

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERÍA NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO



**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA EN MANEJO DE
EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA
ADULTOS CENTRAL DE EMERGENCIA NUEVA ESPERANZA S.A. 2017**

POSTULANTE: Lic. Vaneza Maribel Capcha Gutiérrez
TUTORA: Lic. Paola Patricia Ticona M.

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALIDAD EN MENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MEDICINA CRÍTICA Y
TERAPIA INTENSIVA**

LA PAZ- BOLIVIA

2018

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios por su amor incondicional, por haberme regalado la oportunidad de tener la experiencia de seguir adquiriendo conocimiento.

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, todos mis logros se los debo a ustedes. Gracias por motivarme a seguir mis anhelos.

AGRADECIMIENTO.

Quiero agradecerte mi Dios por tu gran misericordia, por tu bondad sin fin, por la oportunidad que me obsequia para poder seguir superándome y permitirme sonreír antes mis logros que son resultados de tu ayuda.

A mis padres y hermanos por ser los promotores de mis sueños, decirles que mis ganas de agradecimiento no cesan.

A la Unidad del Post Grado UMSA por haberme acogido en su seno científico y permitirme obtener mi especialidad y a los diferentes docentes que me brindaron sus conocimientos.

A mi tutora por su por ser guía en la realización de mi trabajo, gracias por su valiosa colaboración.

A la Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. al personal de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva Adultos por haberme abierto las puertas.

ÍNDICE DE CONTENIDO.

I.	INTRODUCCIÓN.....	2
II.	JUSTIFICACION.....	4
III.	PROBLEMA.....	5
	3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
	3.2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	6
IV.	OBJETIVOS.....	7
	4.1. OBJETIVO GENERAL.....	7
	4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	7
V.	MARCO TEÓRICO.....	8
	5.1. MARCO REFERENCIAL.....	8
	5.2. MARCO CONCEPTUAL.....	10
	5.2.1. INTUBACIÓN.....	10
	5.2.2. EXTUBACIÓN.....	12
	5.2.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	16
	5.2.4. CONSIDERACIONES ESPECIALES.....	17
	5.2.5. ESCALA DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO.....	20
VI.	DISEÑO METODOLOGICO.....	23
	6.1. TIPO DE ESTUDIO.....	23
	6.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	23
	6.3. UNIVERSO Y MUESTRA.....	25
	6.4. CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	26
	6.5. MÉTODOS Y TÉCNICAS.....	27
	6.6. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	29

6.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	30
VII. RESULTADOS.....	32
VIII. CONCLUSIONES.....	56
IX. RECOMENDACIONES.....	57
X. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	58
XI. ANEXOS.....	60
10.1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 1.....	60
10.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 2.....	61
10.3. CARTAS Y SOLICITUDES.....	65

ÍNDICE DE TABLAS.

TABLA NRO.1 PATOLOGÍAS FRECUENTES.....	33
TABLA NRO. 2 GRUPO ETAREO	34
TABLA NRO. 3 GENERO DE PACIENTES.....	35
TABLA NRO. 4 CAUSA QUE DESENCADENARON UNA EXTUBACIONES NO PROGRAMADA.....	36
TABLA NRO. 5 TURNO DE TRABAJO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	38
TABLA NRO. 6 EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	39
TABLA NRO. 7 ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	40
TABLA NRO. 8 NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	41
TABLA NRO. 9 EXPERIENCIA LABORAL EN EL ÁREA DE U.T.I. A.....	42
TABLA NRO. 10 CAPACITACIÓN DEL PERSONAL ANTES DE EJERCER LABOR UTIA	43
TABLA NRO. 11 ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UNA ENP	44
TABLA NRO. 12 PERCEPCIÓN: ENP CUANDO SE SOLUCIONO PROBLEMA DEL PACIENTE	46
TABLA NRO. 13 PERCEPCIÓN: EXTUBACION PROGRAMADA ES ACCIDENTAL.....	47
TABLA NRO. 14 PERCEPCIÓN: FACTORES DE RIESGO QUE PROVOCAN UNA ENP.....	48
TABLA NRO. 15 PERCEPCIÓN: AUTOEXTUBACION ES RETIRADA VOLUNTARIA	49
TABLA NRO. 16 PERCEPCIÓN: EXTUBACION PRODUCE LESIONES DE LA VÍA AÉREA	50
TABLA NRO. 17 PERCEPCIÓN: ENP SON CONSIDERADAS EA CENTRAL DE	51
TABLA NRO.18 PERCEPCIÓN: ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA PARA EVITAR ENP.....	52
TABLA NRO. 19 PERCEPCIÓN: PRESIÓN DEL NEUMOTAPONADOR	53
TABLA NRO. 20 PERCEPCION: FALTA DE PROTOCOLOS	54
TABLA NRO. 21 PERCEPCIÓN:ASPIRACIÓN DE 4 MANOS	55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO NRO. 1 PATOLOGÍAS FRECUENTES	33
GRAFICO NRO. 2 GRUPO ETAREO	34
GRAFICO NRO. 3 GENERO DE PACIENTES QUE SUFRIERON ENP	35
GRAFICO NRO. 4 CAUSA FRECUENTES QUE DESENCADENARON ENP	36
GRAFICO NRO. 5 TURNO DE TRABAJO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	38
GRAFICO NRO. 6 ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	40
GRAFICO NRO. 7 NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	41
GRAFICO NRO. 8 EXPERIENCIA LABORAL EN EL ÁREA DE UTIA	42
GRAFICO NRO.9 CAPACITACIÓN ANTES DE EJERCER LABOR EN LA UTIA.....	43
GRAFICO NRO. 10 ACTITUD QUE PRIORIZA ANTE UNA ENP.....	44
GRAFICO NRO. 11 PERCEPCIÓN:ENP CUANDO SOLUCIONO PROBLEMA DEL PACIENTE	46
GRAFICO NRO. 12 PERCEPCIÓN:EXTUBACION PROGRAMADA ES ACCIDENTAL.....	47
GRAFICO NRO. 13 PERCEPCIÓN:FACTORES DE RIESGO PROVOCAN ENP	48
GRAFICO NRO. 14 PERCEPCIÓN: AUTOEXTUBACION ES RETIRADA VOLUNTARIA	49
GRAFICO NRO. 15 PERCEPCIÓN:EXTUBACION PLANIFICADA PRODUCE LESIONES.....	50
GRAFICO NRO. 16 PERCEPCIÓN: ENP SON EVENTOS ADVERSOS.....	51
GRAFICO NRO. 17 PERCEPCIÓN: EVITA ENP VIGILAR EN ACOPLA PACIENTE-VENTILADOR ...	52
GRAFICO NRO. 18 PERCEPCIÓN: LA PRESIÓN DEL NEUMOTAPONADOR	53
GRAFICO NRO. 19 PERCEPCION: PROTOCOLOS Y LA ADHESIÓN DE LOS MISMOS.....	54
GRAFICO NRO. 20 PERCEPCIÓN: ASPIRACIÓN DE 4 MANOS.....	55

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

A

Actitud

Manera de estar de alguien dispuesto a comportarse u obrar. 18, 19, 20, 57

Adverso

Que es contrario, negativo o desfavorable 2, 3, 4, 6, 7

C

Capacidad

Propiedad de poder contener cierta cantidad de alguna cosa hasta un limite determinado..... 18, 21

D

Delirio

Alteracion patologica del pensamieto que se traduce en una relacion del sujeto con la realidad basada en ideas delirantes a las que define con conviccion 13

Divergencias

Discrepancia, diversidad de opiniones..... 18

E

Edema

Acumulo excesivo de liquido en el espacio intercelular de los tejidos..... 2, 12

Escala

Serie de elementos de la misma especie, ordenados gradualmente en funcion a algunas de sus características o cualidades 18

Eventos adversos

Resultado de una atension en salud que de manera no intensional no produjo daño *Evento adverso*

Extubacion

Extraccion de un tubo en particulas de la laringe, in-tubado previamente... 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 17, 25, 26, 27, 30, 35, 44, 59, 60, 62

Extubacion no programada

Salida del tubo endotraqueal en un momento distinto del elegido para la extubacion electiva o programada.....2, 3, 6, 7, 12, 26, 27, 31, 35, 43, 45, 62

L

Lisis

Elemento sufijal de origen griego que entra en la formacion de nombres fenomenos con el significado de disolucion.12

M

Mortalidad

Termino para definir el numero de defunciones en cierto grupo de personas en determinado periodo2, 4, 12, 13, 19

P

Protocolos

Documentos que describen la secuencia del proceso de atencion del paciente en relacion a una enfermedad o estado de salud..... 13, 62

S

Sujeción

Accion de sujetar o sujetarse.....13

V

Ventilación

Intercambio de aire entre el medio ambiente y los pulmones por medio de la inhalacion y exhalacion 1, 9, 10, 11, 14

Ventilador

Respirador artificial, maquina diseñada para mover aire hacia adentro y fuera de los pulmones..... 3, 8, 13, 14, 25, 62

LISTA DE SIGLAS.

CENESA	Central de Emergencias Nueva Esperanza.
ENP	Extubaciones no programadas.
NAS	Nursing Activites Escore (Puntuación de las actividades de enfermería)
NEMS	Nueve manos de Enfermería.
PaCO ₂	Presión arterial de dióxido de carbono.
ph	Potencial de Hidrogeniones
PaO ₂	Presión arterial de oxígeno.
RASS	Richmond Agitation Sedation Scale (Escala de sedacion y agitacion de Richmond)
TISS	Therapeutic and Intervention Scoring System (Sistema de puntuacion terapeutica y de intervencion.)
UCIA	Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.
UTIA	Unidad de terapia intensiva adultos.
VMI	Ventilación mecánica invasiva.

RESUMEN

Objetivo. Determinar los conocimientos y prácticas de Enfermería en el manejo de extubaciones no programadas en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos Central de Emergencia Nueva Esperanza S.A. 2017

Método. Tras un estudio de investigación observativo, descriptivo de corte transversal en el Unidad de Terapia Intensivos Adultos de la Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. se determinaron los conocimientos y prácticas del personal de Enfermería en extubaciones no programadas, en un primer momento se realizó un diagnóstico situacional sobre el número y causas de las extubaciones no programadas.

En un segundo periodo se aplicó un instrumento de recolección de datos al personal de Enfermería, en un total de 8 profesionales; a través de la aplicación de la Escala de Likert se valoró los conocimientos del personal sobre las extubaciones no programadas a través del planteamiento de 10 afirmaciones.

Resultados. Se estudió a 65 pacientes que requirieron Ventilación Mecánica Invasiva, tras la revisión de Historias Clínicas, cuadernos de registros de Eventos Adversos en los periodos de enero a diciembre 2016 y la aplicación de un instrumento de recolección de datos validados por expertas en el área, se evidencio 6 extubaciones no programadas con una tasa promedio de 9.2% por el total de pacientes intubados, los orígenes en su mayoría fueron por maniobras de las actividades de Enfermería: 1 por cambios de sabana, 2 por agitación intensa, paciente en periodos de destete, 3 cuando se realizaba aspiración de secreciones.

En un segundo periodo se aplicó un instrumento de recolección de datos al personal de Enfermería en total de 8 de los turnos mañana, tarde y noche; tras la aplicación de la Escala de Likert se valoró los conocimientos del personal sobre las extubaciones no programadas, y se puede destacar que el personal de Enfermería cuenta con un conocimiento bueno pero podría ser mejorado a través de una propuesta de intervención.

I. INTRODUCCIÓN.

Tras la consecuencia del avance de las técnicas de soporte vital implementados en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI), para el tratamiento de pacientes críticos adultos, la intubación endotraqueal y la ventilación mecánica invasiva (VNI) se han transformado en prácticas rutinarias en estas unidades, tras la mejora del diagnóstico de inicio por el cual el paciente requirió de estas técnicas son subsanadas el profesional médico de la UTI reuniendo criterios de extubacion del paciente decide realizar una extubacion programada o planificada. Un evento adverso muy frecuente en las UTI son las extubaciones no programadas, las mismas aumentan la mortalidad de los pacientes adultos críticamente enfermos.

Esta problemática a nivel mundial refleja con claridad y es considerado como un indicador de calidad de atención de los pacientes críticos, viendo la problemática el estudio refleja lo que sucede en el Unidad de Terapia Intensivos Adultos de la Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. (C.E.N.E.S.A.)

Una extubacion no programada (ENP), se define como salida del tubo endotraqueal en un momento distinto del elegido para la extubacion electiva o programada, las ENP pueden ser accidentales, cuando ocurren involuntariamente durante procedimientos de enfermería como: cambio de postura y cambios de sabana, o autoextubaciones no programadas cuando la retirada del tubo endotraqueal es provocada por el mismo paciente ya sea accidental o voluntariamente por agitación psicomotriz, abundantes secreciones traqueales, falta de sedación, mala técnicas para fijar y estabilizar el tubo endotraqueal. La ENP puede conducir rápidamente a la parada cardiorrespiratoria y se asocia con lesiones de vías respiratorias, edema laríngeo y traqueal, reintubación difícil, necesidad de cricotirotomía e incremento del riesgo de infecciones nosocomiales y de la mortalidad. De allí que las extubaciones no programadas son consideradas “eventos adversos”, es decir, complicaciones iatrogénicas que se asocian con un incremento de la morbilidad y mortalidad además expresan fallas en la calidad de atención médica, mayor estancia hospitalaria y complicaciones secundarias.

Tras el conocimiento de los efectos que produce una extubacion no programada, se realizó revisiones bibliográficas sobre esta temática fuera de la Institución de estudio, fue en este sentido que se encontró lo siguiente.

En España Madrid, en el servicio de Neonatología del hospital Universitario 12 de octubre se realizó un estudio sobre extubaciones no programadas en pacientes sometidos a ventilación mecánica categorizados como un efecto adverso no deseado que incrementa la morbilidad.

En Estados Unidos la tasa de extubaciones no planificadas fueron de 0,11 a 2,27 eventos por 100 días de intubación. Los factores de riesgo asociados con las extubaciones no planeadas fueron la edad (pacientes más jóvenes), la fijación inadecuada del tubo, la agitación, las secreciones copiosas, el desempeño de los procedimientos del personal médico y la carga de trabajo de enfermería.

A nivel Sud-Americano en Chile, en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Padre Hurtado, en un estudios de eventos adversos en un periodo de 38 meses (1999 a 2002), se categorizaron los siguientes efectos adversos, complicaciones de las vías áreas, complicaciones del ventilador mecánico, complicaciones de los dispositivos invasivos, complicación con relación a fármacos, entre ellos el más destacado para el estudio fue complicaciones de los dispositivos invasivos que se presentó en un 44% de los casos destacando entre estos las extubaciones no programadas, sin embargo todos estos efectos adversos fueron catalogados como indicadores de calidad de atención directamente relacionado al personal de enfermería.

Por todo lo expuesto el presente trabajo tiene el propósito es determinar los conocimientos y prácticas de enfermería en el manejo de extubaciones no programadas en la unidad de Terapia Intensiva Adultos Central de Emergencia Nueva Esperanza S.A. 2017

II. JUSTIFICACION.

La importancia de ejecutar este Diseño Metodológico de Especialidad repercute en conocer para reducir a largo plazo la morbi-mortalidad por complicaciones en pacientes críticos portadores de tubo endotraqueal sometido a VMI, previniendo sucesos de eventos adversos producidos por la atención de salud del personal de Enfermería en la UTI, siendo una de estas las ENP la cual produce hipoxemia, hipercapnia, atelectasia, neumotórax, daños a las vías aéreas, alteraciones hemodinámicas y por consiguiente reintubaciones necesarias. Sin embargo la tecnología de la unidad y la interacción humana, forman un riesgo inevitable para que se produzca un evento adverso, siendo que este se produce durante la atención en salud que presta el personal de Enfermería a este tipo de pacientes.

