueales están compuestos a su vez por cartílago hialino e interconectados por un tejido fibroelástico. Estos sirven de apoyo a la tráquea y la mantienen abierta durante los cambios de presión que acompañan a la ventilación del aire. Además, la pared posterior de la tráquea está formada por el músculo de la tráquea, que le da al cartílago un anillo en C incompleto, una estructura que le da a la pared traqueal suficiente elasticidad y flexibilidad para permitir que el esófago se expanda temporalmente durante la deglución.(prr.2)

**2.3.2.2. Juan Vélez MD (2022) Función:** La tráquea es parte del aparato conductor del sistema respiratorio. La función principal de esta es transportar

aire oxigenado desde el Intercambio de gases desde el tracto respiratorio superior hasta los alvéolos. El aire que contiene dióxido de carbono se transporta a través del sistema traqueobronquial hacia la boca y la nariz para su eliminación.. El aire que contiene dióxido de carbono es transportado por el sistema traqueobronquial hacia la cavidad oral y la nariz para su excreción. (prr.5)

**2.3.2.3. Juan Vélez MD (2022) Irrigación Sanguínea:** La tráquea quien recibe sangre arterial de las ramas traqueales y de las arterias tiroideas inferiores, las cuales se originan en el tronco tiro cervical. Esta sangre venosa drena a través del plexo tiroideo inferior y desemboca en la vena braquiocefálica.. Este drenaje linfático se va dirigir hacia los ganglios linfáticos pretraqueales y paratraqueales (cervicales, torácicos) que van a desembocar en los ganglios linfáticos cervicales profundos. (prr.4)

### **2.3.3. Técnica de Aspiración de secreciones por tubo endotraqueal.**

Tomada de: Lic. María Inés Olmedo “Revista de enfermería”.

**2.3.3.1. Objetivo:** será de mantener la permeabilidad de la vía aérea y favorecer el intercambio gaseoso.

#### **2.3.3.2. Modalidades de aspiración**

Para desarrollar dicha técnica existen dos tipos de sistemas: la del circuito abierto de aspiración o convencional, y la del circuito cerrado de aspiración.

##### **2.3.3.2.1 Circuito abierto**

Cuando el sistema respiratorio se interrumpe, esto contribuirá a una disminución del volumen pulmonar, lo que conducirá a un posible colapso alveola. Por lo que va aumentar el riesgo de hipoxia por mayor tiempo de desconexión del respirador que se tome.

Esta técnica requiere de dos operadores.

### **2.3.3.2.2. Circuito cerrado**

Es dicha técnica no se suspende la asistencia respiratoria.

Disminuye grandemente los efectos adversos.

Previene el colapso de la vía aérea y alveolar en pacientes con patología aguda que requieran alta presión, alta frecuencia y óxido nitroso.

Requiere de un solo operador suficientemente y capacitado.

Este tipo de circuito cerrado de aspiración mejora la eficiencia de dicha técnica, disminuyendo el tiempo de enfermería y disminuyendo los costos debido a que requiere menos recambio del circuito. (p.29)

### **2.3.4. Manual de procesos y Procedimientos del Hospital Nacional de Emergencias José Casimiro Ulloa (2012).**

#### **2.3.4.1. Método abierto:**

Manual de procesos y procedimientos HEJCU (2012).

**Propósito:** Mediante esta técnica de aspiración de secreciones tendremos suficiente intercambio gaseoso para mantener la vía aérea permeable y así evitar posibles infecciones nosocomiales en el futuro..

#### **Proceso:**

La Preparación del paciente.

El Monitoreo al paciente.

La Realización del procedimiento.

Su Evaluación previa de radiografía de tórax, así como la auscultación de ruidos en ambos campos pulmonares

El Lavado de manos y el uso de barreras protectoras.

La Verificación de la fijación del TET, la pre oxigenación, y la elección del número de sonda.

El Encendido del aspirador al vacío

La Introducción del aspirador 35cm en TET y 10cm en traqueotomía.

Las secreciones se aspirarán y drenarán según sea necesario con movimientos suaves y rotación suave durante 10 a 15 segundos.

El Lavado de conexión de aspiración.

Aspiración oro faríngea después de terminar la succión traqueal.

Después de un minuto de la aspiración se ajusta el  $\text{Fio}_2$  al valor inicial pre establecido.

Así mismo dejar al paciente en forma cómoda.

Y realizar anotaciones de enfermería. (p.217)



### **2.3.4.2. Método cerrado:**

#### **Proceso:**

La buena preparación del paciente.

El monitoreo constante al paciente.

Y la realización del procedimiento.

Evaluación preliminar de radiografía de tórax por auscultación de ambos campos pulmonares

El Lavado de manos y uso de barreras protectoras adecuadas.

Verificación de la fijación del TET, pre oxigenación, selección del número de sonda.

Encender el aspirador al vacío

Introducción del aspirador 35cm en TET y 10cm en traqueotomía.

Saque la descarga y mezcle y agite suavemente durante 10 a 15 segundos.

El lavado de conexión de aspiración.

Así misma aspiración orofaríngeo después de terminar la succión traqueal.

Luego de un minuto de terminada la aspiración se ajusta el fio2 al valor inicial pre establecido.

Dejar al paciente en forma cómoda y brindar confort.

Realizar las anotaciones de enfermería.(p.220)

### **2.3.5. Complicaciones del tubo endotraqueal.**

#### **2.3.5.1. Autoextubación.**

Pérez G.J.Y./ Céspedes B.N. (2021) Es una de las complicaciones más frecuentes en los pacientes con intubación endotraqueal. Generalmente, sucede en aquellos pacientes que tienen planeada la extubación en las siguientes horas. Por lo tanto, se ha observado que uno de los indicadores más importantes de la autoextubación es el tiempo requerido para la extubación planificada. Además, la presencia de fatiga y agitación del paciente es uno de los predictores independientes e importantes de la autoextubación. Para evitar esta, se debe tomar en cuenta la sedación apropiada, la fijación segura del tubo endotraqueal y una comunicación adecuada con el paciente, sin restricciones físicas. Estas son utilizadas ampliamente en el manejo con los pacientes intubados y ventilados ya que son necesarias para prevenir la Autoextubación. Cabe mencionar que esto

sucede en mayor medida con aquellos pacientes con restricciones físicas que en aquellos pacientes que no las tienen. (p.48)

### **2.3.5.2. Pérdida del sellado del Cuff.**

Pérez G.J.Y./ Céspedes B.N. (2021) En la prevención de fugas, la pérdida del aire fuera del cuff identifica una situación en la que el volumen corriente puede ser inadecuado.

