



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA**

**PROYECTO DE INVESTIGACION
PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO
DE LICENCIADAS EN TERAPIA RESPIRATORIA**

TEMA

APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE MANEJO Y CUIDADOS
Y SU BENEFICIO EN EL SISTEMA INMUNOLOGICO DE PACIENTES
TRAQUEOSTOMIZADOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL
HOSPITAL DE INFECTOLOGIA DE GUAYAQUIL MAYO-SEPTIEMBRE 2019.

AUTORAS

ROSADO NAVARRETE ELENA IVETTE
MORETA GARCIA GLENDA ELIZABETH

TUTOR

DR. ROSERO AGUIRRE JORGE ARMANDO

BABAHOYO- LOS RIOS- ECUADOR

2019

INDICE

DEDICATORIA.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
TEMA:	VII
RESUMEN.....	VIII
ABSTRAC	IX
INTRODUCCION.....	X
CAPITULO II	11
2. MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 MARCO TEORICO.....	11
2.1.1.1 TRAQUEOSTOMIA.....	11
2.1.1.2 INDICACIONES DE TRAQUEOSTOMÍA.....	11
2.1.1.3 ATENCIÓN DE URGENCIA.....	14
2.1.1.4 RIESGOS	14
2.1.1.5 PROTOCOLOS DE MANEJO Y CUIDADOS DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS INMUNODEPRIMIDOS.....	16
2.1.1.6 Cómo se altera el organismo a causa de la traqueostomía.....	17
2.1.1.7 Cuidados generales o cambio de hábitos de vida.....	18
2.1.1. Marco conceptual.....	36
2.1.2. Antecedentes investigativos.....	40
2.2 Hipótesis.....	43
2.2.1 Hipótesis General.....	43
2.2.2 Hipótesis Específicas.....	44
2.3 Variables.....	45
2.3.1 Variable Independiente.....	45
2.3.2 Variable Dependiente.....	45
2.3.3 Operacionalización de Variables.....	46
CAPITULO III	48
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	48
3.1 Método de Investigación.....	48
3.2 Modalidad de Investigación.....	48
3.3 Tipo de Investigación.....	48
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información.....	49
3.4.1 Técnicas.....	49
3.4.2 Instrumento.....	49
3.5 Población y Muestra de Investigación.....	49
3.5.1 Población.....	49
3.5.2 Muestra.....	50
3.6 <i>Cronograma del Proyecto</i>	57
3.7 <i>Recursos</i>	59
3.7.1 Recursos Humanos.....	59

3.7.2 Recursos Económicos	59
3.8 <i>Plan de Tabulación y análisis</i>	60
3.8.1 Base de Datos	60
3.8.2 Procesamiento y análisis de los datos	61
CAPITULO IV	61
4.1 <i>Resultados obtenidos de la investigación</i>	62
4.1.1 Información proporcionada por los Lcdo. en Terapia Respiratoria del área de UCI	62
4.2 <i>Análisis e Interpretación de datos</i>	69
4.3 <i>Conclusiones</i>	71
4.4 <i>Recomendaciones</i>	71
CAPITULO V	72
5.1 <i>Título de la propuesta de Aplicación</i>	73
5.2 <i>Antecedentes</i>	73
5.3 <i>Justificación</i>	74
5.4 <i>Objetivos</i>	74
5.5 <i>Objetivo General</i>	74
5.6 <i>Objetivos Específicos</i>	74
5.5 <i>Aspectos básicos de la propuesta de aplicación</i>	75
5.5.1 Estructura general de la Propuesta.....	77
5.5.2 Componentes	78
5.6 <i>Resultados esperados de la propuesta de aplicación</i>	79
5.6.1 Alcance de la alternativa	79
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	80
ANEXOS	83

DEDICATORIA

A mis Padres Elena y Marcos, quienes me apoyan en cada meta que me propongo a cumplir, ellos son dueños de todo mi amor y de cada uno de mis logros.

A mis Hermanos Jordán y Moisés, que para ellos trato de ser un ejemplo y modelo a seguir. A mi Familia, fuerza y apoyo en todo momento, en las buenas y malas.

A mis 3 pequeños amores: Franccesca, Jordán y Bianca quienes son mi alegría y mi enojo pero sin duda mi inspiración.

Ivette Rosado Navarrete

DEDICATORIA

Mi tesis está dedicada a:

A dios todo poderoso quien ha sido, mi guía, fortaleza y su mano de fidelidad y amor han estado conmigo en todo momento de mi trayectoria de estudio.

A mis padres Víctor y María quien con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer adversidades.

A mis padrinos Marcelo y Mariana quien ellos han estado ahí apoyándome en todo momento moralmente e incondicionalmente en todo este proceso de mis estudios universitarios.

A mis hermanos/as Hilda, Jaime, Diana, Freddy, Holgar, Martha y Jenny por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias.

A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

Finalmente quiero dedicar esta tesis a todas mis amigas Ivette, Johanna, Lady, Karen por apoyarme cuando más las necesito, por extender su mano en momentos difíciles y por el amor brindado cada día, de verdad mil gracias, siempre las llevo en mi corazón.

Glenda Moreta García

AGRADECIMIENTO

A Dios por la vida de mis Padres, Hermanos y la mía.

Le doy gracias infinitas a mis Padres Elena y Marcos por el apoyo y el amor en la escases y en la abundancia, por no desampararme en toda mi travesía y hasta ahora.

A mi Familia, en especial a mis abuelos Julia y Pedro por su apoyo en los momentos difíciles por los que tuvimos que pasar.

A mis queridas Ligia y Paola porque sin dudarlo estuvieron dispuestas a ayudarme en cuanto pudieron.

A mi Tutor Dr. Jorge Rosero y a la Lic. Glenda Sandoya por tenerme paciencia y ayudarnos a corregir cada error en nuestro proyecto.

Y en especial al Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña por permitirnos el ingreso para trabajar en nuestro Proyecto de Investigación.

Todo mi cariño y agradecimiento para cada uno de ustedes.

Ivette Rosado Navarrete.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y a toda mi familia por estar siempre presente.

Mi profundo agradecimiento a todas las autoridades y personal que hacen el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña Guayaquil, por confiar en mí, abrimme las puertas y permitirme realizar todo el proceso investigativo dentro de su establecimiento de Salud.

De igual manera mis agradecimientos a la Universidad Técnica de Babahoyo, a la Facultad de Salud de la Escuela de Bienestar y Salud , a mis profesores quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada uno de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento al Dr. Jorge Rosero principal colaborador Tutor durante todo este proceso también agradecer por su orientación y atención a mis consultas de cualquier inquietud a mi agradecimiento a la Lcda. Glenda Sandoya quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo de investigación.

Glenda Moreta García

TEMA:

APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE MANEJO Y CUIDADOS
Y SU BENEFICIO EN EL SISTEMA INMUNOLOGICO DE PACIENTES
TRAQUEOSTOMIZADOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL
HOSPITAL DE INFECTOLOGIA DE GUAYAQUIL MAYO-SEPTIEMBRE 2019.

RESUMEN

Una traqueostomía se realiza con el fin de mantener la permeabilidad de la vía aérea o bien establecer una vía aérea artificial para asegurar la ventilación del paciente y es que estos pacientes necesitan de cuidados especiales antes, durante y después del procedimiento por ello los protocolos de manejos y cuidados son de gran importancia para cada uno de estos pacientes.

Objetivo General: Identificar los beneficios adquiridos con la aplicación de los protocolos de manejo y cuidados sobre el sistema inmunológico de pacientes traqueostomizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital de Infectología de Guayaquil.

Metodología: Los métodos que se utilizaron para la elaboración de esta tesis fueron el Deductivo y el de Síntesis. La modalidad que se utilizó para esta investigación fue la cuali-cuantitativa y el tipo de investigación escogido fue No Experimental, Descriptivo y Transversal.

Resultados: Los datos obtenidos figuran que una asepsia adecuada en el paciente traqueostomizados puede evitar la adquisición de nuevas enfermedades, el procedimiento de traqueostomía se lo realiza frecuentemente en este hospital en las áreas de UCI, el 73% de los encuestados si creen que aplicando los protocolos de manejo y cuidados se evita la depresión del sistema inmunológico en los pacientes traqueostomizados, con la aplicación de protocolos en pacientes traqueostomizados previenen infecciones nosocomiales.

Conclusiones: El procedimiento de traqueostomía se lo implementa frecuentemente en el hospital de infectología de Guayaquil pero en estos pacientes surge un efecto predominante la cual es la depresión de su sistema inmunológico.

Palabras Claves: Traqueostomía, Traqueostomo, Protocolo, UCI, Sistema Inmunológico, nosocomio.

ABSTRAC

A tracheostomy is performed in order to maintain the permeability of the airway or establish an artificial airway to ensure patient ventilation, and these patients need special care before, during and after the procedure, therefore the driving protocols and care are of great importance for each of these patients.

General Objective: To identify the benefits acquired with the application of the management and care protocols on the immune system of tracheostomized patients in the intensive care unit of the Infectology Hospital of Guayaquil.

Methodology: The methods that were used for the elaboration of this thesis were the Deductive one and the one of Synthesis. The modality that was used for this research was qualitative and quantitative and the type of research chosen was Non-Experimental, Descriptive and Transversal.

Results: The data obtained show that adequate asepsis in the tracheostomized patient can prevent the acquisition of new diseases, the tracheostomy procedure is frequently performed in this hospital in the ICU areas, 73% of respondents if they believe that applying the Management and care protocols prevent depression of the immune system in tracheostomized patients, with the application of protocols in tracheostomized patients prevent nosocomial infections.

Conclusions: The tracheostomy procedure is frequently implemented in the infectious hospital of Guayaquil but in these patients a predominant effect arises which is the depression of their immune system.

Keywords: Tracheostomy, Tracheostome, Protocol, ICU, Immune System, nosocomium.

INTRODUCCION

Los protocolos de manejos y cuidados son de gran importancia para cada unidad hospitalaria ya que describen en resumen el conjunto de procedimientos técnicos–médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud, estos protocolos o guías puntualizan la atención o cuidado que ha de recibir el enfermo, es por ello que es fundamental que los profesionales de salud lo ejecuten de manera correcta para una pronta mejoría del paciente y evitar posibles complicaciones. (Hospital Italiano de Buenos Aires, 2015)

Una traqueostomía es una apertura temporal o permanente que se realiza de manera electiva en la cara anterior de la tráquea seguida de la fijación de la tráquea a la piel del cuello, con el fin de mantener la permeabilidad de la vía aérea o bien establecer una vía aérea artificial para asegurar la ventilación del paciente, este procedimiento puede ser quirúrgico o a través de una dilatación percutánea. Estos pacientes necesitan de cuidados especiales antes, durante y después del procedimiento para lo cual el personal de salud tiene la obligatoriedad de seguir los protocolos de manejo y cuidados a estos pacientes establecidos por el centro de salud ya que son herramientas para la ayuda en las decisiones médicas, a la vez estos protocolos deben seguirse teniendo en cuenta el criterio médico, las necesidades y preferencias de los pacientes y la disponibilidad local de recursos. (Raimondi et al, 2017)

El interés en la elaboración de esta tesis surge de la necesidad de conocer cómo influye la correcta aplicación de los protocolos de manejos y cuidados en los pacientes con traqueostomía y a la vez identificar los posibles inconvenientes y complicaciones si no se ejecutan correctamente estas guías o recomendaciones sobre cada uno de estos pacientes.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1 MARCO CONTEXTUAL

1.1.2 CONTEXTO INTERNACIONAL

La elevada tasa de morbilidad y mortalidad del paciente traqueostomizado que llega hasta un 30% y que son transferidos a una sala general desde la Unidad de cuidados intensivos o reanimación constituye uno de los propósitos motivacionales que evidencia la existencia de servicios intermedios o equipos multidisciplinarios que ayuden a la pronta recuperación de estos pacientes, pero el problema que radica en ciertas unidades hospitalarias es la falta de protocolos estandarizados en el seguimiento de evolución de estos enfermos y a la vez el desconocimiento de su cuidado y asistencia fuera de las áreas especializadas lo que condujo a las diferentes unidades de salud a nivel mundial a la obtención de acuerdos para establecer un punto de criterio único en el cuidado de estos pacientes. (Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Servicio de ORL. Servicio de Medicina Intensiva y Crítica. Valladolid. España., 2017)

