

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Relación entre el nivel de conocimientos y experiencia profesional, motivación laboral de la enfermera con la calidad del cuidado de la vía aérea en pacientes intubados en el servicio de emergencia del hospital de baja complejidad de vitarte.

Trabajo de investigación

Presentado para obtener el título de especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres.

Por:

Lic. Cruz Chavarría, Iris Noemí

Asesor:

Mg. Irene Zapata Silva

Lima, 2013

Contenido

Introducción	1
Capítulo I: Problema	3
Planteamiento del problema.....	3
Formulación del problema.	5
Justificación del estudio	6
Objetivos del estudio.....	7
Objetivo general	7
Objetivos Específicos.....	8
Antecedentes.	8
Antecedentes internacionales.	8
Antecedentes nacionales.	11
Marco Teórico.	14
Cuidado de la vía aérea en pacientes entubados.	14
Cuidado del paciente en emergencia con compromiso vital: la vía aérea.....	18
Cuidado de calidad.....	22
Teorías de enfermería.....	44
Hipótesis.....	46

Hipótesis Alternativa.....	46
Hipótesis Nula.....	46
Variables de la investigación.	46
Operacionalización de variables.	47
Definición conceptual de términos.....	55
Capitulo II: Diseño Metodológico	57
Tipo y diseño de estudio.	57
Descripción del área geográfica de estudio.....	57
Población y muestra	58
Instrumento de la recolección de datos.	58
Proceso de recolección de datos.....	59
Análisis de la información.	59
Consideraciones éticas.	60
Capitulo III: Aspectos administrativos.....	61
Presupuesto.	61
Recursos humanos y servicios.	61
Recursos materiales.....	61
Presupuesto total.	62

Cronograma de Actividades.....	62
Referencias.....	64
Anexos.....	68
Apéndice A:	69
Apéndice B.....	72
Apéndice C:.....	79
Apéndice D:	81

Introducción

La intubación endotraqueal es la colocación de un tubo en la tráquea para proporcionar una vía aérea abierta con el propósito de administrar oxígeno, medicamentos o anestésicos. Este procedimiento también se puede realizar para eliminar obstrucciones o para visualizar las paredes interiores.

Los pacientes con tubo endotraqueal por largo periodo son escasos en número pero de gran importancia debido a que tienen una tasa de morbimortalidad considerable.

Ello nos obliga a dedicar especial atención a sus indicadores, técnicas y cuidados por parte del personal de enfermería, de forma que nos permita brindar una atención científica y oportuna de calidad que garantice el bienestar del enfermo y su familia.

Por lo que el profesional de enfermería en esta unidad de cuidados críticos debe poseer ciertas características como ser intelectual, donde basaría sus conocimientos en pensamientos analíticos, habilidades y destrezas, autonomía; así mismo controlaría sus propias funciones, poseería seguridad, responsabilidad de sus actos y sobre todo confianza en sí misma

Así mismo la institución juega un papel muy importante al facilitar, la capacitación, favorecer la comunicación, inculcar la operativización de normas y protocolos que unificarían la atención de enfermería y propiciaría la continuidad del mismo. Así mismo la motivación laboral proporcionada por la institución aumentaría el ego y el esfuerzo por la continua actualización del profesional

En el Hospital de Baja Complejidad de Vitarte en el servicio de emergencia se observa que la enfermera durante la mayor parte de tiempo, realiza múltiples procedimientos y le queda poco tiempo para interactuar con el paciente, y poder

aplicar el método científico con mayor detenimiento, no se cuenta con una guía de atención del cuidado de enfermería de vía aérea en el paciente intubado.

Es por ello que este estudio tiene como objetivo determinar los factores personales de la enfermera y de la organización como limitantes en el cuidado seguro de la vía aérea con la finalidad de mejorar la práctica e introducir estrategias de cambio, elaboración y/o adecuación de guía de atención para operativizar su aplicación, situación que facilitará el involucramiento del personal en optimizar el cuidado seguro de la vía aérea al paciente intubado

Capítulo I: Problema

Planteamiento del problema

La OMS (2005) menciona que la vía aérea constituye la barrera principal de infecciones y el medio de ingreso de la oxigenación del organismo, es por ello que se debe priorizar su cuidado durante la atención a pacientes críticos en la unidad de emergencia. La intubación endotraqueal tiene como finalidad aislar la vía aérea y permitir la protección y el control o asistencia de la ventilación.

La Enfermería, como disciplina científica ha evolucionado a lo largo de su historia en una trayectoria marcada por las directrices de una sociedad cada vez más exigente desde el punto de vista profesional por lo cual ha incrementado sus competencias técnicas, procedimentales y actitudinales para ofertar cuidados de calidad a pacientes, familia y comunidad en forma holística o integral (OPS, 2006).

Determinadas situaciones dadas sus características, se tornan demasiado estresantes para el equipo de salud, como es el área de cuidado críticos, al recibir pacientes con patologías complicadas que comprometen la vida del paciente.

En la actualidad a pesar del conocimiento, capacitación y la experiencia que la enfermera posee, aún existen dificultades en asegurar la calidad del cuidado seguro y una de ellas es la ausencia de unificación de los protocolos, la metodología y la operativización del proceso de atención en todos los países. Es por ello que al realizar la práctica profesional se detecta incongruencia entre la teoría y la práctica sobre el proceso de enfermería (Alfaro, 2011).

Del mismo modo que han evolucionado las enfermedades en el mundo, el avance científico tecnológico ha permitido que los cuidados de enfermería aumenten en

complejidad, haciendo posible mayor eficacia en los servicios brindados a la población (Garibay & Guerrero, 2011).

Sin embargo, existe el reconocimiento de que, en la misma naturaleza del cuidado asistencial, el riesgo existe en el sentido que aun buscando producir un beneficio en cada atención de la salud se produce de modo casi siempre involuntario, un daño no esperado ni deseado por el paciente (Alfaro, 2011).

En el servicio de emergencia es frecuente la necesidad de lograr una vía aérea permeable y mantenerla con seguridad mientras el paciente permanece en situación crítica, debido a que de esto depende su vida.

El cuidado seguro o libre de riesgos en enfermería está asociado al nivel de competencia profesional, toda vez que la profesional enferma al amparo de la ley N° 27669 Cap. II Art. 7 de la Responsabilidad y Funciones de la Enfermera peruana; asume como esencia de su quehacer, el brindar cuidado integral basado en el proceso de atención de enfermería.

La enfermera es consciente de la necesidad de valorar los problemas reales y potenciales que evidencia el paciente, en particular cuando él se encuentra en situación de emergencia y del mismo modo se hace responsable de planear, ejecutar y evaluar las respuestas del paciente a las medidas del cuidado enfermero (Coc, 2008)

No obstante en la práctica cotidiana en los servicios de emergencias se observa que el grupo de pacientes que requieren intubación, demandan cuidados complejos, que no son realizados en su totalidad con unidad de criterios; el personal de enfermería en el nivel profesional no posee la misma experiencia ni se mantiene con la misma dotación en los diferentes turnos de trabajo, características que se evidencian en

algunas extubaciones accidentales, riesgos de obstrucción de la vía aérea y ciertas desavenencias e insatisfacción laboral entre los miembros del equipo de salud.

Por otra parte, las consecuencias que puedan derivarse del manejo limitado de la vía aérea en pacientes intubados, conllevarían: alto riesgo de infecciones intrahospitalarias, elevado costo, prolongaciones la estancia y compromiso biopsicosocial para el paciente y familia es no deseable desde el punto de vista de prestadores de servicio de salud, cuyo objetivo es lograr la calidad.

Formulación del problema.

Problema general.

¿Cuál es la relación existente entre el nivel de conocimiento, experiencia profesional y motivación laboral de la enfermera, con la calidad del cuidado de la vía aérea en pacientes intubados del servicio de emergencia del Hospital de baja complejidad de Vitarte – MINSA, durante el período comprendido entre agosto y octubre del año 2010?

Problemas específicos.

¿Cómo se realiza el manejo de la vía aérea en pacientes intubados en el servicio de emergencia del Hospital de Baja Complejidad de Vitarte?

¿Cómo se relacionan los conocimientos de la enfermera con el cuidado de la vía aérea en pacientes intubados en el servicio de emergencia del Hospital de Baja Complejidad de Vitarte?

¿Cómo se relaciona la experiencia profesional de la enfermera con el cuidado de la vía aérea en pacientes intubados en el servicio de emergencia del Hospital de Baja Complejidad de Vitarte?

¿Cómo se relaciona la motivación de la enfermera con el cuidado de la vía aérea en pacientes intubados en el servicio de emergencia del Hospital de Baja Complejidad de Vitarte?

Justificación del estudio

El incremento de pacientes con afecciones de las vías respiratorias altamente complejas es un reto para el cuidado del enfermero, dada la invasividad de los procedimientos a lo que el paciente debe ser sometido.

La vía aérea representa la barrera de defensa fundamental para el intercambio gaseoso, oxigenación tisular y en especial cerebral, en donde cualquier alteración en el cuidado de la vía aérea deteriora seriamente la vitalidad de la persona y eleva el riesgo de muerte.

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, sin embargo, existen situaciones que influyen en el que hacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. Por tal motivo, surge la necesidad de evaluar qué factores limitan el cuidado seguro de la vía aérea del paciente intubado.

Un cuidado seguro reduce las complicaciones post intubación, reduce el tiempo de estadía, reduce los costos operativos de la atención, erosionan la confianza del usuario distorsionándose la imagen de calidad de la atención prestada por las instituciones. Pues lograr un cuidado seguro es la misión primordial en los aspectos científicos éticos de la enfermera: ante todo no hacer daño.

La información obtenida en el estudio favorecerá la identificación de los aspectos prioritarios sobre las cuales se diseñan estrategias del mejoramiento en el cuidado

profesional, con lo que será beneficiado el paciente, al verse libre de complicaciones evitadas y sujeto a periodos de recuperación menos prolongados.

La información obtenida del estudio permitirá a los profesionales de enfermería, revisar su propia práctica identificando los nudos críticos de los procesos de trabajo, perturbando con ello espacios de reflexión y la necesidad de diseñar estrategias de cambio, mejoramiento o adecuación de instrumentos para operativizar su aplicación, situación que facilitará el involucramiento del personal. Con repercusión favorable en los pacientes y familiares asistidos en el servicio de emergencia, uno de los espacios donde se pone a prueba la responsabilidad y calidez de sus integrantes.

La institución será favorecida por la calidad de los cuidados y sirviendo como referencia para el aprendizaje y mejora institucional dado que el Hospital de Baja Complejidad de Vitarte ha iniciado este año como un hospital docente.

Así mismo las enfermeras y la institución tendrán la oportunidad de revisar la operatividad de los actuales protocolos de cuidado y organizar sus acciones de modo más eficientes.

Objetivos del estudio

Objetivo general

- Determinar la relación existente entre el nivel de conocimientos, experiencia, motivación laboral de la enfermera con la calidad del cuidado de la vía aérea en pacientes intubados en el servicio de emergencia del Hospital de Baja Complejidad de Vitarte. Periodo agosto-octubre del 2010.

Objetivos Específicos

- Identificar la calidad del cuidado de la vía aérea que realiza la enfermera en pacientes intubados en el servicio de emergencia del Hospital de baja complejidad de Vitarte.
- Correlacionar el nivel de conocimientos de la enfermera con la calidad del cuidado de la vía aérea que realizan en los pacientes intubados del servicio de emergencia del Hospital de baja complejidad de Vitarte.
- Correlacionar la experiencia profesional de la enfermera con la calidad del cuidado de la vía aérea que realizan en los pacientes intubados del servicio de emergencia del Hospital de baja complejidad de Vitarte.
- Correlacionar la motivación laboral de la enfermera con la calidad del cuidado de la vía aérea que realizan en los pacientes intubados del servicio de emergencia del Hospital de baja complejidad de Vitarte.

Antecedentes.

Antecedentes internacionales.