Entre los signos más visibles de una fuga del manguito se encuentran los siguientes: - El paciente tiene la capacidad de hablar. – Cada vez que se enciende el ventilador se forman secreciones espumosas en la boca. – Auscultación de arcadas en la tráquea superior. - Estimulación inspiratoria palpando la parte superior de la tráquea

- se evidencia la diferencia entre el volumen tidal seleccionado y el volumen tidal espirado. – los problemas en la ventilación u oxigenación. Entre las causas de fuga del cuff, se encuentra: - Inadecuada presión intracuff. - Elevadas presiones de insuflación durante la ventilación mecánica. – y dentro de las fallas del cuff, en la válvula unidireccional, en el tubo inflador, en el balón piloto. – un tubo endotraqueal demasiado pequeño para el tamaño de la tráquea del paciente. – un Cuff pequeño y con área de sellado corto. – la dilatación traqueal. – posible Fístula traqueo esofágica. – y Traqueomalacia. (p.48-49)

### **2.3.5.3. Obstrucción del tubo endotraqueal.**

Pérez G.J.Y./Céspedes B.N. (2021) Los signos más importantes de obstrucción completa del tubo endotraqueal son la presión inspiratoria alta y la ansiedad apnéica del paciente. Esto provocará una respiración espontánea, que también expresará un profundo malestar., retracciones torácicas, y ausencia de ruidos respiratorios y respiración paradójica evidente en el paciente. Así mismo, la obstrucción parcial es mucho más difícil de poder ser identificada, pero podemos reconocerla de acuerdo a lo siguiente:

- La resistencia del pasaje del catéter de aspiración.
- La ventilación manual por medio de la bolsa de resucitación es más difícil, por lo que va ser necesario aumentar la presión ejercida sobre la bolsa para ventilar al paciente.
- La captura de ETT se puede determinar monitoreando el volumen corriente y la presión máxima en las vías respiratorias durante la ventilación mecánica.

De esta forma, la curva de flujo nos indicará que la curva de tiempo espiratorio es horizontal. – El examen físico revelará ronquidos, estridores, gorgoteos, prolongada inspiraciones o espiraciones, los aleteos nasales, la disminución de la intensidad de los ruidos respiratorios, la elevación del cartílago tiroides hacia arriba en las inspiraciones. – y por último, un signo precoz lo vamos a identificar por la presencia de taquipnea, pues va ser la única que nos va alertar que la vía aérea artificial se está atascando. (p.49-50)

#### **2.3.5.4. Desplazamiento del tubo endotraqueal.**

Pérez G.J.Y./ Céspedes B.N. (2021) Esta es una de las complicaciones más frecuentes y en la mayoría de las veces pasa desapercibida por el personal de enfermería. El desplazamiento parcial ocurre la mayor parte del tiempo; se puede concluir que el tubo no ha salido completamente de la tráquea, sino que está en mal estado y con fugas. Es por ello que se debe reafirmar constantemente una correcta ubicación de dicho tubo antes de presentar problemas mayores. Y estas razones puede generar como consecuencia lo siguiente:

- Una extubación accidental
- Broncoespasmo
- Excoriaciones de boca o nariz
- Obstrucción o acodamiento del tubo, esta misma que puede ser total y ser detectada por elevada presión de insuflación. Y por otro lado, la obstrucción parcial puede ser más complicada de detectar. (p.50)

## CAPITULO III

### 3.- PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TUBO ENDOTRAQUEAL CONECTADOS A VENTILACION MECANICA.

#### 3.1.1. Valoración de enfermería.

##### Datos del Paciente:

<b>Paciente:</b>	N.S.G.
<b>Sexo:</b>	Masculino
<b>Estado Civil:</b>	Conviviente.
<b>Edad:</b>	73 años
<b>Hora:</b>	13:56pm
<b>Historia Clínica:</b>	383465
<b>Situación:</b>	En Actividad

#### 3.1.2. Motivo de la Consulta:

Paciente es traído por su nuera, quien refiere paciente se cayó y golpeo la cabeza, desconoce si hubo perdida de la conciencia, refiere presento vómitos por 4 cámaras, que este medio somnoliento a como era antes y que no está caminando como antes.

#### 3.1.3. Situación Actual:

Como llaves de atención de emergencia fue llevado al hospital un hombre de 73 años con una herida de choque, quien cayó de medio metro de su espalda acompañado de su familiar (nuera)., mientras intentaba cambiar un foco de luz, el paciente no recuerda el suceso y familiar refiere presento 4 vómitos y que esta somnoliento y no camina desde que lo encontró.

#### 3.1.4. Antecedentes Patológicos:

- Cirugía de ojo izquierdo. (familiares no recuerdan el año)

#### 3.1.5. Examen Físico:

##### Control de funciones vitales:

Presión Arterial:	140/70 mmhg
Frecuencia Cardíaca:	74 por minuto
Frecuencia Respiratoria:	20 por minuto
Temperatura:	37° c
Sat.O2:	96%
Glasgow:	12/15

**Evaluación Céfaló Caudal:**

**Evaluación de la Piel:** palidez presente,  
Temperatura: adecuada  
Elasticidad: conservada.  
Faneras: sin alteraciones.

**Evaluación del Tejido celular:** No presenta edemas,  
cantidad adecuada,  
Distribución simétrica,  
Nódulos, no presenta.

**Evaluación de la Cabeza:** Normocefalo.

**Ojo:**

conjuntivas: normales.  
Cornea: normales  
Escleras: normales.  
Pupilas: normales.  
Fondo de ojo: no se evaluó.

**Oídos:**

Pabellón: sin alteraciones.  
CAE: sin alteraciones.

**Boca:**

Dentadura sin alteraciones.  
Mucosa conservada.  
Lengua adecuada

**Evaluación del Cuello:** Forma: normal.

Movilidad: conservada.  
Tráquea: sin alteraciones.  
Tiroides: sin alteraciones.  
Adenopatías: no presenta.  
IY (ingurgitación yugular): Sin alteraciones.  
RHY: sin alteraciones.

**Evaluación del Tórax y Pulmones:** Torácica: buena amplitud.

Inspección. Sin alteraciones.  
Percusión: Normal.  
Auscultación: sin alteraciones.  
Palpación: sin alteraciones.