Tras datos de estudios realizados a nivel internacional, latinoamericano y américa del sur, la mayoría unifica criterios y cataloga las ENP como un evento adverso, la causa precipitante directa involucra la vigilancia, conocimientos, y destrezas de Enfermería, asociada a una falla humana, lo que produce gastos hospitalarios, mayor estancia hospitalaria y aumento de la mortalidad de los pacientes de las UTI.

C.E.N.E.S.A. dispone de UTI, de alta capacidad resolutive, esta se caracteriza por ser polivalente y el manejo del paciente crítico que se transforma en un reto para el personal, por lo tanto, es necesario un entrenamiento y capacitación constante, de esta manera se beneficiará al usuario y a la institución que tiene como premisa en ser líder en la atención en salud, a través de la mejora en la calidad de atención del paciente portador de tubo endotraqueal. De ahí que se debe precisar una amplia serie de acciones de formación y continuas actualizaciones para el personal de Enfermería, para el cuidado de pacientes críticos portadores de tubo endotraquel sometido a ventilación mecánica, con el fin de mejorar, priorizar e individualizar el cuidado de este tipo de pacientes.

III. PROBLEMA.

3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Uno de los problemas que ocurren con mayor frecuencia en los pacientes con intubación endotraqueal, son las ENP sean estas extubaciones accidentales o auto extubaciones.

Más de la mitad de las ENP se producen en aquellos pacientes que tienen planeada la extubación electiva en las próximas horas. Se ha observado que el mayor factor contribuyente para la autoextubación es la demora en la extubación electiva. Una proporción significativa de pacientes con ENP no requieren reintubación.

Las restricciones físicas o sujeciones mecánicas (tórax, brazos y/o manos) son ampliamente usadas en el manejo de los pacientes intubados y ventilados guiados por la creencia de que son necesarias para prevenir la ENP. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que las extubaciones no planificadas ocurrieron en mayor proporción en los pacientes con restricciones físicas, que en los pacientes sin ellas. La presencia de cansancio y agitación del paciente fue un factor predictor independiente significativo de auto-extubación. Probablemente el uso de restricciones físicas o sujeción mecánica de extremidades, tórax, etc. sea responsable de la agitación del paciente.

Se debe evitar la autoextubación mediante sedación apropiada, fijación segura del tubo traqueal, y adecuada comunicación con el paciente, sin restricciones físicas.

La ENP debe ser vista como una variable de control de calidad, y comentarios recientes sostienen con énfasis su prevención, con la mejora de conocimientos, habilidades y destrezas del personal de enfermería que proporciona cuidados al paciente crítico de la UTI portador de tubo endotraqueal sometido a ventilación mecánica.

En C.E.N.E.S.A. existe un registro de efectos adversos implementado el año 2016, esta herramienta más la revisión de historias clínicas representaron el enfoque de inicio para esta investigación, en este sentido se identificaron al total de 65 pacientes que fueron sometidos a VMI en un periodo de un año 2016, de los mismo se buscó a

aquellos que sufrieron una ENP determinándose las causas y los efectos, a través de la revisión de historias clínicas y notas y registros de Enfermería. A partir de los resultados de este proceso si identifico que este efecto adverso se desencadenaba por desconocimiento en los cuidados de pacientes portadores de tubo endotraqueal sometidos a VMI, teniendo este entendido se plante un estudio que nos ayude a Determinar los conocimientos y prácticas de Enfermería en extubaciones no programadas en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos Central de Emergencia Nueva Esperanza S.A. 2017

3.2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas de Enfermería en el manejo de extubaciones no programadas en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. 2017?

IV. OBJETIVOS.

4.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar los conocimientos y prácticas de Enfermería en el manejo de extubaciones no programadas en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos Central de Emergencia Nueva Esperanza S.A. 2017

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Cuantificar el número, sexo, grupo etario, diagnóstico de pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva, que sufrió extubaciones no programadas.
- Identificar las intervenciones de Enfermería que desencadenaron una extubación no programada.
- Describir las complicaciones posteriores a una extubación no programada.
- Identificar datos demográficos del personal de Enfermería que desempeña funciones en Unidad de Terapia Intensiva.
- Identificar el nivel de instrucción del personal de Enfermería.
- Determinar la experiencia laboral en años del personal de Enfermería.
- Distinguir si el personal de Enfermería recibió capacitación en el manejo de pacientes sometidos a ventilación mecánica.
- Citar el grado de conocimiento del personal de Enfermería sobre extubaciones no programadas.
- Mencionar las acciones que toma el personal de Enfermería frente a una extubación no programada.

V. MARCO TEÓRICO.

5.1. MARCO REFERENCIAL.

En España Madrid, en el servicio de Neonatología del hospital Universitario 12 de octubre se realizó un estudio sobre extubaciones no programadas en pacientes sometidos a ventilación mecánica categorizado como un efecto adverso no deseado a un incremento de morbilidad, la metodología de este estudio fue de tipo prospectivo de tipo antes y después, en el cual se incluyó a todos los pacientes intubados durante dos periodos: de mayo a diciembre del 2011 y de junio a diciembre del 2012. El primer periodo se calculó la tasa de extubaciones no programadas por cien pacientes-día intubados, se evaluaron las características de los niños que presentaban extubaciones, circunstancias en las que estas ocurrían y la necesidad de reintubación. Tras analizar los datos, se aplicó un programa de intervención para prevenir las extubaciones no programadas y se analizaron las mismas variables en su segundo periodo después de su puesta en marcha no se encontraron diferencias en cuanto a los resultados características de los pacientes incluidas en ambos periodos. En el primer periodo ocurrieron 5 extubaciones no programadas por cada 100 pacientes día intubados frente 4,5 extubaciones no programadas en el segundo, en ambos periodos la mayoría de la extubaciones no programadas ocurrieron durante la práctica de los procedimientos de los pacientes y la frecuencia de la reintubación fue de 77,6 y el 67,7% respectivamente. Considerando los dos periodos en forma conjunta en los meses de junio, agosto y septiembre, se produjeron de media 6,2 de extubaciones no programadas por cada cien niños día intubados frente a 3,4 en el resto de los meses y como resultado de las intervenciones realizados para disminuir las extubaciones no programadas no sea conseguido una disminución significativa de la misma, en periodo de verano incrementa significativamente el riesgo de extubaciones no programadas frente al resto de los meses estudiados.

En Estados Unidos la tasa de extubaciones no planificadas fueron de 0,11 a 2,27 eventos por 100 días de intubación. Los factores de riesgo asociados con las extubaciones no planeadas fueron la edad (pacientes más jóvenes), la fijación inadecuada del tubo, la agitación, las secreciones copiosas, el desempeño de los

procedimientos del paciente y la carga de trabajo de enfermería. Las tasas de reintubación oscilaron entre el 14% y el 65% de las extubaciones no planeadas tres estudios de cohortes evaluaron la eficacia de las estrategias para reducir las extubaciones no planificadas. Un estudio informó la institución de un algoritmo estandarizado de sedación dirigida a objetivos, mientras que dos estudios evaluaron la implementación de un programa continuo de mejora de la calidad. Estos estudios informaron reducciones significativas en la tasa de extubaciones no planeadas después de la implementación del programa. Los métodos de fijación del tubo endotraqueal variaron según los estudios y el uso de restricciones físicas produjo hallazgos contradictorios.

A nivel Sud-Americano en Chile, en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Padre Hurtado, en un estudio de efectos adversos en un periodo de 38 meses (1999 a 2002), se categorizaron los siguientes efectos adversos, complicaciones de las vías aéreas, complicaciones del ventilador mecánico, complicaciones de los dispositivos invasivos, complicación con relación a fármacos, entre ellos el más destacado para el estudio fue complicaciones los dispositivos invasivos que se presentó en un 44% de los casos destacando entre estos las extubaciones no programadas, sin embargo todos estos efectos adversos fueron catalogados como indicadores de calidad de atención directamente relacionado al personal de enfermería.

A nivel nacional, departamental e institucional, aun en la Unidad de Terapia Intensiva de C.E.N.E.S.A, no se realizó estudios acerca de esta temática.

5.2. MARCO CONCEPTUAL.

Las Unidades de Cuidados Intensivos son áreas telemétricas u otras de asistencia continua que pueden generar ansiedad en los pacientes. Durante la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, la constante interacción con el personal de enfermería, los aparatos de control y la permanente vigilancia han ofrecido seguridad al paciente. (1)

Como consecuencia del desarrollo de técnicas de soporte vital para el tratamiento de los pacientes críticos de las Unidad de Cuidados Intensivos, la intubación endotraqueal y la ventilación mecánica, se han transformando en una práctica rutinaria en estas unidades.

En la mayoría de los casos el tubo endotraqueal se retira en forma electiva cuando la causa que dio inicio a la Ventilación Mecánica está resuelta. Bajo este entendido uno de los efectos adversos frecuentes y muchas veces prevenible de la Ventilación Mecánica es la Extubación No Programada lo que puede derivar a re-intubaciones con todos los riesgos que ella conlleva. (2)

5.2.1. INTUBACIÓN.

La intubación traqueal es un procedimiento realizado en los Servicios de Urgencia hospitalarios, extrahospitalarios, Unidades de Cuidados Intensivos y Unidades Quirúrgicas. Es el procedimiento más utilizado en dichos servicios después de los accesos vasculares. (3)

Durante los últimos 50 años ha habido una notoria evolución en la Ventilación Mecánica e igualmente sea modificada las indicaciones para aplicarla. Nuevos modelos ventilatorios han ampliado las opciones terapéuticas disponibles para pacientes con insuficiencia respiratoria.

Tradicionalmente, sea usado algunos criterios puntuales para definir las necesidades de Ventilación Mecánica son: evaluación de la frecuencia respiratoria, la medición de la capacidad vital, la determinación de la fuerza inspiratoria negativa y la medición de los valores arbitrarios de presión arterial de oxígeno (PaO₂) y presión arterial de dióxido de carbono (PaCO₂). (4)

Si se trata de recordar un poco sobre la historia del inicio de la intubación tenemos: Avicena (980-1037) fue el primero en realizar una intubación orotraqueal; posteriormente en 1543, Vesalius reportó que mantuvo viva a una puerca preñada soplando un canuto hueco colocado en su tráquea, en 1754 Benjamin Puifg describió un dispositivo consistente en un resorte revestido de una fina capa de cuero que introducía en la boca y dirigía hacia la laringe con el uso de los dedos para la reanimación de recién nacidos; Kirstein inventó el laringoscopio a principios del siglo IX, no fue hasta finales de 1945 que la intubación endotraqueal se convirtió en un procedimiento habitual en la práctica médica.

Con frecuencia se considera que las indicaciones de la ventilación mecánica son las mismas que las de la intubación, sin embargo está claro que existen criterios, para decidir la intubación y otros para establecer la necesidad de la ventilación mecánica.

5.2.1.1. CRITERIOS DE INTUBACIÓN.

Protección de las vías aéreas y parénquima.

- a. Corregir obstrucción de vía aérea superior.
- b. Facilitar higiene bronquial.
- c. Conectar a la ventilación mecánica.

Criterios de la ventilación mecánica.

- a. Dificultad respiratoria con deterioro neurológico.
- b. Dificultad respiratoria con deterioro cardiovascular.
- c. Cianosis con Fracción inspirada de oxígeno (FiO_2) $>0,5$
- d. Tórax paradójico o disociación taraco-abdominal.
- e. Frecuencia respiratoria > 35 o < 6
- f. $PaO_2 < 60$ con $FiO_2 > 0,5$
- g. $PaO_2 / FiO_2 < 200$ o $PaO_2 / FiO_2 < 60$ con $FiO_2 > 0,5$
- h. Potencial de hidrogeniones (pH) < 7.30

En conclusión, la intubación y la Ventilación Mecánica representan una forma de soporte vital. Así como las enfermedades, los tratamientos y las herramientas

cambian a través del tiempo, así están cambiando aspectos claves como las definiciones del papel de la Ventilación Mecánica en enfermedades específicas, la ruta por la cual se ofrece y la capacidad para sostenerse la vida y cambiar desenlaces clínicos.

5.2.2. EXTUBACIÓN.

Es el procedimiento que consiste en retirar el tubo endotraqueal a pacientes intubados, por diferentes causas el profesional de Enfermería es el que realiza este procedimiento en diferentes servicios y es indicada cuando sea solucionada la indicación de la intubación y el paciente presenta estabilidad hemodinámica. (5)

Sin embargo en este apartado hay que diferenciar dos escenarios clínicos diferentes: la extubación programada y la extubación accidental o no programada, dentro de la cual se puede dar dos situaciones: la auto-retirada del tubo endotraqueal por el paciente y la retirada accidental durante las maniobras de Enfermería.

5.2.2.1. EXTUBACION PROGRAMADA.

Una vez que el enfermo es capaz de mantener su respiración espontánea hay que decidir si es necesario que se mantenga la intubación endotraqueal o pueda ser extubado con garantía de no precisar reintubación.

La extubación se asocia con un cambio en el patrón ventilatorio consistente en un aumento inmediato en el volumen minuto secundario a un aumento del estímulo respiratorio. Hacia la primera hora post extubación tanto el volumen minuto como el estímulo respiratorio vuelven a su situación normal, no encontrándose cambios en las siguientes 24 horas. Teniendo en cuenta que el tubo endotraqueal produce un aumento de la resistencia en la vía aérea, sería razonable considerar que su retirada esto disminuirá el trabajo respiratorio. Así Brochard y colaboradores encuentran en 11 pacientes sometidos a ventilación mecánica durante una media de 9.9 días, una disminución significativa en el trabajo respiratorio tras la extubación: 8.2 ± 5.1 J/min durante la prueba de respiración espontánea con tubo en T frente a 6.5 ± 3.7 J/min tras la extubación.

Para la decisión de extubar a un paciente hay que valorar, en primer lugar, el estado de los mecanismos de la protección de la vía aérea, la capacidad de toser y el volumen y las características de las secreciones y tradicionalmente se ha considerado la necesidad que el enfermo tuviese un adecuado estado mental, definido como un Glasgow Coma Score ≥ 11 para extubarle con garantía de éxito.

Las complicaciones de las extubaciones programadas, al retirar el tubo endotraqueal se puede generar estridor que es un ruido de tono alto, sobre todo inspiratorio asociado a edema laríngeo. Pero podemos ver también parálisis o para lisis de las cuerdas vocales, granulomas o estenosis laríngea. Es importante vigilar que el estómago este vacío con el objetivo de evitar bronco aspiración al extubar.

5.2.2.2. EXTUBACIONES ACCIDENTALES O NO PLANEADAS.

Una de las principales complicaciones relacionadas con el tubo endotraqueal es la extubación no programada, ya sea por la extubación del propio paciente, que es más frecuente, o por la extubación accidental por las maniobras en la ejecución de las actividades de cuidado de Enfermería.

El así que en una Extubación No Programada se define como la salida del tubo endotraqueal en un momento distinto del elegido para la extubación electiva o programada.

Las extubaciones no planificadas pueden ser accidentales, cuando ocurren involuntariamente durante procedimientos de enfermería como: cambio de postura y cambios de sábana, o autoextubaciones cuando la retirada del tubo endotraqueal es provocada por el mismo paciente ya sea accidental o voluntariamente por agitación psicomotriz, abundantes secreciones traqueales, falta de sedación, técnicas para fijar y estabilizar el tubo endotraqueal.

