

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Conocimiento del familiar acompañante sobre el cuidado del paciente con traqueotomía en el Servicio de Neurocirugía 13B del Hospital Edgardo

Rebagliati Martins, 2017

Por:

Maria Magdalena Davila Abanto

Jeanne Estela Zambrano Carrera de Portal

Martha Edith Zevallos Romero

Asesor:

Dra. María Ángela Paredes Aguirre

Lima, julio de 2017

Presentaciones en eventos científicos

IV Jornada Científica en Ciencias de la Salud “La Investigación y el Desarrollo de las Especialidades en Enfermería” 13 y 15 de junio del 2017. Universidad Peruana Unión – Lima.

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU

TIEF 2 D31 2017	<p>Davila Abanto, Maria Magdalena Conocimiento del familiar acompañante sobre el cuidado del paciente con traqueotomía en el Servicio de Neurocirugía 13B del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017. / Autoras: Maria Magdalena Davila Abanto, Jeanne Estela Zambrano Carrera de Portal, Martha Edith Zevallos Romero; Asesora: Dra. María Angela, Paredes Aguirre. Lima, 2017. 82 páginas.</p> <p>Trabajo de Investigación (2da Especialidad), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud. Escuela de Posgrado, 2017. Incluye referencias. Campo del conocimiento: Enfermería.</p> <p>1. Cuidados. 2. Traqueotomía. 3. Neurocirugía.</p>
------------------------------------	--

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, MARÍA ANGELA PAREDES AGUIRRE, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: “*Conocimiento del familiar acompañante sobre el cuidado del paciente con traqueotomía en el Servicio de Neurocirugía 13B del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.*” constituye la memoria que presentan las licenciadas: MARIA MAGDALENA DAVILA ABANTO, MARTHA EDITH ZEVALLOS ROMERO y JEANNE ESTELA ZAMBRANO CARRERA DE PORTAL, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Neurología y Neurocirugía, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veinticuatro días del mes de julio de 2017.



Dra. María Angela Paredes Aguirre

Conocimiento del familiar acompañante sobre el cuidado del paciente con traqueotomía en el Servicio de Neurocirugía 13B del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Presentado para optar el título profesional de Especialista en Enfermería en Neurología y Neurocirugía

JURADO CALIFICADOR



Dra. Mayela Cajachagua Castro

Presidente



Dr. Roussel Dulio Dávila Villavicencio

Secretario



Dra. María Angela Paredes Aguirre

Asesor

Lima, julio de 2017

Índice

Resumen.....	viii
Capítulo I	9
Planteamiento del problema.....	9
Identificación del Problema	9
Formulación del Problema.....	10
Problema general	10
Problemas específicos	10
Objetivos de la investigación	11
Objetivo General.....	11
Objetivos específicos	11
Justificación de la investigación	12
Justificación Teórica.	12
Justificación metodológica.....	12
Justificación práctica y social	13
Presuposición filosófica	14
Capítulo II Desarrollo de las perspectivas teóricas.....	16
Antecedentes de la investigación	16
Definiciones conceptuales	20
Conocimiento.....	20
Técnicas para realizar una traqueotomía.....	26
Bases teóricas.....	35

Teoría de Jean Watson.....	35
Teoría de Virginia Henderson.....	36
Teoría de Florence Nightingale	40
Capítulo III Metodología	41
Descripción del lugar de ejecución.....	41
Población y muestra.....	41
Población.....	41
Muestra	41
Criterios de inclusión y exclusión.....	42
Tipo y diseño de la investigación.....	42
Identificación de variables	43
Variable principal.....	43
Variables secundarias.....	43
Operacionalización de variables	44
Técnica e instrumentos de recolección de datos	47
Validez y confiabilidad del instrumento	47
Proceso de recolección de datos	48
Procesamiento y análisis de datos.....	48
Consideraciones éticas	49
Capítulo IV Administración del proyecto de investigación.....	51
Presupuesto	51
Cronograma de ejecución	52

Referencias.....	53
Apéndice	64
Apéndice A: Instrumento de recolección de datos	65
Apéndice B: Validez del instrumento	73
Apéndice C: Confiabilidad del instrumento	74
Apéndice D: Consentimiento Informado	76
Apéndice E. Matriz de consistencia.....	78
Apéndice F: Escala de valoración para la variable conocimiento	81

Resumen

Los pacientes portadores de una traqueostomía, que son dados de alta, presentan riesgo de padecer complicaciones e incluso la muerte, esta situación muestra la importancia que tiene la educación que debe brindar el profesional de enfermería al familiar del paciente traqueotomizado con la finalidad de que este mejore sus conocimientos acerca de los cuidados que se dan al paciente. Este estudio tiene como objetivo identificar el nivel de conocimiento del familiar acompañante sobre los cuidados del paciente con traqueotomía del Servicio de Neurocirugía (13B) del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Es de tipo descriptivo, no experimental. La muestra será de 100 familiares acompañantes, seleccionados a conveniencia del investigador. El instrumento que se utilizará fue validado a través de juicio de expertos obteniendo en la prueba de V de Aiken el valor de 0.93. También se realizó una prueba piloto a 15 para poder realizarla prueba de Kuder Richardson llamada KR-20 reportando un valor de 0.71. Los resultados ayudarán a que el profesional de enfermería identifique en que aspectos o dimensiones del cuidado se debe educar al familiar acompañante para que este pueda brindar un cuidado óptimo al paciente traqueostomizado. Asimismo, ayudará a que el familiar acompañante tome reflexión con relación a los conocimientos que debe reforzar para estar preparado y brindar los cuidados necesarios a su paciente.

Palabras claves: Cuidados, traqueotomía y neurocirugía.

Capítulo I

Planteamiento del problema

Identificación del Problema

La traqueostomía es un procedimiento frecuentemente realizado en los pacientes neurocríticos con la finalidad de facilitar el adecuado manejo respiratorio. (Zapata y López, 2016). La razón de traqueostomía puede ser diversa, pero los pacientes tienden a tener una larga duración de la estancia (Mihae, 2010); estos pacientes portadores de una traqueostomía, que son dados de alta, presentan riesgo de padecer complicaciones e incluso la muerte; las tasas de mortalidad reportada en los estudios muestran una alta variabilidad dependiendo de la economía del país. El estudio de Kollef, Ahrens y Shannon (1999), realizado en Estados Unidos, reporto 13.7% de muertes, diferenciándose del estudio de Mpe y Mphahlele (2005) realizado en Sudáfrica, donde se reportó una tasa de mortalidad del 57%. Con respecto a las complicaciones también se ha reportado tasas elevadas de 35.24% (Kawale, 2017), 41% (Friedman et al, 1996) y 84% (Ferreira et al, 2008). Esta situación muestra la importancia que tiene la educación que debe brindar el profesional de enfermería al familiar del paciente traqueotomizado con la finalidad de que este mejore sus conocimientos acerca de los cuidados que se dan al paciente. Se ha identificado que la tasa de nivel de conocimiento de los familiares acompañantes, sobre los cuidados en pacientes con enfermedad crónica discapacitante (pacientes dependientes de un cuidador), en distintos países, son en su mayoría deficientes, por ejemplo: en Argentina se identifica un nivel deficiente en el 64,44% de los casos estudiados, en Guatemala un 74% de deficiencia y en Colombia un 66.67% (Ortiz et al, 2006), es evidente que en estos estudios, desligados de una problemática clara y real, muestran cifras que tienden a indicar que el

conocimiento del familiar es deficiente; sin embargo, no se puede generalizar esa idea como una realidad presente en todo contexto sin que exista una investigación que la respalde; por ello, aún se sigue realizando estudios para poder conocer cuáles son los niveles de conocimiento del familiar acompañante en un determinado lugar y así poder realizar una estrategia para mejora.

En el Servicio de Neurocirugía (13B) del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HERM), ingresan un promedio mensual de 90 pacientes que presentan diversas patologías como: aneurismas, traumatismo encéfalo craneano, craneoplastías, etc; de los cuales, según el libro de egresos y observando las epicrisis existentes, un promedio de 10 pacientes son dados de alta semanalmente, portando una traqueotomía; quedando a responsabilidad de un familiar acompañante, en su domicilio. Las investigadoras observan que, durante la estancia hospitalaria, los familiares se asustan al ver a su paciente con una traqueotomía, exigen que se los aspire en cada momento y, en el momento del alta, expresan su preocupación acerca de cómo harán los cuidados en su casa, sumándole a ello, el reingreso de los pacientes con traqueotomía debido a complicaciones, en los diferentes servicios de medicina. En ese sentido la presente investigación se torna relevante para poder identificar el nivel de conocimiento del cuidado, y en base a ello, el profesional de enfermería pueda orientar su actuar

Formulación del Problema

Problema general

¿Cuál es el nivel de conocimiento del familiar acompañante sobre los cuidados del paciente con traqueotomía en el Servicio de Neurocirugía (13B) del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017?

Problemas específicos

¿Cuál es el nivel de conocimiento del familiar acompañante sobre la limpieza y desinfección de los materiales utilizados en el cuidado del paciente con traqueostomía en el Servicio de Neurocirugía (13B) del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017?

¿Cuál es el nivel de conocimiento del familiar acompañante sobre la curación del estoma del paciente con traqueotomía en el Servicio de Neurocirugía (13B) del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017?

¿Cuál es el nivel de conocimiento del familiar acompañante sobre la aspiración de secreciones del paciente con traqueotomía en el Servicio de Neurocirugía (13B) del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017?

¿Cuál es el nivel de conocimiento del familiar acompañante en el manejo de complicaciones del paciente con traqueotomía en el Servicio de Neurocirugía (13B) del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017?

Objetivos de la investigación

Objetivo General

Identificar el nivel de conocimiento del familiar acompañante sobre los cuidados del paciente con traqueotomía del Servicio de Neurocirugía (13B) del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Objetivos específicos

Identificar nivel de conocimiento del familiar acompañante sobre la limpieza y desinfección de los materiales utilizados en el cuidado del paciente con traqueotomía del Servicio de Neurocirugía (13B) del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Identificar el nivel de conocimiento del familiar acompañante sobre la curación de la estoma del paciente con traqueotomía en el Servicio de Neurocirugía (13B) del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Identificar el nivel de conocimiento del familiar acompañante sobre la aspiración de secreciones del paciente con traqueotomía en el Servicio de Neurocirugía (13B) del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Identificar el nivel de conocimiento del familiar acompañante en el manejo de complicaciones del paciente con traqueotomía en el Servicio de Neurocirugía (13B) del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Justificación de la investigación

Justificación Teórica.

La investigación sistematiza información actualizada respecto al cuidado en general y al cuidado que brinda en específico el familiar acompañante, considerando el rol que este debe cumplir, como parte de sus deberes familiares, sociales y legales. Además, la investigación converge su desarrollo con la teoría del cuidado y asistencia considerado por Katie Eriksson. Esta teoría de enfermería sostiene que, la asistencia no puede darse por sobreentendida, sino que presupone un esfuerzo consciente para cuidar a la otra persona dejando en claro que el cuidado requiere, por parte del familiar cuidador, la integración de los elementos: tiempo, espacio, presencia absoluta, gran intensidad y vitalidad, cercanía, reposo, respeto, honestidad y tolerancia (Raile y Marriner, 2010).

Justificación metodológica

La relevancia metodológica de la presente investigación radica en el aporte de los investigadores con un instrumento válido y confiable para medir el conocimiento de los familiares sobre el cuidado al paciente traqueostomizado cuando se encuentre fuera del ámbito hospitalario.