Lopez, Acevedo & Hernandez (2015) realizaron un estudio titulado “Conocimientos y prácticas de los cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez Managua II semestre 2015”. Dicho estudio tiene el objetivo de evaluar el conocimiento y práctica de los profesionales de enfermería en el hospital escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez por lo que se analiza el comportamiento del trabajador al desarrollar sus dentro de esa área cerrada. El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población de estudio es de 8 enfermeros que laboran en la sala. Se realizaron visitas al hospital logrando así ejecutar los instrumentos de encuesta y

de observación con preguntas cerradas. Los resultados muestran en la realización de aspiración de secreciones, un 94% lo hace de manera incorrecta, el 100% no ausculta ruidos en los campos pulmonares y tampoco hace uso del guante estéril en la mano diestra al emplear la técnica; sin embargo, tuvieron buenos resultados en lo que se refiere a la toma de signos vitales, movilización, nebulizaciones, control de diuresis, alimentación, administración de medicamento y sedo analgesia, tanto en los conocimientos como en la práctica. Se concluye que a pesar de que los enfermeros tienen buenos conocimientos teóricos, tienen debilidad en la aplicación de técnicas específicamente en la realización de aspiración de secreciones.

Samudio & Baez (2013) ejecutaron una investigación titulada Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería sobre medidas de prevención de neumonías asociadas a la ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos de adultos del Instituto de Previsión Social - Asunción, 2013.” El objetivo del estudio es determinar el grado de conocimiento, actitudes y prácticas en relación a las medidas de prevención de neumonías asociada a la ventilación mecánica y entubación endotraqueal en profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos del Instituto de Previsión Social en el año 2009. El estudio es observacional descriptivo de corte transversal. La recolección de datos se realizó mediante una encuesta de 10 preguntas de selección múltiple y el muestreo fue por conveniencia de los profesionales de enfermería que aceptaron participar del estudio. Las variables analizadas fueron nivel de conocimientos sobre el manejo de la vía aérea artificial, métodos de desinfección de dispositivos de intubación, posición del paciente; los aspectos actitudinales analizados fueron

tanto la importancia del cumplimiento, así como la ejecución de los protocolos. Participaron 36 de 70 profesionales de enfermería de la UCI adultos. Los resultados arrojaron que el 1,7% demostró conocimiento adecuado sobre las medidas de prevención de la neumonía intrahospitalaria, respondiendo correctamente 5 o 6 preguntas de las 10 planteadas; 19,4% respondió correctamente entre 7 a 9 preguntas, ni un solo encuestado demostró tener conocimiento absoluto sobre las medidas de prevención de las normas de ventilación mecánica. A pesar de que los resultados reflejaron déficit en el grado de conocimiento, la actitud fue positiva. En conclusión, los indicadores relacionados a la práctica mostraron necesidad de mejorar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas implementando una estrategia de educación continua para estos profesionales.

Moreno (2010) realizó un estudio de investigación llamado “Evaluación del cuidado de enfermería a la vía aérea artificial de pacientes en ventilación mecánica”. El objetivo del estudio fue evaluar el cuidado de enfermería a la vía aérea de pacientes con ventilación mecánica. La metodología empleada es descriptiva comparativa ya que se efectuó en dos instituciones de salud, uno de seguridad social y uno de la secretaria de salud de Aguascalientes, donde se tomó una muestra de 38 pacientes seleccionada por muestreo no probabilístico. Se utilizó un instrumento para la evaluación de la vía aérea artificial dividido en traqueotomía entubación endotraqueal, con cuatro indicadores: permeabilidad, higiene, presencia de lesiones y fijación, con un total de catorce ítems, medidos de manera nominal dicotómica. En los resultados se obtuvo que el 71 % se encontró en hospitalización y 29 % en terapia intermedia, predominaron los pacientes

mayores de 65 años de edad en el servicio de hospitalización y en terapia intermedia menores de 40 años. Eran principalmente masculinos con problemas neurológicos y respiratorios. En la evaluación del cuidado fueron evaluados como regulares los indicadores de permeabilidad, prevención y la fijación, y deficiente el de higiene. La calificación global por servicios se identificó diferencias en el cuidado de la vía aérea artificial. En conclusión, se evidencia que la evaluación del cuidado de la vía aérea es disímil entre los servicios de hospitalización y terapia intermedia, probablemente sea porque el sistema de trabajo en hospitalización es por funciones debido a que el personal de enfermería no es suficiente, esto significa que las actividades rutinarias, se distribuyen en forma equitativa entre las enfermeras del servicio.

Antecedentes nacionales.

Cahua (2015) realizó una investigación nombrada “Conocimientos y Prácticas de la Enfermera sobre la aspiración de Secreciones en Pacientes Intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos Hospital María Auxiliadora – Lima, 2013”, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos y prácticas de la enfermera sobre la aspiración de secreciones en pacientes neonatales y pediátricos intubados hospitalizados en UCI. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, con método descriptivo de corte transversal. La población contó con 20 enfermeras asistenciales. Las técnicas aplicadas fueron la encuesta y la observación, y los instrumentos fueron el cuestionario y la lista de cotejo aplicados luego del consentimiento informado. Los resultados demuestran que del 100% de encuestados, 50% conoce el protocolo de

la entubación a menores de edad, mientras el otro 50% desconoce el procedimiento. En la práctica, naturalmente un 50% es adecuado y un 50% mantienen practicas inadecuadas. En conclusión, un porcentaje equitativo de enfermeras conocen las barreras de protección que se utiliza en la aspiración de secreciones mientras que la otra mitad desconoce los principios de la aspiración de secreciones, los signos y síntomas que indican la aspiración de secreciones por TET. En cuanto las prácticas, similares resultados se obtuvieron; un porcentaje medio refiere a que antes de la aspiración de secreciones se debe lavar las manos; durante el proceso se introduce la sonda dentro del tubo oro traqueal sin aplicar presión positiva y después desecha los guantes. Por otro lado, el otro grupo medio evidencia que antes de la aspiración no auscultan al paciente, la duración es menor de 10 segundos y después de la aspiración no ausculta ambos campos pulmonares.

Vivanco (2015) realizó un estudio titulado “Conocimientos y prácticas que realizan los enfermeros en la aspiración de secreciones en pacientes intubados en el Servicio de Emergencia de Adultos HNERM, Lima 2014”. El objetivo del estudio fue determinar los conocimientos y prácticas observados en los enfermeros respecto a la aspiración de secreciones en pacientes adultos intubados en el servicio de emergencia de dicho nosocomio. El estudio es aplicativo, tipo cuantitativo, con un método descriptivo de corte transversal. La muestra fue obtenida mediante un muestreo probabilístico para población finita y aleatoria simple conformada por 38 profesionales de enfermería. La técnica empleada fue la encuesta y la observación, y los instrumentos usados fueron un cuestionario y la lista de chequeo, aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del total de encuestados, el 63% conoce el procedimiento y 37% indica no conocer el

algoritmo a seguir. Concerniente a la práctica, el 68% evidencian practicas inadecuadas y solo el 32% muestran practicas adecuadas. Se concluyó que la mayoría de encuestados conoce que es necesario lubricar la punta de la sonda con agua destilada y una de las contraindicaciones es la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño; mientras un porcentaje considerable no conocen que el primer paso que se realiza es valorar los signos vitales y estados de oxigenación del paciente; la práctica es adecuada ya que realiza lavado de manos hasta dejar libre de secreciones, pero también inadecuado porque se verifica ni se usa la sonda de aspiración apropiada para cada TET o TQT, se omite valorar la SatO₂ y las cifras de signos vitales además que no proporciona confort al paciente.

Gamboa, Huamanchoque y Ramos (2013), presentaron un estudio de investigación llamado “Nivel de conocimiento y la práctica del cuidado de la vía aérea que realizan las enfermeras en pacientes críticos con tubo oro traqueal en la Clínica Good Hope - Lima, 2013”. El objetivo de este estudio es identificar el nivel de conocimiento y la práctica de las enfermeras respecto al cuidado de la vía aérea en pacientes críticos con tubo oro traqueal en la Clínica adventista Good Hope. El estudio realizado fue observacional, descriptivo, de corte transversal y diseño correlacional. La población estuvo conformada por 30 enfermeras. Para el nivel de conocimiento se utilizó un cuestionario de 20 preguntas y para la práctica se utilizó una lista de cotejo con 25 criterios. Los resultados indican que, del total de las enfermeras de la muestra, se evidenció que el 50% tuvo un nivel excelente de conocimientos acerca del cuidado de la vía aérea. La práctica del cuidado de la vía aérea fue, del mismo modo, de nivel excelente en un 50%. Según la prueba estadística del Chi cuadrado de Pearson, se encontró relación significativa entre el

nivel de conocimiento y la práctica del cuidado de la vía aérea que realizan las enfermeras en pacientes críticos con tubo oro traqueal en la Clínica Good Hope.

Marco Teórico.

Cuidado de la vía aérea en pacientes entubados.

Definición del cuidado.

El primer intento de sistematización de la noción de cuidado se ubica en el Siglo XIX, con el trabajo de Florence Nightingale, notas sobre enfermería, donde se refiere a las técnicas para ofrecer comodidad, higiene y alimentación a los enfermos. Para Nightingale “cuidar es un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él” (Hernandez, 2015)

Del mismo modo menciona que durante las décadas del Treinta y Cuarenta del Siglo XX, Virginia Henderson desarrolló una propuesta con el objetivo de definir la función de la enfermera. Esta autora en un análisis histórico que publica sobre el plan de cuidado de enfermería.

En los años Sesenta surgió en Norte América, la preocupación por construir “Modelos de Enfermería” y por desarrollar un método a partir del “Proceso de

Enfermería” en respuesta las exigencias que planteaba el sistema de salud (Cruz, 2012).

Hernandez (2015) sustenta que el concepto de cuidado ha ocupado una posición central en la literatura de enfermería. El cuidado generalmente se une al concepto de salud, considerando a la enfermería como la ciencia que estudia el cuidado en la experiencia humana de la salud. Este enfoque provee a la enfermería el mandato social y el compromiso de cuidar a las personas.

Asimismo, articula que desde una perspectiva del cuidado holístico es importante considerar las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. Por ello la salud debe ser vista como un proceso que no se reduce solamente al "estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia. Considerando que la salud no es la mera afección corporal y supera criterios exclusivamente somáticos y organicistas, descuidando aspectos de la salud importantes. Por ello el acompañamiento holístico a la persona que pretendemos generar salud holística, así como la experiencia en cuánto a armonía y responsabilidad en la gestión de la propia vida, de los propios recursos, de sus límites y disfunciones en cada una de las dimensiones: física, intelectual, relacional, emocional y espiritual y religiosa.

En el arte de cuidar es necesaria la reflexión de nuestra práctica en función de la autovaloración de los cuidados y los posibles cambios a operar que emergen de este proceso. De esta manera el cuidado no es estático, permanente; sino que debe basarse en evidencias que aporten las mejores alternativas de opción al paciente, la integración y confluencia de las creencias y valores a respetar, así como los procesos de reflexión y análisis crítico del cuidado (Zarate, 2008).

Cuidar implica preocupación, explotar nuestras competencias, acompañamiento, sensibilidad con el dolor humano y esperanza. Se requiere entonces, conocer a la persona que requiere ayuda y diseñar las estrategias necesarias para garantizar el confort, así como ganar la confianza en pacientes y familiares.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) argumenta que los cuidados de enfermería abarcan la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Otras definiciones de cuidado lo expresan como "un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud" (Alfaro, 2011).

Cuidado de enfermería

El gestor de enfermería en su actuar desarrolla habilidades que les permiten unificar los conocimientos teóricos y conceptuales con la práctica, en función del logro exitoso de la misión. Para ello las acciones están encaminadas a contribuir y garantizar la confianza de pacientes y familiares, desarrollar al máximo la comunicación y el liderazgo para el desarrollo de su labor.

La enfermería en la prestación de cuidados engloba los conocimientos con el arte de cuidar, así como la experiencia personal del cuidador. Con los

conocimientos y habilidades desarrolladas en la práctica profesional, así como la experiencia personal, el cuidado se convierte en único, genuino, auténtico (Zarate, 2008).

Universidad Nacional de Colombia (2006) sustenta que tradicionalmente el acto de curar ha adquirido una notoriedad muy superior a la de cuidar, pero es evidente que, desde una concepción integral de la salud, el cuidar, es decir, acompañar adecuadamente a los enfermos, es sumamente necesario. La acción de cuidar está intimamente relacionada con la profesión de enfermería. El cuidar no es una actividad más, sino el centro de gravedad, la razón de dicha profesión, sin embargo es no significa que el curar no esté dentro de una de sus funciones, sino que su objetivo prioritario es cuidar a personas vulnerables que sufren y padecen y a quienes los acompañan.