La extubación no planificada puede conducir rápidamente a la parada cardiorrespiratoria y se asocia con lesiones de vías respiratorias, edema laríngeo y traqueal, reintubación difícil, necesidad de cricotirotomía, incremento del riesgo de infecciones nosocomiales y de la mortalidad. De allí que las extubaciones

accidentales son consideradas “eventos adversos”, es decir, complicaciones iatrogénicas que se asocian con un incremento de la morbilidad y mortalidad y expresan fallas en la calidad de atención médica, mayor estancia hospitalaria y complicaciones secundarias. (6)

Numerosos estudios han evaluado los factores relacionados con las extubaciones accidentales entre estos tenemos. (7)

- Ratio de enfermería: paciente. Una relación 1:1 del personal de Enfermería por paciente intubado se asocia a una menor incidencia de extubaciones no planeadas.
- Momento del día. No hay una significativa relación entre noche y extubaciones no planeadas.
- Nivel de conciencia. La agitación y el delirio es uno de los mayores problemas de los enfermos intubados pudieran afectar hasta un 70% de los enfermos. Hay una correlación entre agitación y autoextubación. La solución de mantener a los enfermos más sedados tienen como inconveniente el retraso de la extubación y que se ha asociado un mayor grado de sedación con un aumento de las extubaciones no programadas durante las maniobras de Enfermería. La propuesta es utilizar protocolos de sedación que mantengan al paciente alerta pero tranquilo.
- Sujeción mecánica. Hasta el momento no hay ningún estudio que sugiera que las sujeciones sean efectivas en la prevención de las extubaciones accidentales.

Las principales complicaciones asociadas a las extubaciones no planeadas es la necesidad de re intubación que se asocia a un aumento de la mortalidad sin embargo aquellos pacientes que no requieren re intubaciones son los que están en periodo de desconexión de la ventilación mecánica.

Las desconexiones del paciente del ventilador mecánico se conoce como “liberación”, “privación”, discontinuación, supresión y por lo general, desconexión

gradual. La descripción de este proceso requiere de gran precisión pues comprende dos conceptos distintos.

Primero la desconexión permanente del ventilador con la extracción de la vía ventilatoria artificial (esto es extubación). Este procedimiento se puede llevar a cabo en pacientes que pueden respirar por si solos.

El segundo es el proceso que disminuye de manera gradual el grado de apoyo y que por lo general, se realiza con reducciones paulatinas en la modalidad que proporciona apoyo ventilatorio parcial. Este método se utiliza en pacientes que pueden realizar un parte de la ventilación necesaria. En el primer caso, se debe usar el término suspensión del ventilador, mientras que el término de la desconexión gradual, se reserva para el segundo caso.

En general, los pacientes que se recuperan de la insuficiencia respiratoria se pueden desconectar rápidamente del ventilador. Por el contrario, en los enfermos con trastornos pulmonares que se resuelvan con lentitud se recurre a la desconexión gradual con la esperanza de que si el enfermo realiza ciertos grados de trabajo respiratorio que no le cause mayor esfuerzo, se acelere la recuperación muscular, evita la presión innecesaria en la ventilación y necesidad de una menor sedación para lograr la sincronía entre él y el ventilador. Una vez comience el proceso de desconexión es importante realizar evaluaciones y ajustes de los intervalos regulares para que el método sea tan rápido como seguro. Las claves de una desconexión satisfactoria constituyen una intensidad suficiente del máximo bienestar del paciente y una carga muscular adecuada.

Algunos pacientes experimentan extubaciones sin que se produzca este proceso previo de desconexión de la ventilación, este evento se denomina extubación no planificada.

Extubación no planificada (ENP) y reintubación son eventos adversos inherentes a la atención médica que acarrear complicaciones en el paciente, pudiesen prevenirse y se consideran indicadores de calidad de atención en cuidados críticos.

5.2.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Los pacientes con Tubo endotraqueal y sometidos a Ventilación Mecánica requieren cuidados especiales para evitar las complicaciones o efectos asociados a la colocación del tubo en el sistema respiratorio, por tanto las prioridades de Enfermería en el cuidado del paciente con vía aérea artificial incluye:

- Higiene de las manos.
- La humidificación del circuito ventilatorio.
- El mantenimiento del balón de taponamiento.
- Asegurar la adecuada ubicación de una vía aérea artificial inmediatamente después de su colocación y su mantenimiento posterior es esencial para asegurar un soporte ventilatorio seguro.
- La fijación del Tubo endotraqueal puede realizarse con una cinta de tela o de algodón manteniendo la ubicación del tubo endotraqueal desde 18 a 24 cm. en la comisura labial. La elección de la mejor forma de fijación del tubo endotraqueal y el uso de cánula de mayo dependerá de una evaluación previa de las necesidades y del confort del paciente en el contexto de la enfermedad. El tubo endotraqueal, deberá permanecer fijado para evitar el desplazamiento indeseado del mismo, deberá ser rotado al otro lado de la boca de forma cíclica con el fin de evitar ulceraciones en la comisura de los labios. Así mismo la cinta que sujeta el tubo deberá ser cambiada periódicamente y mantener limpia la zona, se volverá a colocar en otra zona distinta a la anterior.
- En los cuidados de enfermería posterior a la colocación y fijación del tubo endotraqueal debe verificarse nuevamente la posición del mismo, al nivel de la comisura labial, considerando que la posición común del tubo es de 21 cm para las mujeres y 23 cm para los varones, la comprobación de la correcta posición del tubo se realiza mediante la auscultación y la radiografía de tórax (18).
- Aspiración de secreciones, dentro de los efectos de la misma, muchos estudios refieren que este puede resultar dañino, algunas de la consecuencia

pueden ser la lesión de la tráquea, hipoxemia por aspiración, hipertensión y arritmias, según algunos pacientes este procedimiento resulta muy doloroso, por tanto la importancia de la evaluación del paciente antes de iniciar la aspiración y determinar la necesidad de la misma en lugar de hacerlo como rutina.

- Higiene de la boca con un colutorio (clorhexidina al 2%) cada 8 horas o más si lo precisa.
- Marcar con un rotulador en el tubo el nivel de la comisura labial.
- Verificar por turnos la presión del neumotaponamiento (cuff) que debe permanecer de 20 – 25mmhg. Se debe comprobar la presión del manguito cada 8 horas ante la manipulación del tubo, drenaje postural y/o lavado de cavidad oral.
- Por lo tanto es importante auscultar los ruidos respiratorios después de colocar al paciente en la posición adecuada después del aseo, cambios posturales y después de manipular el tubo endotraqueal.

El cuidado es muy diferente dependiendo de sus estructuras (económicas, socioculturales, políticas, tecnológicas, legales, físicas y educativas) ya que en un hospital el cuidado diferencial es un proceso dinámico que surge como consecuencia de los diferentes valores, creencias y comportamientos que se expresan en relación con el significado del cuidado. (8)

5.2.4. CONSIDERACIONES ESPECIALES.

Las condiciones laborales actuales del personal de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos Adultos, involucran modelos de producción y prestación de servicios con características de trabajo aceleradas e intensificadas.

Los modelos determinan el aumento de la productividad, mediante la combinación del ritmo de trabajo, de la carga de responsabilidad y de la reducción de los intervalos de descanso en la jornada de trabajo. Esos hechos pueden llevar a la tendencia progresiva de riesgos ocupacionales, lo que puede originar efectos crónicos a la salud de los trabajadores. En este sentido, la jornada de trabajo

constituye una dimensión importante en la calidad de empleo, influyendo en la seguridad y salud del trabajador, en los aspectos personales y familiares, y también en la organización laboral dentro de la institución. (9)

La jornada de trabajo puede convertirse en un elemento que propicia desgaste y sufrimiento al trabajador; cuando el contexto organizacional causa sufrimiento, el individuo busca desarrollar mecanismos de defensa para intentar disminuirlo. Sin embargo, cuando hay intensificación de conflictos y el trabajador entra en estancamiento con la organización, no más logrando dar salida a los deseos y procesos creativos/ incentivos, acabará adoleciendo y los ambientes de las organizaciones pueden volverse estresantes a los trabajadores. Por otra parte, el trabajo es una forma de ser del hombre y es posible sí que obtenga remuneración y satisfacción a través de su trabajo, evitando o amenizando situaciones de estrés. (10)

Sin lugar a duda las competencias del personal de Enfermería son muy importantes a la hora de evitar extubaciones no programadas. De esa forma, el trabajo hospitalario exige nuevas habilidades de los profesionales que se deparan con cambios tecnológicos y exigencias de su clientela, provocando muchas veces, transformaciones en su proceso de trabajo. La temática "habilidad profesional" se ha constituido, a lo largo de los años, en foco de atención de los Enfermeros, así como de los administradores de los servicios de salud, pues el personal de Enfermería representa, en términos cuantitativos, una parcela significativa de los recursos humanos asignados en estas instituciones, especialmente en los hospitales, y, por tanto, interfieren directamente en la eficacia, en la calidad y costo de la asistencia a la salud prestada. En ese sentido, la movilización de habilidades en estos profesionales podrá reflejarse significativamente en los resultados logrados.

En el proceso de trabajo de la Enfermería en unidades hospitalarias, los enfermeros han asumido las atenciones a los pacientes más graves, además de las actividades de organización y coordinación de los servicios, desarrollando de forma compartida las actividades asistenciales y administrativas.

La noción de capacidad es fuertemente polisémica, tanto en el mundo del trabajo como en la esfera de la educación. Fleury y Fleury proponen un concepto, al mismo tiempo amplio y necesario, en que capacidad es definida como un saber actuar responsable y reconocido, que implica movilizar, integrar conocimientos, recursos, habilidades, que agreguen, al mismo tiempo, valor económico a la organización, y valor social al individuo. (11)

Saul Meghnagi, representante constructivista y socio-interactivo, estudia la capacidad profesional desde el final de los años 80 y presenta un modelo de investigación realizado en el campo de la formación profesional bajo la perspectiva de los trabajadores, en el cual nuestro estudio está basado. Para ese autor la capacidad profesional puede ser descrita como una combinación articulada y compleja de capacidades y habilidades que son el resultado de una síntesis conceptual y funcional de aspectos teóricos, relacionados particularmente a los contenidos disciplinar y la experiencia actual. Existe en formas coherentes, y es afectada particularmente por el ambiente organizacional.

Muestra un nivel de sofisticación que es dependiente de la realidad objetiva y de la capacidad subjetiva de analizar, comprender e influenciar el propio ambiente, y puede desarrollarse de diversas maneras y en lugares diferentes que no son necesariamente designados para formación.

En Brasil, las Directrices Curriculares Nacionales (DCNs) para los Cursos de Graduación en Enfermería, en vigor, intentan orientar para habilidades generales a ser alcanzadas por el futuro enfermero como la atención a la salud, la toma de decisiones, la comunicación, el liderazgo, la administración y la educación permanente.

Pensando en eso, algunos estudios están siendo realizados sobre la capacidad profesional del enfermero; destacamos una investigación sobre habilidades administrativas del enfermero relacionadas a las expectativas de la institución formadora y al mercado de trabajo, por medio del cual se observaron divergencias en

las expectativas de los gerentes de los servicios de enfermería que prefieren enfermeros con formación específica, para las necesidades de sus servicios.

El trabajo del Enfermero en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI) es caracterizado por actividades asistenciales y administrativas complejas que exigen capacidad técnica y científica, cuya toma de decisiones y adopción de conductas seguras están directamente relacionadas a la vida y muerte de las personas. En ese contexto, es de gran importancia identificar las capacidades de estos profesionales para desarrollar la asistencia de enfermería de alta complejidad, como es el caso de la UTI. (12)

5.2.5. ESCALA DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO.

Una de las Escalas validas a nivel internacional sobre conocimientos, actitudes y las prácticas sobre el cuidado de la salud de los profesionales de Enfermería, aplicado en Antioquia, pretende conocer las ventajas de la escala de Likert para la medición de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud y analizar las respuestas sobre los conocimientos y las actitudes que tienen los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud.

En el instrumento fue propuesto por Muñoz y Restrepo para la medición de los conocimientos y actitudes hacia el consumo y abuso de alcohol en jóvenes escolares, al igual que en el instrumento diseñado para las enfermeras en la investigación sobre el cuidado a colectivos, se partió de la necesidad de medir los factores que determinan la conducta frente a un fenómeno, lo que llevó a la construcción de nuevas herramientas para la medición del objeto actitudinal.

Los pocos trabajos encontrados que hablan sobre la medición y los procesos para lograrla, muestran cómo la implementación de escalas es eficiente para identificar las actitudes. La construcción de esta escala se justificó por la necesidad de elaborar indicadores actitudinales que permitieran predecir la conducta de estos grupos de profesionales.

La escala Likert es utilizada frecuentemente para este tipo de mediciones porque se considera fácil de elaborar; además, permite lograr altos niveles de confiabilidad y

requiere pocos ítems mientras que otras necesitan más para lograr los mismos resultados.

En lo referente a estudios de este mismo tipo en Colombia, se encuentra el realizado en 1999 por la Directora del Programa de Enfermería de Manizales, quien buscó identificar los conocimientos y prácticas de las madres frente a las acciones de promoción y prevención de la enfermedad, desarrolladas por los agentes de salud y en el manejo de la infección respiratoria aguda en menores de cinco años, debido a que los índices de mortalidad reportados por estudios precedentes eran muy altos. Evidencio que este proyecto se plantea teniendo como referente la necesidad de investigar, sistematizar las experiencias, formular nuevas preguntas a partir de prácticas anteriores y actuales, y ampliar el campo del conocimiento del cuidado de la salud de los colectivos, con formulaciones teóricas y metodológicas que permitan avanzar hacia nuevas formas de relación, de vinculación de la Enfermería con las personas, las familias, los grupos, los colectivos, las instituciones.

El profesional de enfermería, en este campo, requiere de conocimientos, actitudes y prácticas que le permitan establecer relaciones comunicativas comprensivas con los grupos interdisciplinarios y los diferentes colectivos humanos con los cuales interactúa. Por lo tanto, su práctica social debe estar respaldada por propuestas que aporten significativamente a la transformación del cuidado y de los servicios de salud y de enfermería.

Además, la comprensión del cuidado de enfermería implica la reflexión del profesional sobre su práctica, su transformación de acuerdo con los cambios en el contexto socio-político, económico y cultural y con los retos y desafíos que tiene que enfrentar para dimensionar el cuidado en los nuevos escenarios que debe compartir con otras disciplinas y sectores de la sociedad.

Es por ello que busca determinar cuáles son los conocimientos que tienen los profesionales de enfermería sobre el cuidado de la salud de los colectivos humanos, analizar la interacción existente entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas, e interpretar cómo estas categorías se expresan en el cuidado de la salud en los

escenarios sociales, además de analizar los objetos de transformación actuales y emergentes en la práctica de enfermería y su aporte al desarrollo científico técnico y humanístico de la profesión.

El cuidado de la salud, como objeto de conocimiento de la profesión de enfermería, es entendido como la interacción humana, científica y técnica entre la enfermera, la persona y los colectivos, cuya intencionalidad es promover la salud, prevenir, atender y rehabilitar en la enfermedad, procurando el desarrollo humano y social de los sujetos participantes en el cuidado.

Por lo tanto, representa para el profesional de enfermería un reto para sí mismo, porque implica gestionar su propio proyecto de vida y reconocerse como persona y como profesional en los mundos físico, social y simbólico que constituyen su universo de la vida. Además, propicia la interacción con otros seres humanos en los diferentes espacios de la cotidianidad, para comprender el sentido que les dan a sus proyectos de vida y de salud, y de esta manera contribuye al desarrollo individual y colectivo.

Desde enfermería se han realizado importantes aportes en relación con el concepto de cuidado de la salud en sus dimensiones individual y colectiva, con elementos epistemológicos, teóricos y metodológicos. El cuidado individual implica, para el profesional de enfermería, una relación con el sujeto sano o enfermo, dirigida a potencializar sus capacidades y al estímulo de satisfactores que aporten al logro de su bienestar, lo que requiere el trabajo en equipo con otros profesionales y la participación de la familia en la búsqueda de una mejor calidad de vida. (13)

VI. DISEÑO METODOLÓGICO.

6.1. TIPO DE ESTUDIO.

La presente investigación asume un diseño de investigación no experimental, pues no se realizó manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

Investigación de tipo:

Observación, porque es un estudio de carácter estadístico y demográfico, en la que no hay intervención del investigador y este se limita tan solo a medir las variables que define el estudio.

Descriptivo, Analiza la prevalencia, la relación entre la incidencia o los indicadores de relación o asociación entre las variables.