**Evaluación del Abdomen:** Inspección: Forma; globuloso.

Cicatrices; no presentes.  
Auscultación RHA: Normales.  
Ascitis; no presenta.  
Percusión; sonoridad, mate.  
Palpación; Dolor, no.  
Masas; no presenta.

**Evaluación Genito Urinario:** Genitales externos: conservados.  
 PPL (Puño percusión lumbar(renal), D - I; negativos.  
 Ano y Recto: Esfínter; conservado.  
 Lesiones; no presenta.  
 Masas; no presentes.

**Evaluación Cardiovascular:** Choque de punta; no presenta.  
 Ruidos cardiacos; rítmico.  
 Soplos; no presenta.  
 Frotos; no presenta.  
 Pulsos periféricos; simétricos.

**Evaluación del Sistema Nervioso:**

**Funciones superiores:** Escala de Glasgow 12 puntos;  
 Pupilas; CIRLA (pupilas céntricas, isocóricas, reactivas a la luz y la acomodación).  
 Glasgow; Rpta. Motora 6p. Rpta. Ocular 2p. Rpta. Verbal 4p. total 12 puntos.  
 Conciencia; confuso.  
 Motricidad; conservada.  
 Sensibilidad; conservada.  
 Rot; presentes.  
 Signos meníngeos; Kerning; positivo.  
 Babinski; D (presente) I(presente)

**Fuerza Muscular:** Moviliza los cuatro miembros.

**3.1.6. Exámenes Auxiliares:**

Hemograma	Valor Encontrado
leucocitos	16.82
hematíes	3.23
hemoglobina	10.20 g/dl
hematocrito	31.00
linfocitos	2

Bioquímica de la sangre	Valor encontrado
Glucosa	182 mg/dl
Urea	121 mg/dl
Creatinina	0.91 mg/dl
Sodio	157 mmol/L
Cloro	123 mmol/L
potasio	4.00 mmol/L

Prueba Sarscov2	Valor encontrado
Prueba antigena	negativo

orina	Valor encontrado
color	Amarillo
aspecto	Turbio
Densidad	1.4
PH	5.3
tóxicos	negativos

Gases en sangre Arterial	Valores encontrados
PH	7.450
Presión arterial CO2	38.0 mm/hg
Presión arterial de O2	81.0 mm/hg
Bicarbonato HCO3	27.20 mmol/L
Tensión arterial de CO2	28.40 mmol/L
Exceso de bases	3.0 mmol/L
Anión GAP	3 mmol/L
Saturación de O2	98.60 %
lactato	1.0 mmol/L

### 3.1.7. Terapéutica.

- Colocación de TET.
- Colocación de CVC.
- Infusión de midazolam.
- Infusión de fentanilo.
- Infusión de noradrenalina.
- Manitol 20%
- Ceftazidima 2g
- Vancomicina 1g
- Propolol 1%
- Infusión de amiodarona 150mg
- Ceftriaxona 2g
- ClNa 0.9% 1000cc a 45cc/hora

- Rx de cervical y cráneo.
- TAC cerebral.
- i/c cardiología.
- i/c neurocirugía.
- Análisis pre operatorio, AGA, ex de orina.

### 3.1.8. Valoración según Dominios y Clases.

#### DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.

**Clase 1.** Toma de conciencia de la salud: desconocimiento del diagnóstico que presenta.

**Clase 2.** Gestión de salud:

#### DOMINIO II. Nutrición

**Clase 1.** Ingestión: Nada por vía oral.

**Clase 2.** Digestión: presencia de residuos gástricos (vómitos).

**Clase 3.** Absorción: se evidencia eliminación.

**Clase 4.** Metabolismo: glucosa 182 mg7dl

**Clase 5.** Hidratación: colocación de catéter central más vía periférica para hidratación con CNa 0.9% 1000

#### DOMINIO III. Eliminación

**Clase 1.** Función urinaria: colocación de catéter urinario.

**Clase 2.** Función gastrointestinal: presencia de vómitos.

**Clase 3.** Función tegumentaria: lesiones dérmicas y de mucosas

por

venopuncion para vía periférica, catéter centra, catéter urinario, sonda nasogástrica.