Díaz (2010) manifiesta que los conocimientos de los profesionales de Enfermería en un porcentaje muy elevado vienen dados por su experiencia, pero sin duda alguna, con el desarrollo de estos profesionales debe de venir dado por el nivel de adquisición de conocimientos científicos que redunden las intervenciones que se aplican. La competencia profesional para el cuidado demanda un ejercicio crítico, reflexivo y constructivo sobre las prácticas disciplinares e interdisciplinares en salud, siendo capaz de conocer e intervenir en el proceso de vivir, enfermar y estar sano, con compromiso y responsabilidad en la búsqueda del mejoramiento de la vida.

Del mismo modo, refieren que la responsabilidad profesional contemplando la concepción del rol, exigen en la enfermería de cuidados críticos un continuo monitoreo y observación de los pacientes que asiste para detectar alteraciones de

su estado fisiológico, planificar e implementar las intervenciones y evaluar las respuestas de estas intervenciones, esto es la aplicación sistemática de un proceso intelectual y deliberado, estructurado en una serie de etapas ordenadas lógicamente, para planificar cuidados personalizados, dirigidos al mayor bienestar de la persona. Al ser sistemático nos deja nada al azar, no es sintomático. Supone un planteamiento metódico de resolución de problemas, evita omisiones, previene errores y pérdidas de tiempo.

Para completar este proceso una adecuada evaluación de los cuidados, puede servir como instrumento para medir los resultados de las intervenciones de enfermería y analizar la calidad los mismos, como así también permitir medir la carga de trabajo que genera los pacientes críticamente enfermos (Universidad Nacional de Colombia, 2006)

Cuidado del paciente en emergencia con compromiso vital: la vía aérea.

En las áreas de emergencia el manejo de la vía aérea es de una importancia vital para asegurar una ventilación y oxigenación adecuada en el paciente crítico. El manejo correcto de la vía aérea forma parte del conocimiento médico que debe ser dominado por todo especialista; y como en cualquier procedimiento, la laringoscopia y la intubación se asocian con ciertos riesgos que se deben considerar en todo momento. (Ministerio de Salud, 2006)

Asimismo, manifiesta que por vía aérea debemos entender no solo a las estructuras relacionadas con la laringe. Esto debido a que cualquier alteración anatómica previa a esta comprometerá nuestro concepto de manejo de vía aérea. En este sentido dividiremos la vía aérea en superior, media e inferior.

- Superior: Se extiende desde la cara hasta la laringe. Su función es humidificar y dar soporte rígido a la entrada de aire. Es a través de ella que accederemos normalmente destacando aquí la epiglotis como punto de referencia más común.
- Media: Principalmente compuesta por la laringe, aquí está el punto más estrecho de la vía aérea. Función donataria. A este nivel están las estructuras anatómicas involucradas en los reflejos de protección de la vía aérea. Es este el reparo anatómico más importante en nuestro enfrentamiento, siendo la visualización de la glotis el mejor signo al asegurar una vía aérea.
- Inferior: Esta se extiende desde la tráquea. Abarca la mayor extensión de la vía aérea, y es el territorio donde funcionalmente queremos actuar.

La evolución de la técnica y el desarrollo de formas de rescate y traslado han ido provocando la aparición de diferentes materiales para asegurar la vía aérea. Entre estos materiales tenemos la intubación endotraqueal.

La intubación endotraqueal, es un procedimiento que tiene como objetivo mantener la vía aérea permeable, estableciendo una vía segura de comunicación y entrada de aire externo hasta la tráquea (Narciso, 2008)

Cuidados en el tubo endotraqueal.

(Narciso, 2008) menciona sobre los cuidados de enfermería frente a pacientes portadores de tubo endotraqueal.

- Marcar el TET a la salida de la cavidad bucal para identificar cualquier tipo de desplazamiento del mismo.
- Rotar la zona de apoyo una vez por turno para evitar úlceras de decúbito.

- Hacer una correcta fijación externa que permita su inmovilización durante las manipulaciones que deben hacerse durante la aplicación de técnicas y cuidados, con ello se evitará: Lesiones debido a la tracción y roce de las cintas sobre la piel y cartílagos.

Asimismo, articula los cuidados de enfermería para la extubacion de los pacientes con tubo endotraqueal.

- La presión interna del balón de neumotaponamiento debe estar situada entre 20 a 25 mmHg al final de la espiración. Este nivel evita el compromiso vascular de la mucosa traqueal, pero es lo suficientemente importante para ocluir la vía aérea, evitando fugas y microaspiraciones pulmonares. Esta presión debe comprobarse una vez por turno.
- Observar la integridad del TET, que el paciente no esté mordiendo o aprisionando de forma excesiva, comprobar que no hay fugas, aumento de las presiones o disminución de volúmenes por este motivo.
- Higiene bucal y aspiración de secreciones bronquiales, con ello se evitan posibles infecciones y se proporciona confort al paciente, se realizará como mínimo una vez por turno lavados bucales acompañados de aspiración.
- La aspiración endotraqueal elimina las secreciones de la tráquea o los bronquios mediante una sonda introducida a través del TET. Dicho procedimiento ayuda a mantener la vía aérea permeable para favorecer un óptimo intercambio gaseoso y prevenir la posible formación de tapones de moco.
- La aspiración nunca debe ser una maniobra rutinaria, sólo debe aspirarse cuando es necesario. Una FC alta, picos de presión elevados, disminución del

volumen minuto, tos excesiva en la fase inspiratoria, ansiedad y secreciones visibles nos están indicando la necesidad de aspirar.

- Debe de ser realizada por dos personas, en condiciones de estricta asepsia, utilizar sonda estéril de un sólo uso, teniendo en cuenta que el diámetro de la sonda depende del N° del tubo endotraqueal.

Según (Narciso, 2008) sostiene los pasos a seguir en la aspiración, para los cuidados de la permeabilidad de la vía aérea.

- Lavado y desinfección de manos, guantes estériles
- Aspirar secreciones orofaríngeas
- Incrementar la FIO₂ al 100%
- Introducir la sonda, sin forzar, sin aspirar y retirarla aspirando intermitentemente con movimientos giratorios. No emplear más de 10 segundos en cada aspiración en caso de hipoxia no deberán emplearse más de 5 segundos.
- Conectar al ventilador o ventilar con ambú entre cada aspiración
- Dejar la FIO₂ como estaba programada.
- Durante la aspiración pueden surgir complicaciones, entre ellas que la sonda no progrese, bien porque el paciente muerda el tubo, la presión del globo este muy elevada o que exista un tapón moco, en este caso será preciso hacer lavados bronquiales con suero fisiológico o con mucolíticos, se introducen en el interior del tubo 3 ml y se hacen insuflaciones con ambú, con el fin de movilizar el tapón,
- Anotar en la gráfica de enfermería las características de las secreciones aspiradas y los problemas que puedan haber surgido.

Cuidado de calidad

Concepto sobre la calidad asistencial.

En los últimos años, los países han atendido importantes transformaciones en la organización de su Sistema Nacional de Salud, que han involucrado la calidad de la atención como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios de salud.

Según el Ministerio de Salud (MINSA, 2007) sostiene que a nivel mundial son muchas las acepciones que se han dado al concepto de calidad, desde las genéricas hasta las específicamente referidas a los servicios de salud. En este último caso una de las más aceptadas es la Avedis Donabedian. Que dice: “La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario” La referencia de atención médica debe entenderse como la atención que proporciona todos aquellos que intervienen en la atención de los usuarios de los servicios de salud. Por ende, el término “medica” no se refiere solamente al ejercicio profesional de los médicos. De igual manera, cuando se habla de “usuario” no se refiere únicamente al paciente sino también a sus acompañantes e incluso al personal de los establecimientos de salud (Ministerio de Salud, 2006).

También, refiere que existen otras consideraciones importantes a tenerse en cuenta, respecto a la definición de calidad de los servicios de salud.

- La calidad en salud tiene su fundamento y razón de ser en la calidad de vida, como justa aspiración de los pueblos y deber de todos los actores sociales, conducida por los gobiernos. La calidad de la prestación es consecuencia del derecho a la salud.
- La calidad no es sinónimo de lujo o complejidad, sino por el contrario, la calidad en los servicios de salud debe ser la misma en todos los establecimientos de salud en los tres niveles de atención.
- La calidad constituye una construcción histórica, social y culturalmente determinada que desafía de manera continua nuestra creatividad y emprendimiento, no es pues un estado al cual se accede.
- A consecuencia de la afirmación anterior, teniendo en cuenta que en última instancia el juez de la calidad es el usuario (sus necesidades y expectativas), es esencial hacer conciencia de la diversidad étnica y cultural del país. Por ello, más que un esfuerzo de homogenización, es básico un enfoque de diálogo intercultural, tanto en la definición de objetivos de calidad como en las acciones concretas de mejoramiento.
- La calidad es dependiente de múltiples factores, objetivos y subjetivos, sin embargo, es mensurable a través de métodos cualitativos y cuantitativos.
- La calidad en los servicios de salud no depende de un grupo de personas, sino que involucra a toda la institución y depende de todos.

Dimensiones de la calidad.

Existen diversas propuestas analíticas de la calidad en salud, pero posiblemente la presentada por Avedis Donabedian siga siendo, pese a su generalidad, la de mayor aceptación cuando propone tres dimensiones: los aspectos técnicos de la atención, las relaciones interpersonales, que se establecen entre proveedor y usuario y el contexto o entorno de la atención (MINSA, 2006).

La comprensión y manejo de tales dimensiones pueden expresarse de la siguiente manera:

Dimensión técnica y científica.

Referida a los aspectos científicos y técnicos de la atención, cuyas características básicas son:

- Efectividad, referida al logro de cambios positivos (efectos) en el estado de salud de la población.
- Eficacia, referida al logro de los objetivos en la prestación del servicio de salud a través de la aplicación correcta de las normas técnicas y administrativas.
- Eficiencia, uso adecuado de recursos estimados para obtener los resultados esperados.
- Continuidad, prestación ininterrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias.
- Seguridad, la forma en que se prestan los servicios de salud determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario.

- Integralidad, que el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese un interés por la condición de salud del acompañante.

Dimensión Humana.

Referida al aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características:

- Respeto a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona.
- Información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quién es responsable de él o ella.
- Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas; lo que es así mismo válido para el usuario interno.
- Amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención.
- Ética, de acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y los principios éticos deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de salud.

Dimensión del entorno.

Referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles.

- Implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio.

Atributos del cuidado de calidad

Díaz (2012) manifiesta que para evaluar la calidad de la atención es importante, tener en cuenta los atributos que caracterizan una buena atención de la salud. Los cuales se han identificado las cualidades que se definen a continuación.

- Oportunidad, corresponde a la satisfacción de las necesidades de la salud en el momento requerido, utilizando los Recursos necesarios y características de cada caso.
- Continuidad, se refiere a la aplicación, en secuencia lógica, de las acciones que corresponde a cada una de las etapas del proceso de la atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.
- Suficiencia e integridad, provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral, en sus aspectos de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación.
- Racionalidad lógica y científica, utilización del saber médico y la tecnología disponible para atender los problemas de salud aplicando los criterios de los enfoques lógico y óptimo, mencionados anterior mente.
- Satisfacción del usuario y del proveedor, complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención. Así mismo la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y en medio ambiente en el cual se desempeñan.

Los indicadores que se proponen para la evaluación de la calidad de la atención se relacionan, directa o indirectamente, con la gran mayoría de los atributos, descritos. Teniendo en cuenta la gran amplitud de los mismos conviene

limitar las evaluaciones a los aspectos que provean información práctica para la toma de decisiones (Díaz, 2012)

Medidas comprobadas efectivas, en el manejo de la vía aérea del paciente intubado.

MINSA (2007) establecen medidas comprobadas en la prevención de infecciones de la vía respiratoria, de ellas se mencionará las medidas que están relacionadas al cuidado seguro de la vía aérea en pacientes intubados:

- Técnica aséptica para la manipulación de todos los equipos de terapia respiratoria.
- Uso de fluidos estériles en los humidificadores de los respiradores y nebulizadores
- Llenado de reservorios húmedos lo más cerca posible de su uso y de preferencia inmediatamente antes de usarlo.
- Cambio de todos los elementos que se usan en terapia respiratoria entre pacientes.
- Uso de equipos de terapia respiratoria estériles en los humidificadores de los aspiradores y nebulizadores.
- Reducir la aspiración de secreciones al mínimo indispensable.
- La aspiración de secreciones debe ser realizada por personal entrenado, con técnica aséptica, guantes en ambas manos y con la asistencia de un ayudante.
- Intubación endotraqueal por el periodo mínimo indispensable.
- Cambio de nebulizadores en cada procedimiento.

