



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERIA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TRABAJO ACADÉMICO

**CUIDADO DE ENFERMERIA DE LA VIA AEREA ARTIFICIAL
EN PERSONAS ENFERMAS CON TUBO ENDOTRAQUEAL
CONECTADOS A VENTILACION MECANICA EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO DE JULIACA - 2019.**

PRESENTADA POR:

REBECA PADILLA LIPA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN

“ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS Y

URGENCIAS”

PUNO – PERÚ

2022



NOMBRE DEL TRABAJO

CUIDADO DE ENFERMERIA DE LA VIA AEREA ARTIFICIAL EN PERSONAS ENFERMAS CON TUBO ENDOTRAQUEAL CONECTADO

AUTOR

LIC. REBECA PADILLA LIPA

RECuento de palabras

6714 Words

RECuento de caracteres

35984 Characters

RECuento de páginas

39 Pages

Tamaño del archivo

298.8KB

Fecha de entrega

May 2, 2023 11:49 PM GMT-5

Fecha del informe

May 2, 2023 11:49 PM GMT-5

● **20% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 20% Base de datos de Internet
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref
- 8% Base de datos de trabajos entregados

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Bloques de texto excluidos manualmente

V°B°

Firmado digitalmente por CALSIN
APAZA Mabel Marialice FAU
20145496170 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 04.05.2023 19:02:05 -05:00



Firmado digitalmente por RAMOS
PINEDA Zoraida Nicolasa FAU
20145496170 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 03.05.2023 19:16:07 -05:00



DEDICATORIA

A Dios por ser nuestro creador, porque nos da aliento para seguir adelante y deposita en nosotros paz, esperanza para no amilantar. Y por darme fe en cada paso que doy en mi vida.

A mis docentes de la especialidad quienes con todas sus enseñanzas, conocimientos y experiencias propiamente vividas; me transmitieron sus sabios consejos para poder tener una visión más clara y amplia de lo que son los retos al asumir una carrera tan bonita como lo es enfermería.

A mis juradas, por la comprensión, por compartir sus conocimientos y recomendaciones durante el desarrollo de mi trabajo de estudio.

A mi asesora Mg. Zoraida Nicolasa Ramos Pineda, por su apoyo valioso e incondicional para lograr el presente trabajo.

Con mucho amor a mis padres, hija y esposo, ya que gracias a ellos he culminado la especialidad con mucho éxito; por su ayuda generosa, sus palabras de aliento y por brindarme su apoyo constante.

Rebeca.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

ÍNDICE GENERAL

INDICE DE TABLAS

INDICE DE ANEXOS

RESUMEN 8

ABSTRACT..... 9

TITULO DE LA MONOGRAFIA 10

I. PRESENTACION DEL CASO.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DEL CASO SELECCIONADO. 11

II. JUSTIFICACION

2.1. OBJETIVOS..... 12

III. REVISION TEORICA

3.1. VENTILACION ARTIFICIAL 14

3.1.1. Intubación endotraqueal..... 14

3.1.2. Frecuencia del cambio de corrugados del ventilador 14

3.1.3. Frecuencia de cambio de filtro del ventilador..... 14

3.2. Cuidado de la vía aérea de persona enferma intubado 15

3.3. Permeabilidad de la via aérea..... 15

3.3.1. Principios de la técnica de aspiración..... 15

3.4. PROCEDIMIENTO Y TECNICAS DE LA ASPIRACION EN PERSONAS

ENFERMAS 17

3.4.1. Procedimiento..... 17

3.4.2. Tecnica de aspiracion circuito abierto..... 18

3.4.3. Procedimiento circuito abierto..... 18



3.4.4. Materiales circuito abierto.	20
3.4.5. Signos que indican presencia de secreciones	20
3.4.6. Beneficios de la aspiracion con circuito cerrado	22
3.5. HIGIENE DE LA CAVIDAD ORAL	24
3.5.1. Materiales para higiene de cavidad oral	25
3.6. prevencion LESIONES.....	26
3.7. FIJACION DEL TUBO ENDOTRAQUEAL	26
3.7.1. Procedimiento	26
IV. PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS	
4.1. Tipo de Estudio	28
4.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	28
4.3. POBLACION	28
4.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	28
4.5. ANALISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	28
V. RESULTADOS	
VI. CONCLUSIONES	34
VII. RECOMENDACIONES	35
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
ANEXOS.....	39

Area: Ciencias Médicas y de Salud: Ciencias de la Salud

Tema: Cuidado de personas, ventilación mecánica.

Fecha de sustentación: 04 de febrero del 2022.



INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cuidados de enfermería en la permeabilidad del tubo endotraqueal	30
Tabla 2. Cuidados de enfermería en la higiene de la cavidad oral.	31
Tabla 3. Cuidados de enfermería en la prevención de lesiones.	32
Tabla 4. Cuidados de enfermería en la fijación del tubo endotraqueal.....	32



INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Datos generales	40
Anexo 2. Guia De Observacion 2.....	41



RESUMEN

La ventilación mecánica es un medio terapéutico, al cual se recurre cuando el intercambio gaseoso para personas enfermas es insuficiente para cubrir las necesidades mínimas de oxígeno (O₂) y la eliminación de dióxido de carbono (CO₂), lo que conlleva un riesgo vital inminente. En otras palabras, la ventilación mecánica es un procedimiento de sustitución temporal de la función normal ventilatoria, y es usado en situaciones en las cuales, por diversas razones, no se cumplen los objetivos fisiológicos que son propios y dicho procedimiento es realizado por medio de ventiladores mecánicos. Los cuidados de Enfermería en personas enfermas con tubo endotraqueal conectados a ventilación mecánica deben encaminarse a conseguirle la mayor comodidad física y psíquica y evitarle complicaciones. Estos cuidados son necesarios para conseguir un tratamiento adecuado y la recuperación de la salud con las mínimas complicaciones y posibles secuelas. Todo esto implica la importancia de la vigilancia y monitorización que se debe realizar en personas enfermas, a fin de evitar los problemas y complicaciones durante el tratamiento ventilatorio, por ello el manejo y cuidado a dichas vías aéreas es de suma importancia, ya que al no realizarlo de acuerdo al protocolo establecido se puede presentar una neumonía, la cual es considerada como una infección nosocomial, la posibilidad de presentarla se incrementa en personas enfermas que son sometidos por periodos prolongados a la ventilación mecánica o bien inmunocomprometidos, esto trae como consecuencia mayor costo por el consumo de antibióticos y otros medicamentos, por aumento de la estancia de hospitalización aumento del índice de morbimortalidad.