**Clase 4.** Función respiratoria: colocación de TET conectado a ventilador mecánico.

#### DOMINIO IV. Actividad y reposo

**Clase 1.** Reposo/sueño: seudo analgesia relajación.

**Clase 2.** Actividad/ejercicio: en reposo por seudo analgesia relajación.

**Clase 3.** Equilibrio/energía: en reposo.

**Clase 4.** Respuesta cardiovascular/pulmonar: en reposo.

**Clase 5.** Autocuidado: asistido por el personal técnico y profesional.

#### DOMINIO V: Percepción – Cognición

**Clase 1.** Atención: en reposo.

**Clase 2.** Orientación: en reposo.

**Clase 3.** Sensación-percepción: en reposo.

**Clase 4.** Cognición: en reposo.



**Clase 5.** Comunicación: en reposo.

**DOMINIO VI. Autopercepción**

**Clase 1.** Autoconcepción: en reposo.

**Clase 2.** Autoestima: en reposo.

**DOMINIO IV. Actividad y reposo**

**Clase 1.** Reposo/sueño: seudo analgesia relajación.

**Clase 2.** Actividad/ejercicio: en reposo por seudo analgesia relajación.

**Clase 3.** Equilibrio/energía: en reposo.

**Clase 4.** Respuesta cardiovascular/pulmonar: en reposo.

**Clase 5.** Autocuidado: asistido por el personal técnico y profesional.

**DOMINIO VIII. Sexualidad**

**Clase 1.** Identidad sexual: en reposo.

**Clase 2.** Función sexual: en reposo.

**Clase 3.** Reproducción: tiene 2 hijos.

**DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés**

**Clase 1.** Respuesta post traumática: no refiere.

**Clase 2.** Respuesta de afrontamiento: no refiere

**Clase 3.** Estrés neuro-comportamental:

**DOMINIO X. Principios vitales**

**Clase 1.** Valores: no refiere.

**Clase 2.** Creencia: católico.

**Clase 3.** Congruencia entre valores/creencias/acciones: ninguno.

**DOMINIO XI. Seguridad/Protección**

**Clase 1.** Infección: disposición del paciente.

**Clase 2.** Lesión física: sin daño corporal.

**Clase 3.** Violencia: cambios posturales.

**Clase 4.** Peligro del Entorno: el medio ambiente

**Clase 5.** Procesos defensivos: disminuidos

**Clase 6.** Termorregulación: regulación disminuida.

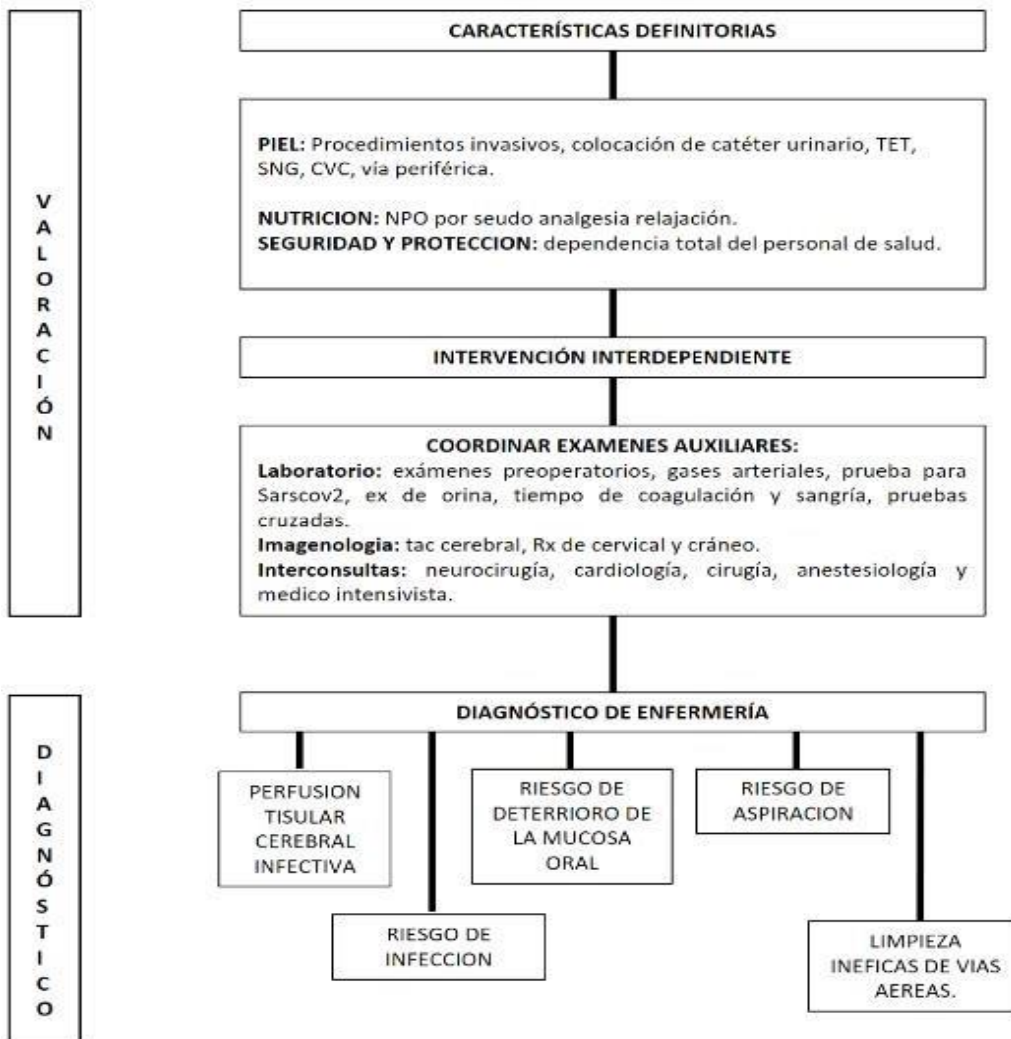
**DOMINIO XII. Confort.**

**Clase 1.** Confort físico: ausencia de dolor.

**Clase 2.** Confort del entorno: comodidad.

**Clase 3.** Confort Social: disminuido.

### 3.1.9. Esquema de Valoración



### 3.2. Diagnósticos de Enfermería:

- Perfusión tisular cerebral ineficaz.
- Riesgo de deterioro de la mucosa oral.
- Riesgo de aspiración.
- Riesgo de infección.
- Limpieza ineficaz de vías aéreas.
- 

#### 3.2.1. Diagnóstico de Enfermería según datos Significativos.

- Perfusión tisular cerebral ineficaz.
- Riesgo de deterioro de la mucosa oral.
- Riesgo de aspiración.
- Riesgo de infección.
- Limpieza ineficaz de vías aéreas.

### 3.2.2. Esquema de Diagnosticos de Enfermería.

<b>PROBLEMA</b>	<b>FACTOR RELACIONADO</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>
Perfusión tisular cerebral ineficaz	trauma cerebral	Lesión cerebral, patrón respiratorio, orientación, cefalea, orientación cognitiva.	Perfusión tisular cerebral ineficaz R/C trauma cerebral M/P lesión cerebral, patrón respiratorio, orientación, cefalea, orientación cognitiva.
Riesgo de infección	procedimientos invasivos.	Fiebre, alteración en la respiración.	Riesgo de infección R/c procedimientos invasivos M/P fiebre, alteración en la respiración.
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	Inmovilidad física	Alteración de la superficie de la piel y destrucción de las capas de la piel.	Riesgo de deterioro de la integridad de la piel asociado a la inmovilidad física. M/P Cambios en la superficie de la piel y ruptura de las capas de la piel.
Riesgo de aspiración	Disminución del nivel de conciencia.	Depresión de los reflejos nauseoso y tusígenos y acumulo de secreciones.	Riesgo de Aspiración R/C disminución del nivel de conciencia M/P Depresión de los reflejos nauseosos y tusígenos, acumulo de secreciones.
Limpieza ineficaz de las vías aéreas.	Retención de secreciones	Alteración del patrón respiratorio.	Riesgo de deterioro de la integridad de la piel asociado a la inmovilidad física. M/P Cambios en la superficie de la piel y ruptura de las capas de la piel.