Justificación práctica y social

La investigación ayudará a que el profesional de enfermería identifique en que aspectos o dimensiones del cuidado se debe educar al familiar acompañante para que este pueda brindar un cuidado óptimo al paciente traqueostomizado. Asimismo, ayudara a que el familiar acompañante tome reflexión con relación a los conocimientos que debe reforzar para estar preparado y brindar los cuidados necesarios a su paciente. También ayudara a que hospital pueda realizar programas de capacitación para los familiares acompañantes, beneficiando no solo a los familiares, pacientes y profesionales involucrados, sino al hospital mismo mediante una posible reducción en costos de reingresos de los pacientes.

La investigación también adquiere una importancia social ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) en su declaración de los Derechos Humanos en su Artículo 3ro menciona que "Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona". En el Perú, la Constitución Política del Perú Capitulo II de los derechos sociales y económicos en su Artículo 7.- Derecho a la salud. Protección al discapacitado dice "Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa". En este sentido los resultados de la investigación facilitarán para el personal administrativo de la institución puedan evaluar los aspectos que se podrían mejorar para que el paciente traqueotomizado pueda recibir una atención adecuada

directamente a través del personal interno e indirectamente a través de los cuidados de un familiar capacitado.

Presuposición filosófica

En la santa Biblia, Jesús enseña que, para vivir según los preceptos de Dios, el ser humano debe amar al prójimo como a uno mismo. Cuando Jesús predicaba ello, había algunos que preguntaban a Jesús: ¿quién es el prójimo?; entonces, Jesús relato una parábola que contaba sobre las acciones de un buen Samaritano que ayudo a un hombre, que fue asaltado quedando muy mal herido, mientras que otros, al ver que este necesitaba ayuda, simplemente lo ignoraron y pasaron de frente; de esta manera Jesús manifestó a los que escuchaban esto que “el prójimo es aquel que practica la misericordia, ayudando, atendiendo y cuidando al que lo necesita” (Lucas 10:25-37). La directriz de esta sagrada enseñanza guarda concordancia con lo que sostienen la teórica Kari Martinsen cuando define que “el cuerpo ha sido creado como un todo por ello necesita un espíritu que, mediante el corazón, pueda sentir conmoción por el sufrimiento del otro y la situación en que el otro se encuentra; es allí donde nace el amor a nuestro prójimo el cual se aúna con un discernimiento concreto, práctico, profesional y moral” (Raile y Marriner, 2010). Estas definiciones y enseñanzas guardan una relación directa con la investigación ya que el prójimo se identifica como el familiar acompañante quien practica basado en el amor hacia el otro, la misericordia con el paciente, ayudándolo, asistiéndolo, entendiéndolo y sintiendo el sufrimiento del mismo.

Capítulo II

Desarrollo de las perspectivas teóricas

Antecedentes de la investigación

Ortiz et al. (2006) realizaron una investigación titulada “Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Mirada internacional” desarrollada en Bogotá Colombia. El estudio fue desarrollado bajo el enfoque cuantitativo, con diseño descriptivo-comparativo en una cohorte de 270 cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica distribuidos homogéneamente en tres grupos, a quienes se les aplicó el Inventario de Habilidad del Cuidado (CAI), tomando en cuenta a los participantes por países se evidenció proporcionalidad en los participantes que pertenecían a Consulta Externa y Hospitalización. Los resultados respecto a las características de los participantes se describen a continuación considerando el orden de países siguiente para los datos: Argentina, Guatemala y Colombia. La mayoría de los cuidadores fueron mujeres: 80%, 73% y 83.33%; la mayoría pertenecía al grupo etario de 36 a 59 años de edad: 58.89%, 46%, 44.44%; la mayoría de los pacientes cuidados en el país de Argentina presentó mayor edad que sus cuidadores 56.67%; sin embargo, en los países de Guatemala y Colombia la mayoría de los pacientes fue menor que su cuidador 58% y 64.44% respectivamente. En cuanto al tiempo de cuidado en meses, también se observó que en Argentina el cuidado que brindaba el participante tenía ya una duración entre 7 y 18 meses 38.89%, difiriendo estos datos en Guatemala y Colombia donde se evidenció un cuidado mayor a 37 meses en 52% y 53.33% respectivamente. Los resultados con respecto al nivel de habilidad de cuidado de los participantes fueron catalogados como óptimo en 28.89%, 32% y 28.89%, y deficiente en 71.11%, 68% y 71.12% para Argentina, Guatemala y Colombia respectivamente.

Del mismo, atendiendo al orden descrito para los países, los componentes de la habilidad de cuidado evidenciaron similar distribución; el conocimiento deficiente se evidenció en 64.44%, 74% y 66.67%; el valor también fue deficiente en 68.89%, 71% y 71.12% y por último la paciencia fue deficiente en 70%, 69% y 67.77%. Tomando como base los resultados el autor recomienda el cuidado de los cuidadores y pone énfasis en la ayuda a su crecimiento continuo, además de hacer mención de la capacitación a los profesionales de enfermería para efectuar un cuidado oportuno al cuidador.

Zorro (2010) desarrollo una investigación titulada “Necesidades de conocimiento de los cuidadores de niños con daños neurológico” en la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. El objetivo de dicha investigación fue identificar las necesidades de conocimiento de los cuidadores informales frente al manejo de dispositivos de gastrostomía o traqueotomía en niños con daño neurológico, en una institución de Bogotá; el estudio fue desarrollado con un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, transversal, descriptivo e incluyó a una muestra de 15 cuidadores de niños con daño neurológico, las edades de los cuidadores estuvo comprendida entre 26 y 41 años, el 100% fue del sexo femenino y respecto a la preparación académica el 40% presento estudios de nivel primario, el 33% nivel secundario y el 27% profesionales con estudios concluidos. Los resultados reportaron que el 50% no sabe identificar las señales de estrés, el 50% no sabe cómo dar oxígeno y el 100% no sabe cuándo y por qué darlo. El autor afirma que a pesar de que el cuidador ha asumido esta responsabilidad por un tiempo mayor a un año, persisten las necesidades de conocimiento.

Ali y Wafaa (2007) publicaron una investigación llamada “Un estudio comparativo de las complicaciones de la traqueotomía quirúrgica en pacientes críticamente enfermos con obesidad

mórbida”, realizada en el Centro Médico del Condado de Erie, Nueva York, EE. UU. El escenario que se planteó fue que existe poca información comparativa objetiva sobre las complicaciones postoperatorias de la traqueotomía en pacientes con obesidad mórbida. El estudio tuvo un carácter cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo. El objetivo de este estudio fue determinar la incidencia de las complicaciones asociadas con la traqueostomía abierta en pacientes con obesidad mórbida en estado crítico durante la hospitalización. Durante un período de seis años, todos los pacientes con categoría obesidad mórbida (índice de masa corporal [IMC] mayor que o igual a 40 kg / m) que se sometieron a una traqueotomía abierta electiva se compararon con una categoría de grupo control (IMC de menos de 40 kg / m) de la misma institución. Las variables analizadas incluyeron edad, sexo, IMC y las razones de la traqueostomía. Todas las complicaciones relacionadas con la traqueotomía-postoperatorias que se produjeron durante la hospitalización, incluyendo la muerte, se registraron. Se realizó una traqueotomía en 89 pacientes con obesidad mórbida de 427 pacientes críticamente enfermos. Un total de 25 % de complicaciones se identificó dentro del grupo de pacientes con obesidad mórbida y en el grupo de control se identificó un 14 % de complicaciones. Los autores determinaron que el riesgo de complicaciones de traqueostomía en el estado crítico de obesidad mórbida es mayor que en pacientes no obesos mórbidos y puede estar asociada con la permeabilidad de la vía aérea, la obstrucción del tubo y mal posicionamiento de la traqueostomía después de ser desalojado.

Celedón et al. (2007) llevaron a cabo la investigación titulada “Traqueostomía Abierta vs Traqueotomía Percutánea” en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile; el objetivo fue comparar dos técnicas según la duración del procedimiento y las complicaciones del

perioperatorio y postoperatorio. El diseño de la metodología de este estudio fue de carácter cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo. El estudio se realizó a 50 pacientes seleccionados en forma aleatoria, la técnica abierta o quirúrgica se aplicó a 25 pacientes, categorizados como grupo A, y la técnica percutánea a los 25 restantes categorizados como grupo P. Los resultados reportados para complicación perioperatoria fue 16% para el grupo A (los más frecuentes sangrados y desaturación) y 40% en el grupo P (los más frecuentes pérdida de vía aérea y desaturación); en complicación posoperatoria se evidenció infección en el grupo A 2% y en el grupo P la infección, decanulación y sangrado se presentaron un 4% cada uno. Los resultados en cuanto a la duración de la traqueostomía no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre la técnica abierta y percutánea, ni en el tiempo de la cirugía propiamente dicha ($t=1.95$, $S=0.06$), ni el tiempo total ($t=1.109$, $S=0.27$). Los autores finalizan la conclusión admitiendo a la luz de los datos que en la muestra estudiada no hay diferencias significativas en cuanto a complicaciones y tiempo de duración entre ambas técnicas.

Fernández y Tarillo (2012) realizaron un estudio titulado “El cuidado del enfermero a personas con traqueostomía: Un estudio desde la perspectiva del familiar cuidador”. Esta investigación se desarrolló dentro del hospital EsSalud de Chiclayo, en el año 2012, y tuvo como objetivo analizar el cuidado que brinda enfermería a la persona con traqueotomía desde la perspectiva del familiar cuidador. El estudio evaluó tres contenidos del cuidado: experiencias de emociones y sentimientos en familiares cuidadores, cuidado de enfermería desde la perspectiva del familiar, insatisfacción de la familia en cuanto a la comunicación y educación. La investigación fue desarrollada tomando el enfoque cualitativo, los datos fueron recolectados a través de una entrevista no estructurada la cual se orientó a comprender, describir, explicar e

interpretar el cuidado que brinda el profesional de enfermería a los pacientes portadores de traqueostomía que se encontraron hospitalizados desde el punto de vista del familiar que cuida. Los resultados indicaron una percepción negativa del familiar sobre el cuidado que brindan los profesionales, quedando a flote esta percepción por que no se satisfacen las necesidades que tiene el paciente traqueostomizado al momento de ser atendidos.

Definiciones conceptuales

Conocimiento

El verbo conocer se define como el resultado del proceso de “averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas” (RAE, 2014), esta definición da a entender que el conocimiento es el producto del proceso que tiene la persona al momento de hacerse consciente de una determinada realidad, la cual inicia con una percepción sensorial, pasa por el entendimiento de ese algo para finalmente terminar en la razón. Al hablar del conocimiento se hace referencia a una relación existente entre sujeto y objeto. “El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo)” (Ramírez, 2009). Son muchas las aproximaciones que se da para el término conocimiento. A pesar de ser un proceso que se da día a día, no hay concordancia en lo relacionado a lo que sucede cuando se llega a conocer algo (Martínez y Ríos, 2006), para estos mismos autores el conocimiento se entiende de diversas formas: (a) como contemplación, porque para conocer se tiene que ver, (b) como asimilación, porque para conocer se tiene que absorber un conjunto de elementos que enriquezcan lo que se posee o no sobre algo, y (c) como creación, porque se genera o engendran los nuevos conocimientos. Platón, el filósofo griego menciona que el conocimiento es todo aquello que necesariamente es verdad a esto también se le conoce como

episteme. Es importante que se pueda hacer la clara diferencia entre conocimiento y los conceptos de creencia y opinión, pues estas últimas se caracterizan por ignorar la realidad de las cosas, llegando a formar parte de lo que es probable y lo que aparenta ser (Ipanaque y Contreras, 2017) Asimismo, Descartes define que el conocimiento reside en el pensamiento y que todas aquellas cosas que podamos distinguir claramente con él son ciertas. (Ramírez, 2009). En relación con estas definiciones se puede asociar, de acuerdo con la directriz de la investigación, al conocimiento como conjunto de saberes teóricos y prácticos que tiene una determinada persona sobre algún tema u contexto específico.