Corte transversal, porque miden la prevalencia de la extensión y del efecto de una muestra poblacional en un solo momento temporal.

6.2. ÁREA DE ESTUDIO.

El estudio se llevara a cabo en la Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. empresa privada se constituye como un Hospital médico quirúrgico, fundada el 2009, tiene servicios de:

- Administración de establecimientos de salud y educación y venta de servicios medico quirúrgicos, complementarios, diagnósticos y terapéuticos.
- Importancia en compra y venta de equipos, materiales, insumos y medicamentos médicos farmacéuticos.

Provee atención en base a las siguientes especialidades:

- Neurología - Neurocirugía.
- Psicología – Psiquiatría.
- Otorrinolaringología.
- Buco Maxilofacial.

- Cardiología – Cirugía cardiotorácica.
- Neumología.
- Gastroenterología.
- Cirugía General.
- Proctología.
- Nefrología.
- Urología.
- Ginecología – Obstetricia.
- Traumatología y Ortopedia.
- Dermatología.
- Cirugía Plástica.
- Medicina Interna.
- Terapia Intensiva.
- Anestesiología.
- Pediatría – Neonatología.
- Medicina General.

Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. ofrece a la comunidad atención las 24hrs, siete días a la semana, presta atención de calidad y calidez a sus prestadores, además de lanzar campañas de atención médica, a costo económico y factible para nuestra sociedad. Además presenta servicio de ambulancia las 24 horas.

Ubicación: Calle 11, N° 4035, entre Carvajal y Vezga, Zona Villa Dolores. Teléfonos: 2822822 – 2821610 – 72007333 El Alto La Paz – Bolivia. Cuenta con sucursal en Emergencias Rio Seco – Ex Tranca, Av. Juan Pablo II, N°3000, Teléfono: 2865811 – 72002630 – Sitios Web: www.hospitalagramont.com.bo

Esta organización, cuenta con 30 empleados estimados.

Visión.

Constituirse en un establecimiento de salud, acreditado y certificado, modelo y líder en Bolivia, proactivo e innovador parte integrante de la sociedad, legalmente reconocida, que contribuya a incrementar el nivel de salud de los pobladores de las ciudades de El Alto de La Paz y de las provincias de La Paz, para lograr el “suma qamaña” de los bolivianos.

Misión.

Es una empresa social de salud, comprometida con la solución de los problemas de las necesidades y expectativas de la población en general, que brinda servicios profesionales de salud oportunos, integrales, con calidad y costos accesibles, destinados a las personas y sus familiares que se quieren a sí mismas y aprecian su vida y su salud sobre todo.

La Unidad de Terapia Intensiva Adultos de la Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. se caracteriza por sé una Unidad Polivalente con atención a todo paciente adultos crítico con cualquier patología, a cargo de un grupo de 4 médicos de la especialidad en Medicina Critica y terapia Intensiva, 3 Licenciadas de Enfermería que cursan con estudios en la Especialidad de Medicina Critica y Terapia Intensiva y 5 profesionales Licenciadas en Enfermería.

6.3. UNIVERSO Y MUESTRA.

El estudio fue estructurado en dos partes una dirigida a pacientes sometidos a ventilación y la otra dirigido a personal de Enfermería que desempeña sus funciones laborales en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A.

Universo.

En cuanto a los pacientes el universo que se tomó en cuenta el total de 99 pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos de la Central de Emergencias

Nueva Esperanza S.A. durante la gestión 2016 de los cuales 65 fueron sometidos a ventilación mecánica siendo los mismos sometidos al estudio para la propuesta de intervención.

En relación al personal de Enfermería fueron 8 profesionales a nivel licenciatura que representa el total del universo.

Muestra.

La muestra corresponde al universo por lo que no hay necesidad de calcular el tamaño muestral, se tomó a todos los pacientes y personal de Enfermería que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión durante un periodo de tiempo por lo tanto no es probabilístico aleatorio.

6.4. CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Los criterios de inclusión y exclusión reflejaran las características que tiene el estudio para consideren su inclusión en la investigación.

Criterios de Inclusión.

Para pacientes.

- Pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. sometidos a ventilación mecánica invasiva 2016
- Pacientes expuestos a factores de riesgo extrínsecos (ventilador mecánico).
- Paciente que fueron intubados en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos de la Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. y que sufrieron extubaciones no programadas.

Para el personal.

- Solo personal de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva Central de Emergencia Nueva Esperanza S.A.
- Solo personal con grado de licenciatura en Enfermería y/o post grado.

- **Criterios de Exclusión.**

Para el paciente.

- Paciente que ingresaron a la Unidad de Terapia Intensiva de la Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. con antecedente de haber sufrido extubacion no programadas de forma extra institucional.
- Todos los pacientes adultos que ingresan a la Unidad de Terapia Intensiva de la Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. que no fueron intubados.

Para el personal.

- Personal de Enfermería de piso, emergencias, quirófano, neonatología, hemodiálisis, consultorio de la Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A.

6.5. MÉTODOS Y TÉCNICAS.

Todo el presente estudio tubo como método la Observación de los objetos en estudio.

Las técnicas e instrumentos utilizados fueron:

Cuaderno de Ingresos y egresos. Este instrumento permitió recolectar datos en relación a la edad, sexo, diagnostico de ingreso, Tipo de ventilación mecánica, con el fin de ser usado como un recurso valido para la investigación, el mismo cuenta con la recolección de datos en relación a Efectos Adversos suscitados en la Unidad, como ser caídas, extubaciones no programadas, relacionadas con medicamentos, relacionadas con transfusiones, úlceras por decúbito, dermatitis asociada a incontinencia, lesiones asociadas al uso de adhesivos médicos; de todos ellos solo se tomaron datos de Extubacion No Programadas en la Gestión 2016 enero a diciembre.

Revisión de Historias Clínicas. Siendo que este es un documento médico legal que surge del contacto del profesional de salud y el paciente, en busca de datos que permitieron identificar porque se produjo la extubacion no programada.

Instrumento de recolección de datos N°1. Fue elaborado con el fin de detectar pacientes que fueron sometidos a ventilación mecánica y cuántos de estos sufrieron extubaciones no programadas, a través de la recolección de datos directamente obtenidos a través de la revisión de Historias clínicas y reporte de enfermería, se recabaron datos como: Edad, Sexo, Diagnostico Medico, Turno de trabajo en el cual se suscitó una extubacion no programada, actividad de enfermería que desencadeno una extubacion no programada, complicaciones que sufrió el paciente tras una extubacion no programada.

De igual manera se elaboró un 2º Instrumento de recolección de datos con el fin de evaluar los Conocimientos y prácticas de Enfermería en extubaciones no programadas en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. este fue llevado a cabo en la gestión 2017 a 8 profesionales con título de Licenciatura en Enfermería. El mismo Instrumento cuenta con: Hoja de información del estudio a realizarse, consentimiento informado, datos como: turno de trabajo, edad, estado civil, Nivel de Instrucción, Experiencia laboral en años fuera de la Institución, capacitación del manejo del paciente sometido a ventilación mecánica al ingreso a la Unidad, actitud que prioriza ante una extubacion no programada. De igual forma cuenta con un Cuestionario de Conocimientos prácticas en el manejo de Extubacion No Programadas, dicho cuestionario fue elaborado a través del modelo de la Escala de Likert, donde se realizó la construcción de 10 afirmaciones sobre la temática de Extubaciones No programadas y sus medidas de prevención, se laboraron afirmaciones correctas e incorrectas para poder medirlas a través de la siguientes Alternativas de respuesta:

5 = Totalmente de acuerdo.

4 = De acuerdo.

3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

2 = En desacuerdo.

1 = Totalmente desacuerdo.

- La afirmación 1 tenía como respuesta correcta la alternativa 1.
- La afirmación 2 tenía como respuesta correcta la alternativa 1.
- La afirmación 3 tenía como respuesta correcta las alternativas 4 o 5, cualquiera de ellas eran válidas.
- La afirmación 4 tenía como respuesta correcta las alternativas 4 o 5, cualquiera de ellas eran válidas.
- La afirmación 5 tenía como respuesta correcta la alternativa 5.
- La afirmación 6 tenía como respuesta correcta la alternativa 1.
- La afirmación 7 tenía como respuesta correcta las alternativas 4 o 5, cualquiera de ellas eran válidas.
- La afirmación 8 tenía como respuesta correcta la alternativa 4.
- La afirmación 9 tenía como respuesta correcta la alternativa 5.
- La afirmación 10 tenía como respuesta correcta la alternativa 1.

Pues a través de estos para metros se realizó tabulación de datos.

Cabe recalcar que tanto el Instrumento de Recolección de Datos 1 y 2 fueron revisados y validado por tres expertas en el área de Medicina Crítica y Terapia Intensiva.

6.6. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.

La presentación de datos obtenidos durante la investigación se presenta en forma de tablas y gráficas.

Las tablas representaran una variable de investigación que se obtuvo a través del planteamiento de un objetivo Específico del grueso del Objetivo General de la Presente investigación. La misma llevara como premisa 3 entradas verticales, en la primera estará las variables de estudio, en la segunda la cantidad en número ordinal y la tercera el porcentaje de los resultados obtenidos.

Graficas en sectores (tortas) que reflejan los resultados en porcentajes, para la parte descriptiva de los resultados de la investigación lo cual facilita la observación de los resultados.

6.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Las políticas son demasiadas serias en relación a la ejecución de los proyectos, siendo que las medidas de cambio que se proponen, solo podrán cumplirse con un trabajo sostenido, participativo, consensuado y liderado por el Ministerios de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia que ejerce un rol rector, basado en normas únicas para todos los centros asistenciales en salud, obviamente adecuadas a los niveles de atención que les pudiera corresponder en la red articulada de servicios independientemente de cuales sean las instituciones orgánicas a las que dichos servicios pertenecen, en este entendido las siguientes políticas nacionales respaldan el planteamiento de la investigación, tras la revisión de estudios efectuados anteriormente está catalogada como un indicador de calidad de atención directamente relacionado la atención personal de Enfermería.

Las Bases de Organización en Funcionamiento del proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS) menciona que la calidad es en esencia la condición o conjunto de condiciones que permiten hacer bien hechas las cosas, sean estas acciones, servicios o productos, causando satisfacción en quienes los realizan y en quienes lo reciben.

Extrapolando el concepto al campo de la salud, la calidad refleja el grado de satisfacción que causa en los usuarios la recepción del servicio, lo cual hace verificable y medibles si estos son buenos, mediocres o definitivamente malos.

La calidad no solo es gestión, como se entiende por la tan conocida expresión “gestión de calidad”, sino el resultado de una acción que se realiza, de un servicio que se presta, o de un producto que se entrega.

Es en ese mismo entendido la Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoria – MDS. Indica que calidad es “la condición de la organización sanitaria que de acuerdo a caracterización y normativa bien definida dentro de un sistema, permite cumplir

funciones bien realizadas que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos”.

La Norma ISO 9000 – 2000 menciona que la calidad es “El grado en el que un conjunto de características del servicio cumple con los requisitos especificados en la ISO 9000: 2000”.

“Grado en el que el servicio de salud, aumenta la probabilidad de conseguir resultados de salud óptimos y compatibles con los conocimientos actuales de los profesionales” concepto que menciona el Institute of Medicine de la National Academy of Sciences – USA.

El estudio fue elaborado con fin de determinar los Conocimientos y prácticas de Enfermería en el manejo de extubaciones no programadas en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos de la Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. Institución de salud Privada. Tomando en cuenta las consideraciones éticas que asume el presente trabajo de investigación en un primer momento se envió una carta de solicitud para llevar a cabo investigación científica en la institución hacia la Presidenta del Directorio de la institución, la cual de manera amable, con amplio espíritu científico aprobó dicha solicitud.

A partir de ello se elaboraron y validaron los instrumentos de recolección de datos, el primero, fue redactado de forma cuidados con el fin de no divulgar características personales del paciente.

El segundo instrumento de recolección de datos aplicado al personal de enfermería lleva impreso consigo 1 Hoja de Información del estudio, mostrando en su seno Título, Introducción, Objetivo, Lo que se le pide, Beneficios que recibirá al llenar el instrumento dándole a conocer que toda la información que brinde se maneja con carácter confidencial y datos del encuestador. De igual forma cuenta con una hoja de consentimiento informado que autoriza de manera voluntaria la participación valiosa al desarrollo de la investigación.

VII. RESULTADOS.

Para el primer estudio, De un total de 99 pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva de la Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A., Bajo la revisión del cuaderno de ingresos y egresos, y la revisión de historias clínicas, el registro de Enfermería y el llenado de un instrumento de recolección de datos, se evidencio que 65 fueron sometidos a ventilación mecánica invasiva por patologías entre las más destacadas son: Insuficiencia respiratoria, Injurias neurológicas como TEC severos, sepsis a foco abdominal.

De los mismos, 6 sufrieron ENP de los cuales 3 fallecieron por reintubaciones difíciles, 3 en turno fin de semana, 1 en el turno de la mañana y 2 en el turno de la noche, ya que el desenlace de una extubacion no programada es la muerte de un paciente, tras las complicaciones secundarias a la misma, definidas anteriormente.

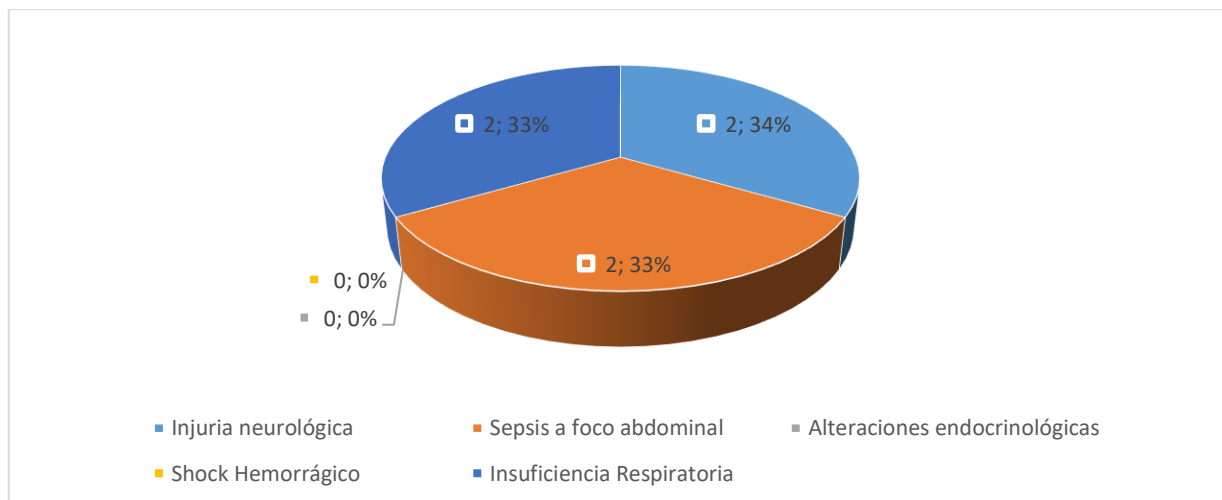
Para tener una imagen más clara de los resultados veamos las siguientes tablas y gráficos.

TABLA NRO.1
PATOLOGÍAS FRECUENTES DE PACIENTES QUE SUFRIERON
ENTUBACIONES NO PROGRAMADAS CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA
ESPERANZA S.A. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS / 2016

PATOLOGÍA	NRO. DE PACIENTES	PORCENTAJE %
Injuria neurológica	2	34%
Sepsis a foco abdominal	2	33%
Alteraciones endocrinológicas	0	0%
Shock Hemorrágico	0	0%
Insuficiencia Respiratoria	2	33%
TOTAL	6	100%

FUENTE: Elaboración propia.

GRAFICO NRO. 1
PATOLOGÍAS FRECUENTES DE PACIENTES QUE SUFRIERON
ENTUBACIONES NO PROGRAMADAS CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA
ESPERANZA S.A. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS / 2016



FUENTE: Elaboración propia.