- Eliminación del uso de antiácidos para la prevención de úlceras por estrés en pacientes intubados.
- Profilaxis antibiótica endotraqueal.
- Cambio de frasco de aspiración entre pacientes.
- Uso de agua estéril en los humidificadores de oxígeno.
- Cambio de circuitos de respiradores cada 24 horas.
- Uso de filtros en los frascos de aspiración.
- Filtros bacteriológicos interpuestos en los circuitos del respirador.

Prevención de infecciones nosocomiales.

La infección hospitalaria representa uno de los principales problemas de la asistencia a la salud, con el consiguiente impacto en la morbilidad y mortalidad de los pacientes ingresados en los hospitales, principalmente en aquellos gravemente enfermos. Los episodios de infección hospitalaria se concentran en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) lo que torna a estos servicios en prioritarios para las acciones de prevención y control de infecciones. Este hecho está relacionado con la mayor gravedad y permanencia de los pacientes ingresados además de la realización de múltiples procedimientos invasivos (Rovira, 2012)

Por otra parte, (Ugarte, 2016) manifiesta que las infecciones nosocomiales son infecciones adquiridas durante la estancia en un hospital y que no estaban presentes ni en el período de incubación, ni en el momento del ingreso del paciente. Las infecciones son frecuentes en los servicios de salud de todo el mundo debido a que el mismo ambiente hospitalario propicia a que todo tipo de

microorganismos encuentran un medio favorable para su desarrollo y se introduzcan en los pacientes, visitantes y personal de la salud.

También, refiere que las infecciones nosocomiales más frecuentes son las que provienen de heridas quirúrgicas, las vías urinarias y las vías respiratorias inferiores. Existen varios factores tanto intrínsecos y extrínsecos que influyen en las manifestaciones de enfermedades nosocomiales entre los que se destacar el agente microbiano, vulnerabilidad de los pacientes, el ambiente y la resistencia bacteriana. La prevención de infecciones nosocomiales ha cobrado gran importancia en las últimas décadas debido a que representan un problema relevante de salud pública y de gran trascendencia económica y social, además de constituir un desafío para las instituciones de salud y el personal médico responsable de su atención en las unidades donde se llegan a presentar. Son de importancia clínica y epidemiológica debido a que condicionan altas tasas de morbilidad y mortalidad, e inciden en los años de vida potencialmente perdidos de la población que afectan, a lo cual se suma el incremento en los días de hospitalización y los costos de atención.

Competencias personales

Capacidad que tiene una persona para cumplir con una tarea determinada. Conjunto del saber, del saber hacer y del saber ser: que se activa durante la realización de una tarea. Capacidades adquiridas mediante procesos sistemáticos de aprendizaje que posibilitan, en el marco del campo elegido, adecuados abordajes a sus problemáticas específicas, y el manejo idóneo de procedimientos y

métodos para operar eficazmente ante los requerimientos que se planteen (Díaz, 2010)

El conocimiento profesional

Coc (2008) manifiesta que el conocimiento es el reflejo activo y orientado de la realidad objetiva y de sus leyes en el cerebro humano. La fuente del conocimiento la constituye la realidad exterior que circunda al hombre que actúa sobre él; a su vez el hombre no sólo percibe los objetos y fenómenos del mundo, sino que influye activamente sobre ellos transformándolos.

Existe cuatro tipos de conocimientos que es del dominio del hombre:

El conocimiento vulgar, también llamado conocimiento empírico, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de numerosas tentativas. Es a metódico y asistemático.

- Es el modo común, corriente de ver las cosas, es un pensamiento espontáneo de conocer resultados de mera familiaridad con los hechos o cosas que se presentan libremente ante nosotros.
- El conocimiento vulgar es elaborado por el hombre en su trato cotidiano con las cosas, los objetos y hechos de la sociedad, sin un orden o procedimiento, sin método ni sistematización y mediante observaciones personales.

El conocimiento filosófico, es reflexivo nace de la observación y de la investigación.

- Según Kant, es la progresiva constitución intelectual de su propio objeto, la violencia por sacarlo de su constitutiva latencia a una efectiva potencia.

- Según Heidegger (1889-1976), dice que la filosofía no puede ser ciencia porque sobre la nada no puede decir nada científico, la filosofía no nace de la ciencia y no puede coordinarse con las ciencias, porque es anterior y superior a ella.
- Según Husserl (1859 -1938), manifiesta que la filosofía es por esencia la ciencia de los verdaderos principios de los orígenes, de las raíces de todas las cosas.

El conocimiento religioso, trata de todas las cosas que a simple vista no pueden ser analizadas por el hombre, por ser misteriosas y que existen en el mundo.

- Desde el punto de vista religioso dios es creador de la naturaleza.
- Explica el origen del universo, de la vida, del hombre, de las plantas y de los animales, no se discute por su naturaleza dogmática.

El conocimiento científico, se caracteriza por ser fáctico, reflexivo, metódico, crítico, objetivo, histórico, comprobable, comunicable, teórico, organizado.

- También es sistemático, controlado analítico, claro y preciso; producto de la investigación científica, intenta explicar los hechos en términos de leyes.

Los conocimientos que integran una ciencia se logran mediante la incorporación sistemática de la investigación científica.

Según Descartes (1596-1650), El conocimiento es un proceso, cuyo desarrollo se orienta de lo desconocido hacia lo conocido del conocimiento limitado, aproximado e imperfecto de la realidad hasta su conocimiento profundo y preciso.

En la actualidad el conocimiento es un bienpreciado por esta sociedad, ya que constituye una herramienta muy útil para conseguir fraternidad. Gracias al

conocimiento se consigue producir más y mejor, dando satisfacción a las necesidades de las personas.

La importancia que se atribuye al conocimiento es que distingue a la humanidad de las otras especies animales. Todas las sociedades humanas adquieren, preservan y transmiten una cantidad sustancial de saberes, notablemente, a través del lenguaje. Con el surgimiento de las civilizaciones, la acumulación y la difusión de conocimientos se multiplican por medio de la escritura. A través de la historia, la humanidad ha desarrollado una variedad de técnicas destinadas a preservar, transmitir y elaborar los conocimientos, tales como la escuela, las enciclopedias, la prensa escrita, las computadoras u ordenadores.

La enfermería es una ciencia que requiere destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas, que se aplica a través de un método científico de actuación, con carácter teórico filosófico, que guía y respalda cada uno de sus componentes, sustentado por investigaciones que regulan la práctica profesional.

El conocimiento no se refiere no sólo al aspecto académico, sino también a la relación de este con la experiencia y el interés de mantenerse actualizado. Aunque las escuelas provean el conocimiento básico, las enfermeras deben buscar complementar sus conocimientos actualizándose. La capacitación continua proveerá a nuestro servicio profesional un mayor grado de calidad y eficiencia (Alfaro, 2011).

Por ello, la acumulación de información que posee cada enfermera como producto del proceso enseñanza aprendizaje o de la experiencia obtenida hace que se modifique su comportamiento; por lo que las enfermeras que se encuentran en

adiestramiento son menos productivas que los que ya han dominado el proceso de capacitación e información, este último ayuda a elevar en la enfermera el nivel requerido de rendimiento, proporciona las habilidades, conocimientos y entendimiento que necesita para un trabajo específico. Así se aseguraría la calidad del cuidado en el paciente (Coc, 2008).

El conocimiento empírico profesional (experiencia profesional)

Conocimiento empírico

Alfaro, (2011) sostiene que se entiende por empírico algo que ha surgido de la experiencia directa con las cosas. El empirismo es aquella filosofía que afirma que todo conocimiento humano es producto necesariamente de la experiencia, ha sido aprendido de ella y gracias a ella. El conocimiento empírico es aquel conocimiento adquirido por la experiencia. Es el conocimiento que no se adquiere filosofando ni teorizando, sino de la práctica y del contacto directo con la realidad.

El conocimiento empírico es indispensable para el comportamiento diario y por lo mismo a él recurren todos por igual cineastas, burócratas, voceadores de productos, biólogos, artistas, etc. El conocimiento empírico “vulgar” no es teórico sino práctico; no intenta lograr explicaciones racionales; le interesa la utilidad que pueda prestar antes que descifrar la realidad. Es propio del hombre común, sin formación, pero con conocimiento del mundo material exterior en el cual se halla inserto. En cuanto al alcance, lo único real es lo que se percibe, lo demás no interesa.

A través del conocimiento empírico el hombre común conoce los hechos y su orden aparente y surte respuestas (explicaciones) concernientes a las razones de

ser de las cosas, pero muy pocas preguntas acerca de las mismas; todo ello logrado por experiencias cumplidas al azar, sin método, y al calor de las circunstancias de la vida, por su propio esfuerzo o valido del saber de otros y de las tradiciones de la colectividad.

La fuente principal del conocimiento empírico son los sentidos. Toda esta clase de conocimientos es lo que puede catalogarse también como "saberes".

El conocimiento empírico tiene las siguientes características:

- Particular, cuando no puede garantizar que lo conocido se cumpla siempre y en todos los casos, como ocurre en el conocimiento: “en otoño, los árboles pierden sus hojas”.
- Contingente, el objeto al que atribuimos una propiedad o característica es pensable que no la tenga: “incluso si hasta ahora los árboles siempre han perdido sus hojas en otoño, es pensable que en un tiempo futuro no las pierdan”.

En el mundo actual, si se quiere aprender algo, por lo general lo primero que se piensa es en ir a una universidad con el objetivo que alguien transfiera los conocimientos ya adquiridos y descubiertos. En este proceso, simplemente se aprenden y asimilan los conceptos de las cosas y de la naturaleza, pero no se validan ni replican en la realidad. La validación y la práctica del conocimiento adquirido en una universidad se da cuando ya se es egresado, momento en el cual se debe enfrentar a la realidad (Coc, 2008).

El conocimiento empírico, se adquiere por el contacto directo con la realidad, por la percepción que se hace de ella. Se sabe que las cosas son así porque se han hecho, no porque alguien le dijo que así se hacían y que así deberían funcionar. Un

bebé sabe que la luz de una vela quema porque ha metido el dedo en ella, no porque sus padres se lo hayan dicho (a esa edad no se pueden transmitir experiencias de otras personas).

La experiencia educacional, acerca del cuidado, que aporta la institución educadora, influirá en la manera de cuidar, asimismo las experiencias del tiempo de práctica son importantes y está estrechamente relacionada a éste, y se menciona el desempeño de la institución como un componente esencial.

Por ello cuanto más joven, se suscitan mayores accidentes (ocurrencia no planeada ni buscada) que interfiere en la aplicación y registro del proceso de atención de enfermería y cuantos más expertos se habitúa al riesgo y no toman en cuenta, las normas de procedimientos a veces concluyen los registros antes del término del turno (Alfaro, 2011).

Motivación laboral.

Cook (2000) manifiesta que es un proceso interno y propio de cada persona, refleja la interacción que se establece entre el individuo y el mundo ya que también sirve para regular la actividad del sujeto que consiste en la ejecución de conductas hacia un propósito u objetivo y meta que él considera necesario y deseable. La motivación es una mediación, un punto o lugar intermedio entre la personalidad del individuo y la forma de la realización de sus actividades, es por ello que requiere también esclarecer el de su eficiencia lo que dirige hacia el logro de dichas actividades de manera que tenga éxitos en su empeño.

Henderson en 1955 definió enfermería en términos funcionales y ella planteo que la única función de enfermería era ayudar al individuo sano o enfermo en las

actividades que contribuyan a recuperar su salud y al moribundo a una muerte tranquila. También subrayo que la enfermera puede actuar independientemente, la motivación de la enfermera según Henderson se ubica en el contexto de la motivación intrínseca y en la teoría de la voluntad al igual que la de Florence Nightingale. En una oportunidad Virginia Henderson expreso que la gente se quejaba, pero no actuaban independientemente. Es meritorio señalar que lo esperado es que el enfermero sienta el proceso de atención de enfermería como parte de él, le sirva como factor de motivación de reafirmación vocacional y fortalezca el desarrollo de su autonomía. Este aspecto representa la motivación intrínseca, hasta qué punto la enfermera tiene la convicción de que el proceso de atención de enfermería operativiza con calidad y hace visible su cuidado, con el carácter técnico, científico y humanístico que posee (Flórez, 1994).