Medición del conocimiento

El conocimiento es medido dependiendo del contexto y de lo que se requiera saber. Es decir, que el instrumento para medir el conocimiento es construido específicamente para un determinado tema. En el caso de las investigaciones en el campo de la salud se evidencia que la mayoría de investigadores consideran la evaluación del nivel de conocimiento en tres categorías (Navarro y López, 2012; Choccare, 2008; Rojas, 2015; Lira, 2009; Pousa, 2017 y Rodríguez, 2008). Los nombres que reciben estas categorías son: baja, media y alto y en algunos casos se utilizó la variante de conocimiento bueno, regular y malo.

Familia

La Real Academia Española (RAE, 2014) define a la familia como un “conjunto de personas emparentadas entre sí” (ascendientes y descendientes), la característica fundamental de este concepto es que los miembros por lo general viven bajo un mismo techo, o que en algún momento de sus vidas han convivido. Los roles entre cada individuo son fijos, (padre, madre

hermanos, abuelos, etc.), y estos pueden darse por vínculos de consanguinidad y que mantiene la unidad gracias a la presencia de sentimientos afectivos.

La familia es el conjunto de individuos que conviven y desarrollan una unidad de cooperación entre sus miembros con el único objetivo de garantizar supervivencia física y económica, desarrollo, estabilidad emocional y proteger a sus miembros en situaciones difíciles. Un principio que forma la base de la estructura familiar es la solidaridad y esto se da en el sentido de que los recursos son comunes y se usan especialmente para atender a las necesidades de los más débiles, niños y ancianos (García et al., 2004).

En el contexto de la investigación, se puede mencionar la definición de Zomeño (2015) quien afirma que “la familia es la que más conoce al paciente. Tiene derecho propio de decisión cuando el paciente está en situación de no poder manejar su vida. La familia es parte activa del paciente en la recuperación de la salud. La familia ayuda y colabora con el paciente para mejorar su estado de salud, y da apoyo y ayuda al paciente en su enfermedad y rehabilitación dentro y fuera del hospital” (p. 12).

El familiar acompañante

El familiar acompañante también llamado familiar cuidador, es aquella persona que tiene una relación personal unidos por vínculos de parentesco, amistad o solidaridad con la persona enferma (López, 2015) es la que asume ser responsable de la supervisión y apoyo en la ejecución de tareas de la vida cotidiana, con la intención de hacer una compensación entre la disfunción que existe entre la persona y la enfermedad (Barrera, Pinto, Sánchez, Carrillo y Chaparro, 2010). Al cuidado familiar el estado no lo valora actualmente como un recurso asistencial (Castro y

Zarzosa, 2006) cuando debería tener una valoración y capacitación por el rol asistencial que realiza fuera del ambiente hospitalario.

Traqueotomía

La Real Academia Española (RAE, 2014) define a la traqueostomía como “la abertura que se hace artificialmente en la tráquea para facilitar la respiración a ciertos enfermos”, éste procedimiento quirúrgico radica en crear una apertura y la fijar la tráquea a la piel del cuello (Loring, Alfio, y Rinaldo, 2008); el material que se utiliza es la cánula subglótica, la cual facilita el paso de aire y a todo el proceso de la ventilación mecánica en la tráquea del paciente, este procedimiento se realiza de manera temporal, por un problema agudo de las vías respiratorias y cuando este problema se resuelve el siguiente paso es la retirada de la cánula (Basco, Fariña y Hidalgo, 2010); sin embargo, también es aplicable cuando se requiere una abertura definitiva (Loring, Ferlito y Rinaldo, 2008), inicialmente se conoció como una intervención de urgencia o emergencia, pero hoy la mayoría de las veces es una intervención programada (Caravaca ,2014).

Es importante aclarar la diferencia entre los conceptos de traqueotomía y traqueostomía, la primera ya fue definida, la segunda es también una abertura creada a través de la base del cuello hacia la tráquea, pero de manera temporal para realizar una revisión o retirar los cuerpos extraños o la resección de alguna masa que pueda estar en las vías aéreas de la persona; el procedimiento finaliza con el cierre traqueal, circunstancia en la que radica la diferencia respecto a la traqueostomía (Pérez, 2015).

Materiales y equipos de la traqueotomía

Para una mejor comprensión de la investigación es importante definir las partes con las que cuenta una traqueotomía. López (2015) en su investigación “Cuidados enfermeros en el paciente traqueotomizado”, define las partes de la traqueotomía en los siguientes puntos:

Cánula Traqueal

Tubo curvo de 2 a 3 pulgadas de largo que se coloca en una abertura creada mediante cirugía (traqueotomía) en la tráquea para mantenerla abierta, Fernández y López (2015) agrupan los tipos de cánula traqueal teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Según la presencia de fenestración

Cánula traqueal fenestrada, con un orificio u orificios en la laringe. Facilita la exclusión de las secreciones por la boca y la fonación. Además de ayudar al paciente para que respire por la nariz, le ayuda en la recuperación del sentido del gusto y del olfato, al humidificarse el aire tiende a aumentar la eficacia de la tos y expectoración, reduciendo la aspiración de secreciones. Este tipo de cánulas hace que el proceso de decanulación sea fácil.

Cánula traqueal no fenestrada, se caracterizan por no presentar aberturas, este tipo de cánula en algunas situaciones puede presentar o como también no presentar balón endotraqueal.

Según la presencia o no de balón endotraqueal

Cánula con balón endotraqueal, es utilizado para ventilar mecánicamente pacientes con altas presiones. Es utilizado especialmente en individuos que presentan riesgo de aspiración. Este deberá permanecer inflado, en cualquier caso.

Las cánulas sin balón endotraqueal, se prescriben en estadios avanzados del destete y decanulación, se utilizan cuando el paciente es capaz de respirar por sí mismo.

Según el material de la cánula

Metálicos, son los de menor uso.

De polivinilo, tienen una estructura rígida, pero hace sencillo el proceso de inserción. Su uso es recomendable cuando se estima una corta duración de la traqueotomía. Por no presentar un ajuste apropiado son las que generan más complicaciones locales.

De silicona, son cánulas muy blandas y ocasionan menos daño en la tráquea. Se utilizan en traqueotomías prolongadas.

Endocánula o camisa interna

Es un tubo que se utiliza para ajustar en la cavidad interior del tubo de la cánula. Este elemento facilita el manejo y la limpieza de la cánula.

Guía

Es un plástico en punta cuya finalidad de su diseño es conseguir un fácil manejo a la hora de que se inserta el tubo dentro de la tráquea.

Balón de endotraqueal

Es el balón cuya finalidad es mantener una posición alineada del tubo, garantizando un sellado adecuado, para evitar de esta manera que exista fuga de aire o que se aspire contenido orofaríngeo. Evita la presencia de broncoaspiraciones. El balón endotraqueal debe estar insuflado, la presión recomendada es entre 20-40; no debe superar los 40 cm H₂O.

Aletas de sujeción

Es un dispositivo que se utiliza para asegurar y mantener la posición de la cánula.

Cinta de fijación

Es una cinta suave, que se utiliza para sujetar la cánula al cuello.

Aplicabilidad de la traqueotomía

Históricamente, la traqueotomía se ha realizado para el alivio de la obstrucción de la vía aérea superior (Sharma y Feliciano, 2013). Zenk et al. (2009), identificaron los porcentajes de distintas patologías donde se aplica la traqueostomía dentro de los cuales están: obstrucción superior de la vía aérea 27%, síndromes craneofaciales 3.5%, la ventilación mecánica a largo plazo 22.3%, déficit neurológico 25.9%, trauma y las secuelas 16.5% y la parálisis bilateral de cuerdas vocales 4.7%. Asimismo, la traqueostomía también se aplica cuando el paciente requiere una intubación orotraqueal prolongada se estima mayor a 21 días (Shirawi y Arabi, 2006), no solo porque pasada esa cantidad de días la intubación orotraqueal comienza a presentar daños en la tráquea del paciente. Sino porque en términos generales presenta muchas ventajas como: simplificación del cuidado de las vías respiratorias, comodidad del paciente y facilidad de comunicación del paciente (Astrachan, Kirchner y Goodwin, 1988).

Técnicas para realizar una traqueotomía

Traqueostomía quirúrgica (TQ)

También llamada técnica abierta, consiste en la disección de los tejidos pretraqueales e inserción de una cánula de traqueotomía bajo visión directa de la tráquea. Se realiza mediante una intervención en la sala de operaciones y con el personal adecuado (Rimondi et al., 2017).

Traqueotomía percutánea (TP)

Consiste en la introducción de una cánula traqueal mediante disección roma de los tejidos pretraqueales, utilizando una guía tipo J. Se puede realizar en una sala de operaciones o en la unidad donde está el paciente (Rimondi et al., 2017). Esta técnica fue estandarizada en 1985 por

Ciaglia y actualmente hay varios estudios que la han validado como equivalente comparable en procedimiento a la traqueotomía quirúrgica (Caravaca, 2014).

La predisposición frente a la utilización de una o de otra, depende del contexto y condición, por ello ambas técnicas son motivo de estudios hasta la actualidad. Sin embargo, la tendencia actual hacia técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas y el desarrollo de servicios intervencionistas en especialidades no quirúrgicas estimula un interés considerable hacia la traqueotomía percutánea (Susanto, 2002) ya que, en pacientes con obstrucción de las vías respiratorias, es una mayor alternativa (Sharma y Feliciano, 2013) debido a que el tiempo de duración del procedimiento es considerablemente menor, la incisión cutánea es más reducida, el riesgo de hemorragia inmediata es menor, se desarrolla menor disección, menor riesgo de perforación de la pared posterior de la tráquea, presenta mejor resultado estético tras la retirada de la cánula (Basco, Fariña y Hidalgo, 2010), menor incidencia de hemorragia perioral e infección postoperatoria, una considerable reducción de los gastos ya que no requiere el uso de una sala de operaciones y por tanto menos personal en la intervención (Freeman et al., 2001). Sin embargo, cuando el paciente presenta condiciones anatómicas como, cuello corto o un aumento de tejido adiposo, es más favorable realizar una traqueostomía quirúrgica (Ho, Wysocki, Hogan y White, 2012).

El paciente traqueostomizado

El paciente traqueostomizado es una persona que llega a experimentar cambios emocionales y físicos los cuales se relacionan con el impacto que supone el diagnóstico y el procedimiento en sí (Caravaca, 2014); por ello, es importante que el paciente reciba un cuidado holístico y focalizado, de manera personalizada atendiendo la individualidad de cada caso, y esto

por la diferencia que existe entre una persona y otra para afrontar un problema, el dolor y el impacto de la enfermedad (Fernández, 2015) y las necesidades físicas, psicológicas y sociales que evidentemente no podrán satisfacer por sí mismo. López (2015). En relación a ello, es importante que los cuidados y curas llevados a cabo durante el ingreso hospitalario, por personal de enfermería, deben ser aprendidos, en cierto rango, por los familiares acompañantes, con la finalidad de brindar al paciente cuidados que le permitan vivir con comodidad y seguridad su día a día (Caravaca, 2014).