Interpretación.

Del 100% de los pacientes sometidos a VMI, sufrieron extubaciones (6) un 34% fue por injurias neurológicas como trauma cráneo encefálico severo y 33% y los de menor frecuencia Insuficiencia Respiratoria y Sepsis a foco abdominal.

TABLA NRO. 2

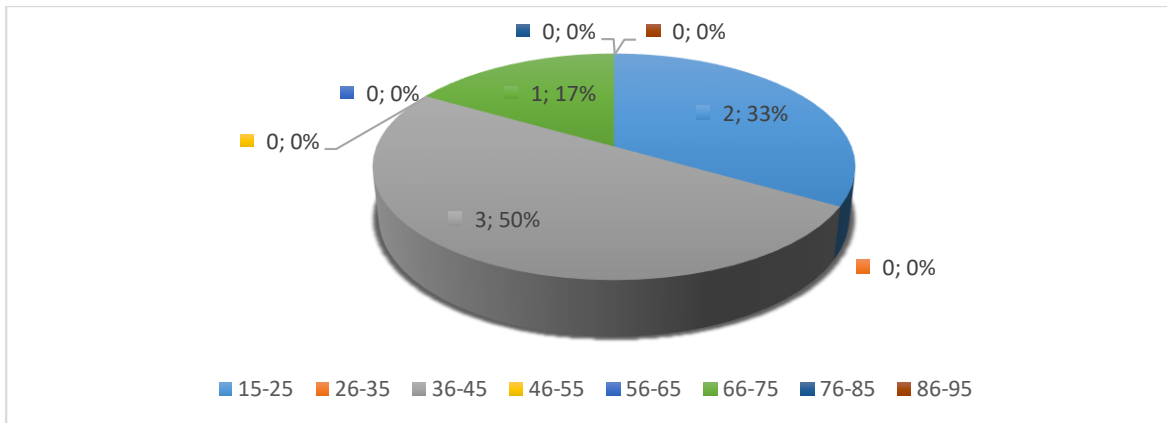
GRUPO ETAREO DE PACIENTES QUE SUFRIERON EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA EESPERANZA S.A. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS / 2016

GRUPO ETARIO	NRO. DE PACIENTES	PORCENTAJES
15-25	2	33%
26-35	0	0%
36-45	3	50%
46-55	0	0%
56-65	0	0%
66-75	1	17%
76-85	0	0%
86-95	0	0%
TOTAL	6	100%

FUENTE: Elaboración propia.

GRAFICO NRO. 2

GRUPO ETAREO DE PACIENTES QUE SUFRIERON EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA EESPERANZA S.A. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS / 2016



FUENTE: Elaboración propia.

Interpretación.

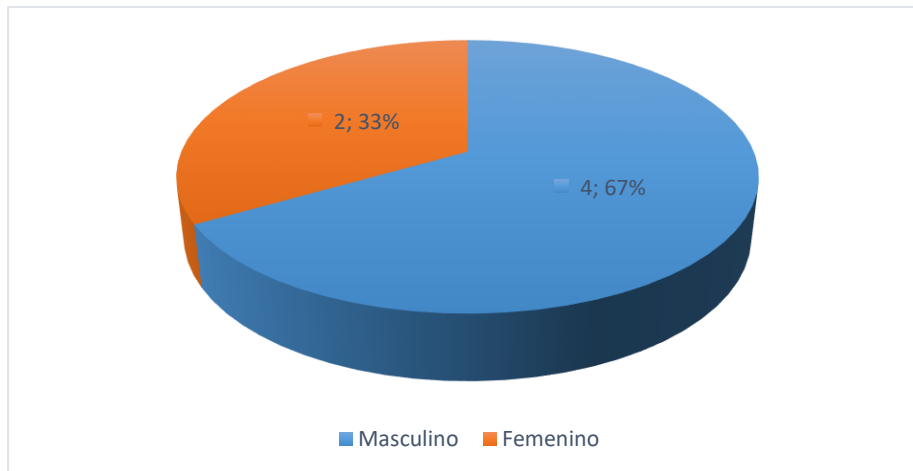
Del 100% de los pacientes sometidos a ventilación mecánica que sufrieron extubaciones no programadas un 50% corresponde al grupo etario de 36 – 45 años de edad seguido de un 33% de pacientes entre el grupo etario de 15 – 25 años de edad y el de menor frecuencia está el grupo atareo entre 66 – 76 con 17%.

TABLA NRO 3
GENERO DE PACIENTES QUE SUFRIERON EXTUBACIONES NO
PROGRAMADAS CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A.
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS / 2016

GENERO	NUMERO	PORCENTAJE
Masculino	4	67%
Femenino	2	33%
TOTAL	6	100%

FUENTE: Elaboración propia.

GRAFICO NRO. 3
GENERO DE PACIENTES QUE SUFRIERON EXTUBACIONES NO
PROGRAMADAS CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A.
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS / 2016



FUENTE: Elaboración Propia

Interpretación.

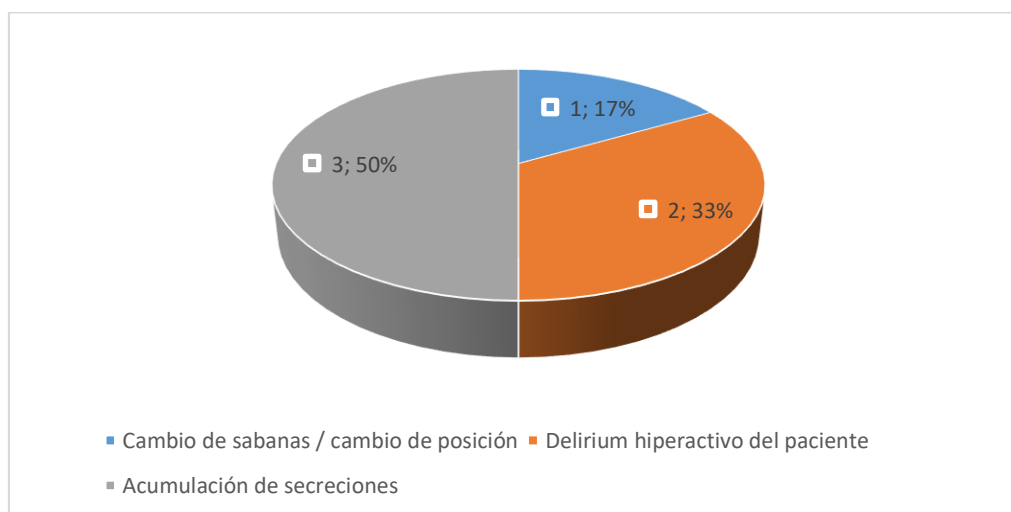
Del 100% de los pacientes sometidos a ventilación mecánica un 67% lo representan los del sexo masculino y un 33% de sexo femenino.

TABLA NRO. 4
CAUSA FRECUENTES QUE DESENCADENARON UNA EXTUBACIONES NO PROGRAMADA Y TURNO DE TRABAJO CENTRAL EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS /2016

CAUSAS QUE DESENCADENARON LA EXTUBACION NO PROGRAMADA	TURNO DE TRABAJO				Numero	Porcentaje
	Mañana	Tarde	Noche	Fin de Semana		
Cambio de sabanas / cambio de posición	-	-	-	3	1	17%
Delirium hiperactivo del paciente	1	-	-	-	2	33%
Acumulación de secreciones	-	-	2	-	3	50%
TOTAL	1	0	2	3	6	100%

FUENTE: Elaboración propia.

GRAFICO NRO. 4
CAUSA FRECUENTES QUE DESENCADENARON UNA EXTUBACIONES NO PROGRAMADA CENTRAL EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS /2016



FUENTE: Elaboración Propia

Interpretación.

Del 100% de los pacientes intubados un 50 % sufrió una extubacion no programada por acumulo de secreciones mismos y un 33% de pacientes que tenían delirium hiperactivo sufrió extubaciones no programadas y con menor frecuencia un 17% relacionado al cambio de sabanas y cambio de posiciones.

Considerando el instrumento de recolección de datos número dos sobre los conocimientos y prácticas de enfermería en ENP en la UTIA de C.E.N.E.S.A. tenemos los siguientes resultados.

En cuanto la primera parte sobre datos demográficos tenemos los siguientes resultados:

TABLA NRO. 5

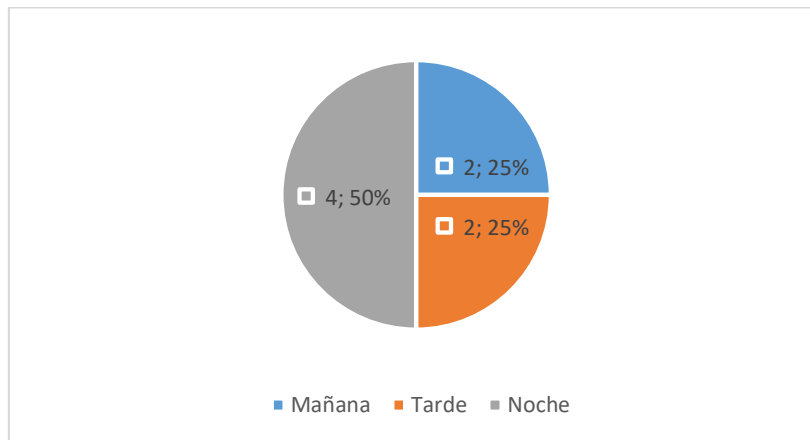
TURNO DE TRABAJO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS DE LA CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A. 2017

TURNO	Nº DE PERSONAL	PORCENTAJE
MAÑANA	2	25%
TARDE	2	25%
NOCHE	4	50%
TOTAL	8	100%

FUENTE: Elaboración propia.

GRAFICO NRO. 5

TURNO DE TRABAJO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS DE LA CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A. 2017



FUENTE: Elaboración Propia

Interpretación.

Del 100% (8) del personal encuestado, un 50% (4) representan el turno de la noche, 2 Licenciadas de enfermería responsables y 2 Licenciadas en enfermería de apoyo.

TABLA NRO. 6

**EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA
ADULTOS DE LA CENTRAL DE EMERGENCIA NUEVA ESPERANZA S.A. 2017**

EDADES	NUMERO	PORCENTAJE
26 a 31	8	100%
TOTAL	8	100%

FUENTE: Elaboración Propia.

Interpretación. La tabla numero dos no fue representada con graficas ya que el 100% del personal de Enfermería se encuentra entre las edades de 26 a 31 años.

TABLA NRO. 7

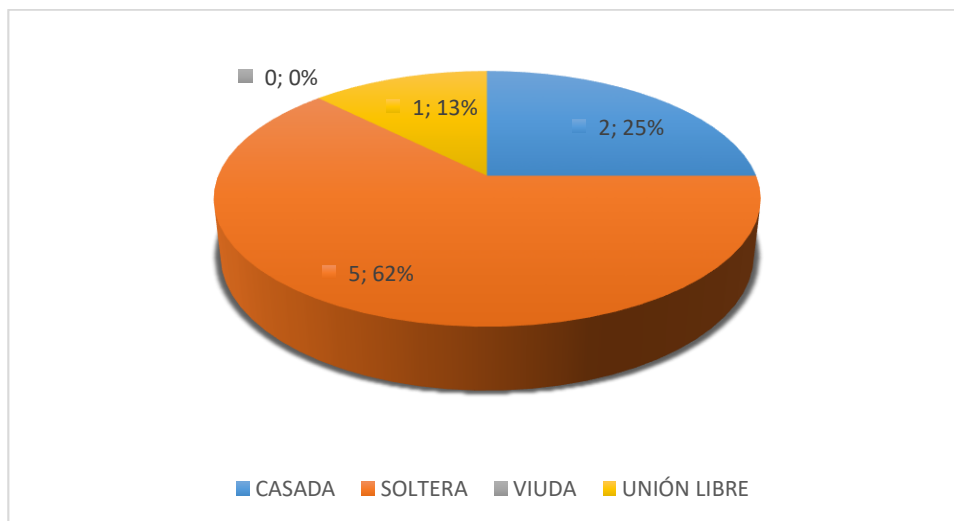
ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS DE LA CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A. 2017

ESTADO CIVIL	Nº DE PERSONAL	PORCENTAJE
CASADA	2	25%
SOLTERA	5	62%
VIUDA	0	0%
UNIÓN LIBRE	1	13%
TOTAL	8	100%

FUENTE: Elaboración propia.

GRAFICO NRO. 6

ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS DE LA CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A. 2017



FUENTE: Elaboración propia.

Interpretación.

Del 100% del personal encuestado (8), un 62% está representado por personal que tiene estado civil soltera.

TABLA NRO. 8

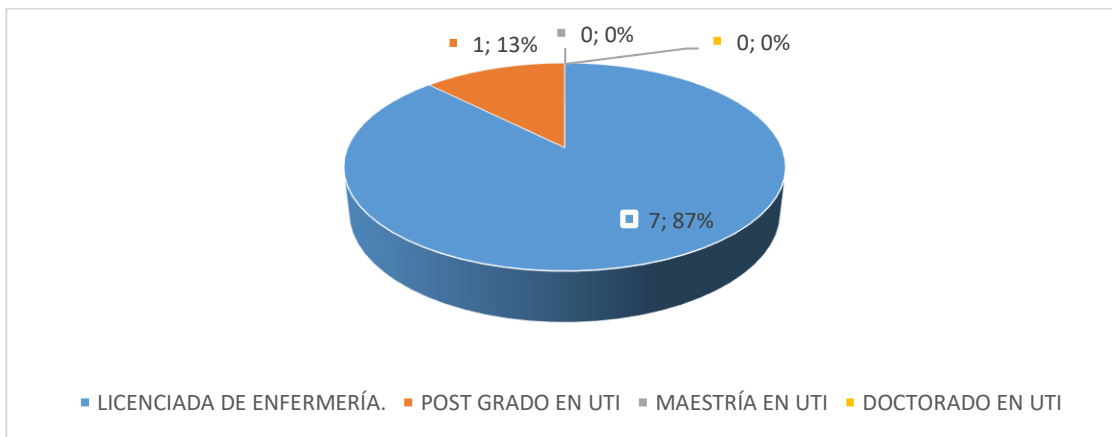
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS DE LA CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A. 2017

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
LICENCIADA DE ENFERMERÍA.	7	88%
POST GRADO EN UTI	1	12%
MAESTRÍA EN UTI	0	0%
DOCTORADO EN UTI	0	0%
TOTAL	8	100%

FUENTE: Elaboración propia.

GRAFICO NRO. 7

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS DE LA CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A. 2017



FUENTE: Elaboración Propia.

Interpretación.

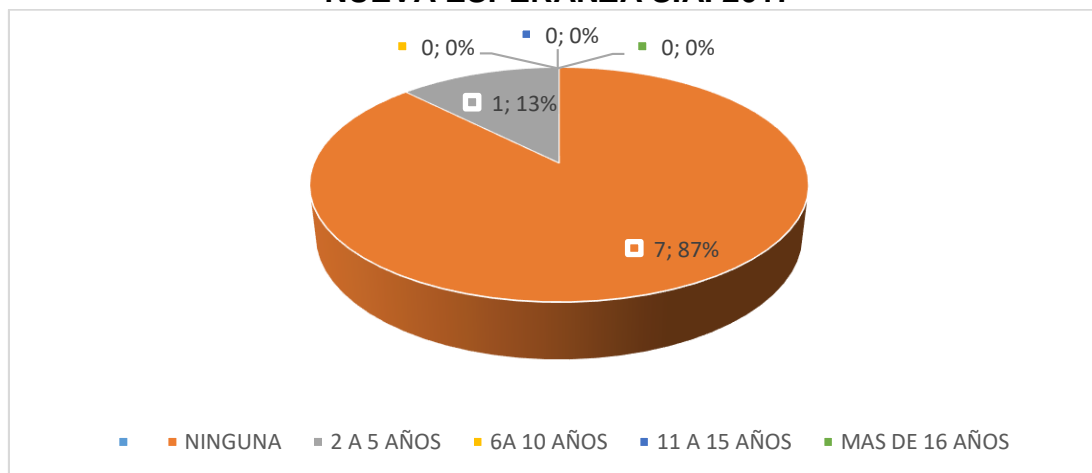
Del 100% del personal encuestado (8) 88% de los encuestados corresponde a Licenciadas de enfermería con cinco años de formación académica y un 12% representa a licenciadas en enfermería con formación en post grado en enfermería y un 0% ninguna realizo un estudio de Maestría ni Doctorado.