En la motivación incluye el deseo de cuidar, los valores, el compromiso y la ética de la cuidadora. Está muy relacionada con la experiencia, y puede estar influida por el ambiente de la organización, por la valoración del cuidado y por el apoyo dado a la enfermería, por la remuneración, etcétera.

Existen múltiples clasificaciones de motivos, atendiendo a diferentes criterios, pero en general podemos hablar de:

- Motivos Fisiológicos o primarios, son motivos no aprendidos que responden a necesidades y desequilibrios que se producen en el organismo (por ejemplo, hambre, sed, etc.), básicamente tratan de recuperar el equilibrio perdido en el organismo (Homeostasis).

- Motivos generales no aprendidos, no responden directamente a necesidades fisiológicas, aunque si son un mecanismo de supervivencia y adaptación al medio (por ejemplo: curiosidad, manipulación, exploración, etc.).
- Motivos sociales, son motivos aprendidos como la necesidad de poder, prestigio, status, etc.

En función de los factores que determinan la conducta del sujeto podemos distinguir también diferentes tipos de motivación.

- Motivación intrínseca, el sujeto se mueve por las consecuencias que espera se produzcan en él.
- Motivación extrínseca, el sujeto se mueve por las consecuencias que espera alcanzar.
- Motivación trascendente, el sujeto se mueve por las consecuencias que espera que produzca su acción en otro u otros sujetos presentes en el entorno.

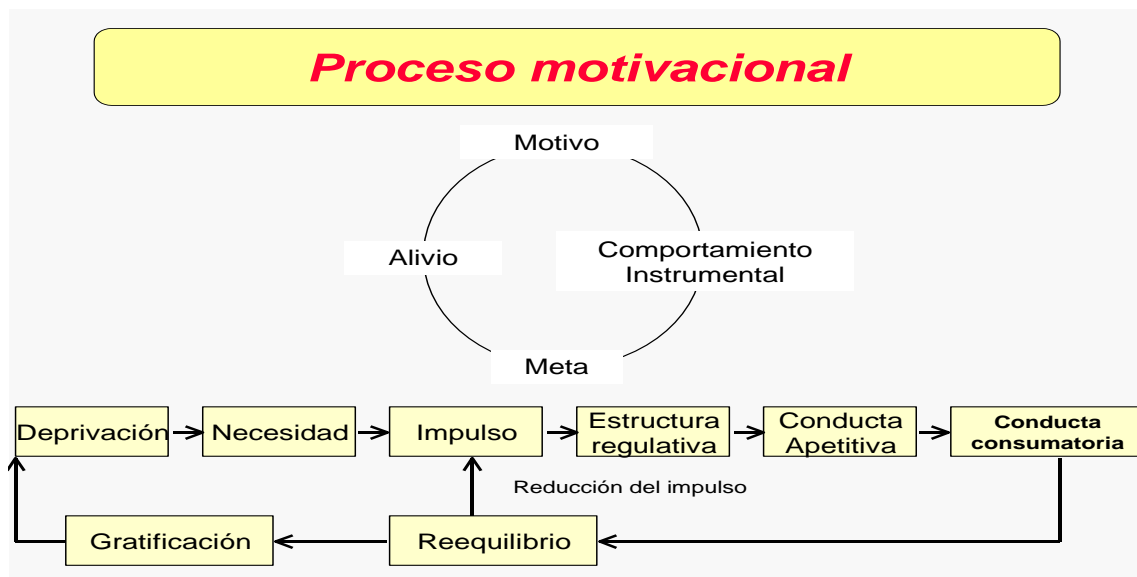
Si vemos la motivación como un proceso, podemos tener las siguientes etapas:

- Homeostasis, el organismo permanece en equilibrio.
- Estímulo, cuando aparece genera una necesidad.
- Necesidad, provoca un estado de tensión.
- Estado de tensión, impulso que da lugar a un comportamiento.
- Comportamiento, se dirige a satisfacer la necesidad.
- Satisfacción, si se satisface el organismo retorna al estado de equilibrio (Cook, 2000).

El reto de la motivación.

La motivación es una característica de la psicología humana que contribuye al grado de compromiso de la persona. Incluye factores que ocasionan, canalizan y sustentan la conducta humana en un sentido particular y comprometido. Motivar es el proceso administrativo que consiste en influir en la conducta de las personas, basado en el conocimiento de “que hace que la gente funcione” (Cook, 2000).

El Proceso motivacional.



Teoría de las necesidades básicas de McClelland.

Según (Cook, 2000) manifiesta que McClelland enfoca su teoría básicamente hacia tres tipos de motivación: Logro, poder y afiliación.

- La necesidad de realización (Logro), implica un deseo de contribución, de sobresalir, de tener éxito. Lleva a los individuos a imponerse a ellos mismos metas elevadas que alcanzar. Estas personas tienen una gran necesidad de desarrollar actividades, pero muy poca de afiliarse con otras personas. Las personas movidas por este motivo tienen deseo de la excelencia, apuestan por

el trabajo bien realizado, aceptan responsabilidades y necesitan feedback constante sobre su actuación

- La necesidad de poder, implica la necesidad de influir y controlar a otras personas y grupos, y obtener reconocimiento por parte de ellas. Las personas motivadas por este motivo les gustan que se las considere importantes, y desean adquirir progresivamente prestigio y status. Habitualmente luchan porque predominen sus ideas y suelen tener una mentalidad “política”.
- La necesidad de afiliación, deseo de tener relaciones interpersonales amistosas y cercanas, formar parte de un grupo, etc., les gusta ser habitualmente populares, el contacto con los demás, no se sienten cómodos con el trabajo individual y le agrada trabajar en grupo y ayudar a otra gente.



Aspectos éticos y jurídicos del cuidado seguro de la vía aérea del paciente.

Puede decirse que las enfermeras han representado la esencia del sistema de atención sanitaria. Diers en 1981 menciona “La enfermería es un trabajo sumamente complicado, ya que incluye la posesión de conocimientos técnicos, una gran cantidad de conocimientos formales, capacidad de comunicación, complicitad emocional y otras muchas cualidades”. Por lo que se considera también como un complejo proceso de pensamiento que lleva del conocimiento a la técnica, de la percepción a la acción, de la decisión al tacto y de la observación al diagnóstico. Este proceso de cuidados de enfermería, constituye el núcleo del trabajo de la profesión donde los principios éticos se deben ir aplicando para hacer la práctica lo más ideal posible (Flórez, 1994).

Asimismo, sustenta que cualquiera que sea la profesión, no puede ejercerse sino con ética. Esto lo impone no solo la sociedad a la cual el profesional se debe, sino que como ser humano, ha de aspirar a sentir la satisfacción del deber cumplido, en la búsqueda del bien por el camino correcto. En ese camino, las enfermeras también han labrado su espacio, ejemplo de ello es el Código para las Enfermeras, con D.L. 22315, su modificatoria ley 28512 y ley del trabajo de la enfermera 27669, capítulo III, artículo N°23 “La enfermera debe tomar la decisión más adecuada y oportuna en el cuidado de la persona cuando está en riesgo su vida” y el artículo N°24 “La enfermera debe asegurar y garantizar la continuidad del cuidado de enfermería”.

En este sentido, puede decirse que el cuidado de enfermería es el cuidado de una vida humana, es decir, que se desarrolla en el proceso vital humano, el cual es muy dinámico, donde la comprensión de este proceso implica la

complementariedad de saberes y el esclarecer la vida como realidad bionatural, como interacción social, como interacción hombre-naturaleza, por lo que en el cuidado de enfermería debe haber entonces un principio de traducibilidad entre valores, actitudes, acciones y expresiones. Es decir, no solo se debe tener en cuenta el componente tecnológico, y de sus habilidades, sino las actitudes y sentimientos en un nivel ético y humano.

La conducta ética es el comportamiento que evidencia un sistema de valores y principios éticos morales en el quehacer diario de la enfermera, así como sus relaciones humanas con la persona y la sociedad. El respeto, la disciplina, la responsabilidad, la veracidad, la lealtad y la solidaridad, la honestidad y la justicia son componentes primordiales del sistema de valores irrenunciables, de toda enfermera y guía su comportamiento en el cumplimiento de sus funciones (Flórez, 1994).

El derecho a la salud se basa en los principios:

El Colegio de Enfermeros del Perú (CEP, 2010) manifiesta que el principio de no maleficencia en un principio ya se formuló en la medicina hipocrática: *Primum non nocere*, es decir, ante todo, no hacer daño al paciente. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana. Es relevante ante el avance de la ciencia y la tecnología, porque muchas técnicas pueden acarrear daños o riesgos. En la evaluación del equilibrio entre daños beneficios, se puede cometer la falacia de creer que ambas magnitudes son equivalentes o reducibles a análisis cuantitativo. Un ejemplo actual sería evaluar el posible daño que pudieran

ocasionar organismos genéticamente manipulados, o el intento de una terapia génica que acarreará consecuencias negativas para el individuo.

Principio de beneficencia, se trata de la obligación de hacer el bien. Es otro de los principios clásicos hipocráticos. El problema es que hasta hace poco, el médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente. Por lo tanto, actualmente este principio viene matizado por el respeto a la autonomía del paciente, a sus valores, modo de vivir y deseos. No es lícito imponer a otro la propia idea del bien (Rumbold, 2000).

Asimismo, menciona que este principio positivo de beneficencia no es tan fuerte como el negativo de evitar hacer daño. No se puede buscar hacer un bien a costa de originar daños: por ejemplo, el "bien" de la experimentación en humanos (para hacer avanzar la medicina) no se puede hacer sin contar con el consentimiento de los sujetos, y menos sometiéndolos a riesgos desmedidos o infligiéndoles daños. Aunque la humanidad tiene un interés en el avance de la ciencia, nadie puede imponer a otros que se sacrifiquen para tal fin. Matizado de esta manera, el principio de beneficencia apoya el concepto de innovar y experimentar para lograr beneficios futuros para la humanidad, y el de ayudar a otros (especialmente a los más desprotegidos) a alcanzar mayores cuotas de bienestar, salud, cultura, etc., según sus propios intereses y valores.

Principio de Justicia, es decir, imparcialidad hacia todo el mundo o indiscriminación. La exigencia de equidad universal, mantiene una tensa relación con el respeto a la persona, pues puede ocurrir que el ejercicio de los derechos individuales deba ser limitado o circunscrito en interés del bien común: por ejemplo, se debe conciliar la libertad de movimiento y el derecho a la intimidad

con las medidas de salud pública que se adopten para combatir las epidemias. El principio de justicia en el cuidado de la salud se refiere ante todo a la máxima igualdad en la distribución de los recursos asistenciales y las oportunidades de recibir cuidados y tratamiento, de los riesgos y los beneficios, con objeto de asegurar que las personas -tanto individual como colectivamente reciban un trato equitativo (Rumbold, 2000).

La justicia en cuanto a la igualdad de los resultados para los grupos atañe a las responsabilidades "políticas" de los profesionales de la salud en la inspección y la distribución de los recursos, así como las etapas de planificación, investigación y realización.

Aspectos legales en enfermería.

El que, con intención, o por negligencia o por imprudencia, ha causado un daño a otro, está obligado a repararlo. Debe igualmente reparación quien haya causado un daño a otro, excediendo, en el ejercicio de su derecho, los límites fijados por la buena fe o por el objeto en vista del cual le ha sido conferido ese derecho (Rumbold, 2000)

Responsabilidad penal, nace de la violación de una norma específica en el Código Penal, causando dicha violación una sanción penal. Es personal y cesa por amnistía, muerte, indulto, por perdón del ofendido.

Responsabilidad profesional, todo profesional es responsable absoluto de todos los daños que causen sus errores conscientes, plenamente comprobados y está obligado a responder por sus actos.

- Responsabilidad profesional por culpa, cuando la conducta del profesional provoca daño, pero sin intervenir para nada la intención de provocarlo.
- Responsabilidad por dolo, infracción maliciosa en el cumplimiento de las obligaciones con propósito de cometer delito.
- Responsabilidad profesional por delito, violación de la ley de importancia menor que la del crimen; acción delictiva castigada por una pena.

Teorías de enfermería.