Concepción del cuidado

El cuidado es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal, muchas veces el familiar más cercano al paciente se convierte en el cuidador principal, asumiendo la responsabilidad sobre el soporte físico, emocional y económico de la persona (Federación Catalana de asociación de familiares [FECAFAMM], 2012). Asimismo, Watson, considera que “cuidar es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe; el cuidado ha sido relevante, constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos”. Finalmente, Collière (1993) sustenta que cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para ello, es muy importante el conocimiento pues para asumir el rol de manera adecuada es indispensable saber cómo actuar o como atender las necesidades de la persona que necesita de cuidado. Las condiciones que sujetan al familiar a asumir el rol de cuidador principal está determinado por el alto porcentaje de pacientes neuroquirúrgicos que sobreviven y quedan con limitaciones, para los cuales no es necesaria la hospitalización, disminuyendo así la estancia hospitalaria, siendo el familiar acompañante la persona responsable

para brindar el cuidado en su domicilio, cuyo objetivo es contribuir a la continuidad del cuidado al paciente vulnerable durante la hospitalización y el alta; por ello es indispensable los conocimientos basados en el entrenamiento y capacitación al familiar por parte del personal de salud.

Cuidados al paciente traqueostomizado

Luego de realizar una revisión exhaustiva de diversas bibliografías, manuales e investigaciones se puede agrupar los cuidados del paciente traqueostomizado en 4 aspectos: Cuidados basados en la limpieza y desinfección, curación, aspiración de secreciones y manejo de complicaciones.

Cabe resaltar que los cuidados que se procederán describir están direccionados únicamente al cuidado propio de la traqueostomía, es decir, al cuidado de la zona donde se ha realizado la intervención y serán desde el enfoque del familiar acompañante en el domicilio por lo que no se ahondan los cuidados manejados y realizados por el personal de enfermería en el hospital.

Por último, es importante mencionar que los 4 grupos de cuidados serán desarrollados en función al “Manual de manejo de la traqueotomía para Sanitarios y Pacientes” del Dr. Antonio Caravaca García y colaboradores, ya que este manual es muy completo y contiene más desarrollados los criterios y cuidados investigados en otros manuales que se basan en términos generales; además este manual tiene conceptos y recomendaciones que brinda la Organización Mundial de La Salud.

Cuidados basada en limpieza y desinfección.

La higiene es un elemento fundamental de la teoría del entorno de la teórica Florence Nightingale, quien observó que un entorno sucio era una fuente de infección por la materia orgánica que contenía. Incluso si el entorno estaba bien ventilado, la presencia de material orgánico creaba un ambiente de suciedad (Raile y Marriner, 2010); por tanto, el cuidado en la limpieza y desinfección es de vital importancia no solo para el paciente sino para el familiar que lo asiste.

En el Manual de manejo de la traqueotomía para Sanitarios y Pacientes (Caravaca, 2014) se plantea las siguientes recomendaciones para desarrollar un óptimo cuidado de limpieza y desinfección:

Se recomienda utilizar barreras de protección (guantes, gorros, mandiles, mascarillas, etc.) en el momento de aplicar cualquier procedimiento de cuidado; lo cual protege al paciente y el cuidador de infecciones por proliferación de bacterias.

El uso de barreras de protección se debe utilizar con un cambio de frecuencia diaria; es decir, por día se debe utilizar nuevas barreras de protección.

Se debe desinfectar con lejía los elementos que se utiliza para la aspiración de secreciones como lo son: el frasco donde se almacena las secreciones, la tapa, conectores de jebe, lavatorios, etc.

Se recomienda un correcto lavado de manos con agua y jabón durante un periodo de tiempo de 1 minuto.

Cuidados basada en la curación

En el Manual de manejo de la traqueotomía para Sanitarios y Pacientes (Caravaca, 2014) se plantea las siguientes recomendaciones para desarrollar un óptimo cuidado de curación:

El estoma traqueal debe curarse 3 veces al día (cada 8 horas) para evitar que se infecte. El exceso de veces en la frecuencia de curación podría producir irritación de la piel.

Para la cura tiene que prepararse un paquete de gasas con Solución Fisiológica (SF) y otro con povidona yodada. Primero debe limpiarlo con el SF y posteriormente con la povidona. No se debe utilizar agua oxigenada para la limpieza puesto que no es considerado un desinfectante.

Se debe retirar las cintas de fijación, cambiar la gasa que bordea al estoma, colocando nuevas gasas esterilizadas, luego proceder a limpiar el estoma.

Se debe retirar la endocánula o camiseta, y colocarla en un recipiente esterilizado, sumergiéndolo en agua oxigenada para su limpieza. Para asegurar una limpieza completa se debe limpiar internamente, la camiseta extraída, con gasas estériles hasta notar su transparencia y una no presencia de secreción.

La limpieza de la endocánula se debe realizar de forma diaria, con el respectivo cuidado en la manipulación.

La cura deberá hacerse con la mayor suavidad posible evitando mover la cánula.

Durante el proceso de curación el paciente debe estar en una posición semi sentada para evitar que se aspire por falta de ventilación.

Se debe tener las manos adecuadamente lavadas antes de desarrollar el procedimiento de curación.

Se debe informar al paciente que el procedimiento de curación puede generar molestias, pero que es necesario para ayudarlo a evitar complicaciones; al informar de ello disminuye el nivel de ansiedad del paciente facilita su cooperación.

Cuidados de la aspiración de secreciones

En el Manual de manejo de la traqueotomía para Sanitarios y Pacientes (Caravaca, 2014) se plantea las siguientes recomendaciones para desarrollar un óptimo cuidado de aspiración de secreciones:

- Durante el cuidado al paciente puede ocurrir una obstrucción es decir la permeabilidad de la vía puede estar afectada, en este caso se tendrá que realizar una evaluación de la zona donde se dio la obstrucción. Si es en la cánula, se debe cambiar la camisa interna de esta; sin embargo, si es a nivel bajo, lo recomendable será realizar la aspiración de secreciones.
- Se considera importante mantener informado al paciente de lo que puede provocar la aspiración (especialmente sensación de ahogo pero que realmente esta no se dará), esto ayudará a que el paciente no intente respirar forzosamente durante el procedimiento, ni se mueva por pensar que se está ahogando.
- Mantener el material a utilizar disponible es muy importante, entre ellos pueden estar: equipo de aspiración, sondas estériles, guantes estériles y desechables, etc.
- Se debe tener un envase con suero fisiológico para el lavado de la sonda al finalizar cada aspiración.
- Valorar el patrón respiratorio del paciente es muy importante realizarlo antes de ejecutar la técnica, así como la evaluación respectiva de los signos y síntomas de obstrucción de las vías aéreas y la capacidad del paciente para toser ya que si las vías están muy

obstruidas con secreciones espesas se debe introducir una cantidad adecuada de solución salina fisiológica mediante un nebulizador, luego se procederá a aspirar.

- La posición semi-sentado es la posición que ayudará al paciente respecto a su respiración.
- La introducción de la sonda de aspiración debe hacerse hasta notar una resistencia, pero sin aspirar, también es importante que se haga el cálculo de la longitud que se va a introducir. La introducción será a través de movimientos circulares de manera y debe tener una duración de 5 a 10 segundos como máximo debe realizarse hasta 5 veces.
- Se deberá limpiar la sonda de aspiración con suero fisiológico, cada vez que se realiza la aspiración en cada repetición del procedimiento, para limpiar y esterilizar la sonda y no incurrir en introducir nuevamente una sonda con restos de secreciones.
- Al finalizar al procedimiento de aspiración de debe botar la sonda y utilizar una nueva en la siguiente vez.

Cuidados basados en el manejo de complicaciones

Como toda intervención quirúrgica y tras la aplicación de un dispositivo externo, pueden aparecer situaciones que requieren nuestra atención y dar una solución rápida y eficaz (Caravaca, 2014). En la mayoría de casos, no se trata de curar las complicaciones sino, identificarlas y realizar las medidas para evitar un grado mayor de la complicación; dejando la curación de estas a los profesionales de la salud.

- En el caso de que el paciente presente una temperatura corporal elevada, se puede tratar en primera instancia con medicación indicada por un médico, si la situación persiste y se adjunta más complicaciones el paciente tiene que ser llevado al hospital para que se identifique la raíz del problema y se pueda controlar. En el domicilio, el familiar no puede

administrar ningún tipo de medicamento sin receta médica, ello podría agravar la complicación.

- Si el paciente presenta secreciones amarillentas o verdosas, se debe realizar la consulta a un profesional de la salud, ya que podría tratarse de una complicación en el sistema respiratorio. El familiar no debe seguir aspirándolo con normalidad al observar estas secreciones con las características mencionadas.
- Si se identifica la piel, alrededor del estoma, enrojecida y con presencia de secreción purulenta, se debe consultar a un especialista sobre los cuidados y medicación especial que se debe brindar para tratamiento adecuado; ya que podría tratarse de una infección grave. El familiar no debe realizar las curaciones de rutina, ya que podría agravar el problema. Si la situación persiste acudir a un hospital.
- Si se identifica que el paciente tiene dificultades para respirar (hipoventilación), aun después de haber sido aspirado, se debe colocar en primera instancia, una mascarilla con oxígeno, si la situación es más crítica se debe trasladar con urgencia al hospital.
- Si se identifica un sangrado del paciente por un mal movimiento de la cánula de traqueostomía, se debe llevar a un hospital para que se pueda manipular y colocar en adecuada posición. El familiar no puede realizar ninguna manipulación con respecto a la colocación de la cánula.
- Si el paciente esta consiente puede presentar un cuadro de broncoaspiración por el desconocimiento de hinchar el balón del neumo a la hora de ingerir alimentos. En ese caso el paciente tiene que ser trasladado con urgencia a un hospital no se debe aplicar

ningún método de cuidado doméstico y mucho menos prolongar el tiempo de la complicación.

Bases teóricas.

La investigación es abordada teniendo como bases teóricas a Jean Watson con la teoría del cuidado transpersonal, a Florencia Nithingale con la teoría de la enfermería moderna y a Virginia Henderson con el principio de las 14 necesidades básicas del ser humano.

Teoría de Jean Watson.

Son diversos aspectos en los que se basa la teórica Jean Watson para desarrollar su teoría del cuidado transpersonal, en este punto se tomarán en cuenta aquellos que apoyen y contribuyan a la investigación.

Watson postula que “el cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar mediante la satisfacción de necesidades que propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente” este enfoque del cuidado converge en la idea que el paciente cubre sus necesidades mediante un cuidado efectivo, lo cual, conlleva a un crecimiento familiar y personal. Asimismo, sostiene que “la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa” ya que cuidar es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud; lo cual hace referencia que, el conocer y aplicar los adecuados cuidados en un paciente, complementa al procedimiento curativo llevado a cabo por la aplicación de medicamentos (Urra, Jana y García, 2011).

El enfoque de su teoría también promueve la idea de “cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás” (Raile y Marriner, 2010); este concepto puede aplicarse al familiar cuidador de una manera directa, manifestando que el familiar cuidador, al cumplir el rol de la

enfermera en el domicilio, debe sensibilizarse con el paciente y también debe sensibilizar a los que influyen en el entorno de este, para que puedan apoyarlo de la mejor manera.

Por último, Watson enmarca la teoría en un pensamiento de transformación “considerando que un fenómeno es único en su interacción recíproca y presente en el mundo que le rodea”; este pensamiento obedece a la idea de que debe existir un factor motivador esencial en el proceso de cuidado; a través de normas éticas, basado en un enfoque humanista (Guerrero, Meneses y De La Cruz, 2016).