TABLA NRO. 9
EXPERIENCIA LABORAL EN EL ÁREA DE UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA
ADULTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CENTRAL DE EMERGENCIAS
NUEVA ESPERANZA S.A. 2017

EXPERIENCIA LABORAL	NUMERO	PORCENTAJE
NINGUNA	7	87%
2 A 5 AÑOS	1	13%
6A 10 AÑOS	0	0%
11 A 15 AÑOS	0	0%
MAS DE 16 AÑOS	0	0%
TOTAL	8	100%

FUENTE: Elaboración propia.

Grafico NRO. 8
EXPERIENCIA LABORAL EN EL ÁREA DE UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA
ADULTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CENTRAL DE EMERGENCIAS
NUEVA ESPERANZA S.A. 2017



FUENTE: Elaboración propia.

Interpretación.

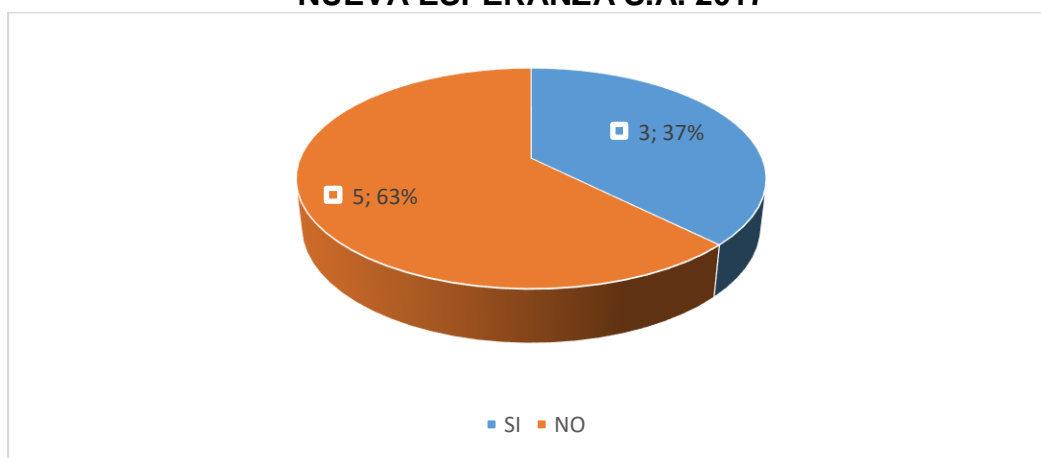
Del 100% del personal encuestado (8) un 87% representa al personal de enfermería que ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva sin capacitación, a comparación de un 13% que contaba con experiencia laboral en el área para ejercer sus funciones en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos.

TABLA NRO 10
CAPACITACIÓN DEL PERSONAL ANTES DE EJERCER LABOR EN LA UNIDAD
DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS DE LA CENTRAL DE EMERGENCIAS
NUEVA ESPERANZA S.A. 2017

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL	NUMERO	PORCENTAJE
SI	3	37%
NO	5	63%
TOTAL	8	100%

FUENTE: Elaboración propia.

GRAFICO NRO. 9
CAPACITACIÓN DEL PERSONAL ANTES DE EJERCER LABOR EN LA UNIDAD
DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS DE LA CENTRAL DE EMERGENCIAS
NUEVA ESPERANZA S.A. 2017



FUENTE: Elaboración Propia.

Interpretación.

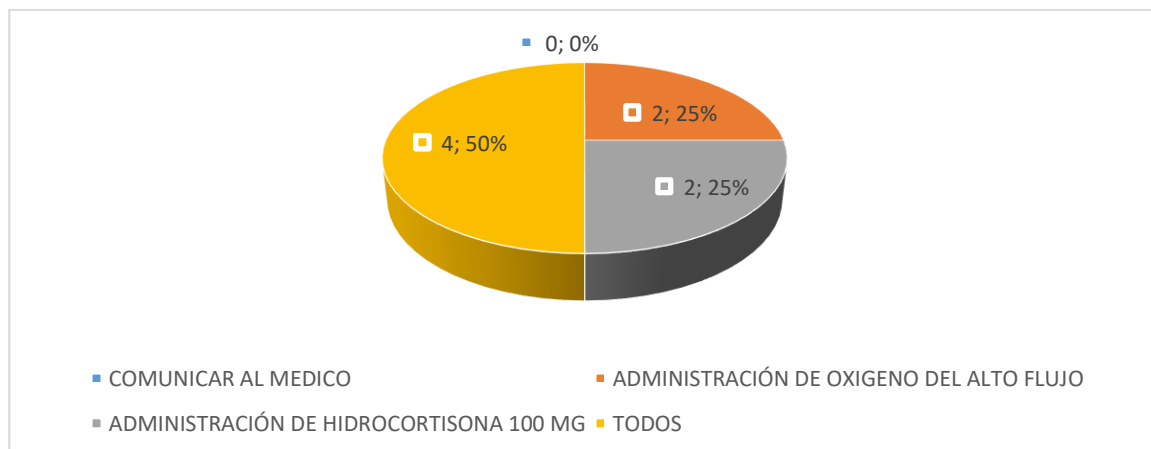
Del 100% del personal encuestado un 63% de ellas no recibió capacitación antes de ingresar a la Unidad de Terapia Intensiva a comparación de un 37% que si recibió capacitación.

TABLA NRO 11
ACTITUD QUE PRIORIZA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UNA
EXTUBACION NO PROGRAMADA CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA
ESPERANZA S.A. 2017

ACTITUD	NUMERO	PORCENTAJE
COMUNICAR AL MEDICO	0	0%
ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO DEL ALTO FLUJO	2	25%
ADMINISTRACIÓN DE HIDROCORTISONA 100 MG	2	25%
TODOS	4	50%
TOTAL	8	100%

FUENTE: Elaboración propia.

GRAFICO NRO. 10
ACTITUD QUE PRIORIZA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UNA
EXTUBACION NO PROGRAMADA CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA
ESPERANZA S.A. 2017



Elaboración propia

Interpretación.

Del 100% del personal de enfermería encuestado un 50% toma la actitud frente una extubacion no programada de comunicar al médico, administrar oxigeno de alto flujo y administrar hidrocortisona 100 mg E.V, a comparación de un 25% que solo enfoca a la administración de oxigeno de alto flujo y el restante 25% que prioriza la administración de hidrocortisona de 100mg.

En cuanto a la aplicación del Cuestionario de conocimientos y prácticas de enfermería en el manejo de extubaciones no programadas en la unidad de terapia intensiva Adultos de la Central de Emergencias Nueva Esperanza de la gestión 2017 estos son los resultados.

TABLA NRO. 12

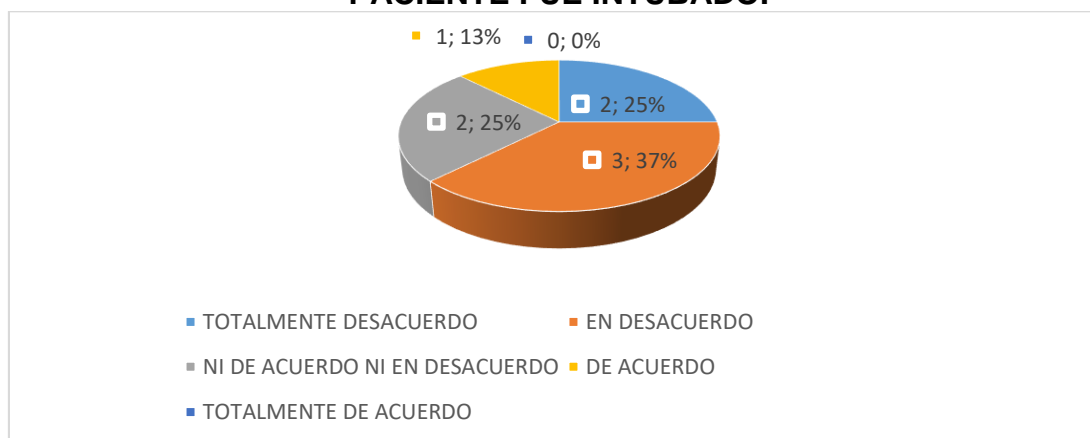
PERCEPCIÓN EN QUE UNA EXTUBACION NO PROGRAMADA SE REALIZA CUANDO SE SOLUCIONARON LOS PROBLEMAS POR LOS CUALES EL PACIENTE FUE INTUBADO.

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	NUMERO	PORCENTAJE
TOTALMENTE DESACUERDO	2	25%
EN DESACUERDO	3	37%
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	2	25%
DE ACUERDO	1	13%
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0%
TOTAL	8	100%

FUENTE: Elaboración propia.

GRAFICO NRO. 11

PERCEPCIÓN EN QUE UNA EXTUBACION NO PROGRAMADA SE REALIZA CUANDO SE SOLUCIONARON LOS PROBLEMAS POR LOS CUALES EL PACIENTE FUE INTUBADO.



FUENTE: Elaboración propia

Interpretación.

Del 100% del personal de enfermería que fueron encuestadas, un 37% indica que está en desacuerdo con tal afirmación y un 13% está en desacuerdo en que una extubacion no programada se realiza cuando se solucionaron los problemas por los cuales el paciente fue intubado.

TABLA NRO. 13

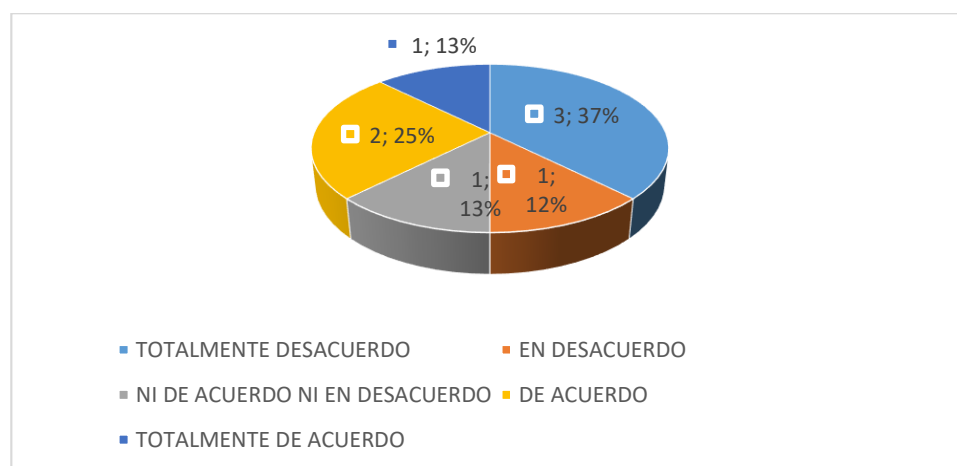
PERCEPCIÓN EN QUE UNA EXTUBACION PROGRAMADA PUEDE SER ACCIDENTAL CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A. 2017

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	NUMERO	PORCENTAJE
TOTALMENTE DESACUERDO	3	37%
EN DESACUERDO	1	13%
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	1	13%
DE ACUERDO	2	25%
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	12%
TOTAL	8	100%

FUENTE: Elaboración Propia.

GRAFICO NRO. 12

PERCEPCIÓN EN QUE UNA EXTUBACION PROGRAMADA PUEDE SER ACCIDENTAL CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A. 2017



FUENTE: Elaboración propia

Interpretación.

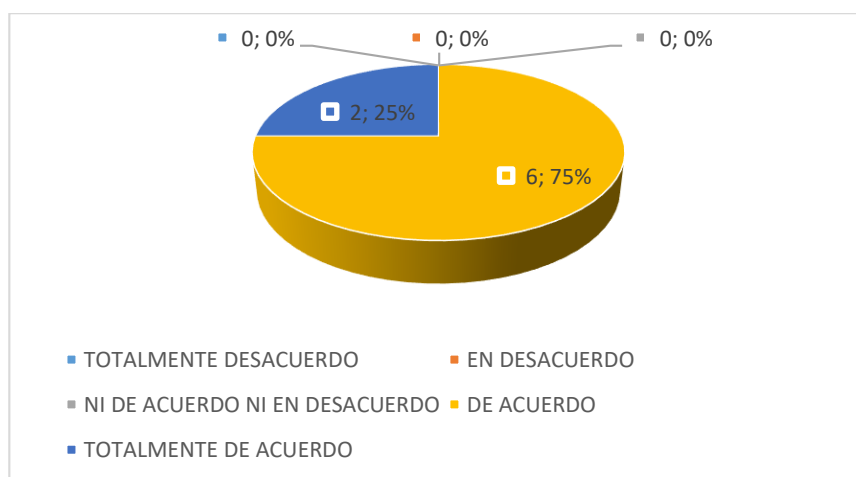
Del 100% del personal de enfermería que fue encuestado un 25% indica que está de acuerdo con la afirmación y un 37% del personal encuestado indica que está totalmente desacuerdo.

TABLA NRO. 14
PERCEPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE PROVOCAN UNA
EXTUBACION NO PROGRAMADA CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA
ESPERANZA S.A. 2017

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	NUMERO	PORCENTAJE
TOTALMENTE DESACUERDO	0	0%
EN DESACUERDO	0	0%
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	0	0%
DE ACUERDO	6	75%
TOTALMENTE DE ACUERDO	2	25%
TOTAL	8	100%

FUENTE: Elaboración propia.

Grafico NRO. 13
PERCEPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE PROVOCAN UNA
EXTUBACION NO PROGRAMADA CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA
ESPERANZA S.A. 2017



FUENTE: Elaboración propia.

Interpretación.

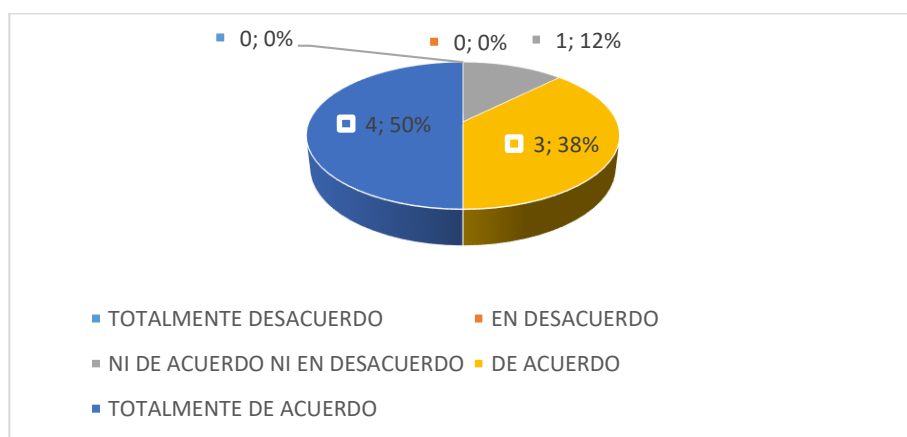
Del 100% del personal encuestado 75% indica que está de acuerdo con la afirmación a comparación de un 25% que indica que está totalmente de acuerdo.

TABLA NRO 15
PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA: UNA AUTOEXTUBACION ES LA RETIRADA VOLUNTARIA DEL PACIENTE DE LA VENTILACION MECÁNICA CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A. 2017

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	NUMERO	PORCENTAJE
TOTALMENTE DESACUERDO	0	0%
EN DESACUERDO	0	0%
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	1	12%
DE ACUERDO	3	38%
TOTALMENTE DE ACUERDO	4	50%
TOTAL	8	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO NRO. 14
PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA: UNA AUTOEXTUBACION ES LA RETIRADA VOLUNTARIA DEL PACIENTE CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A. 2017



FUENTE: Elaboración propia.