Teoría del arte de cuidar de la enfermería clínica “Ernestine Wiedenbach”

Menciona que el paciente es quien debe recibir un cuidado holístico de enfermería. Por lo tanto, el equipo de enfermería debe concentrarse en aplicar todos sus conocimientos, buenas actitudes y prácticas eficientes en la principal causa del deterioro de la salud en el paciente. Para ello debe contar con un excelente criterio para llegar al fondo del diagnóstico. Esta teoría resalta el manejo de protocolos de enfermería en el área clínica asistencial. Wiedenbach propuso que las enfermeras deben identificar las necesidades integrales de sus pacientes a través de:

- Observar de comportamientos adecuados o inadecuados con su bienestar.
- Explorar la psicología del paciente e interpretar que nos quiere decir su comportamiento.
- Determinar de la causa de su malestar.
- Determinar si tienen necesidad de ayuda.

Para un eficiente resultado, la enfermera debe asegurarse que las intervenciones brindadas cumplieron el objetivo satisfactorio que requiere el paciente y su familia.

Para que la enfermera logre este objetivo es necesario que forme una conexión con los familiares del usuario. Ello será pieza clave para la recuperación y rehabilitación del paciente. Además, dicha relación enfermero-paciente-familia debe ejecutarse mediante la comunicación asertiva y la educación que la enfermera explique para el autocuidado del paciente (Alligood, 2015).

Teoría del cuidado humano “Jean Watson”

Watson indica que los conocimientos de las materias humanísticas incrementan la capacidad del desarrollarse personalmente y mejorar la calidad de trato hacia el paciente.

Se basa en siete supuestos básicos:

- El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
- El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
- El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
- Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
- Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
- El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para

generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.

- La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida (Alligood, 2015).

Hipótesis.

Hipótesis Alternativa.

El nivel de conocimiento, la experiencia profesional y la motivación laboral de la enfermera, se relaciona con la calidad del cuidado de la vía aérea en el paciente intubado.

Hipótesis Nula.

El nivel de conocimiento, la experiencia profesional y la motivación laboral de la enfermera, no se relaciona con la calidad del cuidado de la vía aérea en el paciente intubado.

Variables de la investigación.

Operacionalización de variables.

Experiencia profesional respecto al cuidado de la vía aérea en el paciente intubado

Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Criterio de valor	Valor final
Es aquel conocimiento adquirido en la práctica y del contacto directo con la realidad y permite conducirse en el trabajo. La experiencia profesional de enfermería requiere la adopción de una teoría que de significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados y un método sistemático para determinar, organizar, realizar	Experiencia laboral Experiencia en el aérea	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tiempo de servicio como enfermera 2. Tiempo de servicio en el área 3. Tiempo de servicio como especialista 4. Cursos o capacitaciones en el área durante el año anterior 	<p>Escala numérica gradual de 0 a 3 puntos por pregunta</p>	<p>9 – 12 puntos</p> <p>4 – 8 Puntos</p>	<p>Mucha experiencia</p> <p>Mediana experiencia</p> <p>Poca</p>

y evaluar las intervenciones de enfermería.				0 – 3 puntos	experiencia
---	--	--	--	--------------	-------------

Nivel de Conocimiento respecto al cuidado de la vía aérea en el paciente intubado

Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Criterio de valor	Valor final
Conjunto de información científica acerca de los principios y medidas que debe aplicar la enfermera para mantener la vía aérea del paciente permeable, libre de gérmenes y en condiciones	<p>A. Del contenido de la variable</p> <p>B. Permeabilidad</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sobre el manejo y definición de la vía aérea 2. Objetivos del manejo de la vía aérea 3. Valoración al paciente intubado 4. Respecto al uso de un sistema de aspiración de circuito cerrado 5. Pasos a seguir en la aspiración de secreciones 6. Respecto al uso del nebulizador en el paciente intubado 7. Durante la aspiración de secreciones por circuito cerrado o abierto 	Cuestionario de preguntas	14 – 20 puntos	Alto nivel de conocimiento

fisiológicas.	de la vía aérea	deberá		7 - 13 puntos	Mediano nivel de conocimiento
	C. Libre de gérmenes	8. Cuando se deben aspirar las secreciones al paciente intubado 9. Medidas asépticas relacionadas al cuidado seguro de vía aérea en pacientes intubados 10. Cuidado de la cavidad oral en el paciente intubado 11. Valora el estado de piel y mucosas, en el paciente intubado 12. Hacer una correcta fijación externa del TOT que permita su inmovilización durante las manipulaciones que deben hacerse durante la aplicación de técnicas y cuidados, con ello se evitará complicaciones 13. Cuidados del balón cuff 14. Identifica las vías de ingesta alimenticia compatible con la situación clínica del paciente		0-6 puntos	Bajo nivel de conocimiento
	D. Mantener las condiciones fisiológicas.	15. Mantiene el ingreso de fluidos corporales acorde a la demanda del paciente 16. Mantiene el nivel de sedación acorde al estado de conciencia del paciente 17. Medidas a considerar para prevenir complicaciones infecciosas en			

		<p>el paciente intubado</p> <p>18. Respecto a la seguridad confort físico y psicológico al paciente intubado</p> <p>19. Realizar los cambios posturales en el paciente intubado considerando</p> <p>20. Criterios a considerar para la extubación</p>			
--	--	--	--	--	--

Motivación laboral respecto al cuidado de la vía aérea del paciente intubado.

Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Criterios de valor	Valor final
La motivación es considerada como la disposición para ser cuidado, para ayudar	Logro	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deseo de lograr la excelencia en el cuidado. 2. Preocupación por el trabajo bien Realizado. 3. Acepta responsabilidades relacionadas con el mejoramiento del 	Teoría de Mc	8 – 11 puntos	Muy motivado

<p>colaborando en la medida de lo posible, y su deseo de crecer, que incluye el deseo y la voluntad de vivir, aumento de conocimiento y aceptación frente a los misterios de la vida y de la muerte.</p> <p>La motivación laboral incluye el grado de compromiso de la persona en favor de la institución.</p>	<p>Poder</p> <p>Afiliación</p>	<p>cuidado</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Necesita usted retroalimentación sobre sus logros. 5. Le gusta que le consideren importante 6. Quiere prestigio o status. 7. Le gusta que predominen sus ideas. 8. Negocia con compañeros, pacientes y/o jefes 9. Le gusta agradar a los demás 10. Le disgusta estar solo, se siente bien en equipo. 11. Le gusta ayudar a otra gente. 	<p>Clelland</p>	<p>4-7 puntos</p> <p>0-3 puntos</p>	<p>Poco motivado</p> <p>Desmotivado</p>
--	--------------------------------	---	-----------------	-------------------------------------	---

Calidad del cuidado de la vía aérea al paciente intubado.

Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Criterio de valor	Valor final
<p>La calidad de la atención médico consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma</p>	<p>E. Permeabilidad de la vía aérea F. Libre de gérmenes G. Mantener las condiciones fisiológicas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auscultación de ambos campos pulmonares. 2. Usa sonda de circuito cerrado o abierto con medidas asépticas 3. Coloca el nebulizador estéril (esperando un tiempo prudencial para que se elimine el primer soplo de oxígeno que es seco) inmediatamente antes de ser aspirado. 4. Utiliza soluciones estériles para remover secreciones con la sonda de succión. 5. Aspira al paciente antes de cambiar el tubo orotraqueal o antes de la extubación 6. Cambia de sonda de circuito cerrado cuando no funciona o se ha contaminado. 	<p>Lista de cotejo</p>	<p>16 – 23 puntos</p>	<p>Cuidado de alta calidad</p>

proporcional sus riesgos.		<ol style="list-style-type: none"> 7. Coloca todo dispositivo que interviene en el proceso de aspiración, sobre la superficie estéril, mientras se aspira 8. Lavado de manos antes y después del contacto 9. Uso de guantes en cada procedimiento 10. Uso de mandilón, mascarilla, según guía. 11. Uso de materiales nuevos en todo procedimiento 12. Realiza o verifica higiene oral cada 8 horas o según necesidad. 13. Cambia circuitos externos del ventilador y filtros con técnicas asépticas cada 24 horas 14. Valora el estado de piel y mucosas, alrededor del tubo endotraqueal 15. Valora funciones vitales y saturación de oxígeno 16. Fijación del tubo con precisión al alrededor de la boca. 17. Verifica y mantiene la presión del cuff 18. Identifica las vías de ingesta alimenticia compatible con la situación clínica del paciente 19. Mantiene el ingreso de fluidos corporales acorde a la demanda del paciente. 20. Mantiene el nivel de sedación acorde al estado de conciencia 		8 – 15	Cuidado de mediana calidad
				0 - 7	Cuidado de baja calidad

		<p>del paciente.</p> <p>21. Realiza cambios posturales, preservando a función respiratoria.</p> <p>22. Monitoriza permanente o cuando sea necesario la gasometría.</p> <p>23. Informa cambios en la gasometría para la toma de decisiones clínicas respecto a la salud del paciente.</p>			
--	--	--	--	--	--

Definición conceptual de términos.

- Motivación: Es lo que hace que un individuo actúe y se comporte de una determinada manera. Es una combinación de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos que decide, en una situación dada, con qué vigor se actúa y en qué dirección se encauza la energía.
- Conocimiento: Es el reflejo activo y orientado de la realidad objetiva y de sus leyes en el cerebro humano. Se caracteriza por ser fáctico, reflexivo, metódico, crítico, objetivo, histórico, comprobable, comunicable, teórico, organizado, sistemático, controlado analítico, claro y preciso; producto de la investigación científica, intenta explicar los hechos en términos de leyes.
- Experiencia: También llamado conocimiento empírico es el modo común, corriente de ver las cosas, es un pensamiento espontáneo de conocer resultados de mera familiaridad con los hechos o cosas que se presentan libremente ante nosotros es elaborado por el hombre en su trato cotidiano con las cosas, los objetos y hechos de la sociedad, sin un orden o procedimiento, sin método ni sistematización y mediante observaciones personales.
- Calidad: La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos
- Enfermera: Es aquel profesional que tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza,

voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

- Cuidado: Es un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud
- Vía aérea: Es la parte superior del aparato respiratorio. Es la parte por la que discurre el aire en dirección a los pulmones, donde se realizará el intercambio gaseoso. En el ser humano, está compuesto vía aérea superior, media y baja. Está compuesto por: Fosas nasales, boca, faringe, laringe, tráquea, bronquios y bronquiolos.
- Intubación endotraqueal: Es un procedimiento que tiene como objetivo mantener la vía aérea permeable, estableciendo una vía segura de comunicación y entrada de aire externo hasta la tráquea.
- Paciente: Es aquel individuo sano, o enfermo que requiere atención en salud.

Capítulo II: Diseño Metodológico

Tipo y diseño de estudio.

El presente estudio es de naturaleza cuantitativa y tipo descriptivo – correlacional. El estudio para el logro de los objetivos generales y específicos presentados en el planteamiento del problema, así como las variables que se manejan requiere el método descriptivo - correlacional, prospectivo - transversal .porque permite relacionar los factores: nivel de conocimientos, experiencia profesional y motivación laboral con el cuidado de calidad de la enfermera en la atención de la vía aérea del paciente intubado.

Es de tipo descriptivo, porque permite efectuar la descripción, análisis e interpretación de las interrogantes planteadas y es transversal porque la información es obtenida en un mismo momento. Según Sampieri (2008) nos dice que los estudios correlacionales son aquellos que tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables con el propósito principal de saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de una o más variables relacionales

La investigación será de diseño de Campo ya que los datos serán recolectados directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna (Hernández, 2014).

Descripción del área geográfica de estudio.

La investigación se realizará en el servicio de Emergencia del hospital de Baja Complejidad d Vitarte. Distrito de Ate Vitarte, Av. Nicolás Ayllon 5880. Un área de atención compleja, dinámica y altamente estresante.

Población y muestra

La población objeto de estudio estará conformada por licenciadas (os) en Enfermería, del servicio de emergencia, y dada la naturaleza de la variable que comporta subjetividad importante, se decidió trabajar con la totalidad de la población o muestra censal. Con un total de 37 enfermeras se toma como muestra para realizar el presente estudio.

Criterios de inclusión

- Todas las enfermeras que trabajan en el servicio de emergencia.
- Enfermeras de asignación fija con un periodo de antigüedad mayor de 03 meses.

Criterios de exclusión

- Enfermeras que no acepten participar en el estudio.

Instrumento de la recolección de datos.

Según Sabino (2008) menciona que cada uno de los distintos instrumentos de recolección de datos, representan los procedimientos de recolección necesaria para conocer las bases de una problemática y extraer de ello las debilidades y las fortalezas. Para la recolección de datos se utilizará las técnicas de la encuesta y la observación.