En México los distintos centros de salud reportan entre 13 y 22 procedimientos anuales. En el Departamento de Neumología del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (HRAEPY) se realizaron un total de 279 interconsultas por múltiples morbilidades en el período de agosto de 2013 a agosto de 2014; de ellas, 4.6% correspondieron a pacientes con una traqueostomía. En Estados Unidos anualmente son reportadas más de 100,000 traqueostomías, la mayoría de ellas en UCI. De éstas, la serie más grande establece una frecuencia de 5.6% en pacientes con Ventilación Mecánica. Por otro lado, países europeos han informado que la frecuencia oscila entre 1.3 y 10% de los pacientes hospitalizados en UCI. (Pedro Díaz y José Che-Morales, 2014)

A nivel mundial existe un incremento de pacientes con traqueostomía según un estudio que realizó Schauer en el Royal London Hospital en donde indicó que se hizo un estudio con 125 533 pacientes traumatizados, 6 880 fueron intubados y de ellos a 685 se les realizó traqueostomía en donde indico que hubo una mortalidad de 48,9%, el autor concluyó que estos pacientes con alta probabilidad de sobrevivir se beneficiarían con la traqueostomía. La traqueotomía ha pasado de ser un procedimiento exclusivo del quirófano a una práctica que cada vez se ejecuta con mayor frecuencia en la misma cama del enfermo en la UCI; en España datos estadísticos reportan un 13% de pacientes traqueostomizado ingresado en UCI, datos similares se reportan en Cuba en donde hay una prevalencia de 2 pacientes por cada 1000 habitantes que se les realiza el procedimiento de una traqueostomía. (MSc.García et al., 2014)

1.1.3 Contexto Nacional

Ecuador es un país del Noroeste de América del Sur, bordeado al Noroeste por Colombia, Perú al Este y al Sur, y por el Océano Pacífico al Oeste. El país se encuentra dividido en cuatro regiones geográficas: Costa, Sierra, Amazonia y el Archipiélago de las Galápagos situado en el pacifico a alrededor de 965 km. La capital del país es Quito y tiene una superficie de 283.561 km² en donde la región costa cubre un poco más de un cuarto de la superficie del país en donde su tierra es muy fértil y además representa la mayor parte de la atracción del país, la Sierra está compuesta de una doble cadena de montañas elevadas y macizas circundando una serie de mesetas, el Oriente o Amazonia cubre alrededor de la mitad del territorio, por último, las islas Galápagos comprenden seis islas principales y una docena de islas más pequeñas que contienen numerosas cimas volcánicas, apagadas en su mayor parte. (This is Ecuador, 2018)

La técnica quirúrgica de la traqueostomía ha evolucionado a lo largo de los años, en nuestro país hoy en día es aplicada con frecuencia en las distintas unidades hospitalarias en el cuidado del paciente critico incrementándose hasta un

200% en donde diversos estudios realizados indican que hay mayor seguridad de la vía aérea, facilidad para el destete etc.

En las Unidades de Cuidados Intensivos de diferentes centros de salud en el país ha aumentado el porcentaje de pacientes con cánula de traqueostomía por lo que son derivados a salas de hospitalización y es que esta técnica ha incrementado debido al aumento de la asistencia de pacientes críticos que precisan intubación endotraqueal con ventilación mecánica prolongada en las unidades de cuidados intensivos (UCI), sobre todo la traqueostomía por técnica percutánea. Por este motivo el porcentaje de pacientes con cánula de traqueotomía que son derivados desde la UCI a las plantas de hospitalización se ha incrementado. (Garcés et al., 2017)

1.1.4 Contexto Regional

La Región Litoral del Ecuador es una de las cuatro regiones naturales de dicho país. Comúnmente llamada Costa, está conformada por la provincia de Guayas, Santa Elena, Santo Domingo de los Tsáchilas, Manabí, El Oro, Los Ríos y Esmeraldas. La ciudad más poblada de esta región es Guayaquil. Esta es una de las tres regiones naturales en las que se divide el Ecuador continental, se extiende entre la Cordillera de los Andes y el Océano Pacífico. (Varela Andrea y Ron Santiago , 2019)

En varios hospitales de la región litoral se han realizado estudios relacionados a este tema como es el caso del Hospital Luis Vernaza en donde se realizó un estudio analítico observacional retrospectivo en la Unidad de cuidados intensivos del Hospital en los meses de febrero 2017 a febrero 2018 en donde como resultado arrojó un total de 140 pacientes con traqueostomía, 37 pertenecen al grupo de traqueostomía temprana y 103 pacientes al grupo de traqueostomía tardía. Se encontró diferencias estadísticamente significativas al comparar la estancia en UCI. (Cevallos Coronel y Magali Jenny , 2017)

No existe un estudio o informes que nos muestren resultados certeros de tasas de pacientes con traqueostomía en el país pero gracias a estudios en distintos hospitales de la región litoral y en si en todo el país podemos decir que este tema ha sido muy indagado ya que es un tema que en la actualidad se lo está poniendo en práctica por sus beneficios en el cuidado de pacientes en estado crítico.

1.1.5 Contexto Local y/o Institucional

Guayas es una provincia de Ecuador y es la más importante, esta bañada por el Pacífico, por ello es conocida como la Perla del Pacífico, se encuentra localizada en la región litoral del país, su capital es la ciudad de Guayaquil. Esta provincia es la más poblada del país constituye el 24,5% de la población y está formada por 25 cantones. (Foros Ecuador.ec, 2015)

La ciudad de Guayaquil es la más grande del país cubre 1.214 km² y es la ciudad más poblada con 3.100.000 habitantes, ha sido un motor económico muy importante para la historia de Ecuador. Se diferencian claramente dos periodos una época húmeda entre enero y mayo, y una época con escasas precipitaciones entre junio y diciembre. Al encontrarse en una zona ecuatorial, la temperatura apenas varía a lo largo del año manteniéndose entre 25 y 28 grados centígrados. (Foros Ecuador.ec, 2015)

El hospital de infectología “Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña” es una institución pública, el cual se encarga de brindar atención en salud de manera gratuita. El personal de la salud que labora en esta institución está capacitado en diferentes ámbitos como la bioseguridad, el control de infecciones, calidad y plan de emergencia.

Este Hospital fue bautizado el 7 de agosto de 1985 con el nombre del ilustre médico Guayaquileño, Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña, destacado científico e investigador de la medicina ecuatoriana. Maestro por excelencia siempre

generoso con sus conocimientos los cuales los consagró al servicio de la comunidad.

El hospital de infectología cuenta con los servicios básicos necesarios y requeridos para brindar una atención oportuna. Tiene un buen alcantarillado, servicio de agua potable, líneas telefónicas con extensiones conectadas entre sí, cuenta con el servicio de energía eléctrica. Sin embargo la ventilación no es suficiente para brindar un buen servicio hospitalario (fallas en la instalación de aire acondicionado, no cuenta con un sistema con ductos de aire).

El hospital cuenta con diferentes áreas como quirófano, unidad de cuidados intensivos, consulta externa, hospitalización, farmacia, post operatorio, emergencia, rehabilitación, entre otras. Brinda atención las 24 horas del día.

1.2 Situación Problemática

En el hospital de infectología de Guayaquil el departamento de terapia respiratoria se encarga de los cuidados que deben tener los pacientes traqueostomizados ya que en estos pacientes se requiere restablecer y mantener la permeabilidad de la vía aérea.

En la unidad de cuidados intensivos de este hospital se atiende dichos pacientes diariamente, en la actualidad este procedimiento quirúrgico se lo está realizando frecuentemente para corregir una obstrucción en las vías respiratorias superiores o para facilitar el control de la respiración o está indicada en una ventilación mecánica a largo plazo por la cual estos pacientes necesitan de cuidados especiales como parte de su mejoría; situación que en el caso del hospital de infectología de Guayaquil se presenta de manera continua.

1.3 Planteamiento del problema

La traqueostomía es un procedimiento quirúrgico realizado con el objeto de crear una abertura dentro de la tráquea, a través de una incisión ejecutada en el cuello y la inserción de una cánula para facilitar el paso del aire hacia los pulmones, muy común de la unidad de cuidados intensivos a nivel Mundial, Regional y Local. Constituye una importante ayuda en la mejoría del paciente crítico, pero al mismo tiempo acarrea un sinnúmero de complicaciones que aportan a la morbilidad y mortalidad de los mismos.

En el Departamento de Neumología del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (HRAEPY) se realizaron un total de 279 interconsultas por múltiples morbilidades en el período de agosto de 2013 a agosto de 2014; de ellas, 4.6% correspondieron a pacientes con una traqueostomía.

El punto central del manejo de pacientes con traqueostomía se fundamenta en la frecuencia en que se realiza el procedimiento. Informes previos mencionan que 1 de cada 10 pacientes con apoyo mecánico de la respiración por más de tres días en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) serán intervenidos a dicho procedimiento.

En Estados Unidos anualmente son reportadas más de 100,000 traqueostomías, la mayoría de ellas en UCI. Por otro lado, países europeos han informado que la frecuencia oscila entre 1.3 y 10% de los pacientes hospitalizados en UCI.

Con la implementación adecuada de la aplicación de protocolos de manejo y cuidados de pacientes con vía aérea artificial evitaremos patologías respiratorias, se mantendrá la permeabilidad de la vía aérea y así el sistema inmunológico se verá beneficiado en gran cuantía.

Dentro del sistema protocolario el profesional de la salud encargado del cuidado de los pacientes deberá enfocarse en cumplir cada uno de los objetivos para así darle un mejor confort en su sistema inmunológico.

La problemática existente en la depresión del sistema inmunológico de los pacientes traqueostomizados es el fallo de la aplicación total de los protocolos de manejo y cuidados que impide la mejoría de la calidad de vida.

1.3.1 Problema General

¿Cómo beneficia la aplicación de los protocolos de manejo y cuidados en el sistema inmunológico de los pacientes traqueostomizados de la unidad de cuidados intensivos del hospital de Infectología de Guayaquil?

1.3.2 Problemas Derivados

¿Cuáles son los protocolos de manejo y cuidados que se debe de seguir en pacientes traqueostomizados de la unidad de cuidados intensivos del hospital de Infectología de Guayaquil?

¿Con qué frecuencia se realiza el procedimiento de traqueostomía en la unidad de cuidados intensivos del hospital de Infectología de Guayaquil?

¿Qué efectos se derivan en el sistema inmunológico de los pacientes traqueostomizados hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos?

¿Cuáles serían las complicaciones que surgirían sino se siguen correctamente los protocolos de manejo y cuidados en pacientes traqueostomizados que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos?

1.4 Delimitación de la Investigación

Delimitación Temporal: Esta investigación se desarrolló durante el periodo comprendido del mes de Mayo a Septiembre del 2019.

Delimitación Espacial: Unidad de cuidados intensivos del hospital de Infectología de Guayaquil “Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña”

Delimitación Demográfica: Pacientes adultos con traqueostomía.

- **Líneas de la Investigación UTB:** Educación y Desarrollo Social
- **Líneas de Investigación de la Facultad:** Ciencia de la Salud
- **Línea e Investigación de la Escuela:** Salud y Bienestar
- **Líneas de Investigación de la Carrera:** Terapia Respiratoria.

1.5 Justificación

Los cuidados que se debe de tener con pacientes traqueostomizados están encaminados a mantener la permeabilidad de la vía aérea, evitar alguna infección y buscar estrategias para mejorar la adaptación del paciente a la nueva situación. Ya que manteniendo permeable la vía área permite que haya una correcta ventilación por tal motivo surge la necesidad de conocer cómo se beneficiaría estos pacientes con el correcto manejo y cuidado que se debe de tener en cada uno de ellos.

El presente proyecto de investigación se realizó en base a la existente problemática relacionada con patologías neurológicas y respiratorias del sistema inmunológico de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos del hospital de infectología de Guayaquil.

El propósito de ésta investigación tuvo como finalidad demostrar el beneficio que aporta la aplicación correcta de los protocolos de manejo y cuidados en pacientes traqueostomizados y a la vez conocer las posibles complicaciones que se puede presentar sino se lleva el adecuado cuidado a estos pacientes ya que le puede costar incluso la vida del paciente, es por ello que surgió la necesidad de realizar este trabajo investigativo ya que así podemos ayudar a la mejoría de estos pacientes para que puedan tener una oportunidad de vivir una vida estable en un futuro.