Interpretación.

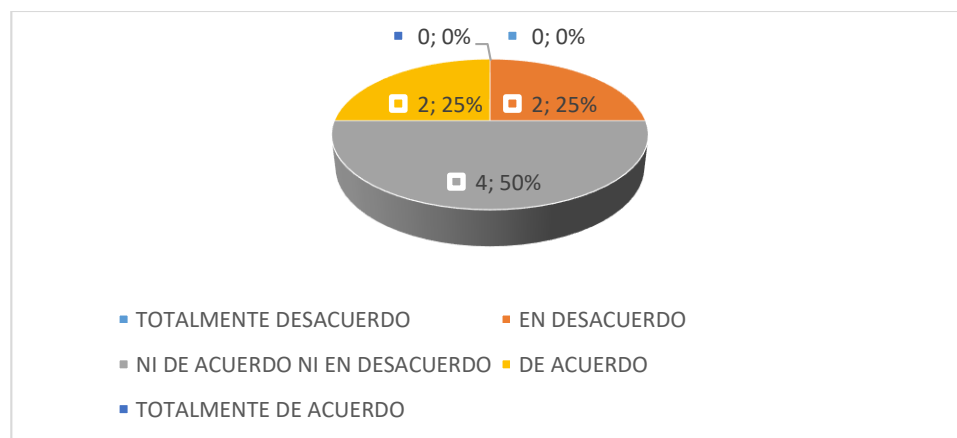
Del 100% del personal de enfermería que fue encuestado un 50 % indica que está totalmente de acuerdo con la afirmación y un 12% indica que no está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

TABLA NRO. 16
PERCEPCIÓN: UNA EXTUBACION PLANIFICADA RÁPIDAMENTE PUEDE
PRODUCIR LESIONES DE LAS VÍAS AÉREAS Y MUERTE CENTRAL DE
EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A. 2017

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	NUMERO	PORCENTAJE
TOTALMENTE DESACUERDO	0	0%
EN DESACUERDO	2	25%
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	4	50%
DE ACUERDO	2	25%
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0%
TOTAL	8	100%

FUENTE: Elaboración propia.

Grafico NRO. 15
PERCEPCIÓN: UNA EXTUBACION PLANIFICADA RÁPIDAMENTE PUEDE
PRODUCIR LESIONES DE LAS VÍAS AÉREAS Y MUERTE CENTRAL DE
EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A. 2017



FUENTE: Elaboración propia.

Interpretación.

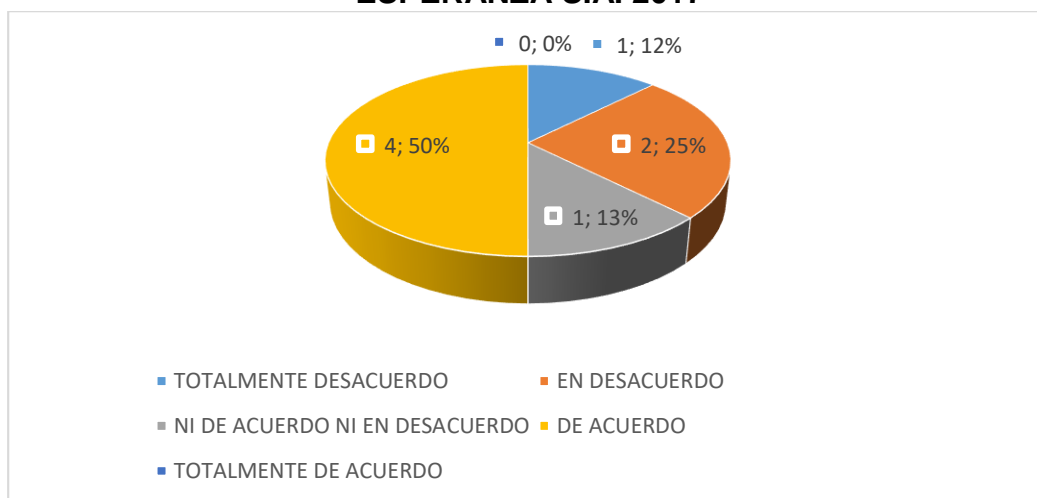
Del 100% del personal encuestado un 50% del personal menciona que ni está de acuerdo ni en desacuerdo con la afirmación, un 25% menciona que está en desacuerdo y un 25% menciona que está de acuerdo.

TABLA NRO. 17
PERCEPCIÓN: LAS EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS SON
CONSIDERADAS EVENTOS ADVERSOS CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA
ESPERANZA S.A. 2017

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	NUMERO	PORCENTAJE
TOTALMENTE DESACUERDO	1	12%
EN DESACUERDO	2	25%
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	1	13%
DE ACUERDO	4	50%
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0%
TOTAL	8	100%

FUENTE: Elaboración propia.

GRAFICO NRO. 16
PERCEPCIÓN: LAS EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS SON
CONSIDERADAS EVENTOS ADVERSOS CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA
ESPERANZA S.A. 2017



FUENTE: Elaboración propia.

Interpretación.

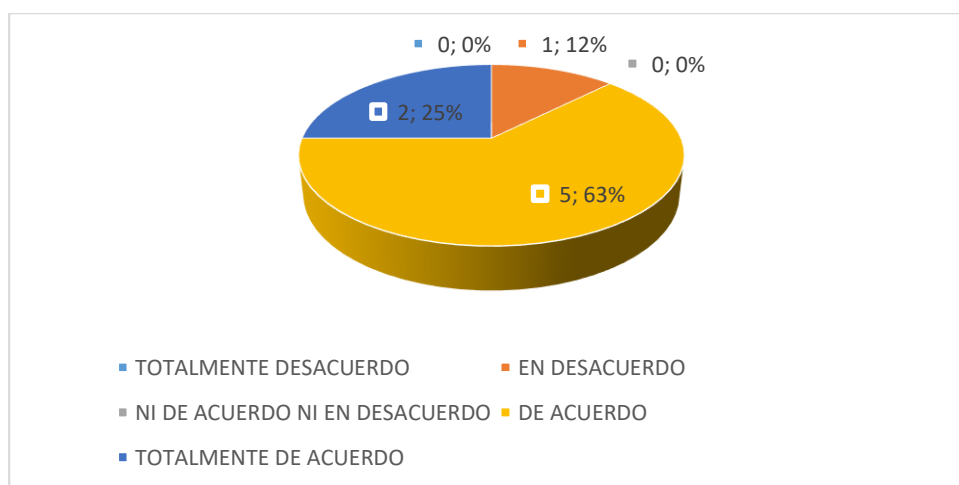
Del 100% del personal encuestado un 50% menciona que está de acuerdo con la afirmación y un 25% están en desacuerdo.

TABLA NRO.18
PERCEPCIÓN UNA ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA PARA EVITAR UNA
EXTUBACION NO PROGRAMADA ES VIGILAR EN ACOPLA PACIENTE-
VENTILADOR CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A. 2017

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	NUMERO	PORCENTAJE
TOTALMENTE DESACUERDO	0	0%
EN DESACUERDO	1	12
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	0	0%
DE ACUERDO	5	63%
TOTALMENTE DE ACUERDO	2	25%
TOTAL	8	100%

FUENTE: Elaboración propia.

GRAFICO NRO. 17
PERCEPCIÓN UNA ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA PARA EVITAR UNA
EXTUBACION NO PROGRAMADA ES VIGILAR EN ACOPLA PACIENTE-
VENTILADOR CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A. 2017



FUENTE: Elaboración propia.

Interpretación.

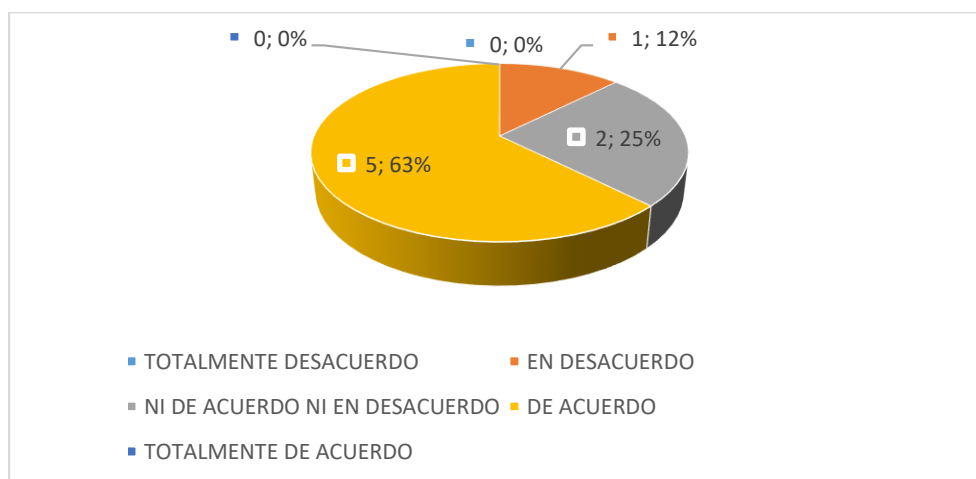
Del 100% del personal encuestado un 63% menciona que está de acuerdo con la afirmación y un 12% menciona que está en desacuerdo.

TABLA NRO. 19
PERCEPCIÓN: LA PRESIÓN DEL NEUMOTAPONADOR UNIDAD DE TERAPIA
INTENSIVA ADULTOS CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A.
2017

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	NUMERO	PORCENTAJE
TOTALMENTE DESACUERDO	0	0%
EN DESACUERDO	1	12.5%
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	2	25%
DE ACUERDO	5	63%
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0%
TOTAL	8	100%

FUENTE: Elaboración propia.

GRAFICO NRO. 18
PERCEPCIÓN: LA PRESIÓN DEL NEUMOTAPONADOR UNIDAD DE TERAPIA
INTENSIVA ADULTOS CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A.
2017



FUENTE: Elaboración propia.

Interpretación.

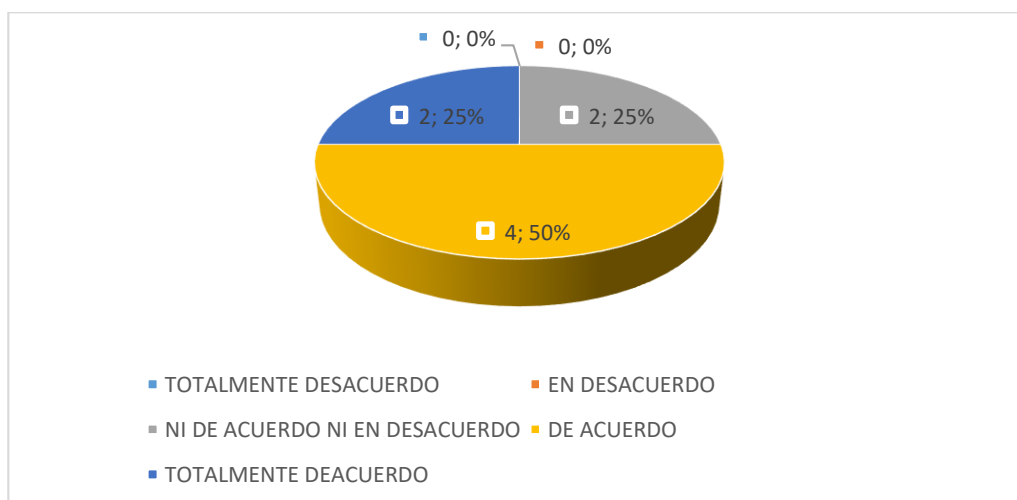
Del 100% del personal encuestado un 63% menciona que está de acuerdo con la afirmación y un 12% indica que está en desacuerdo.

TABLA NRO 20
PERCEPCION SOBRE LA FALTA DE PROTOCOLOS Y LA ADHESIÓN DE LOS
MISMOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA CENTRAL DE EMERGENCIAS
NUEVA ESPERANZA S.A. 2017

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	NUMERO	PORCENTAJE
TOTALMENTE DESACUERDO	0	0%
EN DESACUERDO	0	0%
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	2	25%
DE ACUERDO	4	50%
TOTALMENTE DEACUERDO	2	25%
TOTAL	8	100%

FUENTE: Elaboración propia.

GRAFICO NRO. 19
PERCEPCION SOBRE LA FALTA DE PROTOCOLOS Y LA ADHESIÓN DE LOS
MISMOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA CENTRAL DE EMERGENCIAS
NUEVA ESPERANZA S.A. 2017



FUENTE: Elaboración propia.

Interpretación.

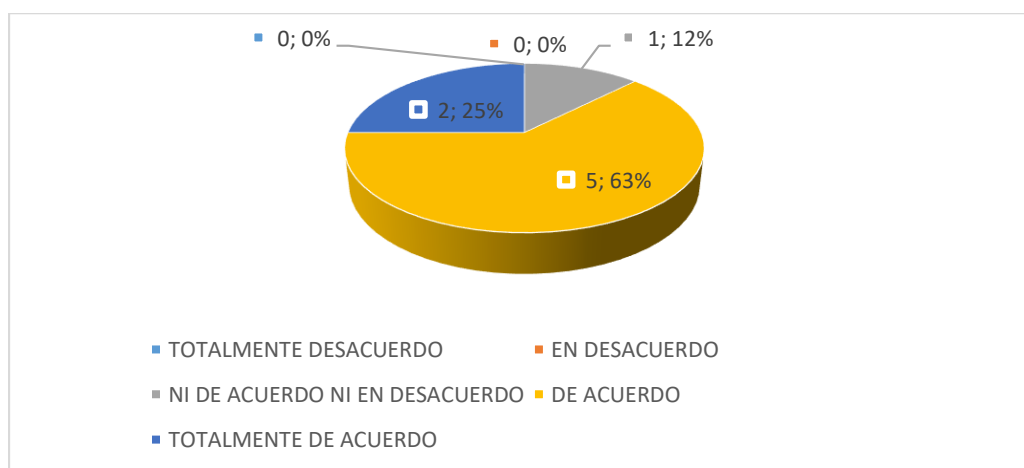
Del 100% del personal encuestado un 50% está de acuerdo con la afirmación, el 25% indican que no están ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 25% totalmente de acuerdo.

TABLA NRO 21
PERCEPCIÓN: ESTA DE ACUERDO CON LA ASPIRACIÓN DE 4 MANOS
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA
ESPERANZA S.A. 2017

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	NUMERO	PORCENTAJE
TOTALMENTE DESACUERDO	0	0%
EN DESACUERDO	0	0%
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	1	12%
DE ACUERDO	5	63%
TOTALMENTE DE ACUERDO	2	25%
TOTAL	8	100%

FUENTE: Elaboración propia.

GRAFICO NRO. 20
PERCEPCIÓN: ESTA DE ACUERDO CON LA ASPIRACIÓN DE 4 MANOS
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA
ESPERANZA S.A. 2017



FUENTE: Elaboración propia.

Interpretación.

Del 100% del personal encuestado un 63% está de acuerdo con la afirmación, a comparación de un 12% que indica que no está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

VIII. CONCLUSIONES.

Se identificó que 6 pacientes sufrieron extubaciones no programadas, a predominio masculino, en un rango de edades de 36 a 45 años, siendo las causas que desencadenaron la extubación la acumulación de secreciones la actividad de Enfermería que relacionada el efecto adverso fue la aspiración de secreciones, los turnos de trabajo en los cuales se sucito la Extubacion no Programada fue turno fin de semana 50% (3 casos), 33%(2 casos) turno de la noche y un 1,7% (1 caso) turno de la mañana.

La Unidad de Terapia Intensiva de la Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. cuenta con un total de 8 profesionales de Enfermería distribuidas en los diferentes turnos, con una edad promedio de 26 a 31 años, siendo en su mayoría de estado civil soltera, con un nivel de instrucción a nivel Licenciatura en Enfermería siendo que solo 1 de las profesionales cursa en estudios superiores al área, la experiencia laboral es menor a un año.