Como instrumentos se hará uso de un cuestionario de preguntas con el fin de identificar el nivel de conocimiento, experiencia profesional y motivación que posee la

enfermera del servicio de emergencia relacionado al cuidado de enfermería de la vía aérea en el paciente intubado y una lista de cotejo para evaluar la calidad de los cuidados en la vía aérea del paciente intubado.

En este instrumento se considera 3 partes importantes:

- Datos laborales y de experiencia profesional de la enfermera en el área
- Nivel de conocimiento de la enfermera en relación al cuidado de la vía aérea del paciente intubado
- Grado de motivación laboral de la enfermera en relación a los cuidados de la vía aérea

La lista de cotejo se utilizará para establecer el nivel de aplicación de la calidad de los cuidados de la enfermera en la vía aérea del paciente intubado.

Ambos instrumentos serán sometidos al juicio de expertos y la confiabilidad se establecerá mediante el cálculo del coeficiente alfa de Crombach.

Proceso de recolección de datos.

Se recolecto los datos mediante encuestas de preguntas cerradas y de elección propia, donde se evaluó los conocimientos, motivación, experiencia profesional y calidad de atención frente al cuidado de la vía aérea en pacientes entubados en el servicio de emergencia del hospital de baja complejidad de vitarte.

Análisis de la información.

Terminada la recolección de datos se procederá al ingreso de los datos en el software IBM SPSS Statistics Versión 22, donde se realizara la depuración de los datos; es decir, el control de calidad que se tendrá como criterio de eliminación a los casos que

presenten más del 10% de los ítems perdidos, luego se procederá a la preparación de los datos, para lo cual, se realizara la sumatoria de los valores obtenidos para cada ítem.

Una vez terminado el proceso de preparación de los datos se realizaran los pasos correspondientes para la comprobación de las hipótesis se aplicara la prueba paramétrica de correlación de Chi 2. Los resultados de correlación se presentaran en una tabla cruzada considerando el valor P, el valor del coeficiente de correlación de Pearson

Consideraciones éticas.

El presente proyecto de investigación contará con la respectiva autorización de las autoridades del programa del adulto mayor del centro de atención primaria III – Huaycán, Los datos serán obtenidos previo consentimiento informado, se respetará el derecho al anonimato y se asegura la confidencialidad y veracidad de la información mediante la codificación del instrumento, esta investigación es real de un estudio original y exento de plagio así como tampoco se juzgará el contenido de las respuestas vertidas en dichos instrumentos, se respetaran y se aplicaran los principios bioéticos

Principio de Beneficencia: Este principio tiene como base el no dañar, hacer el bien, pero fundamentalmente los valores éticos están dados en el comprender, significa buscar el bien del paciente.

Principio de la No - Maleficencia: En la praxis significa evitar hacer daño, evitar la imperancia, la imprudencia, la negligencia.

Principio de Autonomía: Refleja que la prioridad en la toma de decisiones, el cual decide lo que es conveniente para él durante el proceso de salud enfermedad. La toma de decisiones es un derecho que requiere de información adecuada, conocida esta práctica como el consentimiento informado

Capítulo III: Aspectos administrativos.

Presupuesto.

Recursos humanos y servicios.

DESCRIPCION	N° UNIDADES	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Asesoría estadística	1 sesión	S/ 100.00	S/ 100.00
Tipeo e impresión	200 hojas	S/ 1.00	S/ 200.00
Fotocopia	200 unidades	S/ 0.10	S/20.00
Movilidad Local	-----	-----	S/ 100.00
Sub total			S/ 320.00

Recursos materiales

DESCRIPCION	N° UNIDADES	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Papel Bond 80 gr	2 millares	S/ 35.00	S/ 70.00
Fotocopia	200	S/ 0.05	S/10.00
CD	5	S/3.00	S/15.00
Lapiceros, Plumones	15	S/2.00	S/30.00
Revistas	5	S/10.00	S/50.00
Subtotal			S/ 175.00

Presupuesto total.

FUENTES	COSTO TOTAL
Recursos humanos y servicios	S/ 320.00
Recursos materiales e insumos	S/ 175.00
TOTAL	S/ 495.00

Cronograma de Actividades.

ACTIVIDADES							
	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
1. Presentación del proyecto para evaluación	X						
2. Obtención de la autorización oficial			X				
3. Prueba piloto			X				
4. Ajuste de instrumento			X				
5. Coordinación con las jefaturas respectivas			X				
6. Recolección de datos				X	X	X	

7. Procesamiento y Análisis						X	
8. Elaboración de borrador de informe							X
9. Presentación de informe							X
10. Difusión de resultados							X

Referencias

- Alfaro, R. (2011). *Aplicación del proceso enfermero: Fundamento del razonamiento clínico*. New York: LWW; Eighth editio.
- Alligood, M. (2015). *Modelos y teorías en enfermería*. España : Elsevier.
- Cahua. (2015). “*Conocimientos y Prácticas de la Enfermera sobre la aspiración de Secreciones en Pacientes Intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos Hospital María Auxiliadora – Lima, 2013*”. Obtenido de [cybertesis.unmsm.edu.pe:](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/)
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4096>
- Coc, J. (2008). *Las competencias profesionales..*. Obtenido de [fceia.unr.edu.ar:](http://www.fceia.unr.edu.ar/)
http://www.fceia.unr.edu.ar/labinfo/facultad/decanato/secretarias/desarr_institucional/visitas_tematicas_guiadas/visitas_archivos_pdf/b_Competencias%20profesionales_Cocca.pdf
- Cook, M. (2000). *Coaching efectivo : cómo aprovechar la motivación oculta de su fuerza laboral*. Bogota : McGraw-Hill.
- Cruz, M. (2012). *Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida*. España : ELSEVIER.
- Díaz, L. P. (2010). *Avances en el cuidado de enfermería*. Bogota: Universidad Nacional de Colombia.
- Díaz, P. (2012). *El cuidado de enfermería y las metas del milenio*. Bogota: Universidad de Colombia.

- Flórez, G. (1994). *El comportamiento humano en las organizaciones*. Lima: Universidad del Pacífico.
- Gamboa, B., Huamanchoque, H., & Ramos, M. D. (2013). *Nivel de conocimiento y la práctica del cuidado de la vía aérea que realizan las enfermeras en pacientes críticos con tubo oro traqueal en la Clínica Good Hope - Lima, 2013*. Obtenido de revistascientificas.upeu.edu.pe: http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/194
- Garibay, A., & Guerrero, O. (2011). *Mis experiencias de enfermera*. España : Palibrio.
- Hernandez, C. (2015). *Calidad del cuidado de enfermería en el paciente hospitalizado: Cuál es el cumplimiento de los indicadores de calidad de atención de enfermería en el paciente hospitalizado*. España: Editorial Académica Española.
- Hernández, S. (2014). *Metodología de la investigación*. Mexico : McGraw-Hill Education.
- Lopez, Acevedo, & Hernandez. (2015). *Conocimientos y practicas de los cuidados que brinda el personal de enfermería a pacientes con Ventilacion Mecanica Invasiva en UCI*. Obtenido de [javeriana.edu.co](http://www.javeriana.edu.co): <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis116.pdf>
- Ministerio de Salud. (2006). *Compendio de guías de intervenciones y procedimientos de enfermería en emergencias y desastres*. Lima: Ministerio de Salud.
- Moreno, R. (2010). *Evaluación del cuidado de enfermería a la vía aérea artificial de pacientes en ventilación mecánica*". *El objetivo del estudio fue evaluar el*

cuidado de enfermería a la vía aérea de pacientes con ventilación mecánica.

Obtenido de <http://ninive.uaslp.mx/>

<http://ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/3052/4/MAE1ECE01001.pdf>

Narciso, R. (2008). *Nivel de conocimiento y práctica que tiene el enfermero(a) sobre la aspiración de secreciones en pacientes con intubación endotraqueal en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte.* Obtenido de unmsm.edu.pe:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4373/1/Narciso_Quispe_Raul_Dario_2009.pdf

OMS. (2005). *pacientes con tubos endotraqueales.* EE.UU: OPS.

OPS. (2006). *Calidad del cuidado .* Buenos Aires : OPS.

Rovira, E. (2012). *Urgencias en enfermería.* España : Sildeyver.

Rumbold, G. (2000). *Etica en enfermería.* Mexico : McGraw-Hill Interamericana Editores.

Samudio, & Baez. (2013). *Conocimientos, actitudes y practicas del personal de enfermeria sobre medidas de prevencion de neumonia asociada a la ventilacion mecanica en UCI.* Obtenido de revistascientificas.una.py:
<http://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/114>

Ugarte, S. (2016). *Trauma y paciente crítico.* Bogota: Distribuna Editorial.

Universidad Nacional de Colombia. (2006). *Cuidado y práctica de enfermería.* Bogota: Universidad Nacional de Colombia.

Vivanco. (2015). *Conocimientos y prácticas que realizan los enfermeros en la aspiración de secreciones en pacientes intubados en el Servicio de Emergencia de Adultos HNERM, Lima 2014*. Obtenido de ateneo.unmsm.edu.pe:
<http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/handle/123456789/4909>

Zarate. (2008). Analisis Critico del Cuidado . *La gestión del cuidado en Enfermería*, 12-16.

Anexos

Apéndice A:

Nivel de conocimientos, experiencia profesional, motivación laboral de la enfermera respecto a los cuidados de la vía aérea en pacientes intubados en el servicio de emergencia del hospital de baja complejidad de vitarte

Presentación

Sr. (srta.) enfermero (a) el presente cuestionario tiene por finalidad recabar datos para determinar nivel de conocimiento, experiencia profesional y motivación laboral que se relaciona al cuidado seguro de la vía aérea en el paciente intubado de la enfermera que labora en el servicio de emergencia del hospital de Baja Complejidad de Vitarte, las respuestas obtenidas se usarán solo con fines de estudio. Su colaboración es de gran importancia para el logro de los objetivos del trabajo. Será de carácter anónimo por lo que pedimos que sea el más sincero (a) posible. El propósito del estudio es alcanzar una propuesta de mejoramiento a partir de la información obtenida, tendente a contar en el mediano plazo con un protocolo que unifique el actuar de la enfermera con un nivel de conocimiento socializado institucionalmente.

INSTRUCCIONES

- Este instrumento consta de tres partes, estructurados de la forma siguiente:
 1. La primera parte consta de una serie de preguntas relacionada con los datos laborales y experiencia profesional de la enfermera.
 2. La segunda parte consta de una serie de preguntas de selección múltiple, relacionadas al conocimiento que posee la enfermera sobre el manejo de la vía aérea en el paciente intubado.

- c) 4 – 6 años ()
- d) 7 años a más ()

10. Tiempo de servicio en el área

- a) 0 años ()
- b) 1 – 3 años ()
- c) 4 – 6 años ()
- d) 7 años a más ()

11. Cuenta con especialidad en el área

- a) SI b) NO

Años de servicio como especialista

- a) 0 años ()
- b) 1 – 3 años ()
- c) 4 – 6 años ()
- d) 7 años a más ()

12. Enumere las capacitaciones referentes al área en el que labora, recibidas en los dos últimos años.

- a) 0 capacitaciones ()
- b) 1 - 3 capacitaciones ()
- c) 3 – 6 capacitaciones ()
- d) 7 a más capacitaciones ()

Apéndice B

Nivel de conocimiento respecto al cuidado de la vía aérea del paciente intubado

Lee detenidamente cada pregunta y marque con un aspa (X), la respuesta incorrecta

A. DEL CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO:

1. *Sobre el manejo y definición de la vía aérea:*

- a) Conjunto de medidas y procedimiento para mantener una vía aérea permeable.
- b) **Conjunto de normas para evitar la propagación de enfermedades respiratorias e interrumpir el proceso de infecciones.**
- c) Se divide en: vía aérea en superior, media e inferior.
- d) El concepto de manejo de vía aérea involucra mucho más que el proceso de intubación traqueal.
- e) Las indicaciones para el manejo de la vía aérea son: la PCR, la obstrucción aguda de la vía aérea, la necesidad de ventilación mecánica por insuficiencia respiratoria, incapacidad de eliminar de forma adecuada las secreciones bronquiales y la necesidad de protección de la vía aérea por pérdida de reflejos protectores con riesgo de broncoaspiración.