En la ejecución de éste proyecto se demostró la importancia que tiene aplicar los protocolos de manejo y cuidados ya que beneficia el estado de salud de los pacientes hospitalizados en el nosocomio.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Identificar los beneficios adquiridos con la aplicación de los protocolos de manejo y cuidados sobre el sistema inmunológico de pacientes traqueostomizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital de Infectología de Guayaquil.

1.6.2 Objetivos Específicos

- ✓ Definir los protocolos de manejo y cuidados que se debe de seguir en pacientes traqueostomizados de la unidad de cuidados intensivos del hospital de Infectología de Guayaquil.

- ✓ Establecer la frecuencia con que se realiza el procedimiento de traqueostomía en la unidad de cuidados intensivos del hospital de Infectología de Guayaquil.

✓ Justificar los efectos que se derivan en el sistema inmunológico de los pacientes traqueostomizados hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.

✓ Identificar las complicaciones que surgirían sino se siguen los protocolos de manejo y cuidados en pacientes traqueostomizados que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO TEORICO

2.1.1.1 TRAQUEOSTOMIA

La traqueostomía es un orificio creado quirúrgicamente a través de la parte frontal del cuello y en la tráquea. Proporciona un pasaje de aire para ayudarle al paciente a respirar cuando la ruta habitual de respiración se encuentra obstruida o alterada de alguna manera. Una traqueostomía es, con frecuencia, necesaria cuando los problemas de salud requieren el uso a largo plazo de una máquina (respirador) para ayudarte a respirar. En raras ocasiones, se lleva a cabo una traqueostomía de urgencia cuando la vía respiratoria se bloquea de repente, como después de una lesión traumática en el rostro o el cuello. (Traqueostomia , 2018)

2.1.1.2 INDICACIONES DE TRAQUEOSTOMÍA

Se pueden clasificar en electivas y terapéuticas.

Electivas. Están indicadas en pacientes con problemas respiratorios en los cuales se van a realizar cirugías importantes de cabeza, cuello, tórax y cardiacas, y que por lo tanto se van mantener intubados por más de 48 horas posterior a la cirugía. (Hernández A, Bergeret V, y Hernández V., 2017)

Terapéuticas. El procedimiento se realiza en casos de insuficiencia respiratoria debido a hipoventilación alveolar con el objeto de manejar una obstrucción, eliminar secreciones o usar un respirador mecánico. De esta manera las principales indicaciones de traqueostomía son:

- a) Obstrucción mecánica secundaria

- b) Tumores de la vía aérea digestiva superior.
- c) Cuerpos extraños que impiden la intubación o que existe el riesgo de desplazarlos hacia tráquea o bronquios. (Hernández A, Bergeret V, y Hernández V., 2017)
- d) Secreciones.
- e) Parálisis laríngea bilateral en aducción.
- f) Traumatismo laríngeos o heridas de cuello complicadas.
- g) Malformaciones congénitas: membranas, hipoplasias.
- h) Infecciones: epiglotitis, laringotraqueobronquitis aguda, difteria laríngea.
- i) Quemaduras de la vía aérea superior, cara o cuello.

3. Enfermedades pulmonares:

- a) Neumopatías extensas.
- b) EPOC con enfermedad pulmonar aguda o enfisema.
- c) Edema pulmonar agudo.

4. Enfermedades del sistema nervioso central (SNC):

- a) Accidente vascular encefálico.
- b) Coma.
- c) Craneotomía.

5. Profiláctica:

- a) Cirugía radical de cuello.
- b) Cirugía de cánceres mandibulares y de la boca.
- c) Resecciones pulmonares.

6. Mala eliminación de secreciones bronquiales:

- a) Dolor post operatorio.
- b) Senilidad.
- c) Escoliosis.
- d) Debilidad de la pared torácica.

7. Enfermedades neuromusculares:

- a) Poliomielitis.
- b) Tétanos.
- c) Miastenia graves.
- d) Síndrome Guillan Barré.
- e) Polineuritis.

8. Depresión del centro respiratorio:

- a) TEC.
- b) Intoxicación por depresores del SNC y centro respiratorio.
- c) Anestesia general.

9. Traumatismo torácico:

- a) Tórax volante; fracturas costales.

10. Uso de respiradores mecánicos. (Hernández A, Bergeret V, y Hernández V., 2017)

2.1.1.3 ATENCIÓN DE URGENCIA

La mayoría de las traqueotomías se realizan en un hospital. Sin embargo, en el caso de una urgencia, puede ser necesario crear un orificio en la garganta de una persona fuera de un hospital, como en un accidente. (Mayo Clinic, 2017)

Las traqueotomías de urgencia son difíciles de realizar y tienen un mayor riesgo de complicaciones. Un procedimiento relacionado y algo menos riesgoso que se utiliza en la atención de urgencia es la cricotirotomía. Este procedimiento consiste en crear un orificio directamente en la laringe, en un punto inmediatamente debajo de la nuez de Adán (cartílago tiroides). Una vez que se traslada la persona al hospital y se la estabiliza, se reemplaza la cricotirotomía por una traqueostomía, si fuera necesario contar con respiración asistida a largo plazo. (Mayo Clinic, 2017)

2.1.1.4 RIESGOS

Las traqueotomías suelen ser seguras, pero conllevan algunos riesgos. Lo más probable es que algunas complicaciones se presenten durante la cirugía o poco después. El riesgo de dichas complicaciones aumenta en gran medida cuando la traqueotomía se realiza como un procedimiento de emergencia. Algunas de las complicaciones inmediatas son: (Mayo Clinic, 2017)

- Sangrado
- en la tráquea
- Aire atrapado en el tejido debajo de la piel del cuello (enfisema subcutáneo), que puede causar problemas de respiración y daño en la tráquea o el esófago

- Acumulación de aire entre la pared del tórax y los pulmones (neumotórax), que produce dolor, problemas de respiración o colapso pulmonar
- Se puede acumular sangre (hematoma) en el cuello y comprimir la tráquea, lo cual produce problemas de respiración
- Mala colocación o desplazamiento del tubo de traqueotomía (Pedro Díaz y José Che-Morales, 2014)

Cuanto más tiempo quede colocada una traqueotomía, más probable será que se presenten complicaciones a largo plazo. Estas complicaciones son:

- Desplazamiento del tubo de traqueotomía de la tráquea
- Estrechamiento de la tráquea
- Formación de tejido anormal en la tráquea
- Obstrucción del tubo de traqueotomía
- Desarrollo de un pasaje anormal entre la tráquea y el esófago (fístula), que puede aumentar el riesgo de que ingresen líquidos o alimentos en los pulmones. (Cevallos Coronel y Magali Jenny , 2017)
- Desarrollo de un pasaje entre la tráquea y la arteria innominada (fístula traqueoinnominada), que puede generar un sangrado potencialmente mortal.
- Infección
- Colonización bacteriana, que puede causar enfermedades, como neumonía.

Si aún necesitas una traqueotomía después de recibir el alta del hospital, deberás asistir a consultas regulares para controlar las posibles complicaciones. También recibirás instrucciones para saber cuándo llamar al médico si tienes problemas, como: (Mayo Clinic, 2017)

Sangrado en la zona de la traqueotomía o en la tráquea

Dificultad para respirar a través del tubo

Dolor o cambio en el nivel de comodidad

Enrojecimiento

Hinchazón

Cambio en la posición del tubo de traqueotomía (Mayo Clinic, 2017)

2.1.1.5 PROTOCOLOS DE MANEJO Y CUIDADOS DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS INMUNODEPRIMIDOS

Todo paciente con una traqueostomía luego del procedimiento quirúrgico necesita una serie de cuidados los cuales están encaminados a la estabilización de la vía aérea artificial. Estos cuidados tienen protocolos que se deben de seguir para resguardar la integridad tanto del paciente como del personal de salud.

Podríamos definir a los protocolos de cuidados como el conjunto de actividades a realizar relacionadas con un determinado problema o una determinada actividad asistencial, que se aplican por igual a todos o a un grupo de pacientes en base a su patología y a los problemas de salud asociados. (Jovell Fernández Albert J. , 2015)

Los objetivos de los protocolos de manejo y cuidados en los pacientes inmunodeprimidos traqueostomizados son los siguientes:

- Mantener la vía permeable para facilitar el intercambio de gases.
- Eliminar las secreciones acumuladas en el área traqueo bronquial que el paciente no podrá eliminar espontáneamente.
- Asegurar la humidificación y calentamiento del aire inspirado.
- Mantener la zona limpia y evitar la infección periestomal.

Para mantener la permeabilidad de vías aéreas se hace necesaria en algunos casos la aspiración de secreciones. El principio básico es eliminar las secreciones sin compromiso de la función cardiorrespiratoria del paciente, la aspiración de secreciones por traqueostomía necesita de una técnica aséptica a fin de evitar las infecciones y minimizar los riesgos del procedimiento. (Palacios F. et al., 2011)

Una traqueostomía es la cirugía para hacer un orificio en el cuello hasta la tráquea. Si la necesita por poco tiempo, será cerrada posteriormente. Algunas personas necesitan el orificio por el resto de sus vidas. El orificio se necesita cuando la vía respiratoria es obstruida, o por alguna condición que dificulta la respiración.

Usted puede necesitar una traqueostomía si está conectado a una máquina para respirar (ventilador) por largo tiempo. Después de que se hace el orificio, se inserta una cánula plástica para mantenerlo abierto. Se amarra una cinta alrededor del cuello para mantener la cánula en su lugar. (Biblioteca Nacional de Medicina de los E.E.U.U, 2018)

2.1.1.6 Cómo se altera el organismo a causa de la traqueostomía

La nariz se encarga de humedecer y calentar el aire que respiramos. Sin embargo, en su caso, el aire pasa directamente desde el orificio hasta los pulmones. Esto hace que se produzca mayor cantidad de moco, que será también más seco y espeso, y más tos que le ayudará a expulsar este exceso de secreciones. Como el aire no pasa por las cuerdas vocales, que están por encima del estoma, de forma transitoria perderá la capacidad de hablar. El hecho de tener una traqueotomía no incapacita para poder hablar, hay métodos de rehabilitación y aprendizaje que ayudarán a conseguirlo. (Ferrerías M. et al., 2017)

El tener una cánula de traqueostomía supone la entrada-salida directa del aire, por lo que no es posible contener la respiración a menos que se tape el orificio con un tapón o dedo. Esto puede dificultar la capacidad de contraer los músculos abdominales necesarios para defecar o levantar pesos. Cuando necesite hacer fuerza abdominal necesitará tapar el orificio con los dedos. Tener una vía aérea directa a los pulmones hace que pequeñas partículas en el aire puedan entrar provocando tos y dificultad respiratoria. (Ferrerías M. et al., 2017)

2.1.1.7 Cuidados generales o cambio de hábitos de vida

Evitar el acúmulo o la densidad de la mucosidad

- Mantenerse hidratado, a menos que lo tenga contraindicado. Esto mantendrá las secreciones fluidas.
- Mantener el ambiente con niveles de humedad y temperatura adecuados.
- Evitar la entrada de partículas a través del estoma
- En su aseo diario proteja la cánula del agua.
- El apósito del estoma debe permanecer siempre limpio. Limpiar con suero fisiológico.
- La cánula interna se cambiará cada 8 horas o más si precisa, para evitar la obstrucción de la cánula. (Torné Pérez E., 2017)
- La cánula interna se mantendrá siempre permeable, aspirando las secreciones si lo precisara.
- En presencia de secreciones espesas se aplicarán aerosoles.
- No emplear nunca una presión superior a 25 mmHg para inflar el balón (puede dañar la tráquea).
- El tamaño inadecuado de la cánula y un balón poco inflado, en presencia de ventilación mecánica, puede ocasionar enfisema subcutáneo.
- La alimentación será por sonda nasogástrica hasta que el enfermo vaya educando la deglución.
- Si el enfermo está consciente se le enseñará a comunicarse mediante gestos, escritura.

- Vigilar, sobre todo las primeras horas tras la colocación o el cambio, la posible aparición de hemorragias.
- Estar alerta ante el riesgo de obstrucción mucosa o, sobre todo en las primeras horas, con tapones de sangre. (Torné Pérez E., 2017)

Se debe tener siempre preparado un tubo de traqueotomía y obturador de repuesto. Sería ideal disponer además de una cánula un número menor para utilizar en situaciones de emergencia en la que no se consiga introducir una cánula del mismo tamaño. Si no es posible debemos disponer al menos de un tubo endotraqueal de menor tamaño para utilizar como cánula de traqueostomía en caso de urgencia.