### 3.3. Planificación.

#### 3,3,1, Esquema de Planificación.

Diagnóstico de Enfermería.	Objetivo NOC	Intervención de Enfermería NIC	Evaluación
<p>Código: 00201</p> <p>Diagnostico Nanda: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz.</p> <p>Dominio: 4</p> <p>Clase: 4</p> <p>Concepto: Respuestas cardiovasculares/pulmonares.</p> <p>Perfusión tisular cerebral ineficaz R/C trauma cerebral M/P lesión cerebral, patrón respiratorio, orientación, cefalea, orientación cognitiva.</p>	<p>0909: Estado neurológico.</p> <p><u>Definición:</u> Capacidad del sistema nervioso central y periférico para recibir, procesar y responder a los estímulos externos.</p> <p><u>Indicadores.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Conciencia.</li> <li>- tamaño pupilar.</li> <li>- reactividad pupilar.</li> <li>- patrón respiratorio.</li> <li>- capacidad cognitiva.</li> </ul>	<p>3350: Monitorización respiratoria.</p> <p><u>Definición.</u> Los pacientes se recogen y analizan para garantizar la permeabilidad de las vías respiratorias y un intercambio de gases adecuado.</p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vigilar la frecuencia ritmo profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</li> <li>-Evaluar los movimientos del tórax, observar la simetría, el uso de los músculos accesorios y la retracción de los músculos intercostales y supraclaviculares.</li> <li>- Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos.</li> <li>- Monitorizar patrones respiratorios.</li> <li>- Monitorizar niveles de saturación de oxígeno.</li> <li>- Presta atención al inicio, las características y la duración de la tos.</li> <li>- Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.</li> </ul>	<p>Paciente mantiene un adecuada perfusión tisular cerebral.</p>

<p>Fuente: NANDA International, Inc. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS (2018). ( p.228 )</p>	<p>Fuente: Clasificación de Resultados de enfermería (NOC) 2018. (p.392)</p>	<p>Fuente: Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC) 2018.(p.347)</p>	
--	--	---	--

<b>Diagnóstico de Enfermería.</b>	<b>Objetivo NOC</b>	<b>Intervención de Enfermería NIC</b>	<b>Evaluación</b>
<p>Código: 00004</p> <p>Diagnostico Nanda: Riesgo de Infección.</p> <p>Dominio: 11</p> <p>Clase: 1</p> <p>Concepto: infección.</p> <p>Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos E/V fiebre, malestar general.</p>	<p>2802: Control del riesgo social: enfermedad transmisible.</p> <p>0703. severidad de la infección.</p> <p>- fiebre.</p> <p>- malestar general.</p>	<p>6550: protección contra las infecciones.</p> <p><u>Actividades:</u></p> <p>- Fomentar una ingesta nutricional suficiente.</p> <p>- Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.</p> <p>- Riesgo de deterioro de la integridad de la piel asociado a la inmovilidad física. M/P Cambios en la superficie de la piel y ruptura de las capas de la piel.</p> <p>- Obtener muestra para cultivo, si es necesario.</p> <p>- Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar.</p> <p>- Se recomienda una mayor movilidad y ejercicio según sea necesario.</p> <p>- Utilizar los antibióticos con sensatez.</p> <p>- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizadas.</p>	<p>Se logró controlar posibles infecciones agregadas.</p>

<p>Fuente: NANDA International, Inc. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS (2018). (p.401)</p>	<p>Fuente: Clasificación de Resultados de enfermería (NOC) 2018. (p.308)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.</li> <li>- Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.</li> <li>- Proporcione un cuidado adecuado de la piel en áreas de edema.</li> </ul> <p>2300: administración de medicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.</li> <li>- Evite las interrupciones durante la preparación, la prueba o la administración.</li> <li>- Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.</li> </ul> <p>Fuente: Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC) 2018. (p.384)</p>	
<p><b>Diagnóstico de Enfermería.</b></p>	<p><b>Objetivo NOC</b></p>	<p><b>Intervención de Enfermería NIC</b></p>	<p><b>Evaluación</b></p>
<p>Código: 00047</p> <p>Diagnostico Nanda: Deterioro de la integridad cutánea.</p> <p>Dominio: 11</p> <p>Clase: 2</p>	<p>1009: Estado Nutricional; ingestión de nutrientes.</p> <p><u>Definición:</u> Ingestión de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.</p>	<p>3590: Vigilancia de la piel.</p> <p><u>Definición:</u> Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas.</p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo,</li> </ul>	<p>No presento deterioro de la integridad cutánea, durante su estancia hospitalaria.</p>

<p>Concepto: integridad cutánea.</p> <p>Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física. M/P Alteración de la superficie de la piel y destrucción de las capas de la piel y mucosas.</p>	<p><u>Indicadores:</u> Ingestión calórica, proteica, de grasas, de hidratos de carbonó, de fibra, de vitaminas, minerales, de hierro, calcio, sodio.</p> <p>1101: Integridad Tisular; piel y membranas mucosas.</p> <p><u>Definición:</u> Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.</p> <p><u>Indicadores:</u> -Temperatura de la piel.</p> <p>- Sensibilidad.</p> <p>- Hidratación.</p> <p>- Integridad de la piel.</p> <p>- lesiones cutáneas.</p> <p>- Lesiones de la mucosa.</p> <p>1902: Control de riesgo.</p> <p><u>Definición:</u> Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.</p> <p><u>Indicadores:</u> -Identifica los factores de riesgo.</p>	<p>edema o drenaje en la piel y las mucosas.</p> <p>-Vigilar el color y la temperatura de la piel.</p> <p>- Observe la piel y las membranas mucosas en busca de decoloración, hematomas y pérdida de integridad.s.</p> <p>- Observar si hay zonas de presión y fricción.</p> <p>- Documentar los cambios en la piel y las mucosas.</p>	
--	--	--	--

<p>Fuente: NANDA International, Inc. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS (2018). (p.401)</p>	<p>- Reconoce cambios en el estado general de salud.</p> <p>Fuente: Clasificación de Resultados de enfermería (NOC) 2018. (p.400)</p>	<p>Fuente: Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC) 2018. (p.438-439)</p>	
--	---	--	--