Palabras claves: Artificial, Cuidados, Intensivos, Enfermería, Endotraqueal, Ventilación.



ABSTRACT

Mechanical ventilation is a therapeutic means, which is used when the gas exchange for sick people is insufficient to cover the minimum needs for oxygen (O₂) and the elimination of carbon dioxide (CO₂), which entails an imminent vital risk. In other words, mechanical ventilation is a temporary substitution procedure for the normal ventilatory function, and it is used in situations in which, for various reasons, the physiological objectives are not met and said procedure is carried out by means of ventilators. mechanics. Nursing care in sick people with an endotracheal tube connected to mechanical ventilation should be aimed at achieving the greatest physical and mental comfort and avoiding complications. This care is necessary to achieve adequate treatment and recovery of health with minimal complications and possible sequelae. All this implies the importance of vigilance and monitoring that must be carried out in sick people, in order to avoid problems and complications during ventilatory treatment, therefore the management and care of these airways is of the utmost importance, since by not Carrying it out according to the established protocol can present pneumonia, which is considered a nosocomial infection, the possibility of presenting it increases in sick people who are subjected to prolonged periods of mechanical ventilation or who are immunocompromised, this results in higher cost due to the consumption of antibiotics and other medications, due to an increase in hospital stay, and an increase in the morbidity and mortality rate.

Keywords: Artificial, Intensive, Care, Nursing, Endotracheal Ventilation.



TITULO DE LA MONOGRAFIA

**“CUIDADO DE ENFERMERIA DE LA VIA AEREA
ARTIFICIAL EN PERSONAS ENFERMAS CON TUBO
ENDOTRAQUEAL CONECTADOS A VENTILACION
MECANICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO DE JULIACA – 2019.”**



I. PRESENTACION DEL CASO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DEL CASO SELECCIONADO

Las infecciones intrahospitalarias son problemas de salud pública a nivel nacional como mundial, dado que se asocian a un incremento de la mortalidad y morbilidad. (1)

El profesional de enfermería, que labora en la unidad de cuidados intensivos, realiza el manejo de la vía aérea en personas enfermas intubados, la valoración adecuada a la persona enferma y el empleo de las barreras protectoras; el no cumplirlas condiciona la ruptura de los mecanismos de la defensa del huésped y el incremento de la colonización de microorganismos posibilitando adquirir infecciones nosocomiales, por la frecuente aspiración de secreciones. (2)

La aspiración de secreciones en persona enferma intubada es la extracción de las secreciones acumuladas en tracto respiratorio superior, por medio de succión y a través del tubo endotraqueal. (3)

Cabe señalar que a pesar de existir una técnica ya aprobada para la aspiración de secreciones en la práctica lo que se observa es que se aplican criterios diferentes, omitiéndose pasos elementales que en suma garanticen la seguridad de la técnica; por lo que se hace necesario contar con capacitaciones actualizadas que contribuyan en alinear los pasos a considerar en la técnica, así como facilitar la sistematización que agilice el cuidado, evitando la demora que puede conllevar a complicaciones y poner en riesgo la vida de la persona enferma.

Dentro de los cuidados de enfermería se consideran: permeabilidad de vía aérea artificial, higiene de cavidad oral, fijación del tubo endotraqueal y prevención de lesiones como parte del manejo de las personas enfermas intubados en UCI.



II. JUSTIFICACION

El presente estudio se justifica porque determinará los cuidados en la atención de enfermería a las personas enfermas con tubo endotraqueal conectados a ventilación mecánica en los siguientes: técnica de aspiración de secreciones, procedimiento de higiene de la cavidad oral, manejo de prevención de lesiones y la adecuada fijación de tubo endotraqueal ; además se identificará complicaciones subyacentes (extubaciones no programadas, obstrucción del tubo endotraqueal, desplazamiento del tubo endotraqueal, laceraciones y/o ulceraciones de la mucosa oral) , así mismo contribuirá a mejorar la calidad de atención disminuyendo la estancia hospitalaria con lo que disminuirá los gastos hospitalarios.

Además es imprescindible para conocer la eficacia alcanzada e identificar deficiencias que permitan introducir medidas correctivas para optimizar la calidad de atención en las áreas críticas en el hospital objeto de estudio.

En el ámbito de investigación es un campo fértil puesto que en la región de Puno, es escasa y en un futuro será un aspecto importante para la calidad de los servicios de enfermería debido al eminente aumento de las enfermedades críticas, por lo que la existencia de estudios que ayuden a la práctica profesional de enfermería serán fundamentales para aportar calidad a los cuidados y prevenir cualquier tipo de complicación.

2.1. OBJETIVOS

2.1.1. Objetivo general

Identificar los cuidados de enfermería de la vía aérea artificial en personas enfermas con tubo endotraqueal conectados a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos Hospital Carlos Monge Medrano - 2019.



2.1.2. Objetivos específicos

- Identificar el cuidado de enfermería en la permeabilidad del tubo endotraqueal de la vía aérea artificial en personas enfermas con tubo endotraqueal conectados a ventilador mecánico.
- Identificar el cuidado de enfermería en la higiene de la cavidad oral, con vía aérea artificial en personas enfermas con tubo endotraqueal conectados a ventilador mecánico.
- Identificar el cuidado de enfermería en la prevención de lesiones de la vía aérea artificial en personas enfermas con tubo endotraqueal conectados a ventilador mecánico.
- Identificar el cuidado de enfermería en la fijación de la vía aérea artificial en personas enfermas con tubo endotraqueal conectados a ventilador mecánico.



III. REVISION TEORICA

3.1. VENTILACION ARTIFICAL

Los ventiladores artificiales son aparatos cuya función es sustituir a la ventilación espontánea y por tanto se aplican cuando hay una insuficiencia respiratoria grave.

3.1.1. Intubación endotraqueal

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

3.1.2. Frecuencia del cambio de corrugados del ventilador

Para prevenir la neumonía asociada a ventilación mecánica el cambio de los corrugados se debe realizar cuando se aprecia un mal funcionamiento o está visiblemente contaminando.