En síntesis, los aspectos desarrollados por la Teórica Watson brindan gran relevancia a la investigación ya que se pueden aplicar directamente al contexto de los cuidados en los pacientes con traqueotomía, por parte de los familiares acompañantes; desligando así la idea que un buen cuidado encamina a una mejora del paciente, no solo en aspectos de salud, sino en aspectos de satisfacción personal e integridad física y emocional.

Teoría de Virginia Henderson

Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson. “Este modelo se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada” (Bellido y Lendínez, 2010, p. 18), considerando al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo (Raile y Marriner, 2010). Su teoría está basada en “...14 necesidades básicas del ser humano indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos,

socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera” (Bellido y Lendínez, 2010, p. 21). Estas Son:

Respirar normalmente.

Comer y beber adecuadamente.

Eliminar por todas las vías corporales

Moverse y mantener posturas adecuadas.

Dormir y descansar.

Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando

la ropa y modificando el ambiente.

Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.

Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización

personal.

Participar en actividades recreativas.

Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar

los recursos disponibles.

Partiendo de la idea que estas son necesidades básicas para el ser humano, se puede identificar que el paciente traqueostomizado no puede suplir la mayoría de dichas necesidades, es por ello, que este necesita de la ayuda y cuidados del familiar acompañante.

Se enumerarán las necesidades que se ven afectadas en la vida diaria del paciente con traqueotomía:

La necesidad de respirar normalmente: esta se ve afectada ya que, al sustituir la vía aérea natural por una artificial, repercute de forma importante en la humidificación y calentamiento del aire, facilitando infecciones recurrentes y alteraciones en el sentido del olfato.

La necesidad de comer y beber naturalmente: se altera puesto que el paciente con traqueotomía presenta, en muchos casos, trastornos en la deglución que se ven reflejadas en bajo peso, disminución del tono muscular, piel y en su estado de ánimo.

La necesidad de eliminación de las secreciones mucosas por las vías corporales, ya que el paciente con traqueotomía no elimina las secreciones por vía natural sino por el estoma pudiendo verse afectada la integridad de la piel debido a la presencia de infecciones en dicha área.

La necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas: se ve afectada ya que el paciente, por portar la traqueotomía, teme muchas veces moverse, impidiéndole colocarse en una posición que le genere comodidad.

La necesidad de dormir y descansar: esta se altera puesto que el paciente con traqueotomía experimenta cambios en el sueño debido a las constantes expulsiones de secreciones o alguna otra complicación, que interrumpa el sueño y descanso.

La necesidad de escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse: Esta necesidad se ve alterada en un menor rango, peor puede darse el caso que el paciente traqueostomizado necesite ayuda para vestirse y desvestirse.

La necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: esta necesidad es claramente afectada ya que el paciente portador de una traqueotomía necesita ayuda para poder mantener una adecuada higiene corporal, así como un cuidado de la piel sobre todo la que rodea a estoma de la traqueotomía.

La necesidad de comunicarse con los demás: esta necesidad se ve afectada en su totalidad ya que el paciente que ha sido intervenido con una traqueotomía queda imposibilitado para comunicarse verbalmente, lo cual causa en muchos casos estrés y depresión de la persona.

La necesidad de ocuparse en algo y participar en actividades recreativas: es evidente que estas necesidades se ven afectadas porque el paciente traqueostomizado ha cambiado su estilo y rutina de vida, por lo cual no podrá seguir realizando sus actividades de manera normal, hasta su mejoría total, por el riesgo de las complicaciones que puedan existir.

La necesidad de desarrollo normal y a usar los recursos disponibles: esta necesidad también se afecta puesto que el paciente traqueostomizado no tiene la libertad de desarrollarse normalmente ni tampoco de usar los recursos que estén disponibles ya que muchas veces su estado lo obliga a permanecer en cama dependiente casi en la totalidad del familiar que lo cuida.

En muestra de estos escenarios, se puede afirmar que la teoría de Virginia Anderson tiene vital importancia porque, la comprensión y aplicación de sus conceptos y postulados, garantizan que un ser humano pueda vivir digna, sana e íntegramente.

Teoría de Florence Nightingale

Desde Florence Nightingale, el cuidado ha ido progresando ya que se implanta el cuidado intrahospitalario, pero sin dejar de lado el cuidado en los hogares. Debido a los acontecimientos sociales de la época y a las guerras, se crearon los hospitales y con ellos la figura de la enfermera asistencial la cual, según Florence Nightingale; “debe brindar un cuidado que ayude a la persona sana o enferma a conservar o recuperar la salud, y al mismo tiempo contribuir con el familiar para que puedan administrar cuidados en su domicilio” (Jiménez, 2016). Su preocupación por un entorno saludable incluyó ámbitos hospitalarios, pero también se extendió a los hogares y las condiciones físicas de vida de los pobres. Creía que los entornos saludables eran necesarios para aplicar unos cuidados de enfermería adecuados. Los aspectos en que baso su teoría fueron motivados por la preocupación de Nightingale en aspectos como: que el paciente tuviera una ventilación adecuada ya que identifico que el aire era el elemento del entorno que intervenía en la enfermedad y recuperación, que tuviera una adecuada higiene porque observó que un entorno sucio (suelos, alfombras, paredes y ropa de cama) era una fuente de infección por la materia orgánica, que el paciente y su cuidador realicen una higiene diaria y que antes de que el cuidador realice cualquier procedimiento este debería lavarse las manos con el fin de evitar complicaciones por infecciones directas (Raile y Marriner, 2010). Es evidente que los aspectos de su teoría presentan un importante aporte a esta investigación con relación a los cuidados que se debe brindar a los pacientes traqueostomizados.

Capítulo III

Metodología

Descripción del lugar de ejecución

El presente estudio se realizará en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins que pertenece a EsSalud; ubicado en el distrito de Jesús María, provincia de Lima. Este nosocomio presta atención a los empleados asegurados de las empresas del país, en forma ambulatoria, emergencia y hospitalización, según lo requiera el estado de los pacientes. Consta de 14 pisos divididos en 3 niveles (lado A cuentan con 45 camas, lado B, y lado C cuentan con 24 camas cada uno), con ambientes unipersonales y bi-personales, para pacientes de ambos sexos. El lugar específico será el Servicio de Neurocirugía 13B, en el cual laboran 20 médicos asistenciales, 15 Enfermeras asistenciales y tres administrativas (1jefa, y 2 subjefas), una Nutricionista, una Asistente Social y 14 técnicos de Enfermería. La atención se brinda durante las 24 horas del día en tres turnos: turnos de mañana de 7h a 13h, tarde de 13h a 19h y noche de 19h a 7h, los horarios programados para visita de los familiares son los días lunes, miércoles, viernes y domingos de 17h a 19h.

Población y muestra

Población

La población de estudio es calculada en función a la data histórica haciendo un total de 250 familiares a acompañantes de pacientes traqueostomizados, tomando en cuenta que el estudio será efectuado en 6 meses.

Muestra

El tamaño de la muestra será de 100 familiares acompañantes, seleccionados a conveniencia del investigador.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Familiares acompañantes de pacientes con traqueostomía de ambos sexos, atendidos en el Servicio de Neurocirugía 13 B con edad mayor de 18 años.

Criterios de exclusión

Familiares acompañantes de pacientes con traqueostomía que se nieguen a participar en el estudio y que evidencian problemas mentales.

Tipo y diseño de la investigación

La investigación es de enfoque cuantitativo, básica ya que se recopila información para ir construyendo una base de conocimiento que se va agregando a la información previa existente, de campo porque la medición de la variable se realizará directamente en el individuo, su diseño es no experimental porque no hay manipulación de variables, de corte transversal por que se realiza en un momento determinado y descriptivo porque busca describir el fenómeno o hecho tal como se da en la realidad, el modelo es el siguiente:

M ————— **X_i**

Donde:

M: muestra

X_i: medición de la variable

Identificación de variables**Variable principal**

Conocimiento sobre el cuidado al paciente traqueostomizado.

Variables secundarias

Edad, Sexo, Grado de instrucción y tiempo que el paciente porta la traqueostomía

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Conocimiento sobre el cuidado al paciente traqueostomizado	Es la respuesta del familiar acompañante sobre toda aquella información que refiere poseer acerca del cuidado del paciente con traqueostomía en los aspectos de limpieza y desinfección, curación, aspiración de secreciones y manejo de complicaciones; y cuya valoración final se realizará considerando las siguientes categorías	Conocimiento de limpieza y desinfección de los materiales Conocimiento de la curación del estoma	El uso de elementos de protección personal: Mandilón, gorro guantes, mascarilla. Identifica el tiempo de duración del lavado de manos Reconoce los materiales para limpieza y desinfección Conoce la frecuencia de curación del estoma traqueal. Identifica los tipos de soluciones líquidas para la curación	Dicotómicas 0. Incorrecto 1. correcto
	<ul style="list-style-type: none"> Alta (17 a 			

21)

- Media (11 a

16)

- Baja (0 a

10)

Conocimiento de
Aspiración de secreciones.

Conoce el procedimiento y frecuencia adecuada de limpieza de la endocánula.

Identifica con que se debe curar la piel alrededor de la cánula de traqueostomía (estoma)

Conoce en que beneficia explicar al paciente el procedimiento que se realizará
Identifica la posición correcta del paciente a la hora de realizar la aspiración.

Identifica los materiales para la realización de la aspiración

Conoce el tiempo de aspiración

Conoce el procedimiento para realizar la aspiración.

Identifica que debe hacer si el paciente presenta secreciones espesas.

	Identifica que debe hacer con la sonda de aspiración una vez terminado el procedimiento
Conocimiento de Manejo de complicaciones.	Reconoce cuáles son posibles emergencias relacionadas con el cuidado de traqueostomía. Identifica las señales de infección de la piel alrededor de traqueotomía En caso de emergencia y dificultad para aspirar deberá: Identifica si puede manejar o no por si solo una complicación.

Técnica e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizará será la encuesta y el instrumento un cuestionario; el cual consta de las siguientes partes: título, introducción, instrucciones, datos generales del encuestado y el contenido que cuenta con 21 preguntas de selección múltiple (Ver apéndice A) distribuidas en 4 dimensiones: Dimensión de limpieza y desinfección conformada por los ítems 5, 6 y 7, dimensión de curación por los ítem 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15, dimensión de aspiración de secreciones por los ítems 16, 17,18, 19, 20 y 21, finalmente la dimensión de manejo de complicación por los ítems 22, 23, 24, 25.

Validez y confiabilidad del instrumento

La validez del instrumento se efectuó a través de juicio de expertos: 3 Enfermeras Magister (1 supervisora del servicio 13 B Neurocirugía, 2 investigadoras de Unidad de cuidados intensivos), 2 Enfermeras Especialistas en Unidad de Cuidados Intensivos y 2 Especialistas en Neurología y Neurocirugía, todos motivaron los reajustes necesarios al respecto; y para medir el grado de concordancia se utilizó el método de V de Aiken obteniéndose el valor de 0.93 (Ver apéndice B). Para este punto también se recalca que los expertos realizaron observaciones al instrumento que permitió: reformular algunas preguntas, eliminar 2 preguntas porque ya otras estaban referidas a evaluar lo mismo y 2 preguntas más porque no eran relevante para lo que se quería medir, quedando así el instrumento inicial de 29 preguntas con tan solo 25, reformuladas y mejoradas con opiniones de los expertos.

Una vez concluido el juicio de expertos se procedió a realizar la prueba piloto a 15 familiares acompañantes que reunían las características de la muestra; luego se procedió a

determinar la confiabilidad del instrumento mediante la fórmula de Kuder Richardson llamada KR-20 (Ver apéndice C) reportando un valor de 0.71 de confiabilidad.