Diagnóstico de Enfermería.	Objetivo NOC	Intervención de Enfermería NIC	Evaluación
<p>Código: 00039</p> <p>Diagnostico Nanda: Riesgo de Aspiración.</p> <p>Dominio: 11</p> <p>Clase: 2</p> <p>Concepto: Lesión física.</p> <p>Riesgo de Aspiración R/C disminución del nivel de conciencia M/P Depresión de los reflejos nauseosos y tusígenos, acumulo de secreciones.</p>	<p><b>0909: Estado Neurológico.</b></p> <p><u>Definición:</u> Capacidad del sistema nervioso central y periférico para recibir, procesar y responder a los estímulos exteriores e internos.</p> <p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de Conciencia.</li> <li>- Evaluación del control motor central.</li> <li>- ver Tamaño pupilar.</li> <li>- ver Reactividad pupilar.</li> <li>- Valorar Patrón respiratorio.</li> <li>- Evaluar Frecuencia</li> </ul>	<p><b>3200: Precauciones para evitar la aspiración.</b></p> <p><u>Definición:</u> Prevención o disminución al mínimo los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración de secreciones.</p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vigile el nivel de conciencia, el reflejo de la tos, el reflejo nauseoso y la capacidad de tragar.</li> <li>- Mantener las vías respiratorias.</li> <li>- Vigilar el estado pulmonar.</li> <li>- Vigilar el estado pulmonar. -.</li> <li>-Proporcionar cuidados de la cavidad orales.</li> </ul> <p><b>3270: Extubación endotraqueal.</b></p> <p><u>Definición:</u> Retirada intencionada del tubo endotraqueal de la vía</p>	<p>paciente no presento signos de aspiración.</p>



	respiratoria.	<p>aérea nasofaríngea u orofaríngea.</p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Asegúrese de que el paciente pueda ser extubado con éxito.</li> <li>-Proporcionar el equipamiento necesario para asegurar la oxigenación del paciente durante la extubación.</li> </ul> <p>Proporcionar un entorno en el que se pueda realizar la monitorización fisiológica del paciente, donde el equipo de emergencia esté fácilmente disponible y los médicos estén capacitados en el manejo adecuado de las vías respiratorias.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hiperoxigenar al paciente y aspirar la vía aérea endotraqueal.</li> <li>-Aspirar la vía aérea bucal.</li> <li>-Animar al paciente a que tosa y expectore.</li> <li>-Administrar oxígeno según prescripción.</li> <li>-Aspirar la vía aérea si es preciso.</li> <li>-Observar si hay signos de oclusión de la vía aérea.</li> <li>-Vigilar los signos vitales.</li> <li>-Favorecer el descanso de la voz durante 8 horas según corresponda.</li> <li>-Comprobar la capacidad de deglución y conversación.</li> <li>-Trabajar con pacientes y familias para determinar las</li> </ul>	
--	---------------	--	--

<p>Fuente: NANDA International, Inc. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS (2018). (p.401)</p>	<p>Fuente: Clasificación de Resultados de enfermería (NOC) 2018. (p.392)</p>	<p>necesidades de atención domiciliaria.</p> <p>Fuente: Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC) 2018. (p.367)</p>	
--	--	---	--

Diagnóstico de Enfermería.	Objetivo NOC	Intervención de Enfermería NIC	Evaluación
<p>Código: 00031</p> <p>Diagnostico Nanda: Limpieza ineficaz de las vías aéreas.</p> <p>Dominio: 11</p> <p>Clase: 2</p> <p>Concepto: Lesión física.</p> <p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C retención de secreciones M/P alteración del patrón respiratorio.</p>	<p>0410: Estado Respiratorio; permeabilidad de las vías respiratorias.</p> <p><u>Definición:</u> Vías traqueo bronquiales abiertas, despejadas y limpias para intercambio de aire.</p> <p><u>Indicadores:</u> -Frecuencia respiratoria. -Ritmo respiratorio. -Profundidad de la inspiración. -Capacidad de eliminar secreciones. -Acumulación de esputos.</p>	<p>3140: Manejo de la vía aérea.</p> <p><u>Definición:</u> Asegurara la permeabilidad de la vía aérea.</p> <p><u>Actividades:</u> -Eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succión. - Escuche los sonidos respiratorios, observe las áreas con ventilación reducida o ausente y la presencia de sonidos extraños. - Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal según corresponda.</p> <p>3160: Aspiración de las vías aéreas.</p>	<p>Paciente movilizo secreciones.</p>

	<p>0403: Estado respiratorio ventilación.</p> <p><u>Definición:</u> Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones.</p> <p><u>Indicadores:</u> - Frecuencia respiratoria. Ritmo respiratorio.</p> <p>-Profundidad de la respiración.</p> <p>-Volumen corriente.</p> <p>-Pruebas de función pulmonar.</p> <p>- Acumulación de esputo.</p>	<p><u>Definición:</u> La secreción se elimina del tracto respiratorio insertando una sonda de succión en la boca, nasofaringe o tráquea del paciente.</p> <p><u>Actividades:</u> -Realizar el lavado de manos.</p> <p>-Usar precauciones universales.</p> <p>-Usar el equipo de protección universal.</p> <p>-Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.</p> <p>-Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.</p> <p>-Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.</p> <p>-Seleccionar una sonda de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal, cánula de traqueotomía o vía aérea del paciente.</p> <p>-Si usa un sistema de succión traqueal cerrado o un adaptador de suministro de oxígeno, mantenga al paciente conectado al ventilador durante la succión.</p> <p>-Monitorizar la presencia de dolor.</p>	
--	---	--	--

		<p>-Monitorizar el estado de oxigenación del paciente, estado neurológico, presión de perfusión cerebral, estado hemodinámico, y ritmo cardiaco.</p> <p>-Basar la duración de cada pasada de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración.</p> <p>-Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.</p> <p>3180: Manejo de las vías aéreas Artificiales.</p> <p><u>Definición:</u> Mantenimiento de tubos endotraqueales o cánulas de traqueotomía y prevención de complicaciones asociadas con su utilización.</p> <p><u>Actividades:</u> -Mantener el inflado del globo del tubo endotraqueal/cánula de traqueotomía a 15- 30 mmhg durante la ventilación mecánica y durante y después de la alimentación.</p> <p>-Comprobar la presión del globo cada 4- 8 horas.</p> <p>-Realizar aspiración endotraqueal según corresponda.</p> <p>-Cada 24 horas, cambie la cinta que sujeta el tubo endotraqueal, revise la piel y la mucosa oral</p>	
--	--	---	--

<p>Fuente: NANDA International, Inc. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS (2018). (p.402)</p>	<p>Fuente: Clasificación de Resultados de enfermería (NOC) 2018. (p.403)</p>	<p>y mueva el tubo al otro lado de la boca.  -Comprobar la presencia de dolor.  Fuente: Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC) 2018. (p.294)</p>	
--	--	---	--

### 3.4. Ejecución y Evaluación.

#### 3.4.1. Registro de Enfermería, SOAPIE:

**S** Paciente adulto mayor acude a la emergencia traído por su familiar, quien refiere “sufrió caída de espalda de medio metro de altura, mientras intentaba cambiar un foco de luz, esta somnoliento y no camina desde que lo encontré”

**O** Paciente adulto mayor de 73 años de edad, es traído por su familiar, despierto con tendencia al sueño, desorientado, con dificultad en la marcha, piel y mucosas hidratadas, abdomen blando y depresible a la palpación, no se evidencia hematomas ni heridas contuso cortantes, familiar niega hasta la fecha antecedentes patológicos y RAM.