3.1.3. Frecuencia de cambio de filtro del ventilador

El filtro del ventilador se cambia cada 7 días, y en caso de presentar secreciones las veces que sea necesario.



3.2. CUIDADO DE LA VÍA AÉREA DE PERSONA ENFERMA INTUBADO

Los cuidados que se deben considerar en las personas enfermas intubados, se centra en la eliminación de secreciones y la permeabilización de las vías aéreas así como el manejo de higiene de la cavidad oral , prevención de lesiones y fijación del tubo endotraqueal . Estos pacientes son críticos, es por ello que se debe monitorizar su evolución. (6)

3.3. PERMEABILIDAD DE LA VIA AÉREA

Una persona enferma sometido a ventilación mecánica ha perdido una función vital de la vía aérea superior como es la humidificación y calentamiento del aire que respiramos. Por lo tanto se reemplaza esta función mediante los humidificadores o aerosolterapia e incluso en caso de secreciones muy espesas, la instilación de suero fisiológico previo a la aspiración de las mismas. Las complicaciones que se pueden desarrollar por la presencia de secreciones en el árbol bronquial son la obstrucción del tubo endotraqueal, de la cánula de traqueostomía e incluso atelectasias, hipo ventilación e infecciones graves, que ponen en peligro la vida del paciente, siendo necesario la aspiración de secreciones mediante una técnica siempre estéril, y protocolizada. Sin embargo la aspiración frecuente de secreciones espesas, sin previo lavado de la vía aérea, puede originar una traqueítis, además la excesiva irritación de la mucosa traqueal puede causar hemorragia, encontrando secreciones hemáticas y aumentar el riesgo de formación de un tapón mucoso. De ahí se desprende la necesidad de que el manejo del paciente en ventilación mecánica se lleve a cabo mediante competencia profesional.

3.3.1. Principios de la técnica de aspiración.

Los principios de la técnica de aspiración incluyen: el drenaje postural, la técnica estéril, el lavado del tubo con solución fisiológica, el acto de aspiración y la



hiperoxigenación e hiperventilación antes y después de la aspiración. (7)

La hidratación sistémica y la humidificación del aire inspirado junto con el lavado ayudan a reducir las secreciones para una aspiración y expectoración más fáciles.

El drenaje postural facilita la movilización de secreciones hacia las vías aéreas dentro del alcance de la sonda de aspiración.

La técnica estéril es de suma importancia para reducir la incidencia de infecciones, lo cual se debe realizar de manera segura, efectiva con una frecuencia establecida.

La aspiración de secreciones tiene como objetivo retirar del árbol bronquial las secreciones que el paciente no pueda eliminar de forma espontánea, de esta manera se mantiene la permeabilidad del tubo endotraqueal permitiendo un correcto intercambio de gases a nivel alveolo capilar. (8)

3.3.1.1. Indicaciones

- Aumento de la frecuencia respiratoria y cardíaca en el paciente.
- Hipotensión arterial.
- Intranquilidad y ansiedad en el paciente.
- Secreciones visibles.
- Cuando la auscultación pulmonar capte la presencia de ruidos estertores y sibilancias respiratorias.



3.4. PROCEDIMIENTO Y TECNICAS DE LA ASPIRACION EN PERSONAS ENFERMAS

3.4.1. Procedimiento.

a. Antes del procedimiento

- Si la persona enferma está consciente, se le explicará el procedimiento a realizar.
- Se colocará a la persona enferma en posición correcta en un ángulo de 45°.
- Previo lavado de manos, la enfermera se colocará los guantes estériles.
- Se verificará que la sonda de aspiración ha de tener un diámetro externo no superior al 1/3 del diámetro interno del tubo endotraqueal.
- Antes de comenzar se oxigenará al paciente y se mantendrá después de la aspiración (FiO₂ 100%) durante un minuto.

b. Durante el procedimiento

- Se introducirá la sonda previamente lubricada y entre aspiración y aspiración se dará aire con ambú para movilizar secreciones en caso el enfermo lo precise.
- La sonda lubricada se introduce suavemente, sin aspirar y sin forzar, tan lejos como sea posible a 2cm. de la carina.
- Se retirará aspirando de manera intermitente, y rotando hasta sacarlo todo.
- En caso de recoger muestra de esputo para cultivo se hará, pinzando y despinzando el terminal conectado a la aspiración.

c. Después del procedimiento

- Auscultar los pulmones para verificar la desaparición o disminución de los ruidos agregados.
- Al finalizar el procedimiento apoyar con la bolsa de resucitación manual al paciente hasta que recupere una SpO₂ aceptable.



- Luego instalar el dispositivo de oxígeno que maneja la persona enferma.

3.4.2. Técnica de aspiración circuito abierto.

El método abierto es el clásico, donde se desconecta al paciente del respirador artificial para poder utilizar una sonda de aspiración descartable de un solo uso.

3.4.3. Procedimiento circuito abierto.

- Explique al paciente sobre el procedimiento que se va realizar y obtenga su colaboración (si es posible).
- Organice el material necesario y chequee el funcionamiento del equipo de aspiración.
- Lavado de manos, colocación de mascarilla, lentes de protección ocular, máscara facial y guantes estériles.
- Comprobar la presión negativa de la unidad ocluyendo el extremo de los tubos de succión antes de conectar la sonda de aspiración, para verificar el funcionamiento.
- Se recomienda una presión negativa de 120-150 mm de Hg en adultos. (9)
- En personas enfermas con ventilación mecánica oxigenar con O₂ al 100% durante 30-60 segundos, ajustar la FiO₂ en el respirador. (10)
- Colocarse los guantes estériles.
- Mantener la mano dominante (la que vaya a introducir la sonda en el tubo endotraqueal) totalmente estéril, pudiendo usar la otra para coger todo aquello que precise.