Se debe realizar cambio del vendaje traqueal las veces necesarias para que se mantenga limpio y seco (p.e cada 8 horas). Evitar colocar demasiadas gasas de relleno, que pueden hacer que la cánula se salga. La piel del traqueostoma debe lavarse diariamente con agua y jabón. Es importante inspeccionar esta piel para comprobar la presencia de granulomas, irritaciones, necrosis, etc. (García-Casillas Sánchez M. A, 2016)

Procurar que la presión de la cánula sobre la piel del estoma no sea excesiva. Sin embargo las cintas deben estar lo suficientemente apretadas como para impedir que se salga la cánula (especialmente importante en pacientes con cánulas neonatales que son más cortas). Las cintas traqueales deben estar suficientemente apretadas para permitir que solo se pueda introducir un dedo entre ellas y el cuello. Las cintas deben mantenerse secas y limpias. La frecuencia con la que deben cambiarse varía mucho de unos pacientes a otros.

En una traqueostomía recientemente realizada: La cánula de traqueotomía y las cintas deben ser cambiadas por el cirujano a los 5 a 7 días de la intervención. (No cambiar las cintas traqueales hasta que el cirujano haya hecho el primer cambio de traqueotomía y evaluado el estoma para evitar la decanulación accidental). En

los cambios de traqueotomía es muy importante extender suficientemente el cuello. (García-Casillas Sánchez M. A, 2016)

Se recomienda utilizar siempre la técnica de premedicación para aspirar al paciente. Se debe calcular la profundidad a aspirar con una cánula del mismo tamaño, calculando la distancia que existe hasta que el agujero más distal de la sonda de aspiración aparezca por la punta de la cánula. Evitar introducir la sonda de aspiración hasta notar resistencia y después aspirar. En algunas ocasiones puede ser necesaria esta forma de aspiración profunda, pero debemos saber que ocasiona mayor lesión en la mucosa traqueo-bronquial. Utilizar la sonda de aspiración más grande que se pueda introducir por la cánula. Esto hace las aspiraciones más eficaces y por tanto más rápidas y menos agresivas. La técnica de aspiración debe durar menos de 5 segundos. (García-Casillas Sánchez M. A, 2016)

La frecuencia de aspiraciones varía de un paciente a otro. Además de retirar las secreciones las aspiraciones permite comprobar la permeabilidad de la cánula. En niños que no tengan secreciones al menos debe aspirarse por la mañana y por la noche para asegurarse que la cánula está permeable y adecuadamente colocada.

Se recomienda realizar los cambios posturales con el paciente desconectado del respirador para evitar la tracción de la cánula traqueal. Comprobar la cánula (auscultando y pasando una sonda de aspiración) después de cada cambio postural. Las cánulas de traqueostomía deben inspeccionarse cuidadosamente. Cualquier cánula dañada debe sustituirse por una nueva. (García-Casillas Sánchez M. A, 2016).

2.1.1.8 Equipo que se utiliza para el cuidado y manejo de una traqueostomía

1. Sistema, aparato de aspiración (central o portátil)

2. Sonda estéril para aspiración y tubuladura de conexión
3. Recipiente estéril con solución salina.
4. Guantes estériles
5. Jeringa de 5 ml con solución fisiológica
6. Toallas de papel
7. Recipiente para desechar material
8. Ambú y fuente de oxígeno
9. Cánula traqueal del mismo número y una inferior.
10. Cinta de fijación (Palacios F. et al., 2011)

2.1.1.9 Procedimiento

- Lavarse las manos antes de preparar el equipo
- Llevar el material y equipo a la unidad del paciente
- Valorar signos vitales y condiciones del paciente
- Observar la traqueostomía, coloración de la piel, facie, permeabilidad de la cánula y controlar correcta sujeción de la misma.
- Colocar al paciente en posición semi fowler o supina. Tener en cuenta la posición más cómoda para cada paciente.
- Verificar la necesidad de oxígeno
- Hacer uso de alcohol en gel.
- Abrir el estuche de la sonda estéril, tubuladura de conexión y paquete de gasas.
- Colocarse los guantes, mantener en todo momento la mano dominante aséptica.
- Tomar la sonda con la mano dominante
- Con la otra mano conectar la tubuladura a la fuente de aspiración
- Introducir la punta de la sonda en el recipiente de solución salina y verificar la permeabilidad e intensidad de la aspiración.
- Introducir suavemente la sonda sin aspirar, no más profundo que la longitud de la cánula
- Aspirar ocluyendo la boca de la sonda k 32, no más 10 segundos

- Retirar en forma rotativa a medida que se aspira (Palacios F. et al., 2011)
- Purgar la sonda en el frasco de solución salina
- Repetir la operación si es necesario
- Descartar la sonda de aspiración y los guantes con las gasas en el recipiente correspondiente
- Cerrar la fuente de aspiración
- Asistir al paciente durante los episodios de tos: alcanzar toallas de papel.
- Examinar las características de lo aspirado, registrar.
- Ayudar al paciente para que se sienta cómodo.
- Controlar respiración y pulso
- Lavarse las manos
- Realizar higiene bucal al paciente. Cuidar higiene ocular y nasal.
- Registrar las valoraciones que considere necesarias con respecto al procedimiento. (Palacios F. et al., 2011)

2.1.1.10 Recomendaciones para el procedimiento en el cuidado y manejo de una traqueostomía

- Lavado de manos.
- Controlar signos vitales y la salida de aire por la traqueotomía
- Controlar la capacidad del paciente de toser y eliminar secreciones espontáneamente. Estimular a que lo haga.
- Evaluar los sistemas para asistencia y seguridad del paciente.
- No retirar la cánula externa en las primeras 48 a 72 horas.
- Valorar la necesidad de aspiración
- Usar siempre sonda estéril, una para cada aspiración.
- Si las secreciones son muy espesas, instilar 3 ml de solución fisiológica con jeringa sin aguja por la traqueotomía y aspirar rápidamente.
- No aspirar más de 10 segundos.
- Los frascos con solución salina deben ser cambiados en cada aspiración.
- Siempre introducir la sonda sin aspirar y suavemente
- Atender las necesidades del paciente durante todo el procedimiento

- No se retire del lado del paciente hasta que compruebe que está cómodo y respira sin dificultad.
- Controlar la sujeción de la cánula de traqueostomía, considerar que debe pasar aproximadamente un dedo entre la cinta y el cuello del paciente. Cambiarlas cada vez que sea necesario (con ayuda si así lo requiere)
- Si hay expulsión o desplazamiento de la cánula, avisar al médico de guardia, observar si el paciente respira (colocar la mano frente del estoma). Tener el carro o bandeja con una cánula menor, otra igual y un tubo endotraqueal para su recanulación)
- Controlar la permeabilidad del estoma (la entrada y salida de aire) (Palacios F. et al., 2011)
- La curación se realizará con solución fisiológica para remover las secreciones.
- Cortar la cinta de sujeción de la cánula a la medida del paciente. Tener en cuenta cinta hipoalérgica para evitar irritaciones en la piel, especialmente en niños pequeños. (Palacios F. et al., 2011)
- No se colocará gasa alrededor del estoma
- Una vez por turno deben ser acondicionados los aparatos a utilizar
- Se debe desechar el contenido del frasco colector, cada vez que se realice el procedimiento.
- El frasco colector debe tener un mínimo de nivel de agua.
- Avisar inmediatamente si se registra funcionamiento incorrecto del equipo, dejar debidamente anotado.
- Ante cualquier duda o urgencia, llamar al médico de guardia.
- Registrar la evaluación y las intervenciones realizadas (Palacios F. et al., 2011)

2.1.1.11 PROTOCOLOS DE CUIDADO DE PACIENTES CON KPC, TRAQUEOSTOMIZADO

Los cuidados de traqueostomía están encaminados a mantener la permeabilidad de la vía aérea, evitar la infección y buscar estrategias para mejorar

la adaptación del paciente a la nueva situación. Asimismo, tener conocimientos sobre las posibles complicaciones con el objeto de detectarlas y tratarlas. Para brindar una atención holística al paciente, es indispensable proporcionar especial atención a la ansiedad sufrida por el estado de salud, y más aún considerar que puede agudizarse al enfrentar el problema de comunicación y baja autoestima que afecta al paciente, para lo cual se tendrá que buscar la forma más adecuada y práctica para comunicarse con él, compromiso en el cual se involucrará al equipo de salud.

2.1.1.12 Objetivo

- ✓ Eliminar la secreción que obstruyen total o parcialmente las vías áreas
- ✓ Mantener la permeabilidad de la vía área para permitir que haya una correcta ventilación
- ✓ Prevenir Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica

2.1.1.13 Consideraciones generales

- El paciente con traqueostomía corre el riesgo de adquirir una infección, ya que se establece una línea directa de comunicación entre el medio ambiente y el árbol bronquial.
- Lograr que la vía aérea del paciente se encuentre permeable a través de aspiración de las secreciones. Administrar oxígeno y mantener un ambiente húmedo que favorezca la fluidificación de secreciones y así evitar la acumulación de las mismas.
- Evitar que el tubo de traqueostomía se salga al exterior.
- La desinfección del estoma debe realizarse cada ocho a doce horas, o por lo menos diariamente, con solución antiséptica.

- Después de haber cicatrizado el tejido de la ostomía, la cánula de traqueostomía debe cambiarse cada dos o cuatro días.
- Mantener la integridad de la zona de traqueostomía libre de traumatismos e infección, y especialmente libre de secreciones.
- Durante las primeras 36 horas de realizada la traqueostomía, ésta no debe ser retirada, ya que el estoma puede colapsarse, haciendo difícil la reintubación.

2.1.1.14 Material y equipo

- Equipo para aspiración de secreciones.
- Gasas estériles
- Hisopos estériles.
- Solución estéril para irrigación o solución fisiológica.
- Solución antiséptica.
- Cintas para sujeción de la cánula de traqueostomía.
- Guantes desechables no estériles.
- Guantes quirúrgicos estériles (dos pares).
- Cubre bocas
- Bolsa para desechos
- Bata
- Gafas

2.1.1.15 Procedimiento

1. Lavarse las manos.
2. Valorar el estado del estoma, enrojecimiento, edema, datos de infección y hemorragia.
3. Realizar la aspiración de secreciones de tráquea y faringe.
5. Colocarlo en posición de Fowler, si no está contraindicado para el paciente.
6. Utilizar la técnica estéril para colocar y preparar el material de curación, solución para irrigación y antiséptica.
7. Colocar una compresa estéril bajo la traqueostomía (sobre el pecho del paciente).
8. Colocarse las lentes de protección, cubrebocas y guantes (guantes desechables).
9. Retirar el apósito de la cánula de traqueostomía y desecharlo.
10. Colocarse los guantes estériles.
11. Realizar la asepsia del extremo de la cánula con gasas estériles impregnadas con solución antiséptica.
 - Continuar la asepsia de la zona del estoma, respetando las reglas básicas de asepsia.
 - Utilizar hisopos impregnados de solución antiséptica en los bordes y bajo los bordes de la cánula y realizar una asepsia completa y minuciosa.
 - Secar el exceso de humedad con gasas estériles (la humedad propicia la infección e irritación de la piel).
12. Colocar el apósito de la traqueostomía. Existen apósitos especiales para la cánula de traqueostomía, o bien pueden acondicionar, desdoblado una gasa de 10 x 10 (alargando en forma horizontal) y formar una especie de corbata, doblando ambos extremos de la gasa, para que exista mayor absorción se puede utilizar doble gasa. No utilizar gasa en la cual se realice un corte, ya que puede producir pelusa de algodón e introducirse y posteriormente ocasionar un absceso traqueal. Los apósitos deben cambiarse cada vez que se manchen, ya que propician el desarrollo de microorganismos patógenos y laceración de la piel. Algunos médicos

prefieren no utilizar apósito en el área de traqueostomía, su opinión es que el apósito conserva la zona húmeda y oscura propiciando infección en la estoma.

13. Cambiar las cintas de la cánula de traqueostomía, de preferencia contar con ayuda de otra persona para que con las manos dotadas con guantes estériles sujete y mantenga el tubo de traqueostomía en su sitio mientras se cambian las cintas (puede haber expulsión accidental de la cánula si el paciente tose o se mueve). De no ser posible la ayuda, las cintas limpias deberán ser atadas antes de retirar las sucias.