2. *Objetivos del manejo de la vía aérea*

- a) Asegurar la vía aérea permeable: por apertura de la vía aérea o mantener la vía aérea abierta
- b) Proporcionar oxígeno suplementario
- c) Instituir ventilación con presión positiva cuando es necesario
- d) **Mantener la vía abierta mediante cánulas: orofaríngeas o nasofaríngeas**

B. RESPECTO A LA PERMEABILIDAD DE LA VÍA AÉREA

3. *En la valoración al paciente intubado.*

- a) Valorar la señalización y fijación del TET
- b) Monitoriza parámetros de FC, FR, SatO₂, PA
- c) Vigilar la presión del manguito cada 6-8 horas

- d) Valorar las secreciones de las vía aereas, viscosidad, color y olor, etc., para detectar infecciones respiratorias. Si son muy viscosas es posible que haya que aumentar la humidificación del aire inspirado y necesidad de aspiración de secreciones.
- e) **Valorar hidratación, diuresis y tipo de alimentación acorde con la demanda del paciente.**

4. Respecto al uso de un sistema de aspiración de circuito cerrado:

- a) Para evitar romper el circuito cerrado del respirador, se introduce la sonda de aspiración por el tapón del svevel diseñado para tal fin.
- b) Entre los beneficios para el paciente que está siendo aspirado por un sistema cerrado se encuentra la reducción de riesgo de: Hipoxia, aumento de la presión intracraneal, bronco-espasmo
- c) Entre los beneficios para el profesional que utiliza un sistema cerrado de aspiración se encuentra la reducción de riesgo de: exposición
- d) **La forma correcta de calcular el tamaño de la sonda que va a usar en el sistema cerrado de aspiración es: Multiplicar el diámetro del tubo endotraqueal por 2 y usar la sonda de tamaño mayor siguiente**
- e) Al usar el sistema cerrado, la no desconexión del paciente evita fugas, no perdiendo el PEEP.

5. Respecto al uso del nebulizador en el paciente intubado:

- a) Al colocar el nebulizador, deberá esperar un tiempo prudencial para que se elimine el primer soplo de oxígeno que es seco, inmediatamente antes de ser aspirado.
- b) Coloca el nebulizador estéril
- c) Utiliza soluciones estériles para remover secreciones con la sonda de succión.
- d) **La nebulización deberá realizarse cada 2 horas o según necesidad**

6. Durante la aspiración de secreciones por circuito cerrado o abierto deberá:

- a) Extremar las medidas de asepsia en las maniobras de aspiración
- b) Usar una sonda en cada ciclo de aspiración
- c) La aspiración no debe superar los 15 segundos y retirar la sonda en sentido rotatorio
- d) Cambiar de sonda de circuito cerrado cuando no funciona o se ha contaminado.

- e) No es necesario la intervención de dos personas en la aspiración de secreciones por circuito cerrado.

7. Cuando se deben aspirar las secreciones al paciente intubado:

- a) Secreciones visibles en tubo orotraqueal, Crepitantes en la auscultación
- b) Disnea súbita
- c) Aumento de las presiones intratorácicas y caída del volumen minuto
- d) Aumento de SatO₂ y disminución del CO₂
- e) Antes de la extubación programada

8. Dentro de los pasos a seguir en la aspiración

Lavado y desinfección de manos, guantes estériles

Aspirar secreciones orofaríngeas

Incrementar la FIO₂ al 100% y monitorizar : Saturación de oxígeno, FC, TA

Valorar funciones respiratorias y evaluar la necesidad de aspiración.

Introducir la sonda y retirar en sentido giratorio. No emplear más de 10

Conectar al ventilador o ventilar con ambú entre cada aspiración

Dejar la FIO₂ como estaba programada.

Anotar en la grafica de enfermería las características de las secreciones aspiradas y los problemas que puedan haber surgido.

C. LIBRE DE GERMENES

9. Medidas asépticas que están relacionadas al cuidado seguro de vía aérea en pacientes intubados

- a) Técnica aséptica para la manipulación de todos los equipos de terapia respiratoria.+6-8*-+/
 - b) **La aspiración de secreciones debe ser realizadas por personal entrenado y con la asistencia de un ayudante.**
 - c) Filtros bacteriológicos interpuestos en el circuito del respirador.
 - d) Lavado de manos antes y después del contacto con el paciente intubado
 - e) Uso de barreras de protección según guía: mascarilla, mandilón, guantes.

D. MANTENER LAS CONDICIONES FISIOLÓGICAS.

10. Respecto al cuidado de la cavidad oral en el paciente intubado:

- a) Aspirar el contenido de la cavidad oral evitando la acumulación de secreciones.
- b) Aplicar un antiséptico bucal (Clorhexidina 0,12% y gasa) y vaselina en los labios.
- c) **Marcar con rotulador en el tubo a nivel de la comisura labial**
- d) Higiene oral cada ocho horas o según necesidad.
- e) Rotar la zona de apoyo del tubo una vez por turno para evitar úlceras de decúbito

11. Valora el estado de piel y mucosas, en el paciente intubado:

- a) Higiene de los ojos con suero salino, aplicar pomada epitelizante y aproximar los párpados si el paciente está sedado.
- b) Higiene de las fosas nasales
- c) Baño diario, mantener la piel limpia e hidratada.
- d) Observar la integridad del TET, que el paciente no esté mordiendo o aprisionando de forma excesiva, comprobar que no hay fugas, aumento de las presiones o disminución de volúmenes por este motivo.
- e) Marcar el TET a la salida de la cavidad bucal para identificar cualquier tipo de desplazamiento del mismo

12. Al hacer una correcta fijación externa del TOT que permita su inmovilización durante las manipulaciones que deben hacerse durante la aplicación de técnicas y cuidados, con ello se evitará:

- a) Lesiones debido a la tracción y roce de las cintas sobre la piel y cartílagos
- b) Progresión del TET hacia el bronquio derecho

- c) Extubación
- d) Rotación de la zona de apoyo una vez por turno
- e) Reducción unilateral de los ruidos respiratorios
- f) Verifica la colocación del tubo endotraqueal, marcándolo a nivel de la comisura labial con un rotulador.

13. Respecto a los cuidados del balón cuff:

- a) La presión interna del balón cuff debe estar situada entre 10 – 20 cmH₂O
- b) La presión adecuada del balón cuff evitará el compromiso vascular de la mucosa traqueal, pero es lo suficientemente importante para ocluir la vía aérea
- c) La presión adecuada del balón cuff evita fugas y microaspiraciones pulmonares.
- d) La presión interna del balón cuff debe estar situada entre 20 - 25 mmHg
- e) La presión del balón cuff debe comprobarse una vez por turno.

14. Identifica las vías de ingesta alimenticia compatible con la situación clínica del paciente

- a) Verificar por turno la permeabilidad de la SNG y la existencia de peristaltismo intestinal. Verificar la colocación de SNG. Nos ayudará a reducir el riesgo de aspiración y vaciado gástrico.
- b) Posteriormente favorecer la tolerancia a la nutrición enteral y comprobar la misma c/6 h.
- c) Controlar el ritmo de la eliminación intestinal.
- d) Controlar y anotar estrictamente aportes y pérdidas del paciente

15. Mantiene el ingreso de fluidos corporales acorde a la demanda del paciente.

- a) La hidratación del paciente es una medida profiláctica para prevenir acumulación de secreciones persistentes y espesas.
- b) Mantener el ingreso de fluidos corporales acorde a la demanda del paciente, y según indicación médica.
- c) Realizar balances hídricos diarios.
- d) Mantiene permeable las vías invasivas de acceso.
- e) Prestar atención a los estados edematosos.

16. Mantiene el nivel de sedación acorde al estado de conciencia del paciente.

- a) La escala RAMSAY, permiten valorar el nivel de sedación del paciente
- b) El uso de analgésicos permiten reducir los niveles requerimientos de sedación.
- c) Vigilancia estricta de funciones vitales, en especial de la función respiratoria, puede producir apnea.
- d) Produce flebitis, deben administrarse por vía venosa central, en su defecto por vía periférica de calibre grueso
- e) La escala de RAMSAY, se usa para elección de sedoanalgesia

17. Medidas a considerar para prevenir complicaciones infecciosas en el paciente intubado:

- a) Mantener al paciente incorporado a 30-45°
- b) Correcta presión del balón de neumotaponamiento
- c) Mantener la cavidad bucal y fosas nasales libres de secreciones
- d) Cambio de humidificadores y conexiones al alta del paciente
- e) Vigilar la existencia de distensión gástrica, aspirar el contenido gástrico si es preciso
- f) Lavado y desinfección de manos antes de cualquier manipulación

18. Respecto a la seguridad confort físico y psicológico al paciente intubado

- a) Baño diario, y piel hidratada.
- b) Valorar y tratar el dolor y la ansiedad
- c) Realiza cambios posturales, preservando a función respiratoria y fisioterapia motora.
- d) Hablarle aunque parezca dormido y fomentar el descanso nocturno.
- e) Cumplir con los registros por cada intervención de enfermería
- f) Mantener en todo momento debidamente informado al paciente.

19. Realizar los cambios posturales en el paciente intubado considerando:

- a) Salvo contraindicación hemodinámica, se indica mantener al paciente semiincorporado de 30-45°
- b) Colocar el cuerpo bien alineado y los miembros en posición funcional.
- c) Cambios posturales siempre c/4h, respetando sueño nocturno al menos durante 6h.
- d) Movilizaciones a sillón siempre y cuando no esté contraindicado
- e) Fisioterapia motora (Servicio de rehabilitación)

20. Cuáles son los criterios a considerar para la extubación

- a) Signos vitales estables y parámetros hemodinámicas.
- b) Paciente despierto y orientado o capaz de conservar la vía aérea abierta.
- c) **Técnica aséptica para la manipulación de todos los equipos de terapia respiratoria.**
- d) Gases en sangre dentro de límites aceptables después de 30 minutos con tubo, nebulizador en T, con oxígeno al 40%.
- e) Mediciones ventilatorias dentro de límites aceptables.

a) siempre

b) a veces

c) nunca

10. Le disgusta estar solo, se siente bien en equipo

a) siempre

b) a veces

c) nunca

11. Le gusta ayudar a otras personas

a) siempre

b) a veces

c) nunca

Apéndice D:**LISTA DE COTEJO****Calidad de los cuidados de la vía aérea del paciente intubado**

CONDUCTAS A OBSERVAR	SI	NO
<p>A. CONSERVACION DE LA PERMEABILIDAD AÉREA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Auscultación de ambos campos pulmonares. 2. Usa sonda de circuito cerrado o abierto con medidas asépticas 3. Coloca el nebulizador estéril (esperando un tiempo prudencial para que se elimine el primer soplo de oxígeno que es seco) inmediatamente antes de ser aspirado. 4. Utiliza soluciones estériles para remover secreciones con la sonda de succión. 5. Aspira al paciente antes de cambiar el tubo orotraqueal o antes de la extubación 6. Cambia de sonda de circuito cerrado cuando no funciona o se ha contaminado. 7. Coloca todo dispositivo que interviene en el proceso de aspiración, sobre la superficie estéril, mientras se aspira <p>B. VIA AÉREA LIBRE DE GERMENES</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Lavado de manos antes y después del contacto 9. Uso de guantes en cada procedimiento 10. Uso de mandilón, mascarilla, según guía. 11. Uso de materiales nuevos en todo procedimiento 		

C. MANTENER LAS CONDICIONES FISIOLÓGICAS		
<p>12. Realiza o verifica higiene oral cada 8 horas o según necesidad.</p> <p>13. Cambia circuitos externos del ventilador y filtros con técnicas asépticas cada 24 horas</p> <p>14. Valora el estado de piel y mucosas, alrededor del tubo endotraqueal</p> <p>15. Valora funciones vitales y saturación de oxígeno</p> <p>16. Fijación del tubo con precisión al alrededor de la boca.</p> <p>17. Verifica y mantiene la presión del cuff</p> <p>18. Identifica las vías de ingesta alimenticia compatible con la situación clínica del paciente</p> <p>19. Mantiene el ingreso de fluidos corporales acorde a la demanda del paciente.</p> <p>20. Mantiene el nivel de sedación acorde al estado de conciencia del paciente.</p> <p>21. Realiza cambios posturales, preservando a función respiratoria.</p> <p>22. Monitoriza permanente o cuando sea necesario la gasometría.</p> <p>23. Informa cambios en la gasometría para la toma de decisiones clínicas respecto a la salud del paciente.</p>		