- Conectar la sonda a la unidad de aspiración sin perder la esterilidad. Retirar la funda y coger la sonda por la parte proximal, evitando tocar el extremo distal.
- Primero se debe aspirar la boca del paciente, si no se hace, parte de las secreciones podrían pasar al pulmón.
- Introducir una nueva sonda previa humidificación suavemente por la TET, sin aspirar. Luego proceder a aspirar ocluyendo el orificio proximal de la sonda.
- Se retira rotando de un lado a otro la sonda para obtener todo tipo de secreciones, luego se limpia la sonda con una gasa estéril, se vuelve a aspirar el agua estéril para limpiar el interior de la sonda de aspiración.
- El tiempo de aspiración no debe superar más de 15 segundos para evitar trauma en la mucosa e hipoxia.
- Extraer la sonda sin rotación y aspirando de forma continua.
- Desde la inserción de la sonda hasta su retirada no deben transcurrir más de 15 segundos.
- Administrar oxígeno al 100% durante 30-60 segundos.
- Desechar la sonda utilizada y limpiar el tubo colector con agua estéril.
- En caso de necesitar otra aspiración, dejar descansar al paciente 20-30 segundos antes de introducir una nueva sonda. No realizar más de 3 aspiraciones.
- Realizar lavado de manos.
- Dejar a la persona enferma en una posición cómoda.
- Asegurarse de que el equipo siempre quede disponible para una próxima aspiración.



3.4.4. Materiales circuito abierto

- Aspirador
- Sondas de aspiración estériles.
- Tubo o goma de aspiración
- Guantes estériles.
- Ambu con reservorio conectado a fuente de oxígeno.
- Tubo de Mayo.
- Jeringa de 10ml.
- Suero fisiológico.
- Frasco de agua bidestilada.

3.4.5. Signos que indican presencia de secreciones

- Secreciones visibles en el TET.
- Sonidos respiratorios tubulares, gorgoteantes.
- Disnea.
- Crepitantes a la auscultación.
- Aumento de presión pico.
- Disminución de saturación de oxígeno.

3.4.5.1. Técnica de aspiración circuito cerrado

El método cerrado, el paciente tiene una sonda de circuito cerrado acoplado a las tubuladuras del respirador, entre el corrugado y el TET, por lo que no es necesario desconectar al paciente del respirador artificial, para poder aspirar, se usa varias veces al día, la misma sonda, pero esta debe descartarse pasada las 24 horas del día.

Ventaja es que mantiene continuo el suplemento de oxígeno, flujo y evita el riesgo de la contaminación desde el exterior.



3.4.5.2. Procedimiento circuito cerrado

- Explique al paciente sobre el procedimiento que se va realizar y obtenga su colaboración (si es posible).
- Organice el material necesario y chequee el funcionamiento del equipo de aspiración.
- Lavado de manos, colocación de mascarilla, lentes de protección ocular, mascara facial y guantes estériles.
- Conectar el catéter de aspiración cerrada al conector y por el otro extremo, al aspirador.
- Regular la presión de aspiración.
- Oxigenar a la persona enferma mediante un mecanismo manual existente en el ventilador mecánico, de tiempo autolimitado.
- Colocar una jeringa con suero salino en la entrada para el suero (para lavar la sonda al terminar la aspiración).
- Activar el aspirador.
- Introducir el catéter dentro del tubo: realizar una maniobra repetida de empujar el catéter y deslizar la funda de plástico que recubre la sonda hacia atrás, con el pulgar y el índice, hasta que se note resistencia o el paciente presente tos.
- Aplicar la aspiración mientras se retira el catéter.
- Asegurarse de retirar completamente la sonda en el interior de la funda de plástico de modo que no obstruya el flujo aéreo. Verificar que la línea indicadora coloreada en el catéter es visible en el interior de la funda.
- Valorar a la persona enferma para determinar la necesidad de una nueva



aspiración o la aparición de complicaciones.

- Permitir al menos 1 minuto entre cada aspiración para permitir la ventilación y oxigenación.
- Inyectar la jeringa de suero en el catéter mientras se aplica aspiración para limpiar la luz interna.
- Oxigenar a la persona enferma.
- Después de todo procedimiento se debe desechar los guantes y lavarse las manos.
- Colocar la etiqueta identificadora para indicar cuando se debe cambiar el sistema.

Recordar

- Se utilizará una sonda por cada aspiración.
- La aspiración no durará más de 10 segundos, en caso de hipoxia no más de 5 segundos.

3.4.6. Beneficios de la aspiración con circuito cerrado

- Se asocia con menor deterioro gasométrico y hemodinámico durante la aspiración de las secreciones respiratorias. (11)
- Al estar protegido el catéter de aspiración por una envoltura, el mismo no entra en contacto directamente con la mano del operador lo que disminuye el riesgo de contaminación.
- Este sistema siempre debe ser cambiado cada 24 horas y según necesidad o cuando macroscópicamente esté contaminado. (12)
- Protege a la enfermera a exposición de secreciones. Es un sistema cómodo y de bajo costo



3.4.6.1. Materiales circuito cerrado

- Aspirador de vacío.
- Recipiente para recolección de secreciones.
- Tubo de aspiración
- Sonda de aspiración de circuito cerrado.
- Gasas estériles.
- Agua estéril.
- Mascarilla de protección.
- Gafas.
- Ambu con reservorio conectado a fuente de oxígeno a 15 l/ minuto
- Tubo de mayo
- Jeringa de 20cc.
- Suero fisiológico estéril.

3.4.6.2. Contraindicaciones

- **Absolutas**

Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño.

- **Relativas**

Broncoespasmo en persona enferma ya que la hiperreactividad bronquial y la inflamación son dos procesos activos que se dan momento y evitan el avance de la sonda se tendrá que administrar corticoides.

3.4.6.3. Recomendaciones en la aspiración de secreciones por tubo endotraqueal

- La sonda utilizada para aspirar la tráquea, no debe utilizarse para aspirar la nariz y la boca.
- Utilizar una sonda estéril nueva para cada episodio de aspiración.



- Las sondas y los sistemas de aspiración deben ser transparentes para que puedan ser observables las secreciones residuales.
- Es esencial el uso de guantes estériles, ya que se considera a la técnica de aspiración de secreciones una técnica estéril.
- La técnica de aspiración se debe realizar suavemente, ya que la aspiración en forma vigorosa (brusca) puede interrumpir la barrera protectora de moco y producir abrasiones locales, aumentando la susceptibilidad a la infección.
- Cambiar los frascos del sistema de aspiración empotrados cada 12 horas o según necesidad.

3.5. HIGIENE DE LA CAVIDAD ORAL

El cuidado y la higiene oral de los pacientes son fundamentales en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica.

A medida que se acumulan las secreciones orales, los microorganismos patógenos colonizan los dientes y la mucosa oral. Las secreciones orales contaminadas fluyen hacia la zona subglótica, donde puede producirse la aspiración de pequeñas cantidades de la misma. La aspiración impide que se acumulen las secreciones orales y el cepillado dental elimina la placa que estimula el crecimiento bacteriano.