Se determinó que la mayor parte del personal de Enfermería no recibió capacitación en el manejo de paciente sometido a ventilación mecánica. Solo un porcentaje muy bajo cuenta con un muy buen grado de conocimientos al igual de las acciones que toma el personal de enfermería frente a las extubaciones no programadas

Por lo tanto, se concluye que los conocimientos y prácticas de Enfermería en el manejo de extubaciones no programadas en la Unidad de Terapia Intensiva de la Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. fueron bueno, pero podría ser mejorable a través de una Propuesta de Intervención.

IX. RECOMENDACIONES.

En vista de los resultados las recomendaciones son las siguientes.

PRIMERO. Profundizar y complejizar el estudio de las causas a través de estudios analíticos que permitan ampliar los conocimientos en esta área.

SEGUNDO. Implementar protocolo de atención para pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva.

TERCERO. Implementar y educar sobre las herramientas para cuantificar la carga de trabajo del personal de enfermería de la Unidad de Terapia Intensivos Adultos tales como: TISS 28 (Therapeutic and Intervention Scoring System), NAS (Nursing Activities Score), NEMS (Nueve manos de Enfermería).

CUARTO. Implementar el uso de las escalas de agitación RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) Ramsay (escala de sedación).

QUINTO. Implementar un registro de eventos adversos además de su pronta notificación a entidades superiores.

SEXTO. Restructurar turnos fin de semana en relación al número de profesionales de Enfermería y7 reforzar con aquel profesional que cuenta con postgrado en la especialidad de Medicina crítica y terapia Intensiva, en virtud de evitar una extubación no programada.

X. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Linda D. Under MELKMS. Cuidados Intensivos en Enfermeria Barcelona: Oceanos.
2. Dra. Claudia N. Meregally DFAJAJBLKMA. Arch Argent Pediatr 2013;111(5):391-397. [Online].; 2013 [cited 2017 02 22. Available from: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v111n5/v111n5a06.pdf>.
3. R DAH. Manual de procedimientos invasivos en Medicina interna y Urgencias. 2014..
4. Ali Munive A. Indicaciones de ventilacion mecanica. In Dueñas C, Guillermo O, Gonzales M. Ventilacion Mecanica. Bogota - Colombia: Guadalupe; 2009. p. 54.
5. Jose Vicente Carmona Simarro PRCFJBM. Dialnet. [Online].; 2010 [cited 2017 02 22. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulos?codigo=3281974>.
6. Da Silva PSL dCW. Unplanned extubation in pediatric critically ill patients. A systematic review and best practice recommendations. 2010 Noviembre ; II(11).
7. Manteiga Riesta E, Oscar MG. Desconexion de la ventilacion mecanica. In Duñas C. Ventulacion Mecanica. Bogota - Colombia: Dostribuna; 2009. p. 446.
8. GUTIÉRREZ RRA. NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN. 2016. TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA.
9. Faisuty D, Oliveros M. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. 2013..
10. Rita dC, Barcellos DM. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Online].; 2014 [cited 2017 08 27. Available from: www.eerp.usp.br/rlae.
11. Costa Machado S. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Online].; 2015 [cited 2017 08 21. Available from: www.eerp.usp.br/rlae.

12. LIC. IPANAQUE YESQUEN ME. NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE INOTRÓPICOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UNA CLINICA PRIVADA. 2017..
13. Ospina RBE. Nursing professionals health care knowledges. 2003. La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003.
14. [Online].
15. Ali Munive A. Indicaciones de la ventilacion mecanica. In Dueñas C, Guillermo O, Gonzales M. Ventilacion Mecanica. Bogota - Colombia: Guadalupe; 2009. p. 54.

XI. ANEXOS.

10.1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 1.

“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A.”

I. DATOS GENERALES.

Edad:

Sexo:

Femenino		Masculino	
----------	--	-----------	--

1. EL PACIENTE SOMETIDO A VENTILACIÓN MECÁNICA ¿SUFRIÓ UNA EXTUBACION NO PROGRAMADAS?

SI		NO	
----	--	----	--

1.1. DIAGNOSTICO MEDICO.

- A. Trauma cráneo encefálico severo.
- B. Insuficiencia respiratoria aguda.
- C. Shock Hipovolémico.
- D. Alteraciones Metabólicas.
- E. Sepsis.

1.2. ¿CUÁL FUE EL TURNO DE TRABAJO EN EL CUAL SE SUSCITÓ?

Turno mañana		Turno tarde		Turno noche		Fin de semana	
--------------	--	-------------	--	-------------	--	---------------	--

1.3. ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA RELACIONADA A LA EXTUBACION NO PROGRAMADA.

- A. Cambios de posición.
- B. Cambios de cinta de fijación del Tubo endotraqueal.
- C. Aspiración de secreciones.
- D. Rotación del tubo endotraqueal.
- E. Cambio de ropa de cama.

1.4. COMPLICACIONES QUE SUFRIÓ ESTE PACIENTE POSTERIOR A UNA EXTUBACION NO PROGRAMADA.

- A. Parada cardiorespiratoria.
- B. Edema laríngeo y traqueal.
- C. Reintubacion difícil.
- D. Muerte.

ENCUESTADOR.....FECHA.....FIRMA.....

10.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS PARA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

NOMBRE DE LA INVESTIGACIÓN.- “Conocimientos y prácticas de enfermería en extubaciones no programada en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A.”

HOJA DE INFORMACIÓN.

INTRODUCCIÓN.- El presente instrumento de recolección de datos pretende obtener recursos que puedan valerse para el investigador para acercarse a la realidad sobre los conocimientos y prácticas del manejo de extubaciones no programadas en pacientes portadores de tubo endotraqueal sometidos a ventilación mecánica, al personal de enfermería que desempeña su función laboral en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Agramont M.R. Central de Emergencia Nueva Esperanza S.A. gestión 2017.

Este instrumento contiene en una primera parte datos generales a los cuales se le pide responder con la mayor sinceridad, los cuales debe marcar en cada casilla si corresponde, una tercera parte escala de Likert según su criterio solo marque una casilla del 1 al 5, debajo de la tabla podrá observar los valores asignados a cada rubro.

OBJETIVO.- Identificar los conocimientos y prácticas de enfermería en extubaciones no programadas en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. 2017

LO QUE LE PIDO. Se le está pidiendo que participe voluntariamente y de forma anónima para identificar el conocimiento de los cuidados del paciente sometido a ventilación mecánica invasiva.

BENEFICIOS. Su participación es muy importante para el desarrollo de esta investigación ya que a través de ella podremos identificar aquellas fortalezas y debilidades que se tienen a la hora de prestar atención en los cuidados de enfermería en pacientes sometidos a ventilación mecánica y así prevenir extubaciones no programadas.

¿QUE HARÁN CON MI INFORMACIÓN?

Toda la información que usted de es confidencial, no se emitirá juicio de valor a las respuestas que usted considere responder.

Si usted tiene alguna duda sobre este estudio, puede consultar a:

Investigador principal.
Vaneza Maribel Capcha Gutierrez.
Correo electrónico: vane_marib_2hotmail.com
Teléfono. 75290834

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Declaro que se me ha informado ampliamente que mi participación es completamente anónima y voluntaria y comprendo el propósito de la misma.

El investigador responsable me ha confirmado que lo datos relacionados con mi privacidad será manejada de forma confidencial, entiendo que mi participación en este proyecto es de suma importancia.

Se me han dado un número telefónico a los cuales me puedo comunicar en caso de emergencia o dudas y preguntas relacionadas con el estudio.

Por tanto autorizo ser partícipe del presente estudio de investigación titulada “Conocimientos y prácticas de enfermería en el manejo de extubaciones no programadas en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A.”

FECHA:

HORA:

FIRMA:

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA EN EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A.”

CUESTIONARIO: CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA EN EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A.

I. DATOS DEMOGRÁFICOS.

1. TURNO DE TRABAJO: (Marque en la casilla que corresponda)

MAÑANA		TARDE		NOCHE		FIN DE SEMANA	
---------------	--	--------------	--	--------------	--	----------------------	--

2. EDAD.

3. ESTADO CIVIL.

- A. Casada.
- B. Soltera.
- C. Viuda.
- D. Unión libre.

4. NIVEL DE INSTRUCCIÓN: (Marque en la casilla que corresponda)

A. LICENCIADA EN ENFERMERÍA	
B. LICENCIADA EN ENFERMERÍA CON POSTGRADO EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA.	
C. MAESTRÍA EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA	
D. DOCTORADO EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA	

II. COMPETENCIAS TÉCNICAS.

5. EXPERIENCIA LABORAL EN EL ÁREA EN AÑOS: (Marque en el inciso que corresponda)

- A. 2 a 5 años.
- B. 6 a 10 años.
- C. 10 a 15 años
- D. más de 15 años
- E. Ninguna

6. RECIBIO CAPCITACION SOBRE LO CUIDADOS DEL PACIENTE CRÍTICO PORTADOR DE TUBO ENDOTRAQUEAL SOMETIDO A VENTILACIÓN MECÁNICA.

SI		NO	
-----------	--	-----------	--

7. ¿QUÉ ACTITUD PRIORIZA ANTE UNA EXTUBACION NO PROGRAMADA?

- A. Comunica al médico.
- B. Administra oxígeno de alto flujo.
- C. Administra Hidrocortisona 100 mg
- D. TODOS

III. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE EXTUBACIONES NO PROGRAMAS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA.

AFIRMACIONES	Alternativas de respuesta.				
	1	2	3	4	5
1. Una extubacion no programada es la retirada del tubo endotraqueal a pacientes intubados cuando sea solucionada la indicación de la intubación y el paciente presenta estabilidad hemodinámica.					
2. Una extubacion programada puede ser accidental cuando ocurre involuntariamente durante la ejecución de procedimientos de enfermería.					
3. Los factores de riesgo que producen una extubacion no programada son: cambios de postura, cambios de ropa de cama, mala técnica de fijación del tubo endotraqueal, baja presión del neumotaponador.					
4. Se denomina autoextubacion cuando el paciente involuntaria o voluntariamente, ya sea por agitación psicomotriz, abundante secreción endotraqueal, falta de sedacion, asincronia con el ventilador mecánico se retira el tubo endotraqueal.					
5. Las extubaciones planificadas pueden desencadenar rápidamente lesione de las via aérea, parada cardiorespiratoria y muerte.					
6. Las extubaciones no programadas son consideradas efectos adversos es decir complicaciones iatrogénicas que se asocian a un incremento de la mobimortalidad y además expresan una mala calidad de atención.					
7. Entre las actividades de enfermería para prevenir extubaciones no programadas tenemos vigilar el acople paciente-ventilador y corregir causas de la desadaptación.					
8. La presión a la que debe estar el Neumotaponador del tubo endotraqueal está entre 20 a 25 mmHg, actividad de enfermería que debe ser realizada cada 12 horas.					
9. La falta de protocolos estandarizados, falta de adhesión a los mismos, problemas de comunicación y formación y tratamiento inadecuado aumentan los factores de riego al momento de evitar una extubacion no programada.					
10. Para disminuir el riesgo de extubaciones no programadas es importante realizar la aspiración de secreciones a cuatro manos solo en caso necesario.					

5	4	3	2	1
TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO.

ENCUESTADORFECHAFIRMA.....

10.3. CARTAS Y SOLICITUDES

La Paz 24 de julio del 2017

DRA. Gloria Agramont Carrilo
DIRECTORA GENERAL
HOSPITAL AGRAMONT M.R.
CENTRAL DE EMERGENCIAS
NUEVA ESPERANZA C.E.N.E.S.A.



Ref. Solicitud para realizar investigación científica académica

Estimada Doctora me place extenderle saludos cordiales.

Tengo el agrado de dirigirme a su persona con la finalidad de informarle que soy cursante del post grado de la Universidad Mayor de San Andrés y dentro de la formación de los futuros especialistas se considera muy importante la realización de una Propuesta de Intervención como modalidad de egreso.

En este marco mi persona cursante de la especialidad de Terapia Intensiva y Medicina Crítica en enfermería solicita muy respetuosamente a su autoridad se me permita generar una propuesta de intervención científica teniendo como primera fase la elaboración de un diagnóstico situacional y aplicar un instrumento de recolección de datos, mismos que me permita reconocer el campo de acción en relación al cuidado del paciente crítico portador de tubo endotraqueal sometido a ventilación mecánica, en la Unidad de Terapia Intensiva adultos en la institución hospitalaria que usted dignamente gerencia.

La referida propuesta de intervención tiene como propósito proponer una "Cultura de seguridad en el cuidado del paciente crítico portador de tubo endotraqueal sometido a ventilación mecánica" dicho proyecto esta asesorada y supervisada por la Lic. M.S.C. Patricia Paola Ticona M. la cual se me asigno como tutora.

Con saludos cordiales y a tiempo de agradecerle su atención a esta solicitud, me despido en espera de una respuesta positiva.

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "Vanesa Maribel Capcha Gutierrez".

Lic. en Enf. Vanesa Maribel Capcha Gutierrez
C.I. 7043651 L.P.
CURSANTE DEL POST-GRADO U.M.S.A.

SERVICIOS DE:

- Emergencias 24 horas
- Cuidados intensivos
- Quirófanos
- Sala de partos
- Tomografía
- Rayos X
- Mamografía
- Ecografía
- Electrocardiografía
- Electroencefalografía
- Electromiografía
- Hemodiálisis
- Endoscopia Digestiva
- Fisioterapia
- Laboratorio
- Farmacia
- Ambulancia
- Medicina Interna
- Cardiología
- Neumología
- Gastroenterología
- Cirugía abierta y Laparoscópica
- Pediatría y Adultos
- Neurocirugía
- Urología
- Cirugía Estereotáxica
- Cirugía Reconstructiva y Estética
- Traumatología y Ortopedia
- Oftalmología
- Pediatría y Neonatología
- Ginecología y Obstetricia
- Odontología
- Geriatria
- Psicología
- Psiquiatria

CITE H.A./CENE S.A./G.S. 0193/2017
El Alto, 04 de julio de 2017

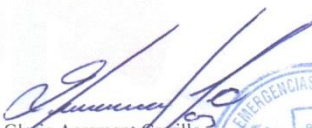
Señora:
Lic. Vaneza Maribel Capcha Gutiérrez
CURSANTE DEL POST GRADO - UMSA
Presente.-

Ref.: Aceptación de Solicitud para realizar investigación académica

De mi consideración:

En atención a su nota de fecha 24 de julio de 2017, donde solicita realizar un estudio de investigación científica académica mismo que permita generar una propuesta de intervención científica en la unidad de Terapia Intensiva adultos del Hospital Agramont M.R. de Central de Emergencias Nueva Esperanza S.A. se comunica que luego de poner en consideración la solicitud ante el Comité Docente Asistencial de la institución la misma fue aceptada, para el desarrollo y realización de la investigación deberá coordinar con el Dr. Gabriel Oscar Rada Barrera y presentar un informe final a la conclusión del estudio.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para saludar a Usted muy cordialmente.


Dra. Glorina Agramont Carfillo
PRESIDENTA DEL DIRECTORIO
HOSPITAL AGRAMONT M.R.
CENTRAL DE EMERGENCIAS
NUEVA ESPERANZA S.A.



c.c.: Arch

HOJA DE VALIDACIÓN.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

"CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS CENTRAL DE EMERGENCIAS NUEVA ESPERANZA S.A."

Lic. Felicidad Ros Callejas

Felicia Ros C

Lic. Magda F. Delasco A.
Jefe a.i. Depto Enfermería
INSTITUTO NACIONAL DE TORAX

Lic. Magda F. Delasco A.
Jefe a.i. Depto Enfermería
INSTITUTO NACIONAL DE TORAX

28-07-17

MCS. Lic Soledad E. Quispe A.

28-7-17

Lic. Soledad E. Quispe A.
MCS. DE
DEPTO. DE
ENFERMERÍA