**A** Riesgo de perfusión ineficaz del tejido cerebral R/C Lesión cerebral M/P Alteración del patrón de respiración, orientación, dolor de cabeza, orientación cognitiva.

-Riesgo de Infección R/C procesos invasivos.

-Riesgo de Aspiración R/C disminución de la conciencia M/P administración de pseudoanalgesia.

-Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C alteración del patrón respiratorio.

**P** Paciente será capaz de mantener una adecuada perfusión tisular cerebral.

El riesgo de un posible aumento de la infección disminuirá.

Esto mantendrá un patrón de respiración eficiente y movilizará las secreciones. será capaz de mantener los parámetros de oxígeno adecuados.

I Mantenga una temperatura ambiente adecuada, si la temperatura corporal supera los 38°C, debe tratarse de manera oportuna.

-Administración de antipiréticos según indicación médica y médicos físicos, para mantener una temperatura adecuada.

-Mantener la glucemia dentro de los parámetros normales, controlando en horarios indicados por el médico tratante. En caso contrario aplicar escala móvil establecida.

-Los pacientes intubados conocidos a menudo desarrollan hipermetabolismo, por lo que se proporcionará nutrición enteral con proteínas y calorías para evitar posibles infecciones adicionales asociadas con estas afecciones. e indicadas por el médico.

-Es indispensable la colocación de sonda nasogástrica, y el control de peso a diario.

-El paciente con TEC es un paciente de alto riesgo es por ello que se controlará la posible aparición trombosis profunda en ambos miembros inferiores, observando si no presentara edemas, aumento de temperatura, coloración, o úlceras de presión.

-Para las medidas de prevención podemos considerar, el lavado de manos, el cuidado del catéter, el mantener un sistema cerrado del catéter urinario.

El riesgo de un posible aumento de la infección disminuirá.

Esto mantendrá un patrón de respiración eficiente y movilizará las secreciones. será capaz de mantener los parámetros de oxígeno adecuados.

E el paciente queda con un patrón respiratorio adecuado según programación del ventilador e indicación médica, continua con presenta de pseudoanalgesia, queda así mismo con integridad tisular libre de infecciones agregadas, con comisura labial libre de lesiones ni presiones, moviliza secreciones y se brinda aspiración de las mismas según demanda, se prescribe en el registro de enfermería.



## CONCLUSIONES

1. Todo paciente que acude y tenga necesidad de ser intubado y conectado a ventilador mecánico independientemente de la patología que presente, recibe una atención oportuna y eficaz por parte de las enfermeras especializadas que laboran en el HEJCU.
2. La valoración inicial y el soporte vital básico y avanzado que se brinda en el área de trauma shock disminuye las posibles complicaciones futuras para el paciente.
3. Así mismo el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, no cuenta con datos estadísticos acerca de las posibles complicaciones pos intubación en los pacientes con TET conectados a ventilador mecánico, por ser datos ni ítems solicitados por el Ministerio de Salud.
4. Los protocolos establecidos en el manual de procedimientos son cumplidos por el personal de enfermería.
5. El tubo endotraqueal es supervisado continuamente en el área de shock trauma hasta su traslado del paciente a otra área u entidad de mayor complejidad.
6. Las enfermeras especialistas se abastecen en brindar el cuidado necesario al paciente con TET conectado a un ventilador mecánico aun a pesar de la gran demanda de paciente.



## RECOMENDACIONES

- a. Mejorar e introducir en el sistema estadístico indicadores en relación al número de pacientes atendidos e intubados con tubo endotraqueal.
- b. Establecer indicadores de casos por complicaciones en el manejo de pos colocación de tubos endotraqueales de las diferentes patologías.
- c. Así mismo se recomienda continuar cumpliendo con los protocolos establecidos para seguir brindando una atención adecuada por parte de enfermería.
- d. Establecer capacitaciones continuas sobre avances que se deán en el cuidado de pacientes con tubos endotraqueales.
- e. Continuar manteniendo los materiales adecuados y las cantidades necesarias para brindar una mejor atención en el área de shock trauma para los pacientes que lo requieran.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Alejandro B.J./ Flores V.J.P. / Doroteo I.R.N.(Peru-2019)” Intervenciones de enfermería para la prevención de neumonía en pacientes con tubo endotraqueal conectado a ventilador mecánico en el servicio de emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador. Lima. 2019”  
Recuperado de : <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/4600>
  
- 2- Busico M./ Vega. L./ Plotnikow G. / Tiribel N. (2013) Tubos Endotraqueales: Revisión.  
Recuperado de:  
<https://www.sati.org.ar/images/files/RevisionTubosEndotraquealesMedicinalntensiva2013.pdf>
  
- 3- Butcher H. / Bulechek G. / Dochterman J.M. / Wagner C. (2018)  
Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC)
  
- 4- Bermúdez M.M.T. / Manrique M.D./ Pardo C.L./ VELÁSQUEZ J.G. (2019)  
“El proceso de intubación Endotraqueal desde la atención pre hospitalaria en Colombia: eficacia y necesidad de realizarlo”.  
Recuperada de:  
[https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4480/1020493953\\_2020.pdf;jsessionid=A00E4C6A172C4DA20904C64B6B1907E3?sequence=1](https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4480/1020493953_2020.pdf;jsessionid=A00E4C6A172C4DA20904C64B6B1907E3?sequence=1)
  
- 5- Cajal F.A. (2019) “Patricia E. Benner: biografía, teoría y otros aportes”.  
Recuperada de: <https://www.lifeder.com/patricia-e-benner/>
  
- 6- Cruz M.A.R. / Botoni M.P.J. (2018) “Conocimiento y actitud del enfermero en cuidados de pacientes intubados del servicio de emergencia hospital de emergencias Villa el Salvador 2018”.  
Recuperada de: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2892037>
  
- 9- Estela Rivera Arroyo (2000) Revista Mexicana de enfermería Cardiología.  
Aspiración endotraqueal con sistema cerrado.