Procedimiento de higiene bucal en personas enfermas intubadas:

- Lavado de manos, colocación de mascarilla, lentes de protección ocular, máscara facial y guantes estériles.
- Comprobar neumotaponamiento con un manómetro que debe estar de 20 a 30 cm de agua.
- Aspirar secreciones de orofaringe.
- Aspirar secreciones por la boca.
- Aspirar secreciones de las fosas nasales.



- Retirar la venda sujeta el TET.
- Fijarse el nivel de posición del tubo en la comisura labial.
- La segunda persona sujeta el tubo, y la primera realiza higiene oral.
- Primero instilar con una jeringa de 10ml solución preparada con bicarbonato de sodio y/o clorhexidina, luego realizar cepillado dental, posterior a esta aspiración de secreción.
- Preparar la venda de gasa para fijación para el tubo endotraqueal.
- Uno de los profesionales fijará en el medio de la comisura labial.
- Fijar bien el tubo con la venda.
- Aplicar lubricante en los labios (vaselina).
- Desechar los guantes, y lavado de manos.
- Los cuidados de higiene oral en personas enfermas ingresados en la UCI, incluyen tanto el cepillado de dientes como la aplicación de antisépticos en la cavidad bucal.

3.5.1. Materiales para higiene de cavidad oral

- Un manómetro para medir neumotaponamiento.
- Sonda de aspiración de secreciones.
- Tijera para cortar venda de fijación.
- Cepillo dental.
- Bicarbonato de sodio y/o clorhexidina 0.12%.
- Venda para fijación.
- Jeringa de 10ml.
- Vaselina líquida.
- Dos espuma poliméricas (gasas).



- Un vaso con agua.
- Equipo de aspiración.
- Guantes esteriles.

3.6. PREVENCIÓN LESIONES

- La persona enferma intubado requiere atención meticulosa para garantizar vías aéreas permeables y evitar complicaciones, el cuidado incluye evaluación frecuente del estado de las vías aéreas.
- La medición del balón de neumotaponamiento (cuff), debe considerarse de 20 a 30 cm h₂O, para prevenir isquemia y necrosis tisular. (13).
- Realizar higiene nasobucal y mantener humectada e hidratada.
- La fijación del tubo endotraqueal, debe ser cambiado cada 12 horas, y mantener segura para evitar fricción por desplazamiento.

3.7. FIJACIÓN DEL TUBO ENDOTRAQUEAL

Una vez colocada el tubo endotraqueal y verificada su posición adecuada se debe fijar para evitar desplazamiento.

Cambiar la fijación y los puntos de apoyo evitan los decúbitos. La posición del tubo endotraqueal es en el centro de la cavidad oral. Esto es debido a que disminuye la incidencia de úlceras por decúbito en las comisuras bucales. El desplazamiento del tubo en el extremo proximal (boca) produce que el extremo distal (región subglótica) se movilizara en sentido contrario apoyándose la punta del tubo contra la pared traqueal provocando la injuria de la mucosa.

3.7.1. Procedimiento

- Lavado de manos, uso de mascarilla, protección facial, y guantes esteriles.



- Asegurar una adecuada fijación del tubo, que quede limpia, seca para evitar lesiones de la piel y revisar periódicamente.
- Prevenir las lesiones del tubo rotando de comisura labial en cada turno (c/12 horas.)
- Realizar aseo y lubricación de cavidades al menos cada 12 horas.
- Medir y registrar la distancia del tubo endotraqueal tomando como punto de referencia la comisura labial, actividad a realizar como mínimo cada 12 horas.
- Medir la presión de inflado del cuff cada 12 horas, con una presión no por debajo de 20 ni superior a 30 cm H₂O.
- El tubo endotraqueal debe ser cambiado a los 10 a 14 días con un máximo de 21 días, según necesidad.



IV. PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS

4.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo y de corte transversal, porque el estudio se realizó en un determinado tiempo y espacio. (14)

4.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó el método observacional, ya que la información ha sido recolectada mediante una guía de observación, con la cual se medirá la variable de estudio. (15)

4.3. POBLACION

La población de estudio estuvo conformada por 14 personas enfermas con tubo endotraqueal conectados a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos del hospital Carlos Monje Medrano de Juliaca , durante el mes de octubre del 2019.

4.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La Técnica para la recolección de datos, fue la observación directa, según la guía de observación elaborada por Moreno R., (16) en el año 2010, en México posteriormente fue aplicada a nivel nacional por Castillo C., (17) en el año 2017.

La guía de observación presenta 2 fases: la primera menciona los datos generales de las personas enfermas y la segunda fase esta constituida por 14 ítems con respuestas dicotómicas (si/no), las cuales miden de forma cuantitativa la variable.

4.5. ANALISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

Se solicita autorización a la Direccion del Hospital , Jefatura del Departamento de Enfermería y Jefatura del servicio de UCI, la cual fue respondida de forma favorable para efectuar la monografía .

Durante el mes de octubre se procedio a la recolección de información utilizando la historia clínica y la guía de observación que adjunta el anexo 1 y 2



a) La recolección de datos generales (ANEXO 1)

Para la recolección de datos generales se obtuvo de la historia clínica de cada persona enferma que forma parte del estudio.

b) La guía de observación 2 (ANEXO 2)

En la guía de observación 2 se aplica después de la entrega de turno a las 8 am y antes de la entrega de turno 6 pm , dicha guía permite evaluar los 14 ítems relacionados al cumplimiento de cuidados de enfermería

Los datos recolectados son ingresados en una matriz de procesamiento de información del programa Microsoft Excel .

V. RESULTADOS

Tabla 1.

Cuidados de enfermería en la permeabilidad del tubo endotraqueal

PERMEABILIDAD	DETERMINACION DEL CUIDADO			
	SI	%	NO	%
Narinas libres de secreciones	10	71.43	4	28.57
Boca libre de secreciones	9	64.29	5	35.71
Tubo endotraqueal esta libre de secreciones	8	57.14	6	42.86
Ruidos respiratorios se auscultan	8	57.14	6	42.86

Fuente: Elaborado por el autor

En la presente tabla, se muestra que las narinas estuvieron libres de secreciones con un 71.43%, seguido por la cavidad bucal libre de secreciones en un 64.29%, de las personas enfermas con tubo endotraqueal conectados a ventilación mecánica.