14. Acondicionar al paciente en una situación cómoda y confortable.

15. Mantener disponible el equipo para aspiración de secreciones.

16. Lavarse las manos

17. Registrar en expediente clínico el procedimiento realizado y las observaciones de las condiciones

2.1.1.16 Complicaciones inmediatas

Las complicaciones inmediatas pueden ocurrir durante poco después del procedimiento quirúrgico. Pueden incluir:

Extracción de aire de la tráquea o de la traqueotomía. En la mayoría de los casos, esto es de menor importancia y cura dentro de algunos días, aunque algunos pacientes requieran una transfusión de sangre para manejar la baja de volúmenes grandes de sangre. (Smith, B.Pharm, 2018)

El **neumotórax** refiere a la interceptación del aire alrededor de los pulmones que hacen los pulmones desplomarse hacia adentro. Mientras que esto puede corregirse autónomo, muchos más casos serios requieren el implante quirúrgico de un tubo en el pecho drenar el aire.

La colección de aire en las capas profundas del pecho o por debajo la piel de la traqueotomía puede causar pneumomediastinum o **enfisema subcutáneo** respectivamente.

El **daño al esófago o a la laringe** puede ocurrir debido al daño accidental, que puede dar lugar a hablar y a tragar con dificultad.

El **bloqueo del tubo de la traqueotomía** se puede causar por los coágulos de sangre, el moco o la presión de las paredes circundantes de la aerovía. (Smith, B.Pharm, 2018)

2.1.1.17 Complicaciones posteriores

Complicaciones posteriores ocurren después de cirugía mientras que el tubo de la traqueotomía es todavía en el lugar. Pueden incluir:

- **Decanulación** o retiro accidental del tubo de la traqueotomía.
- **Infección de la tráquea** con las bacterias que requieren el tratamiento antibiótico.
- **Daño al esófago** debido ejercer presión sobre, a la infección o a la fricción del movimiento. (Smith, B.Pharm, 2018)

2.1.1.18 Complicaciones demoradas

Las complicaciones demoradas pueden ocurrir los días, las semanas o los meses después del procedimiento quirúrgico y pueden incluir:

- **Tracheomalacia** o erosión de la tráquea debido al frotamiento del tubo contra él.

- **Revelado traqueo-esofágico** de la fístula que lleva a la conexión de los dos tubos.

Revelado de la granulación que requiere retiro quirúrgico antes de la decanulación.

- **El esófago estrechado** o desplomado puede llevar a la dificultad respiratoria y requiere a menudo cirugía correctiva.

Falla de curar después de la decanulación, o retiro del tubo, que puede dar lugar a la extracción de aire extendida del área. (Smith, B.Pharm, 2018)

2.1.1.19 SISTEMA INMUNOLÓGICO

El sistema inmunológico, que se compone de órganos, tejidos, proteínas y células especiales, a diario protege a las personas de los gérmenes y microorganismos. En la mayoría de los casos, el sistema inmunológico se desempeña con asombrosa eficacia para mantener saludables a las personas y prevenir infecciones. Sin embargo, en algunas ocasiones, problemas con el sistema inmunológico pueden producir enfermedades e infecciones. (Steven Dowshen, 2016)

El Sistema Inmunológico es el encargado de defender, proteger y autorregular el cuerpo humano de agresiones externas, reconociendo cualquier elemento que sea antígeno o extraño a nuestro organismo, independientemente de si es patógeno (dañino) o inocuo para él.

Los antígenos pueden ser microorganismos como bacterias, virus u hongos, que pueden infectar el cuerpo, también tejidos, prótesis u órganos

trasplantados ya que son estructuras extrañas para nuestro organismo ya que el sistema inmunitario puede rechazarlos.

Y por último pero no menos importantes, los tumores benignos y malignos también son considerados antígenos, porque, aunque sean generados por nuestro organismo, son elementos dañinos y el sistema inmune debe procurar que no sigan creciendo de tamaño ni multiplicándose. (Ainhoa Garnil, 2016)

La inflamación es la respuesta del sistema inmunológico a los antígenos. Como respuesta a la infección o la lesión, diversas clases de glóbulos blancos se transportan por el torrente sanguíneo hasta el lugar de la infección y solicitan más glóbulos blancos. Cuando la amenaza desaparece, la inflamación cede. Por ejemplo, cuando una persona se corta o tiene gripe, la inflamación se usa para matar la bacteria o el virus que invade el cuerpo. (Arthritis Foundation, 2016)

En las personas que gozan de buena salud, el sistema inmunológico puede distinguir entre los tejidos propios del cuerpo y los extraños que lo invaden, tales como virus y bacterias. En algunos tipos de artritis, como la artritis reumatoide, el sistema inmunológico no funciona correctamente. Cuando esto ocurre, el sistema inmunológico:

No identifica la diferencia entre los tejidos propios del cuerpo y los agentes que lo invaden tales como las bacterias y los virus.

Produce, por error, inflamación en contra de tejidos o partes del cuerpo normales, tales como las articulaciones, como si éstos fueran agentes extraños que lo invaden.

Las enfermedades que se desarrollan cuando el sistema inmunológico no funciona correctamente se denominan enfermedades autoinmunes.

El sistema inmunológico es la defensa del cuerpo ante organismos infecciosos y otros invasores. Mediante una serie de pasos llamados "respuesta inmune", el sistema inmunológico ataca a los organismos y las sustancias que invaden los sistemas del cuerpo y causan las enfermedades. El sistema inmunológico se compone de una red de células, tejidos y órganos que trabajan en conjunto para proteger al cuerpo. Las células mencionadas son glóbulos blancos (leucocitos) de dos tipos básicos, que se combinan para encontrar y destruir las sustancias u organismos que causan las enfermedades. (Steven Dowshen, 2016)

Los leucocitos se producen o almacenan en varios lugares del cuerpo, que incluyen el timo, el bazo y la médula ósea. Por este motivo, estos órganos se denominan "órganos linfáticos". Los leucocitos también se almacenan en masas de tejido linfático, principalmente en forma de ganglios linfáticos, que se encuentran en todo el cuerpo.

En el cuerpo, los leucocitos circulan desde y hacia los órganos y los ganglios por medio de vasos linfáticos y vasos sanguíneos. De esta manera, el sistema inmunológico funciona de forma coordinada para controlar el cuerpo en busca de gérmenes o sustancias que puedan ocasionar problemas. (Steven Dowshen, 2016)

Los dos tipos básicos de leucocitos son:

- Los fagocitos, que son células que destruyen a los organismos invasores
- Los linfocitos, que son células que permiten al cuerpo recordar y reconocer a los invasores anteriores y lo ayudan a destruirlos

Los fagocitos incluyen varias células diferentes. El tipo más común son los neutrófilos, que principalmente atacan a las bacterias. Si los médicos sospechan una infección bacteriana, pueden pedir un análisis de sangre para saber si el número de neutrófilos del paciente ha aumentado debido a la infección. Los otros

tipos de fagocitos tienen funciones específicas para garantizar que el cuerpo reaccione adecuadamente a un determinado tipo de invasor.

Los dos tipos de linfocitos son los linfocitos B y los linfocitos T. Los linfocitos se originan en la médula ósea y, o bien se quedan allí y se convierten en células B, o se dirigen a la glándula del timo, donde se convierten en células T. Los linfocitos B y los linfocitos T tienen funciones diferentes: Los linfocitos B funcionan como el sistema de inteligencia militar del cuerpo, ya que localizan el objetivo y envían defensas para atraparlo. Las células T se asemejan a los soldados: destruyen a los invasores que el sistema de inteligencia identifica. (Steven Dowshen, 2016)

2.1.1.20 ¿Qué es una enfermedad autoinmune?

Una enfermedad autoinmune es una condición patológica en la cual el sistema inmunitario se convierte en el agresor que ataca y destruye a los propios órganos y tejidos corporales sanos. Normalmente, el sistema inmune distingue lo propio de lo extraño y nos defiende de agentes externos como los virus o bacterias. En las enfermedades autoinmunes, existe una respuesta inmune exagerada que destruye los propios órganos y tejidos corporales sanos. El sistema inmune deja de reconocer lo propio y genera un auto-ataque de los constituyentes del individuo, actuando como si estos fueran agentes extraños al mismo. (American Cancer Society, 2018)

El nombre o tipo de enfermedad autoinmune dependerá del órgano o sistema afectado. Cuando la pérdida de la tolerancia inmunológica genera un daño puntual, los auto-anticuerpos o las células autoinmunes destruyen sólo un tipo celular. Esto sería lo que ocurre en las células beta del páncreas, en pacientes con diabetes mellitus tipo 1. El ataque puede ser general como ocurre en el lupus

eritematoso sistémico donde las manifestaciones clínicas son múltiples. (Hospital Aleman Deutsghes, 2019)

2.1.1.21 ¿Hay factores desencadenantes para padecer una enfermedad autoinmune?

Existe un componente hereditario (ciertas combinaciones genéticas) y factores ambientales que son desencadenantes para activar finalmente el sistema inmunitario. Estos son muy variados e incluyen: infecciones, fármacos, vacunas o inmunizaciones, alimentación, deficiencias nutricionales, toxinas como el tabaco o agentes químicos, factores psicológicos, hábitos higiénicos, socioeconómicos, sanitarios, cambios hormonales y factores climáticos, entre otros. (Hospital Aleman Deutsghes, 2019)

2.1.1.22 ¿Cómo detectarlas?

Las enfermedades autoinmunes se identifican con la presencia de manifestaciones clínicas anormales persistentes características, y la realización de estudios complementarios orientados según la sospecha diagnóstica.

Los síntomas varían ampliamente dependiendo del padecimiento del individuo, la agresividad de la enfermedad, la localización de la respuesta inmunitaria y la tendencia genética del paciente. En muchos casos los primeros síntomas son el dolor articular y muscular, la febrícula, la fatiga, el malestar general, la pérdida de peso o los síntomas neurológicos entre otros, dependiendo del tipo de patología. (Hospital Aleman Deutsghes, 2019)

2.1.1.23 ¿Cómo se diagnostica?

Para diagnosticar una enfermedad autoinmune en general se requiere de la demostración de auto-anticuerpos. Sin embargo, la mera presencia de auto-anticuerpos no necesariamente establece una relación causa-efecto. Por dicho

motivo es fundamental conocer las manifestaciones clínicas que caracterizan a cada patología y los grupos etarios mayormente afectados, para poder definir junto con la historia clínica y los antecedentes familiares, el grado de sospecha diagnóstica previo a la solicitud de estudios (alta, media o baja probabilidad de padecer una determinada enfermedad). Esto será entonces complementado con la solicitud de estudios clínicos pertinentes, conociendo de antemano la utilidad de los mismos (posibilidad de falsos positivos). (American Cancer Society, 2018)

El médico te preguntará sobre tu historia clínica y si algún familiar cercano tiene un trastorno hereditario del sistema inmunitario. Es posible que el médico también haga un examen físico.

Las pruebas que se utilizan para diagnosticar un trastorno inmunitario incluyen las siguientes:

Análisis de sangre. Los análisis de sangre pueden determinar si tienes niveles normales de las proteínas que combaten las infecciones (inmunoglobulina) en la sangre y medir los niveles de glóbulos y células del sistema inmunitario. Los números anómalos de ciertas células pueden indicar un defecto del sistema inmunitario. (Inmunodeficiencia primaria, 2019)

Los análisis de sangre también pueden determinar si el sistema inmunitario está respondiendo adecuadamente y produciendo proteínas que identifican y matan a invasores ajenos, como bacterias o virus (anticuerpos).

Análisis prenatales. Es posible que los padres que tengan un hijo con un trastorno de inmunodeficiencia primaria deseen someterse a una prueba de detección de ciertos trastornos de inmunodeficiencia en futuros embarazos. Las muestras de líquido amniótico, sangre o células del tejido que se convertirá en la placenta (corion) se analizan para detectar anomalías.

En algunos casos, se realizan análisis de ADN para detectar un defecto genético. Los resultados de los análisis permiten prepararse para el tratamiento poco después del nacimiento en caso de que fuera necesario. (Inmunodeficiencia primaria, 2019)

2.1.1.24 ¿Cómo se tratan?

Las enfermedades autoinmunes, son en su mayoría enfermedades crónicas, esto significa que deberán tratarse durante toda la vida.