Proceso de recolección de datos

Para la recolección de datos se realizará trámites administrativos en la unidad de capacitación del Hospital Edgardo Rebagliati Martins; a fin de obtener las facilidades pertinentes para la recolección de datos; luego de su aprobación se realizarán las coordinaciones pertinentes con las enfermeras encargadas del Servicio de Neurocirugía (13B) a fin de realizar la recolección de datos. Los instrumentos serán aplicados por las investigadoras durante la visita de los familiares a los pacientes. En primer lugar, se explicará al familiar los fines de la investigación, para que este pueda comprender la importancia de su colaboración, luego se realizará la entrega del cuestionario, previa firma del consentimiento informado, dándole al familiar un tiempo de 20 minutos para que él pueda llenarlo; posteriormente las investigadoras recolectaran los instrumentos haciendo una revisión visual de cada ítem, para evitar que alguna pregunta se quede sin contestar.

Procesamiento y análisis de datos

Posterior a la recolección de datos se realizará la codificación del instrumento asignando a las respuestas de la variable principal el valor de 1 para los ítems respondidos correctamente y 0 para los ítems incorrectos, las variables secundarias conservaron su valor inicial; luego se procederá a foliar el instrumento para evitar errores, seguidamente se ingresa los datos en el programa SPSS v.24 según los valores asignados, la limpieza de datos se realizará anulando los casos que tengan sin contestar por lo menos una pregunta. Luego se procederá a la preparación de los datos considerando la valoración de la variable conocimiento

en Bajo, Medio y Alto. (Ver apéndice F). Los resultados serán presentados haciendo uso de las medidas de resumen para variables cualitativas (tablas de frecuencias) y cuantitativas (medidas de tendencia central y variabilidades).

Consideraciones éticas

La mayoría de investigaciones en el área de salud se aplica a seres humanos quienes son el principal sujeto de la investigación; por ende, los criterios éticos tienen como finalidad proteger al ser humano y velar por su protección en diversos aspectos. En este sentido se tendrá en consideración los 4 criterios personalistas propuestos por Elio Sgreccia, basados en las normas de conducta ética de la investigación (Fernández y Tarillo, 2012).

Principio fundamental del valor de la vida Humana: “Implican las dimensiones del ser que participa, integran y expresan la dignidad personal, son objeto de respeto, tales dimensiones tienen sentido en el todo de la persona y no pueden ser consideradas como un medio disponible para la maximización de lo útil o placentero” (Fernández y Tarillo, 2012). Es por ello que, para esta investigación, se tendrá pleno respeto, en cuanto a la dignidad de todos los participantes.

Principio de libertad y responsabilidad: “Una persona tiene libertad para conceder o no la intervención sobre si, este es un punto importante, tiene a la vez la responsabilidad que su elección este en consonancia con su propia dignidad y con lo que él es” (Fernández y Tarillo, 2012). Todas las personas que participaron en esta investigación hicieron uso pleno de su libertad, asumiendo la responsabilidad de su elección con la firma del consentimiento informado.

Principio de socialización y subsidiariedad: “por este principio se mueve a toda persona singular a realizarse a sí misma en la participación de la realización de sus semejantes. En el caso de la salud se consideró a la propia vida y los demás como un bien que no es solo personal sino también social y exige a la comunicación a promover el bien común promoviendo el bien a cada uno” (Fernández y Tarillo, 2012). Este punto hace referencia a que el bien de cada individuo depende de los actos de los demás, en este caso la salud de cada uno dependió de los actos de los otros.

Capítulo IV

Administración del proyecto de investigación

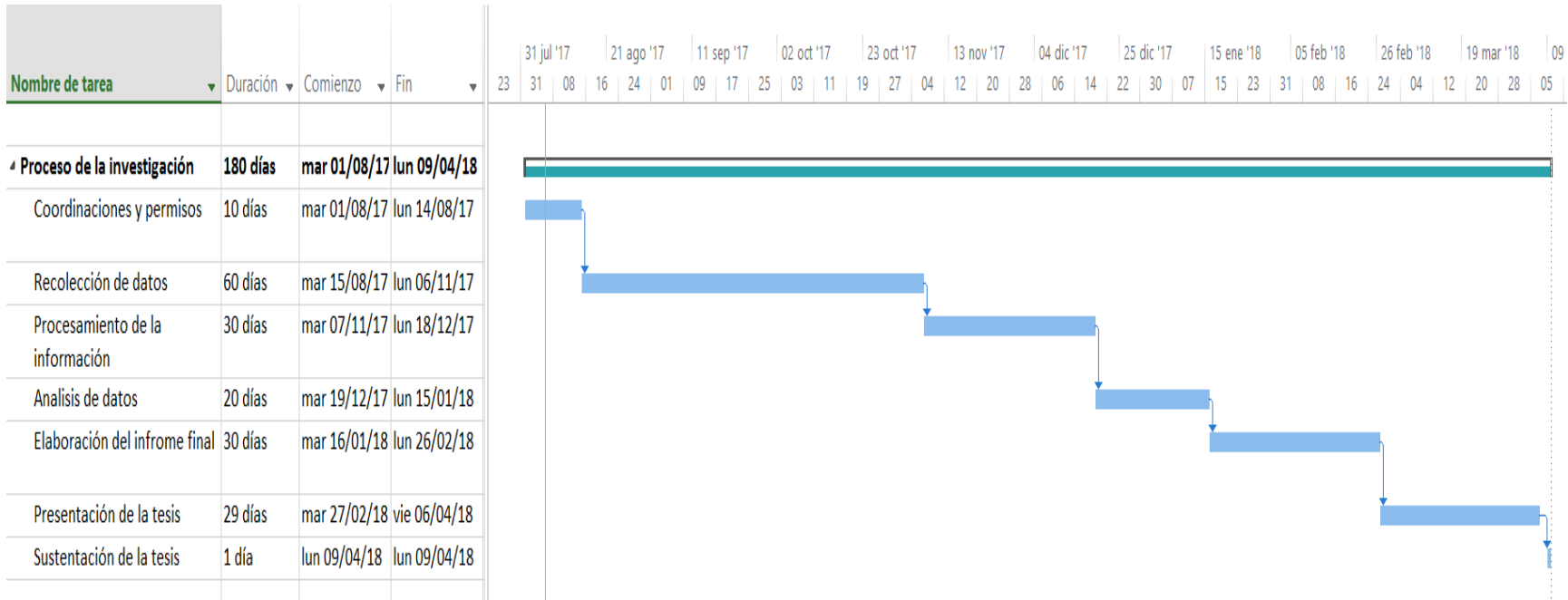
Presupuesto

Tabla 1.

Detalle	Unidad de Medida	Costo Unitario	Cantidad	Costo
Recursos Humanos				
Asesor lingüista	Unidad	300.00	1	300
Asesor estadístico	Unidad	500.00	1	500
Asesor externo	Unidad	350.00	1	350
Equipos				
Alquiler de laptop	Unidad	300.00	1	300
Materiales				
Fotocopias / Impresiones	Unidad	0.10	500	50
Viaticos				
Provision de alimentos	Unidad	10.00	20	200
Pasajes	Unidad	5.00	20	100
Total				1800

Presupuesto para desarrollo de la investigación

Cronograma de ejecución



Proyecto: cronograma Fecha: lun 17/07/17	Tarea	Resumen del proyecto	Tarea manual	solo al comienzo	Fecha límite	↓
	División	Tarea inactiva	solo duración	solo fin	Progreso	Progreso manual
	Hito	Hito inactivo	Informe de resumen manual	Tareas externas	Progreso manual	Progreso manual
	Resumen	Resumen inactivo	Resumen manual	Hito externo	Hito externo	Progreso manual

Referencias

Ali, A., y Wafaa, J. (2007). A comparative study of the complications of surgical tracheostomy in morbidly obese critically ill patients. *Critical Care*, 11 (1). Doi: <https://doi.org/10.1186/cc5147>

Astrachan, D. I., Kirchner, J. C. and Goodwin, W. J. (1988), Prolonged intubation vs. tracheotomy: Complications, practical and psychological considerations. *The Laryngoscope*, 11 (98), 1165–1169. Doi: <https://doi.org/10.1288/00005537-198811000-00003>

Barrera, L., Pinto, N., Sánchez, B., Carrillo G., y Chaparro, L. (2010). (1^{er} ed.). *Cuidando a los cuidadores: familiares de personas con enfermedad crónica*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: http://www.uneditorial.net/uflip/Cuidando_a_los_cuidadores/pubData/source/UNAL_Cuidando_a_los_cuidadores.pdf

Barrera O., Blanco, C., Figueroa, P., Pinto, A., & Sanchez, H. (2006). Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Mirada internacional. Aquichán*, 6 (1), 22-33. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972006000100003

Basco P., L., Fariñas R., S., y Hidalgo, B., M. (2010). Revisión de la técnica y protocolo de enfermería en la realización de la traqueostomía percutánea. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias*, 12 (1), 1-15. Recuperado de:

<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo2010/pagina5.html>

Bellido, V., J., y Lendínez, C., J. (2010). *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. (1^{er} ed.). España: ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. Recuperado de:

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>

Caravaca. G, A. (2014). *Manual de manejo de la traqueotomía para Sanitarios y Pacientes*. (1^{er} ed.). Algeciras, Cádiz: Editorial LiberLibro.com. Recuperado de:
<http://campusvirtual.areadegestionsanitariacampodegibraltar.es/mod/forum/discuss.php?d=509>

Celedón, C., Walker, K., Naser, A., Neumann, P., y Nazar, R. (2007). Traqueostomía Abierta vs Traqueostomía Percutánea. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*, 67 (3), 222-228. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162007000300003>

Choccare Salcedo, C. (2008). Nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual-VIH/SIDA y sus medidas preventivas en los estudiantes de enfermería de la UNMSM, 2007 (tesis de pregrado). Lima, Perú. Universidad Mayor de San Marcos. Recuperado de:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/521/1/Choccare_sc.pdf

Colliere, F., M. (1993) *Promover la vida*. (2ª ed.). Madrid, España: Editorial S.A.

Mcgraw-Hill/ Interamericana de España. Recuperado de:

<http://booksmedicos.me/promover-la-vida-marie-francoise-colliere/>

Fernandez, J., & Tarillo, F. (2012). *El cuidado del enfermero a personas con traqueostomía: Un estudio desde la perspectiva del familiar cuidador* (tesis de pregrado).