Respecto a la observación del tubo endotraqueal se halla en un 57.14% libre de secreciones; con una adecuada permeabilidad. Sin embargo el 42.86% de las personas enfermas con tubo endotraqueal se observó presencia de secreción de distintas características, conllevando a la formación de un tapon mucoso y/o obstrucción del mismo, reflejado en el valor de la saturación de oxígeno. Los ruidos hallados en un 57.14% de las personas enfermas que forman parte de este estudio, fueron con murmullo vesicular normal. Y 42.86% presentaron ruidos agregados como: roncantes, sibilantes y crepitantes, esto nos indica que está desarrollando un cuadro respiratorio patológico.

Esto permite apreciar un adecuado cuidado de enfermería.

Según Periche N. (2019) en la investigación de evaluación del cuidado de enfermería a la vía aérea artificial en pacientes entubados en el servicio de emergencia del Hospital Luis Negreiros Vega, obtiene en la dimensión de permeabilidad, el 60% presenta un alto cuidado, 7.50% regular cuidado y el 32.5% un bajo cuidado. La prioridad en el cuidado es establecer la función respiratoria, es por ello la importancia del ingreso de oxígeno sin obstrucción alguna.

Tabla 2.

Cuidados de enfermería en la higiene de la cavidad oral.

HIGIENE CAVIDAD ORAL	DETERMINACION DEL CUIDADO			
	SI	%	NO	%
Gasas colocadas en la zona periférica al TET se encuentran limpias y secas	11	78.57	3	21.43
Labios limpios y humectados	12	85.71	2	14.29
Higiene de la lengua	10	71.42	4	28.58
Fuente: elaborado por el autor.				

En la presente tabla, se muestra que las gasas colocadas en la zona periférica del tubo endotraqueal se encuentran limpias y secas en un 78.57 % , seguido de labios limpios y humectados en un 85.71% esto por la aplicación de vaselina , en personas enfermas con tubo endotraqueal conectada a ventilación mecánica.

En cambio , la higiene de la lengua en forma adecuada representa un 71. 42 % , y seguido de un 28.58% la lengua se encuentra saburral lo que genera una mayor colonización de microorganismos patógenos a nivel de dientes y mucosa oral , el cuidado de enfermería mediante la aspiración y cepillado dental impide que se acumulen las secreciones orales y eliminar así la placa dental que estimula el crecimiento bacteriano.

Según Periche N. (2019) en la investigación de evaluación del cuidado de enfermería a la vía aérea artificial en pacientes entubados en el servicio de emergencia del Hospital Luis Negreiros Vega, obtiene en la Dimensión Higiene, el 27.50% presenta un alto cuidado, .37.50% regular cuidado y el 35% un bajo cuidado. Para evitar la obstrucción de la vía aérea se necesita aspirar las secreciones formadas en la zona, para que de esta manera el flujo de aire sea continuo. Los autores que apoyan los resultados obtenidos son Oña K. (16) con su estudio titulado “Plan de capacitación sobre 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”, el cual refiere que los enfermeros cuentan con los conocimientos

adecuados para la realización de los procedimientos.

Tabla 3.

Cuidados de enfermería en la prevención de lesiones.

PREVENCIÓN DE LESIONES	DETERMINACIÓN DEL CUIDADO			
	SI	%	NO	%
Presenta Integridad dérmica en el sitio de contacto de la fijación	13	92.86	1	7.14
Comisura labial se encuentra íntegra	9	64.29	5	35.71
Mucosa oral se encuentra hidratada	12	85.71	2	14.29
Fuente: elaborado por el autor				

En la presente tabla, se muestra un 92.86% presenta integridad dérmica en el sitio de contacto de la fijación, en un 64.29% se halla comisura labial íntegra, seguido de un 85.71% de una mucosa oral hidratada, en personas enfermas con tubo endotraqueal conectadas a ventilación mecánica.

Siendo en un 35.71% las comisuras labiales no se hallan íntegras, presentando úlceras o erosiones lo que conlleva a una puerta de entrada de gérmenes patógenos.

Según Periche N. (2019) en la investigación de evaluación del cuidado de enfermería a la vía aérea artificial en pacientes entubados en el servicio de emergencia del Hospital Luis Negreiros Vega, obtiene en la Dimensión Prevención, se halló que, el 7.50% presenta un alto cuidado, 35% regular cuidado y el 57.50% un bajo cuidado.

Tabla 4.

Cuidados de enfermería en la fijación del tubo endotraqueal.

FIJACIÓN DEL TUBO ENDOTRAQUEAL	DETERMINACIÓN DEL CUIDADO			
	SI	%	NO	%
Fijación del tubo endotraqueal con venda de gasa	1	100.0	0	0.00
Fijaciones no están sobrepuestas	4	0	1	7.14
Marcada con cinta la ubicación del tubo endotraqueal	1	92.86	1	7.14
	3	71.43	4	28.57
Fuente: elaborado por el autor				



En la presente tabla, se muestra un 100% la fijación del tubo endotraqueal se realizo con venda de gasa, seguido de un 92.86% de esta fijación no estuvieron sobrepuestas , en personas enfermas con tubo endotraqueal conectadas a ventilacion mecánica.

Sin embargo en un 71.43% se halló marcado con un rotulador a nivel de la comisura labial lo que nos indica un cuidado de enfermería adecuado ,pero un 28.57% no se halló marcada la ubicacion del tubo endotraqueal lo que origina desplazamiento del mismo ocasionando injuria en la mucosa.

Según Periche N. (2019) en la investigación de evaluación del cuidado de enfermería a la via aérea artificial en pacientes entubados en el servicio de emergencia del Hospital Luis Negreiros Vega, obtiene en la Dimensión Fijación, se encontró que, el 52.50% presenta un regular cuidado, y el 47.50% un bajo cuidado. Como bien menciona, Carrera E, et al. (17) en su estudio titulado “Acciones de enfermería en la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica”, donde indica que existe relación entre las acciones y la prevención de la neumonía. Romero E, Tapia E, Vicente M. (18) con su estudio titulado “Conocimientos y prácticas de las enfermeras sobre la aspiración de secreciones en pacientes adultos intubados en la UCI de un Hospital Nacional de Lima junio 2017”, agrega que, existe relación entre los conocimientos y prácticas. De igual forma, Ñuñuvera A, Vásquez F. (19) con su estudio titulado “Nivel de conocimiento y cuidado de la vía aérea brindado por la enfermera al paciente con tubo endotraqueal. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2016”, señalan la asociación entre conocimientos y cuidado. 42 Se refuta con Botoni P, Cruz A. (20) con su estudio titulado “Conocimiento y actitud del enfermero en cuidados de pacientes intubados del servicio de emergencia hospital de emergencias villa el salvador 2018”., donde señala que no existe relación entre el conocimiento y actitudes.