Aun no se ha encontrado cura para este tipo de patologías, por lo que el tratamiento estará dirigido a reducir y controlar los síntomas, la progresión de la enfermedad y las incapacidades que ésta pueda generar: el objetivo final es controlar al sistema inmunológico. Al tratarse de enfermedades distintas y específicas el tratamiento varía para cada una de ellas. Los medicamentos utilizados incluyen una variedad de compuestos inmunomoduladores, entre los que están incluidos los corticoides. Estos medicamentos se deben administrar con precaución y bajo control médico estricto, ya que tienen efectos secundarios importantes. (Hospital Aleman Deutshges, 2019)

2.1.1.25 Tratamiento

Los tratamientos para la inmunodeficiencia primaria implican prevenir y tratar infecciones, reforzar el sistema inmunitario y tratar la causa de base del problema inmunitario. En algunos casos, los trastornos inmunitarios primarios están relacionados con una enfermedad grave, como un trastorno autoinmune o un cáncer, la cual también necesita tratamiento. (American Cancer Society, 2018)

2.1.1.26 Control de las infecciones

Tratamiento de las infecciones.

Las infecciones requieren un tratamiento rápido y agresivo con antibióticos. El tratamiento podría requerir un ciclo más largo de antibióticos de lo que se indica habitualmente. Las infecciones que no responden al tratamiento podrían necesitar hospitalización y antibióticos administrados por vía intravenosa (IV). (American Cancer Society, 2018)

Prevención de las infecciones.

Algunas personas necesitan antibióticos a largo plazo para prevenir infecciones respiratorias y daño permanente en los pulmones y los oídos. Los niños con inmunodeficiencia primaria no pueden recibir vacunas con virus vivos, como la vacuna oral contra la poliomielitis y la triple viral.

Tratamiento de los síntomas.

Los medicamentos como ibuprofeno (Advil, Motrin IB, otros) para el dolor y la fiebre, los descongestionantes para la congestión sinusal y los expectorantes para adelgazar la mucosa en las vías respiratorias pueden ayudar a aliviar los síntomas provocados por las infecciones. (Inmunodeficiencia primaria, 2019).

2.1.1. Marco conceptual

Cánula traqueal: es un dispositivo utilizado para mantener la tráquea abierta con diferentes objetivos, es un tubo curvo de plástico o metal de 2 a 3 pulgadas de largo, son dispositivos tubulares huecos y curvados hacia abajo que se introducen en la tráquea para mantener la permeabilidad de la vía aérea. Este dispositivo está dividido en varias partes: la Cánula Madre, Camisa Interna, Obturador, Manguito Interno y Cánula fenestrada.

Lesión traumática: implica un daño físico que, en ciertos casos, puede derivar en complicaciones secundarias que ponen en riesgo la vida. El traumatismo en un tejido blando tiene lugar cuando se produce una pérdida de continuidad de la piel, lo que genera una comunicación entre el interior del cuerpo y el exterior. Estas heridas pueden ser punzantes, contusas, incisas o de otro tipo. También hay lesiones de tipo traumático que se producen en las extremidades.

Terapéutica: forma parte del campo semántico de la medicina y hace referencia a un tratamiento que tiene la finalidad de curar una enfermedad o de aliviar las molestias derivadas de esta en el caso de aquellos males que resultan crónicos. Algo es terapéutico porque tiene una finalidad sanadora, aporta un bienestar. Por tanto, se trata de un concepto directamente vinculado con la salud.

Insuficiencia Respiratoria: (insuficiencia pulmonar) es una enfermedad en la cual disminuyen los valores de oxígeno en la sangre o aumentan los de dióxido de carbono de forma peligrosa. Es una urgencia médica que puede deberse a una enfermedad pulmonar de larga evolución y empeoramiento progresivo o a una enfermedad pulmonar grave que se presenta súbitamente, como el síndrome de dificultad respiratoria aguda.

Hipo ventilación: es una respiración demasiado superficial o demasiado lenta que no satisface las necesidades del cuerpo. Si una persona se hipoventila, el nivel de dióxido de carbono en el cuerpo se eleva. Esto ocasiona una acumulación de ácido y muy poco oxígeno en la sangre.

Tumor: es un conjunto de células de cualquier tejido que se han multiplicado descontroladamente, formando una masa anormal.

Existen básicamente dos clases de tumores: Benignos: crecen lentamente y por lo general no se extienden a otras zonas del cuerpo. Malignos (cáncer): crecen rápidamente y muchas veces generan metástasis, es decir, migran hacia otras partes del cuerpo causando nuevos tumores.

Neumopatías: agrupa al conjunto de las patologías agudas o crónicas que afectan a los pulmones. La neumopatía es un término genérico para describir las enfermedades que afectan a los pulmones.

Protocolo: son uno de los pilares básicos para determinar la forma de actuar y el compromiso de los profesionales de la salud en el desarrollo de los cuidados que llevan a cabo.

Estoma: es una abertura natural o quirúrgicamente creada, que une una parte de una cavidad corporal con el exterior. Los procedimientos quirúrgicos mediante los cuales los estomas son creados terminan en el sufijo "ostomía" y comienzan con un prefijo que denota el órgano o el área que se opera.

Necrosis: es la muerte de tejido corporal. Ocurre cuando muy poca sangre fluye al tejido. Esto puede suceder por lesión, radiación o sustancias químicas. La necrosis no se puede revertir. Cuando zonas grandes de tejido mueren debido a la falta de riego sanguíneo, la afección se denomina gangrena.

KPC: Klebsiella Pneumoniae Carbapenemasa, la KPC es altamente resistente a los antibióticos de uso en cuidados intensivos y se contagia de un paciente a otro, por medio del contacto directo o del contacto con superficies contaminadas. También puede ser transmitida por gotitas de saliva, o cualquier secreción de un paciente afectado por la bacteria.

Desinfección: proceso físico o químico que mata o inactiva agentes patógenos tales como bacterias, virus y protozoos impidiendo el crecimiento de microorganismos patógenos en fase vegetativa que se encuentren en objetos inertes.

Esterilización: es el proceso mediante el cual se alcanza la muerte de todas las formas de vida microbianas, incluyendo bacterias y sus formas esporuladas altamente resistentes, hongos y sus esporos, y virus. Se entiende por muerte, la pérdida irreversible de la capacidad reproductiva del microorganismo.

2.1.2. Antecedentes investigativos

Manejo integral del paciente con traqueostomía los autores de este tema fueron **José Luis Che-Morales, Pedro Díaz-Landero, Arturo Cortés-Tellés (2014)** que fue realizado en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán. Mérida, Yucatán, México.

El presente documento pretende ampliar el horizonte desde una perspectiva práctica, con el objetivo de ayudar en la toma de decisiones referentes al cuidado de la traqueostomía. Entre ellas se incluyen: uso adecuado de dispositivos de humedad, tiempo para instalar y retirar la cánula, manejo de secreciones, entre otras. Sin lugar a dudas, el entendimiento y la aplicación juiciosa de las estrategias aquí contempladas, incidirán en el manejo de los pacientes con traqueostomía.

En el Departamento de Neumología del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (HRAEPY) se realizaron un total de 279 interconsultas por múltiples morbilidades en el período de agosto de 2013 a agosto de 2014; de ellas, 4.6% correspondieron a pacientes con una traqueostomía. (Che-Morales J, Díaz-Landero P, y Cortés-Tellés A, 2014)

"Vivencias de pacientes con traqueostomía" el autor de este tema fue **Leo. Maribel Pérez Ortiz (2015)** que fue realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

El objetivo de la investigación, es narrar las vivencias de los pacientes con traqueostomía que estuvieron hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

La investigación se realizó mediante un enfoque cualitativo a través del método fenomenológico, basada en la corriente filosófica de Edmund Husserl, que se caracteriza por centrarse en la experiencia personal, para cumplir los objetivos de la investigación, los sujetos de estudio que se incluyeron fueron pacientes que tienen la experiencia de una traqueostomía y han cursado su estancia hospitalaria. La razón de realizar esta investigación, es la incidencia del 40% de la realización de traqueostomía en la unidad de neumología por la prevalencia de las enfermedades propias del sistema respiratorio. (Leo. Maribel Pérez Ortiz, 2015)

Traqueostomía: complicaciones y prevalencia en la uci del hospital Luis Vernaza el autor de este tema fue **Xavier Alejandro Cusme Chinga (2015)** Guayaquil, Ecuador. Este estudio investigativo es realizado por observación indirecta, de tipo transversal y descriptivo en el cual se obtuvo datos estadísticos sobre procedimientos de traqueotomía realizados en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital Luis Vernaza cuyo objetivo es determinar la prevalencia y las complicaciones mediatas y tardías lo cual nos ayudaría a contribuir datos para el desarrollo de medidas de prevención y sobre todo al mejoramiento de la técnica en el equipo conformado por cirujanos e intensivistas. Por otro lado demostrar la importancia de una buena limpieza y adecuada curación tanto de la herida como del traqueóstomo. (Xavier Alejandro Cusme Chinga, 2015)

Traqueostomía quirúrgica clásica en la Unidad de Cuidados Intensivos cuyos autores fueron **Ramón Readi, Francisco Gómez, y Jaime Osorio M (2015)** Hospital Barros Luco-Trudeau. Colombia.

Introducción: Los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que requieren una traqueostomía (TQT) pueden ser intervenidos mediante una técnica percutánea o quirúrgica clásica en pabellón o directamente en la cama de la UCI. No hay consenso en la literatura sobre cuál procedimiento tiene menos complicaciones.

Objetivo: Caracterizar las traqueostomías quirúrgicas clásicas realizadas en el Hospital Barros Luco-Trudeau en el año 2007 y comparar las complicaciones de las traqueostomías quirúrgicas clásicas en UCI versus en pabellón entre los años 2006 a mayo de 2008.

Material y método: Estudio retrospectivo, descriptivo de la revisión de fichas clínicas de 93 pacientes que se les realizó una traqueostomía en el año 2007. Otro analítico, desde el año 2006 a mayo de 2008, con una muestra del procedimiento realizado en UCI y en pabellón con un "n" de 50 por cada grupo.

Resultados: En 2007, 98,8% de las TQT fueron realizadas por otorrinolaringólogos. 30,11% se realizaron en la UCI, y 86,40% el primer cirujano fue un residente bajo supervisión. En los grupos comparados no hubo complicaciones intraoperatorias y no encontramos diferencias estadísticamente significativas en las complicaciones posoperatorias.

Conclusiones: No hubo diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de complicaciones entre los grupos estudiados. La traqueostomía abierta en UCI es un procedimiento vigente y seguro. (Readi R, Gómez F, y Osorio M, 2015)

Pacientes con indicación de traqueostomía en una cohorte de cuidados intensivos cuyos autores fueron **María Esther Martínez-Barrio, Ana Berrazueta-S. De Vega, Javier Romero-Pellejero, José Antonio Fernández-Ratero, María del Valle-Ortiz y Diana Armesto-Formoso (2016)** Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España.

Introducción: La traqueostomía es un procedimiento indicado en los pacientes con ventilación mecánica (VM) prolongada.

Objetivo: El objetivo del estudio fue conocer sus características, técnica, momento adecuado de realización y evolución.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados en la UCI durante 2012, con traqueostomía electiva. Se analizaron variables demográficas, escala Apache II, enfermedades, días de VM, estancia y mortalidad; de forma global, y por grupos según técnica precoz o tardía. El estudio fue aprobado por el comité ético de investigación clínica del centro, cumpliendo con los principios bioéticos del mismo.

Resultados: En la muestra de 42 pacientes, la edad media fue de 61,36 años, con mediana de Apache II de 18. La enfermedad más frecuente fueron los pacientes neurológicos, se realizó la forma percutánea en el 71,5% de los pacientes, con complicaciones menores del 20%. En el grupo de traqueostomía precoz se observó menor número de días de VM y estancia de forma significativa.

Conclusiones: La traqueostomía electiva es una técnica frecuente en la UCI, realizado el procedimiento según protocolo; la modalidad percutánea es la más empleada, con escasas complicaciones. En los pacientes neurocríticos y con destete prolongado, la técnica precoz reduce los días de ventilación y estancia, sin beneficio en la mortalidad. (Martínez-Barrio M. et al, 2016)

2.2 Hipótesis

2.2.1 Hipótesis General

Si se sigue de manera correcta los protocolos de manejo y cuidados mayores serán los beneficios en el sistema inmunológico de los pacientes traqueostomizados de la unidad de cuidados intensivos del hospital de infectología de Guayaquil Mayo - Septiembre 2019.