Universidad Católica Santo Toribio Mogrovejo, Chiclayo. Perú. Recuperado de:

http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/396/1/TL_Fernandez_Salazar_Jackelin.pdf

Fernández, S., B. (2015). *Proyecto De Investigación: Cuidados Traqueostomia* (tesis de pregrado). Universidad Francisco De Vitoria, Madrid, España. Recuperado de:

<http://ddfv.ufv.es/bitstream/handle/10641/1097/TFG1415%20BEATRIZ%20FERN%C3%81NDEZ%20SARDINERO.pdf?sequence=1>

Ferreyra, M., Zjilstra, P., Luzuriaga, M., e Ivars, A. (2008). Indicaciones y complicaciones de traqueotomías. Nuestra experiencia. *Revista del Hospital Privado de Comunidad*, 11 (1), 1-21. Recuperado de:

<http://www.hpc.org.ar/images/revista/623-r17n1p18.pdf>

Freeman, B., Isabella, K., Cobb, J., Boyle W., Schmiege R., Kollef, M., Lin, N., Saak, T., Thompson, E., y Buchman, T. (2001). A prospective, randomized study comparing percutaneous

with surgical tracheostomy in critically ill patients. *Crit Care Med*, 29 (5), 926-30. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11378598>

Friedman, Y., Fildes J., Mizock B., Samuel, J., Patel, S., Appavu, S., y Roberts, R. (1996). Comparison of percutaneous and surgical tracheostomies. *Chest*, 110 (2), 480-485.
Doi: <https://doi.org/10.1378/chest.110.2.480>

García, M., Panchón, C., Ripol, A., y Gómez, C. (2004). *Infancia y familias: realidades y tendencias*. (1^{er} ed.). España: Ariel. Recuperado de:
<https://www.casadellibro.com/libro-infancia-y-familias-realidades-y-tendencias/9788434417076/979439>

Guerrero, R., Meneses, L., y De La Cruz, R. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. LimaCallao, 2015. *Rev enferm Herediana*, 9 (2), 127-136. Recuperado de:
<http://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>

Ho Y., Wysocki A., Hogan J., y White H. (2012). An audit of characteristics and outcomes in adult intensive care patients following tracheostomy. *Crit Care Med*, 16 (2), 100-105. Doi: <http://dx.doi.org/10.4103/0972-5229.99124>

Ipanaque, M., & Pérez, P. (2017). Nivel de conocimiento y el cuidado de enfermería en la administración de inotrópicos en el servicio de emergencia de una clínica privada (tesis de pregrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/455>

Jiménez, G., J. (2016). *Calidad de vida percibida por los pacientes traqueotomizados en la isla de Tenerife*. Universidad De La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España. Recuperado de: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/3690>

Johannes, Z., Fyrmipas, G., Zimmermann, T., Koch, M., Constantinidis, J., y Iro, H. (2009). *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 266 (5), 705–711. Doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00405-008-0796-4>

Kawale, A. K., Prashant, N. K., Surendra, H. G., Sneha, V. B., y Aniket, B. A. (2017). Prospective Study of Complications of Tracheostomy and Management in Tertiary Care Hospital in Rural Area. *Glob J Oto*, 5 (3): 555-667. Doi: 10.19080/GJO.2017.04.555667.

Kollef M., Ahrens T., y Shannon W. (1999). Clinical predictors and outcomes for patients requiring tracheostomy in the intensive care unit.) *Crit Care Med*, 27 (9), 1714-1720. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10507588>

Lira, Ana, M. (2009). *Conocimientos sobre electrocardiograma en el personal de enfermería* (tesis de pregrado). Mendoza, Argentina. Universidad del Aconcagua. Recuperado de:

http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/154/tesis-3767-conocimientos.pdf

López, A., E. (2015). *Cuidados enfermeros en el paciente traqueostomizado* (tesis de pregrado). Universidad De Valladolid, Soria, España. Recuperado de:

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/14310/1/TFG-O%20635.pdf>

Loring W., Ferlito, A., y Rinaldo, A. (2008). Tracheotomy: Historical Review. *The Laryngoscope*, 118 (9), 1597–1606. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1097/MLG.0b013e3181783a4c>

Martínez, A., y Ríos, F. (2006). Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. *Cinta moebio*, 25 (1), 111-121. Recuperado de:

<http://www.revistas.uchile.cl/index.php/CDM/article/viewFile/25960/27273>

Mihae, Yu. (2010) Tracheostomy patients on the ward: multiple benefits from a multidisciplinary team. *Crit Care Med*, 25 (5), 109-120. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1186/cc8218>.

Mpe M., y Mphahlele B. (2005). In hospital outcome of patients discharged

Raimondi, N., et al. (2017). Guías basadas en la evidencia para el uso de traqueostomía en el paciente crítico. *Med Intensiva*, 41 (3), 94-115. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.12.001>

Ramírez, A., V. (2009). La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70 (3), 2009, pp. 217-224. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/379/37912410011.pdf>

Real Academia Española (2014). Diccionario de la Lengua Española (23^a. ed.).

Recuperado de:

http://www.rae.es/sites/default/files/Dossier_Prensa_Drae_2014_5as.pdf

Rodriguez Gonzales, J. (2008). Estudio sobre el nivel de conocimiento de los pacientes con epilepsia en relación a su enfermedad y farmacoterapia (tesis de pregrado). Santiago, Chile. Universidad Andrés Bello. Recuperado de:

http://etesis.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/tesis/289/rodriguez_je.pdf?sequence=1

Rojas Noel, E. (2015). Nivel de conocimiento y grado de cumplimiento de las medidas de bioseguridad en el uso de la protección personal aplicados por el personal de enfermería que labora en la estrategia nacional de control y prevención de la tuberculosis de una red de salud - callao 2015 (tesis de pregrado). Lima, Perú. Universidad Mayor de San Marcos. Recuperado de:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4173/1/Rojas_ne.pdf

Pousa Reis, M. (2017). *Nivel de conocimiento de autocuidado en el paciente diabético tipo 2 de la UMF* (tesis de pregrado). Aguascalientes, Perú. Universidad Autónoma de Aguascalientes. Recuperado de:

<http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1257/417363.pdf?sequence=1>

Sharma, J., y Feliciano, D. (2013). Traqueotomía. En M. Lubin, T. Dodson, y N. Winawer (Eds.), *Administración Médica del paciente quirúrgica. A Textbook de perioperatoria Medicina*, 18 (3), 501-503. Cambridge: Cambridge University Press. Doi: [https://doi.org/10.1017 / CBO9780511920660.051](https://doi.org/10.1017/CBO9780511920660.051)

Shirawi, N., y Arabi, Y. (2005). Bench-to-bedside review: Early tracheostomy in critically ill trauma patients. *Critical Care*, 10 (1), 201. Doi:

<https://doi.org/10.1186/cc3828>

Susanto, I. (2002). Comparing percutaneous tracheostomy with open surgical tracheostomy. *BMJ*, 324 (1), 3. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7328.3>

Trinquete Díaz D. (2005). Adolescentes y VIH/SIDA: ¿Quién dijo que todo está perdido?. *Revista Sexología y Sociedad*, 11 (28), 1-4. Recuperado de:
<http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/293>

Urta, M., Jana, A., y García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería*, 18 (3), 11-22.
Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>

Zapata, I., & López. L. (2016) Seguridad y eficacia de la traqueostomía percutánea dilatacional no guiada vs. la traqueostomía quirúrgica en los pacientes con traumatismo craneoencefálico, Centro Médico ISSEMYM. *Científica*, 355 (1), 2- 4. Recuperado de:
<http://hdl.handle.net/20.500.11799/49509>

Zarzosa L., M., y Castro, C., E. (2006). La sobrecarga física y psicológica de los cuidadores de enfermos con discapacidad. *Geriatría Revista Iberoamericana De Geriatria Y Gerontología*, 22 (1), 26-31. Recuperado de: <http://sid.usal.es/15846/8-2-6>

Zomeño, R., G. (2015). *Incorporación del familiar del enfermo hospitalizado a los cuidados enfermeros intrahospitalarios* (tesis de pregrado). Universidad de Alicante, San Vicente del Raspeig, España. Recuperado de:
<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/47031>

Zorro, Z. (2010). *Necesidades de conocimiento de los cuidadores de niños con daño neurológico* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/9741>

Apéndice

Apéndice A: Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



CUESTIONARIO DEL NIVEL CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADO DE LA TRAQUEOSTOMIA

Estimado usuario, un saludo cordial, el presente cuestionario tiene por finalidad recolectar información sobre el “Conocimiento del familiar acompañante sobre el cuidado del paciente con traqueostomía del servicio de Neurocirugía 13B en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins”. Los datos serán utilizados como parte de un estudio. Los autores garantizan anonimato.

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presenta una serie de enunciados, llenar los espacios en blanco o encierre la/las alternativas que crea conveniente con un círculo.

A. DATOS GENERALES:

1. Edad _____ años
2. **Sexo:** a) Femenino () b) Masculino ()
3. Grado de instrucción
 - a) Primaria Completa () b) Primaria Incompleta ()

c) Secundaria Completa () d) Secundaria Incompleta ()

e) Superior Completa () f) Superior Incompleta ()

4. Tiempo que el paciente tiene la traqueostomía:

a) Menor de 1 año

b) 1 - 3 años

c) 3 - 5 años

d) Mayor de 5 años

B. CONTENIDO

5. ¿Cuáles son los elementos de protección personal más importantes y necesarios durante cualquier procedimiento de cuidado:

a) Mandilón, gorro y mascarilla.

b) Mascarilla, guantes y mandilón.

c) Guantes, mandilón y botas.

d) Botas, mascarilla y guantes.

6. El lavado de manos antes de curar la cánula de traqueotomía debe durar

a) 1 minuto.

b) 10 segundos.

c) 15 segundos.

d) 20 segundos.

7. Los materiales que se utilizan para la aspiración y curación: frasco de aspiración de secreciones, la tapa, los conectores de jebe y la riñonera deben ser desinfectados con
- a) Solo agua de caño
 - b) Lejía.
 - c) Agua Oxigenada.
 - d) Suero fisiológico
8. El estoma de traqueostomía debe ser curado
- a) 1 vez al día.
 - b) 2 veces al día.
 - c) 3 veces al día.
 - d) 5 veces al día.
9. Seleccione la posición adecuada del paciente para el procedimiento de curación
- a) Semi-sentado.
 - b) Sentado.
 - c) De costado.
 - d) Totalmente acostado.
10. Explicar al paciente el procedimiento de curación que se le va a realizar ayuda para
- a) Disminuir su ansiedad y lograr su cooperación.
 - b) Indica el respeto por el paciente.

- c) Disminuye las secreciones.
- d) Salvaguardar su integridad física y moral.

11. ¿Que solución debe utilizarse para el procedimiento de curación?

- a) Suero fisiológico y agua oxigenada.
- b) Suero fisiológico y povidona yodada.
- c) Agua oxigenada y povidona yodada.
- d) Agua oxigenada y cloruro de benzalconio.

12. ¿Con que se debe curar la piel alrededor de la cánula de traqueostomía (estoma)?

- a) Gasas estériles.
- b) Algodón.
- c) Tela limpia.
- d) Algodón y gasas estériles.

13. En el procedimiento de curación del estoma se debe cambiar

- a) La gasa que bordea la estoma por una nueva
- b) La gasa y la cinta de fijación por unas nuevas.
- c) La camiseta de la cánula por una nueva.
- d) La cánula de traqueostomía por una nueva

14. Con que frecuencia se debe limpiar la endocánula o camiseta

- a) Una vez al día.
 - b) Dos veces al día
 - c) Cada que se realice la curación.
 - d) Cuando presente color amarillento.
15. Cuáles son los pasos correctos para la limpieza de la endocánula o camiseta
- a) Extraer, sumergir en agua, limpiarlo externamente con gasa y colocarlo.
 - b) Extraer, sumergir en agua oxigenada, limpiarlo internamente y colocarlo.
 - c) Extraer, sumergirlo en suero fisiológico, limpiarlo externamente y colocarlo.
 - d) Extraer, sumergirlo en suero fisiológico, limpiarlo internamente y colocarlo.
16. Si se identifica, mediante la valoración del patrón respiratorio, secreciones espesas que no permitan respirar bien al paciente se debe
- a) Aspirar de inmediato.
 - b) Colocarlo de costado para que no se ahogue.
 - c) Colocar una solución salina mediante un nebulizador.
 - d) Esperar a que las secreciones sean expulsadas.
17. El tiempo máximo en el que debe realizarse la aspiración es
- a) De 5 a 10 segundos, 3 veces como máximo.
 - b) De 10 a 15 segundos, 2 veces como máximo.
 - c) De 5 a 10 segundos, 2 veces como máximo.

d) De 10 a 15 segundos, 3 veces como máximo.