VI. CONCLUSIONES

- El cuidado de Enfermería de la permeabilidad de la vía aérea en personas enfermas con tubo endotraqueal conectados a ventilación mecánica, dentro de ello considerando los criterios: narinas, boca y tubo endotraqueal libre de secreciones así evitando la formación de taponamiento mucoso, aspiraciones del mismo y neumonía asociada a la intubación y ventilación mecánica siendo esta última una complicación de elevada incidencia y morbimortalidad, se evidencia que hay un adecuado cuidado de enfermería.
- El cuidado de Enfermería en higiene de la cavidad oral en personas enfermas con tubo endotraqueal conectados a ventilación mecánica, donde se consideró: gases colocados en la zona periférica del tubo endotraqueal limpios y secos, labios limpios y humectados y higiene de la lengua; donde se identifica que en su mayoría hubo regular cuidado, evitando así colonización de patógenos.
- El cuidado de Enfermería de la prevención de lesiones en personas enfermas con tubo endotraqueal conectados a ventilación mecánica, dentro de ello se consideró los siguientes criterios: presenta integridad dérmica en el sitio de contacto de la fijación, comisura labial íntegra, mucosa oral hidratada y el tubo endotraqueal se halla fijado; donde se identifica que hubo un regular cuidado.
- El cuidado de Enfermería de la fijación del tubo endotraqueal en personas enfermas con tubo endotraqueal conectados a ventilación mecánica, dentro de ello se consideró los siguientes criterios: fijación del tubo endotraqueal con venda de gasa, fijaciones no sobrepuestas y marcada con cinta la ubicación del tubo endotraqueal y su posición; donde se identifica que hubo un óptimo cuidado.



VII. RECOMENDACIONES

- Establecer un sistema de monitorización continua de la vía aérea artificial de enfermería, en la unidad de cuidados intensivos, para disminuir la neumonía asociada a ventilación mecánica.
- Implementar un programa de educación continua en enfermería para personas enfermas con vía aérea artificial en ventilación mecánica.
- Establecer protocolo de cuidados de enfermería para personas enfermas con ventilación mecánica ya sea endotraqueal y traqueotomía.



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pilcon, Lic. karina. *Nivel de conocimiento y practicas de las enfermeras sobre aspiracion de secreciones en pacientes intubados en la unidad de cuidados intensivos y emergencias* . Trujillo - Peru : s.n., 2016.
2. Evelyn, Romero Rivas. *CONOCIEMINTOS Y PRACTICAS DE ALS ENFERMERAS SOBRE LA ASPIRACION DE SECRECIONEXS EN PACIENTES ADULTOS INTUBADOS EN LA UCI*. LIMA PERU : s.n., 2017.
3. J., Lewis. *procedimienrtos de cuidados criticos*. s.l. : El manual moderno S A, 2007.
4. Peñaloza., maría antonieta cuevas. clinica de enfermeria de cuidados intensivos unidad ii, paciente en estado critico con alteraciones del sistema respiratorio. [En línea] 2019. http://148.215.1.182/bitstream/handle/20.500.11799/108019/secme-19932_1.pdf?sequence=1.
5. A., Mirandal. El cuidado enfermero como problema etico , concepto y principios praticos aplicadod al acto de cuidado . s.l. : Scielo , 2013.
6. R., Dhand. care of the chronic tracheostomy. *respir care*. 2006.
7. Gomez M., Gonzales. Manejo de las secreciones pulmonares en el paciente critico , Enfermeria intensiva. 2010.
8. P., Lastra. la especialidad en cuidados intensivos , una especialidad necesaria enfermeria intensiva . 2006.
9. Suddarth, Brunner y. enfermeria medico quirurgica . 2003.
10. CICAT. procedimientos y cuidados escenciales en enfermeria. 2003.
11. Cardiologia, sociedad mexicana de. *aspiracion endotraqueal de sistema cerrado*. 1999.
12. Castro, Gonzalo Amaro. *1001 maneras de fijar el tubo endotraqueal*. s.l. : NIGHTINGALE & CO, 2015.
13. Amaru, Aguilar H. Procesod e enfermeria y principios eticos utilizadso por personal de enfermreia en al permeabilizacion de las vias aereas en paciente conectados a ventilador mecanico . mexico : s.n., 2006.
14. J., Garcia. www.wedpersonal.uma.es.2004. *estudios descriptivos* . [En línea] 2004 .
15. E., Chagoya. metodos y tecnicas de investigacion . www.gestopolis.com. [En línea] 2019.
16. *evaluacion de cuidados de enfermeria a la via aerea artificial de pacientes en*