2.2.2 Hipótesis Específicas

Si se definen los protocolos de manejo y cuidados que se debe de seguir en pacientes traqueostomizados se podrá disminuir el número de pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos del hospital de Infectología de Guayaquil.

Si se estableciera la frecuencia con que se aplican los protocolos en la unidad de cuidados intensivos del hospital de Infectología de Guayaquil se podrá conocer el beneficio en el sistema inmunológico de los pacientes con traqueostomía.

Si se justificaran los efectos que se derivan en el sistema inmunológico de los pacientes traqueostomizados hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos se podrá tomar las precauciones y las medidas necesarias para su prevención.

Si se identificaran las complicaciones que surgirían si no se siguen los protocolos de manejo y cuidados en pacientes traqueostomizados que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos se podrá tomar las medidas necesarias para poder evitarlas y así ayudar al paciente a su pronta mejoría y evolución de su cuadro crítico.

2.3 Variables

2.3.1 Variable Independiente

Protocolos de manejo y cuidados

2.3.2 Variable Dependiente

Sistema Inmunológico de Pacientes traqueostomizados

2.3.3 Operacionalización de Variables

Variable Independiente	Definición	Dimensiones	Indicadores	Índice
Protocolos de Manejo y Cuidado	Conjunto de reglas o procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud.	<p>Tipos de protocolos</p> <p>Aplicación de los protocolos</p>	<p>Pacientes Inmunodeprimidos VIH - SIDA</p> <p>Pacientes con KPC</p> <p>Utilidad</p> <p>Complicaciones</p>	<p>- Medidas generales</p> <p>- Precauciones de contacto</p> <p>- Entrenamiento y Supervisión</p> <p>- Medidas generales</p> <p>- Precauciones de contacto</p> <p>- Entrenamiento y Supervisión</p> <p>Si</p> <p>No</p> <p>Si</p> <p>No</p>

Variable Dependiente	Definición	Dimensiones	Indicadores	Índice
<p>Sistema Inmunológico de pacientes traqueostomizados</p>	<p>El sistema inmunológico es la defensa natural del cuerpo contra las infecciones pero en pacientes traqueostomizados presentan un sistema inmunológico debilitado.</p>	<p>Niveles de inmunidad</p> <p>Complicaciones</p>	<p>Especifica</p> <p>No especifica</p> <p>A corto plazo</p> <p>A largo plazo</p>	<p>Si</p> <p>No</p> <p>Si</p> <p>No</p> <p>Si</p> <p>No</p>

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Método de Investigación

Los métodos que se utilizaron para la elaboración de esta tesis fueron el Deductivo y el de Síntesis.

El Deductivo porque este es una táctica que parte de una conclusión, ley o principio general y premisa a los casos particulares, esto nos permite organizar y especificar los conocimientos que ya se tienen ya que parte de una hipótesis general sin hacer referencia al mundo real.

El de Síntesis, este método a diferencia del deductivo es un proceso analítico de razonamiento cuyo objetivo es analizar y resumir lo sucedido de algún hecho, en pocas palabras este método nos permite realizar un resumen de algo que ya se conoce.

3.2 Modalidad de Investigación

La modalidad que se utilizó para esta investigación fue la cuali-cuantitativa porque vamos a describir sucesos complejos en su contorno natural y además se va a establecer bases numéricas del problema examinado para conocer si nuestras variables de estudio son medibles.

3.3 Tipo de Investigación

SEGÚN EL PROPÓSITO: No experimental

SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO: Descriptivo porque se describió la realidad de la situación de los hechos, a plantear lo más relevante del hecho o situación concreta.

SEGÚN DIMENSIÓN TEMPORAL: Transversal porque la investigación se la realizó en un tiempo determinado.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información

3.4.1 Técnicas

Se utilizó encuestas que se le implementó al personal de salud precisamente a los terapeutas respiratorios de la unidad de cuidados intensivos del hospital de infectología de Guayaquil.

3.4.2 Instrumento

Se utilizó un cuestionario para la elaboración de las encuestas, este se formuló entre 5 a 10 preguntas y fue sometido a reconocimiento por expertos en el tema.

3.5 Población y Muestra de Investigación

3.5.1 Población

Para este estudio la población estuvo conformada por 53 pacientes quienes se les habían realizado el procedimiento de traqueostomía, pacientes de ambos sexos que están internados en la unidad de cuidados intensivos del hospital de infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña.

Estos datos fueron proporcionados por el Departamento de estadística de la siguiente manera:

Tabla 1. Número de pacientes por mes

MESES	NUMERO DE PACIENTES
<i>Mayo</i>	20
<i>Junio</i>	18
<i>Julio</i>	15
Total	53

Fuente: Dep., de Estadística del hospital de infectología de Guayaquil

Elaborado por: Glenda Moreta e Ivette Rosado

3.5.2 Muestra

El presente proyecto investigativo prescinde de una fórmula para obtener una muestra ya que se trabajó con la misma cantidad de la población, es decir nuestra muestra estuvo conformada por 53 pacientes.

Se tomaron historias clínicas de pacientes traqueostomizados para justificar nuestra muestra y se encuestaron a 15 terapistas del área de UCI.

Tabla 2 Pacientes que fueron parte de nuestra muestra

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
1	27598	XXXXXXXXXXXX	TUBERCULOSIS	27598

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
2	35978	XXXXXXXXXXXX	VIH	35978

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
3	74852	XXXXXXXXXXXX	TUBERCULOSIS	74852

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
4	45780	XXXXXXXXXXXX	NEUMONIA	45780

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
5	36189	XXXXXXXXXXXX	NEUMONIA	36189

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
6	10045	XXXXXXXXXXXX	NEUMONIA	10045

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
7	72211	XXXXXXXXXXXX	VIH	72211

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
8	05646	XXXXXXXXXXXX	SIDA	05646

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
9	47814	XXXXXXXXXXXX	SIDA	47814

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
-----------	---------------	----------------------------	--------------------	-------------------------

10	02312	XXXXXXXXXXXX	IRA	02312
----	-------	--------------	-----	-------

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
11	78545	XXXXXXXXXXXX	NEUMONIA	78545

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
12	12310	XXXXXXXXXXXX	VIH	12310

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
13	78451	XXXXXXXXXXXX	VIH	78451

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
14	12568	XXXXXXXXXXXX	TUBERCULOSIS	12568

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
15	75315	XXXXXXXXXXXX	TUBERCULOSIS	75315

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
16	24937	XXXXXXXXXXXX	VIH	24937

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
17	75846	XXXXXXXXXXXX	IRA	75846

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
18	12574	XXXXXXXXXXXX	TUBERCULOSIS	12574

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
19	11698	XXXXXXXXXXXX	IRA	11698

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA

20	35781	XXXXXXXXXXXX	NEUMONIA	35781
----	-------	--------------	----------	-------

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
21	45211	XXXXXXXXXXXX	TUBERCULOSIS	45211

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
22	78665	XXXXXXXXXXXX	VIH	78665

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
23	15446	XXXXXXXXXXXX	VIH	15446

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
24	12355	XXXXXXXXXXXX	SIDA	12355

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
25	78548	XXXXXXXXXXXX	SIDA	78548

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
26	95689	XXXXXXXXXXXX	IRA	95689

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
27	12513	XXXXXXXXXXXX	NEUMONIA	12513

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
28	12454	XXXXXXXXXXXX	VIH	12454

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
29	00568	XXXXXXXXXXXX	VIH	00568

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
30	78554	XXXXXXXXXXXX	TUBERCULOSIS	78554

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
31	02320	XXXXXXXXXXXX	TUBERCULOSIS	02320

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
32	02200	XXXXXXXXXXXX	TUBERCULOSIS	02200

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
33	01564	XXXXXXXXXXXX	VIH	01564

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
34	55352	XXXXXXXXXXXX	VIH	55352

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
35	54565	XXXXXXXXXXXX	TUBERCULOSIS	54565

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
36	14564	XXXXXXXXXXXX	TUBERCULOSIS	14564

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
37	14478	XXXXXXXXXXXX	VIH	14478

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
38	54655	XXXXXXXXXXXX	NEUMONIA	54655

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA

39	25654	XXXXXXXXXXXX	VIH	25654
----	-------	--------------	-----	-------

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
40	65656	XXXXXXXXXXXX	TUBERCULOSIS	65656

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
41	65460	XXXXXXXXXXXX	NEUMONIA	65460

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
42	54651	XXXXXXXXXXXX	NEUMONIA	54651

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
43	58367	XXXXXXXXXXXX	TUBERCULOSIS	58367

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
44	56936	XXXXXXXXXXXX	VIH	56936

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
45	23156	XXXXXXXXXXXX	NEUMONIA	23156

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
46	89796	XXXXXXXXXXXX	NEUMONIA	89796

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
47	32525	XXXXXXXXXXXX	SIDA	32525

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
48	89745	XXXXXXXXXXXX	SIDA	89745

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
49	86154	XXXXXXXXXXXX	TUBERCULOSIS	86154

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
50	02155	XXXXXXXXXXXX	NEUMONIA	02155

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
51	03266	XXXXXXXXXXXX	VIH	03266

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
52	12666	XXXXXXXXXXXX	VIH	12666

N°	CÓDIGO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA
53	55896	XXXXXXXXXXXX	NEUMONIA	55896

3.6 Cronograma del Proyecto

Nº	ACTIVIDADES	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Selección del tema																					
2	Aprobación del tema																					
3	Recopilación de la información																					
4	Entrega del Perfil del proyecto																					
5	Desarrollo del capítulo I																					
6	Desarrollo del capítulo II																					
7	Desarrollo del capítulo III																					

3.7 Recursos

3.7.1 Recursos Humanos

<i>Recursos Humanos</i>	<i>Datos</i>
<i>Tutor del proyecto de investigación</i>	DR. ROSERO AGUIRRE JORGE ARMANDO
<i>Estudiantes</i>	ROSADO NAVARRETE IVETTE MORETA GARCIA GLENDA
<i>Coordinadora del departamento de Terapia Respiratoria del hospital</i>	LCDA. GLENDA SANDOYA

3.7.2 Recursos Económicos

RECURSOS ECONOMICOS	INVERSION
Seminario de tesis	\$ 40
Internet	\$ 25
Primer material escrito en borrador	\$ 20
Material bibliográfico	\$ 15
Copias a colores	\$ 20
Fotocopia final	\$ 25
Fotografía	\$ 20
Empastado	\$ 10
CD	\$ 6
Alquiler de equipo de informática	\$ 20
Material de escritorio	\$ 25
Movilización y transporte	\$ 70
TOTAL	\$ 296

3.8 Plan de Tabulación y análisis

Para el plan de tabulación y análisis primero se procedió a realizarse de acuerdo al enfoque escogido la recolección de datos, luego una vez obtenida la información requerida posteriormente se analizó los resultados de las encuestas que fue la técnica implementada para la recolección de los datos y se procedió a interpretarlos mediante gráficos. Para ello se procedió a realizarse la siguiente matriz para tener identificado el procedimiento realizado:

Tabla 3 Matriz de procedimiento a realizarse.

Nº	PREGUNTAS	RESPUESTAS
1	¿Dónde?	Hospital de Infectología de Guayaquil
2	¿Sobre qué?	Aplicación de protocolos de manejo y cuidados y su beneficio en el sistema inmunológico de pacientes traqueostomizados de la unidad de cuidados intensivos.
3	¿Por qué?	Porque es necesario describir la realidad de la situación de los hechos, a plantear lo más relevante del hecho o situación concreta.
4	¿Quién?	Estudiantes - investigadoras
5	¿A quiénes?	Licenciados de Terapia Respiratoria
6	¿Cuándo?	En el periodo de Mayo-Septiembre 2019
7	¿Cómo?	Realizando encuestas a los terapistas.
8	¿Qué técnicas de recolección de datos?	Encuesta
9	¿Mediante?	Cuestionario

3.8.1 Base de Datos

Para la recolección de datos del presente proyecto investigativo obtuvimos datos por parte del departamento de estadística del hospital y también información directa del área de UCI como historias clínicas de pacientes, también se procedió a la aplicación de las encuestas directamente a los licenciados de terapia respiratoria del área.

3.8.2 Procesamiento y análisis de los datos

Con la recolección de información ya terminada se procedió a la tabulación de los datos y por ultimo al procesamiento y análisis de los mismos para ello se utilizó Microsoft Excel programa informático que nos permite trabajar con datos numéricos para así poder realizar cálculos con números que nos permita analizarlos fácilmente e interpretarlos mediante gráficos y tablas de frecuencia para así tener una visión más entendible de lo que queremos investigar.