18. Cuantas veces como máximo se puede realizar la introducción y extracción de la sonda en el procedimiento de la aspiración

a) 3 veces como máximo.

b) 4 veces como máximo.

c) 2 veces como máximo.

d) Las veces que sea necesario para extraer toda la secreción.

19. Se debe introducir la sonda de aspiración

a) Directamente hasta el fondo de la cánula.

b) Lentamente mediante movimientos circulares.

c) Lentamente de forma directa

d) De forma instantánea hasta donde encuentre secreción.

20. Durante el procedimiento de aspiración se debe enjuagar la sonda con:

a) Agua oxigenada.

b) Suero fisiológico.

c) Agua directa del caño.

d) Cloruro de benzalconio

21. Al finalizar todo el procedimiento de aspiración que se debe hacer con la sonda de aspiración.

- a) Desecharla.
- b) Lavarlo y guardarlo en un área seca para la siguiente aspiración.
- c) Dejar sumergido en suero fisiológico para una próxima aspiración.
- d) Dejar sumergido en agua oxigenada para siguiente aspiración.

22. ¿Cuáles son los casos donde usted necesariamente debe acudir al hospital con carácter de emergencia?

- a) Hemorragia, coloración morada de la piel o fiebre elevada 40°C,
- b) Secreciones abundantes y amarillentas o mal olor de la cánula.
- c) Fiebre 38°C, tos exigente o secreciones densas.
- d) Fiebre 39°C, dificultad para respirar por secreciones o mal olor de la cánula.

23. ¿Cuáles son las señales de un problema grave en la respiración?

- a) Coloración oscura de la piel, frecuencia respiratoria aumentada, y frecuencia cardiaca aumentada.
- b) Tos exigente y eliminación de secreciones amarillentas y verdosas por estoma.
- c) Dificultad para respirar por acumulación de secreciones densas.

d) Respiración forzada y presión elevada.

24. ¿Cuáles son las señales de infección del estoma de la traqueostomía?

- a) Enrojecimiento, mal olor, dolor y fiebre.
- b) Secreción amarillenta por estoma en regular cantidad.
- c) Mal olor, expulsión de pus por la herida, secreciones abundantes.
- d) Ardor, fiebre, secreciones constantes y espesas.

25. En caso de que el paciente presente un patrón respiratorio muy grave se deberá:

- a) Colocar mascarilla de nebulizar.
- b) Aspirar secreciones y luego nebulizar.
- c) Consultar a un profesional de medicina más cercano.
- d) Inmediatamente acudir al hospital sin pérdida de tiempo.

Apéndice B: Validez del instrumento

Para la validez del instrumento se utilizó el coeficiente de la V de Aiken para poder evaluar el grado de concordancia de los jueces en función a los 6 ítems de evaluación. La valoración de las respuestas fue la siguiente: 0 para la etiqueta No y 1 para la etiqueta Si. Para los Ítems 3 y 4 la valoración fue inversa, considerando el valor de 0 para la etiqueta Si y 1 para la etiqueta No.

Items	NÚMERO DE JUECES							S	N	C-1	V de Aiken
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7				
1 Forma de aplicación y estructura	1	1	1	1	1	1	1	7	7	1	1
2 Orden de las preguntas	1	0	1	1	1	1	1	6	7	1	0,857
3 Dificultad para entender las preguntas	1	1	1	1	1	1	1	7	7	1	1
4 Palabras difíciles de entender en los ítems	1	1	0	1	1	0	1	5	7	1	0,7143
5 Opciones de respuesta pertinentes	1	1	1	1	1	1	1	7	7	1	1
6 Correspondencia con la dimensión o constructo	1	1	1	1	1	1	1	7	7	1	1

$$V = \frac{S}{(N(C-1))} = 0,93$$

S

Apéndice C: Confiabilidad del instrumento

Para la confiabilidad se realizó una prueba piloto a 15 familiares acompañantes, los datos fueron ingresados al programa Excel 2013; luego con ayuda de este se procedió a realizar las respectivas formulaciones planteadas en el método de Kuder Richardson (KR-20).

Las fórmulas aplicadas en el método son:

$$ret = \frac{K}{K-1} \frac{st^2 - \sum p^*q}{st^2} \qquad st^2 = \frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n}$$

Donde:

K: Numero de Ítems

St: Varianza total del instrumento

p: Personas que responden afirmativamente a cada ítem

q: Personas que responden negativamente a cada ítem

— x: Media total de los puntajes del instrumento

xi: Puntaje total de cada encuestado

PREGUNTAS O ÍTEMS

ENCUESTADOS	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	Puntaje total	(Xi-Xmedia)^2
E01	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	8,22
E02	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	9	4,55
E03	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	5	3,48
E04	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	11	17,08
E05	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	23,68
E06	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	7	0,02
E07	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	14	50,88
E08	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	6	0,75
E09	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	14,95
E10	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	8	1,28
E11	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	13	37,62
E12	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	7	0,02
E13	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	34,42
E14	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	9	4,55
E15	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	8,22
Total	5	5	5	5	4	5	5	6	4	5	6	4	5	5	4	4	6	4	5	5	6	103	209,73
p	0,333	0,33	0,33	0,33	0,27	0,33	0,33	0,4	0,27	0,33	0,4	0,27	0,33	0,33	0,27	0,27	0,4	0,27	0,33	0,33	0,4		
q	0,667	0,67	0,67	0,67	0,73	0,67	0,67	0,6	0,73	0,67	0,6	0,73	0,67	0,67	0,73	0,73	0,6	0,73	0,67	0,67	0,6		
p*q	0,222	0,22	0,22	0,22	0,2	0,22	0,22	0,24	0,2	0,22	0,24	0,2	0,22	0,22	0,2	0,2	0,24	0,2	0,22	0,22	0,24	4,58	

SE HALLA

Media = **6,87**

$$\text{Varianza } st^2 = \frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n} = \mathbf{14,0}$$

Des. Estandar = **3,74**

$$\text{KR-20 } ret = \frac{K}{K-1} \frac{st^2 - \sum p^*q}{st^2} = \mathbf{0,71}$$

DATOS

N° Encuestados = **15**N° Preguntas = **21**

Apéndice D: Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es “Conocimiento del familiar acompañante sobre el cuidado del paciente con traqueostomía del servicio de Neurocirugía 13B en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017”, que se desarrollará con el objetivo de (objetivo de la investigación). Este proyecto será realizado por María Magdalena, Dávila Abanto, Jeanne Zambrano Carrera y Martha Zevallos Romero, con la asesoría de Medina Bacalla, Jhon Willy, Docente en Investigación de la Universidad Peruana Unión. La información que brinde a través de los cuestionarios será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha informado que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con esta investigación. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información brindada a través de los cuestionarios. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en el estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté

finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Firma del participante

DNI:

Fecha:

Apéndice E. Matriz de consistencia

Conocimiento del familiar acompañante sobre el cuidado del paciente con traqueostomía del servicio de Neurocirugía 13B en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017

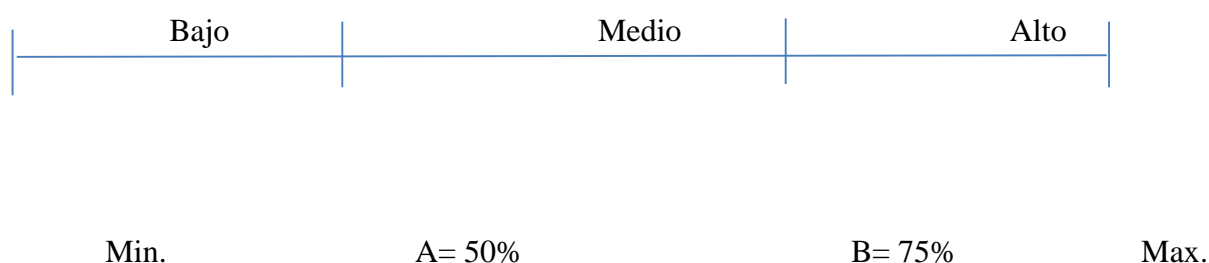
PROBLEMA	OBJETIVOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN
¿Cuál es el nivel de conocimiento del familiar acompañante sobre el cuidado del paciente con traqueostomía en el Servicio de Neurocirugía 13B del Hospital	Identificar el nivel de conocimiento del familiar acompañante sobre los cuidados del paciente con traqueostomía del Servicio de Neurocirugía	Identificar el nivel de conocimiento del familiar acompañante sobre la limpieza y desinfección de los materiales utilizados en el cuidado del paciente con traqueostomía del Servicio de Neurocirugía (13B) del Hospital Edgardo Rebagliati	El familiar acompañante presenta un bajo nivel de conocimiento sobre los cuidados del paciente con traqueostomía del Servicio de Neurocirugía	Conocimiento sobre los cuidados al paciente traqueostomizado. Las dimensiones de la variable son: Conocimiento de limpieza y desinfección de los materiales	<p>Enfoque: cuantitativo</p> <p>Tipo: básica, de campo</p> <p>Diseño: no experimental, de corte transversal y descriptivo.</p> <p>Población: 250 familiares acompañantes</p> <p>Muestra: 100 familiares acompañantes</p> <p>Técnica: la técnica será la encuesta</p>

<p>Edgardo Rebagliati Martins, 2017?</p>	<p>(13B) del Hospital Edgardo Rebagliati Martins</p>	<p>Martins.</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento del familiar acompañante sobre la curación del estoma del paciente con traqueostomía del Servicio de Neurocirugía (13B) del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento del familiar acompañante sobre la aspiración de secreciones del paciente con traqueostomía del</p>	<p>(13B) del Hospital Edgardo Rebagliati Martins</p>	<p>Conocimiento de curación del estoma</p> <p>Conocimiento de aspiración de secreciones.</p> <p>Conocimiento de manejo de complicaciones.</p>	<p>Instrumento: el instrumento será un formulario tipo cuestionario que cuenta con 25 preguntas múltiples y dicotómicas.</p>
--	--	---	--	---	---

		<p>Servicio de Neurocirugía (13B) del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento del familiar acompañante en el manejo de complicaciones del paciente con traqueostomía del Servicio de Neurocirugía (13B) del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.</p>			
--	--	---	--	--	--

Apéndice F: Escala de valoración para la variable conocimiento

Para determinar los valores de cada categoría de la variable conocimiento, se procedió a evaluar las puntuaciones a través de la escala de Staninos al encontrarse puntuaciones muy bajas en la categoría Alta, se procedió a homologar las puntuaciones considerando el sistema de codificación de Perú, donde las puntuaciones menores al 50% del total se considera conocimiento bajo. Tomando en cuenta esta consideración el cálculo de la escala se realizó teniendo en cuenta lo siguiente:



Los valores extremos se calcularon multiplicando la cantidad de ítems Los valores extremos se calcularon multiplicando la cantidad de ítems Alto a spnutuacione menores al por el valor mínimo y máximo de cada ítem , y los valores centrales multiplicando la cantidad de preguntas que miden la variable conocimiento por los porcentajes de los puntos medios (A,B), se realizó la aproximación de valores al inmediato superior con puntos decimales \geq a 0.5.

$$\text{Min.} = \# \text{ preguntas} \times 0 = 21 \times 0 = 0$$

$$A = \# \text{ preguntas} \times 50\% = 21 \times 50\% = 10.5 = 11$$

$$B = \# \text{ preguntas} \times 75\% = 21 \times 75\% = 15.75 = 16$$

$$\text{Max.} = \# \text{ preguntas} \times 1 = 21 \times 1 = 21$$

Bajo (0 a 10)

Medio (11 a 16)

Alto (17 a 21)