- ventilacion mecanica*. A., moreno. mexico : s.n., 2010.
17. C., Castillo. *evaluacion del cuidado de enfermeria a la via aerea artificial en pacientes con ventilación mecanica en la unidades de cuidados intensivos*. huancayo peru : s.n., 2016.
18. *Actualización en la desconexion de la ventilacion mecanica en el postoperatorio de cirugia cardiaca*. . canceicao, andrade, y otros. 2005, LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA, pág. 62.
19. ColliereFM. *PROMOVER LA VIDA*. MEXICO : Mc Graw- Hill, 1993.
20. W., Gomez. *Fundamentos de fisioterapia respiratoria y ventilacion mecanica*. Colombia : Manual moderno, 2003.
21. Finucane B, Santora A. *pricipios de atencion de vias respiratorias* . Mexico : Manual moderno, 1986.
22. B., Dugas. *TRATADO DE ENFERMERIA PRACTICAS* . MEXICO : McGRAW-HILL, 2000.
23. Ania N, Martinez A. *evaluacion de la competencia practica y de los conoimientos cientificos de Enfermeras de U Ci en la aspiracion endotraqueal de secreciones*. 2004.
24. C.Pruit, William. *prevencion de la neumonia relacionada con el ventilador*. 2006.
25. ALVAREZ G, Perez Y. *variacion de la calidad de vida*.
26. *Introduccion a la ventilacion mecanica*. Garcia S.Sanchez M. s.l. : Enfermeria cientifica, 2001.
27. Ibarra J. *Cuidados del paciente con ventilacion mecanica*. 2006.
28. M., ORTEGA M.SUAREZ. *Manual de evaluacion de servicio de calidad en Enfermeria* . MEXICO : Medica Panamericana, 2006.
29. M., Bazan p paz E. Subirana. *Monotorizacion del pa ciente en ventilacion mecanica*. 2000.
30. C, BILLIE. *Enfermeria en cuidados intensivos, revision y autoevaluacion* . MEXICO : EL ManualL Moderno, 1986.
31. Aguilar H.Amaro G.Aranguren R.CastilloL. *proceso de Enfermeria y principios eticos utilizados por personal de enfermeria en la perme3abilizacion de las vias aereas en pacientes conectados a ventilador mecanico,Unidad de cuidados Intensivos Dr.Orlando Garcia* . 2006.
32. B., Oconnell S.Bare. *Enfermeria medico quirurgico*. Estados Unidos de America : Mc,Graw, hill, 2004.
33. Peñalta M, Alvarez G. *Desarrollo de un sistema de garantia de calidaden ventilacion*



- mecanica* . 2002 .
34. Lynn Mchale, Carlson K. *Cuidados intesnivos , procedimientos criticos de la asociacion americana - enfermeras AACN* . argentina : Medica Panamericana, 2003.
 35. Lerga C, Zapata M. *Aspiracion endotraqueal de secreciones : estudio de los efectos de la instalacion de suero fisiologico* . 1997.
 36. W, Charlene. *control sobre los pacientes sometidos a ventilacion mecanica para evitar complicaciones* . 1989.
 37. Chinae C, Haid A. *Evaluacion comparativa de cuatro metodos de fijacion de tubo orotraqueal* . 1999.
 38. J, Blasco. *Ventilacion mecanica clinica y practica* . 2000.
 39. Rios C, Aira Y. *Comportamiento de la neumonia asociada a ventilacion mecanica*. 2005.
 40. Smeltzer S, Bare B. *Enfermeria medicoquirurgica* . mexico : Mc Graw Hill, 2005.
 41. L., Parra. *Pocedimientos y tecnicas en el paciente critico* . s.l. : masson S A, 2003.
 42. R., Sanchez. *Atencion especializada de enfermeria al paciente ingresado en cuidados intensivos* . Alcala - españa : segunda edicion , 2007.
 43. *Gestión del cuidado en Enfermería*. Samper, MsC. Rosa Morfi. Habana - Cuba : Revista cubana de enfermeria , 2010.
 44. Roman, Leon. *aplicacion del metodo cubano de registro clinico del rproceso de atencion de enfermeria* . habana cuba : s.n., 2019.
 45. R., Morfi. *gestion del cuidado en enfermeria* . s.l. : Scielo , 2010.
 46. Hurtuna, Maria Nurisa Mas. *cuidadso de higiene oral como medida de prevencion de la neumonia asociada a ventilacion mecanica en apcieinte con intubacion endotraqueal* . Moncada - Valencia : s.n., 2015.
 47. Melgar, A.G. Badillo. *Manejo del paciente traqueostomizado, canulas y apliaciond e farmacos* . 2016.
 48. Periche, cruz Nelly. *Evaluacion del cuidado de enfermería a la via aérea artificial* . 2019.



ANEXOS



Anexo I. Datos generales

1.- DATOS GENERALES.
APELLIDOS Y NOMBRES
EDAD
SEXO
DIAGNOSTICO MEDICO
TIPO DE VIA AEREA
DIAS DE VENTILACION
FECHA:



Anexo 2. Guia De Observacion 2

CUIDADO DE ENFERMERIA DE LA VIA AEREA ARTIFICIAL EN PERSONAS ENFERMAS CON VENTILACION MECANICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - 2019.		
INDICADOR	ITEMS	ESCALA DE MEDICION
Permeabilidad de via aerea	¿ se encuentran las narinas libre de secreciones?	si no
	¿ Se encuentra la boca libre de secreciones?	si no
	¿ la tubo endotraqueal esta libre de secreciones?	si no
	¿ se auscultan con facilidad los ruidos respiratorios?	si no
Higiene de la cavidad oral	¿ las gasas colocadas en la zona periferica del tubo endotraqueal se encuentran limpias y secas?	si no
	¿los labios del paciente estan limpios y lubricados?	si no
	¿ Estan limpias las fijaciones ?	si no
	¿se realizo higiene de la lengua ?	no
Prevencion de lesiones	¿ presenta integridad dermica en el sitio de contacto de los adhesivos de fijacion?	si no
	¿ la comisura labial se encuentra integra?	si no
	¿la mucosa oral se encuentra hidratada?	si no
Fijacion del tubo endotraqueal	¿ esta fijado el tubo endotraqueal con venda de gasa?	si no
	¿ las fijaciones no estan sobrepuestas?	si no
	¿ esta marcada con cinta la ubicación del tubo endotraqueal ?	si no



AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo REBECA ROSILLA LPP,
identificado con DNI 01835525 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS Y URGENCIAS

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

"CUIDADO DE ENFERMERIA DEL VIA AEREA ARTIFICIAL EN PERSONAS ENFERMAS
CON TUBO ENDOTRAQUEAL CONECTADOS A VENTILACION MECANICA EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CARLOS MONTE MORALES MEDRANO ^{JULIACA} 2019"

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 27 de ENERO del 2023

Rebeca Rosilla

FIRMA (obligatoria)



Huella



DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo REBECA PADILLA Z. P.
identificado con DNI 01335525 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS Y URGENCIAS

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:
"CUIDADO DE ENFERMERIA DELA VIDAEREA ARTIFICIAL EN PERSONAS
ENFERMAS CON TUBO ENOTRABOQUEAL CONECTADOS A VENTILACION
MECANICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CARLOS MORALES JULIO "
2019"

Es un tema original.

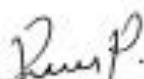
Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Punto 27 de ENERO del 2023


FIRMA (obligatoria)



Huella