Recuperada de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-1999/en991i.pdf>

10- Fanny C.G. (2005) Enfermera Especialista. “Teorías y Modelos de Enfermería”.

Recuperada de:

<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

11- Heather Herdman / Shigemi Kamitsuru / (2018-2020) undécima edición. “NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros” definición y clasificación.

12- Juan Vélez MD (2022) “Anatomía de la Tráquea”.

Recuperada de: <https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/traquea>

15- Lic. María Inés Olmedo “Revista de enfermería”. Técnica de Aspiración de secreciones por tubo endotraqueal.

Recuperada de:

<https://www.fundasamin.org.ar/archivos/Técnica%20de%20aspiración%20de%20secreciones%20por%20tubo%20endotraqueal.pdf>

13- Moorhead S./ Swanson E. / Johnson M./ Maas M. (2018) Clasificación de Resultados de enfermería (NOC)

14- Mamani M.E. (Bolivia - 2018) “Conocimiento y prácticas del profesional de enfermería en la técnica abierta de Conocimiento y práctica de aspiración de secreciones traqueales abiertas para enfermeros de UTI del Instituto Nacional del Tórax aspiración de secreción de tubo endotraqueal en la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional del Tórax, Gestión 2018”  
Recuperado de :<https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/20952>

15- M. B. Serna, D. Paz, M.L. (2012) “Marisca Descripción de los tubos endotraqueales “.

Recuperada de: <https://anestesiario.org/2012/descripcion-de-los-tubos-endotraqueales>.

- 16-Manual de procesos y procedimientos HEJCU (2012). Hospital Nacional de Emergencias José Casimiro Ulloa.  
Recuperada de:  
<https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/300120131916091.pdf>
- 17- Ñuñuvera L.A.N. / Vásquez S.F.C. (2016) “Nivel de conocimiento y cuidado de la vía aérea brindado por la enfermera al paciente con tubo endotraqueal. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2016”.  
Recuperada de: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/2747>
- 18-Ostabal, A. M.I. (2002) “La Intubación Endotraqueal, EL MEDICO EN SITUACIONES URGENTES”.  
Recuperada de: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-13031115>.
- 19-Oña C.K.(2017) ” Técnica de aspiración de secreciones y su asociación con complicaciones en pacientes intubados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Provincial General Docente Riobamba-Colombia”.  
Recuperada de:  
<https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/6044/1/PIUAENF016-2017.pdf>
- 20-Obando R. Beatriz. / Ramos E.M.F. (2017) “Nivel de conocimiento y cuidado enfermero en pacientes con tubo endotraqueal del Hospital Belén de Trujillo 2017”  
Recuperado de: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/3738>
- 21-Pérez G.J.Y./ Céspedes B.N. (2021) “Conocimientos del cuidado de Enfermería y Complicaciones del tubo Endotraqueal (TET) en Pacientes críticos, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao 2021”  
Recuperado de:  
<http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/1377>

22-Regalado J. (2020) “El tubo Endotraqueal y su estructura-Surtimedik”  
Recuperada de: <https://surtimedik.com.mx/blog/ventilacion-y-via-aerea/tubo-endotraqueal-y-su-estructura>

23-Ramos R. / Benjamín E. (2017) “Atención de pacientes con ventilación mecánica asistida en el servicio de urgencias del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren ESSALUD 2015-2017” Recuperada de.  
<http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/3166>

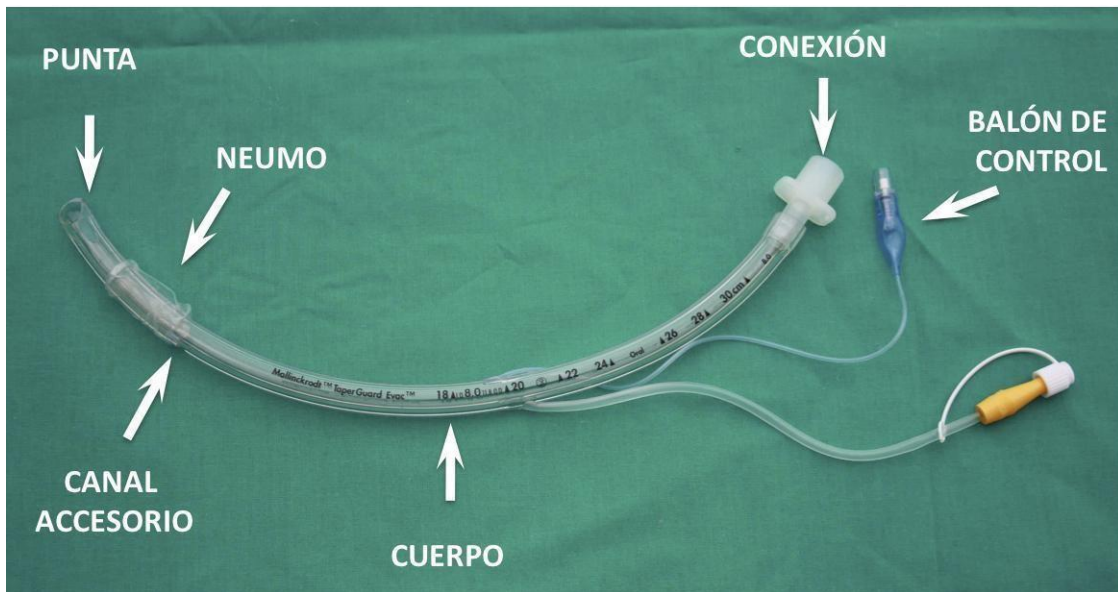
24-Torres L.J. / Gerónimo C.R. / Magaña C.M. (2017) “Conocimiento y práctica de enfermería para prevenir la Neumonía Asociada al Ventilador”  
Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6062915>

25- Yucra A.Y.M. (Peru-2017) “Atención de enfermería a pacientes con eventos adversos con Tubo Endotraqueal en el servicio de emergencias - Hospital Marino Molina Scippa Lima 2015 – 2017”.

Recuperado de: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/4564>

# **ANEXOS**

## DESCRIPCION DEL TUBO ENDOTRAQUEAL:



## MONITOREO AL PACIENTE CON TET





## CONTROLANDO SEUDOANALGESIA



## UNIDAD DE SHOCK TRAUMA





## HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA