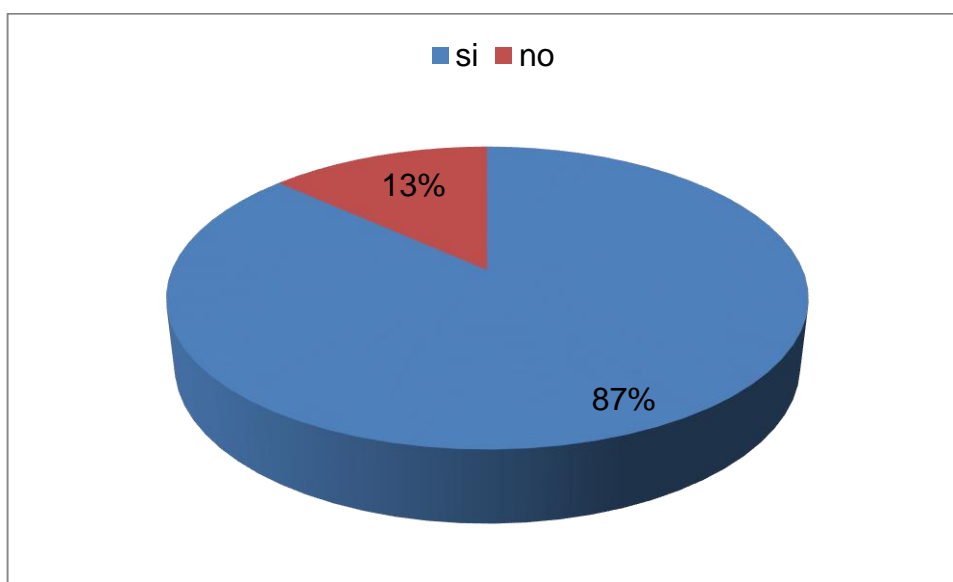
CAPITULO IV

4 Resultados de la Investigación

4.1 Resultados obtenidos de la investigación

4.1.1 Información proporcionada por los Lcdo. en Terapia Respiratoria del área de UCI

Grafico 1. Con una asepsia adecuada en el paciente traqueostomizado evitamos la adquisición de nuevas enfermedades.

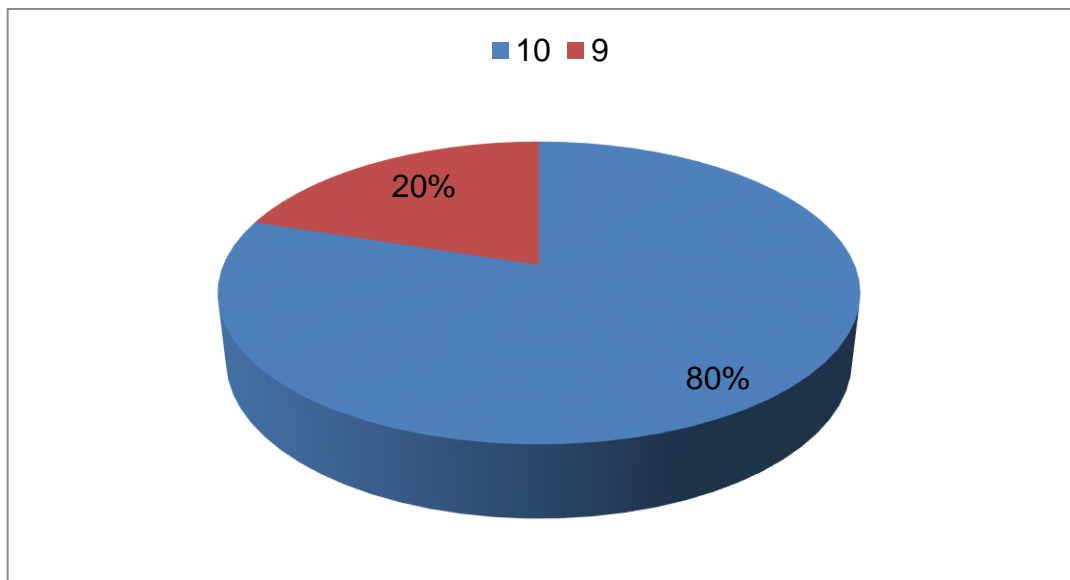


Fuente: Datos correspondiente a los terapeutas respiratorios
Elaborado por: Glenda Moreta e Ivette Rosado

Interpretación:

Gracias a los resultados obtenidos mediante la encuesta a los terapeutas se pudo constatar que el 87% de los encuestados están de acuerdo que con la utilización de una asepsia adecuada en el paciente traqueostomizados se puede evitar la adquisición de nuevas enfermedades y el 13% de los encuestados no se encuentran de acuerdo que con la utilización de una asepsia adecuada en el paciente traqueostomizados se puede evitar la adquisición de nuevas enfermedades.

Grafico 2. Frecuencia que se aplica el procedimiento de traqueostomía en el área de UCI en este hospital, teniendo como referencia una escala del 1 a 10.

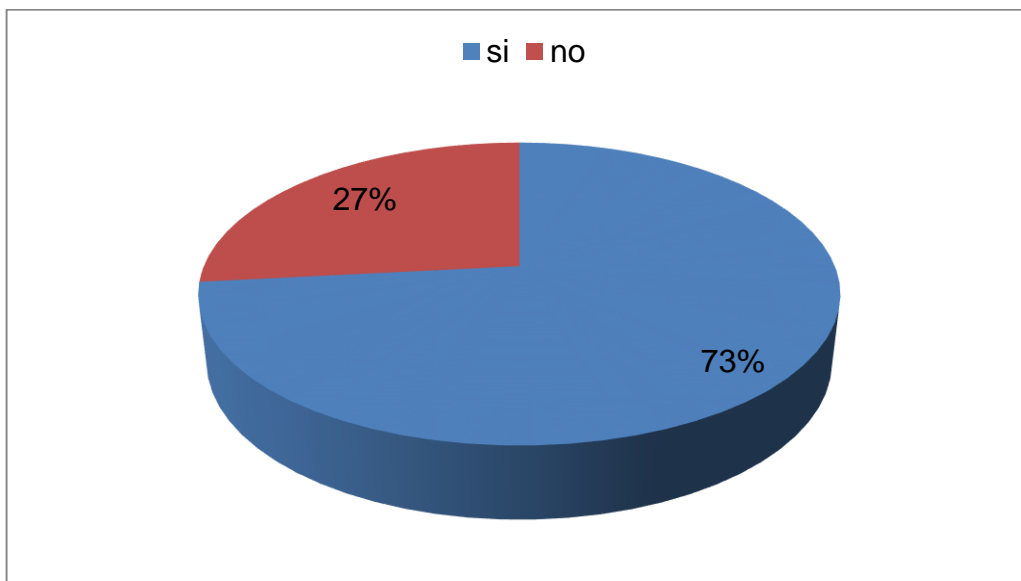


Fuente: Datos correspondiente a los terapistas respiratorios
Elaborado por: Glenda Moreta e Ivette Rosado

Interpretación:

Gracias a los resultados obtenidos mediante la encuesta a los terapistas se pudo constatar que el 80% de los encuestados indican que el procedimiento de traqueostomía se lo realiza con regularidad con una puntuación de 10 y el 20% de los encuestados indican con una puntuación de 9 que este procedimiento se lo aplica con frecuencia.

Grafico 3. Al aplicar protocolos de manejo y cuidados se evitaría la depresión del sistema inmunológico en los pacientes traqueostomizados.

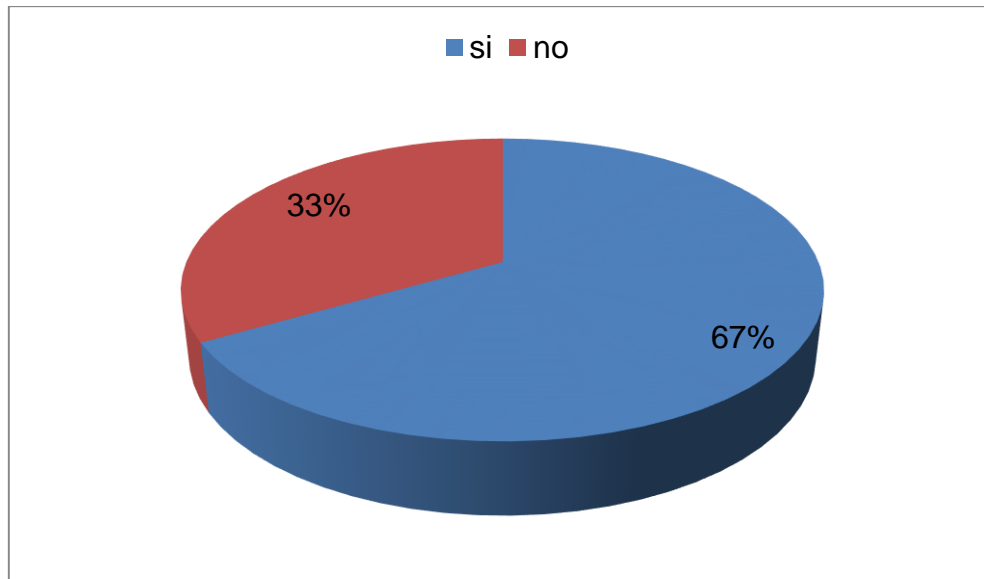


Fuente: Datos correspondiente a los terapeutas respiratorios
Elaborado por: Glenda Moreta e Ivette Rosado

Interpretación:

Gracias a los resultados obtenidos mediante la encuesta a los terapeutas se pudo constatar que el 73% de los encuestados si creen que aplicando los protocolos de manejo y cuidados se evita la depresión del sistema inmunológico en los pacientes traqueostomizados y el 27% de los encuestados no creen que aplicando los protocolos de manejo y cuidados se evita la depresión del sistema inmunológico en los pacientes traqueostomizados.

Grafico 4. Aunque aplicando los protocolos en los pacientes traqueostomizados pueden presentarse complicaciones a corto o largo plazo.

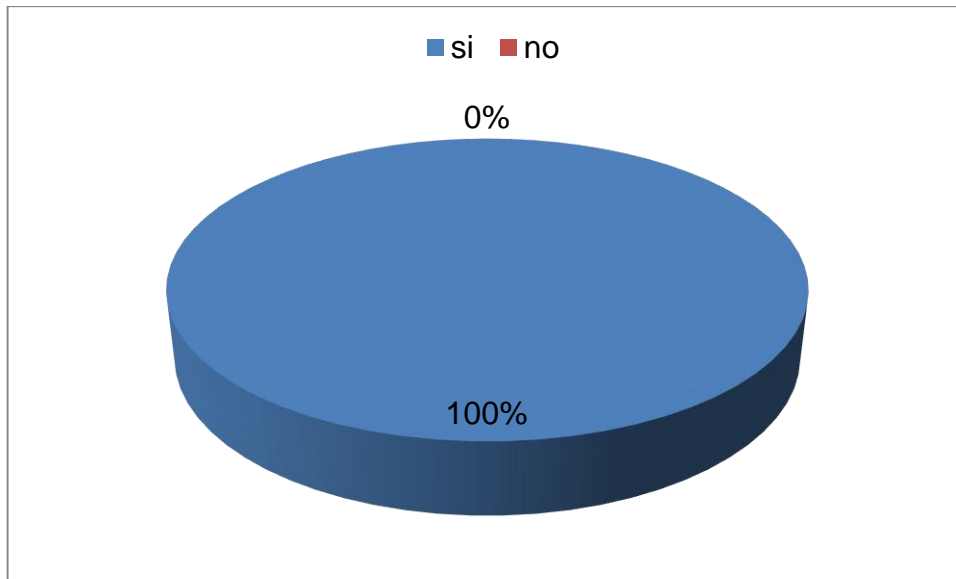


Fuente: Datos correspondiente a los terapistas respiratorios
Elaborado por: Glenda Moreta e Ivette Rosado

Interpretación:

Gracias a los resultados obtenidos mediante la encuesta a los terapistas se pudo constatar que el 67% de los encuestados si creen que aplicando los protocolos en los pacientes traqueostomizados pueden presentarse complicaciones a corto o largo plazo y el 33% no creen que aplicando los protocolos en los pacientes traqueostomizados pueden presentarse complicaciones a corto o largo plazo.

Grafico 5. La aplicación de protocolos en pacientes traqueostomizados previene infecciones nosocomiales.

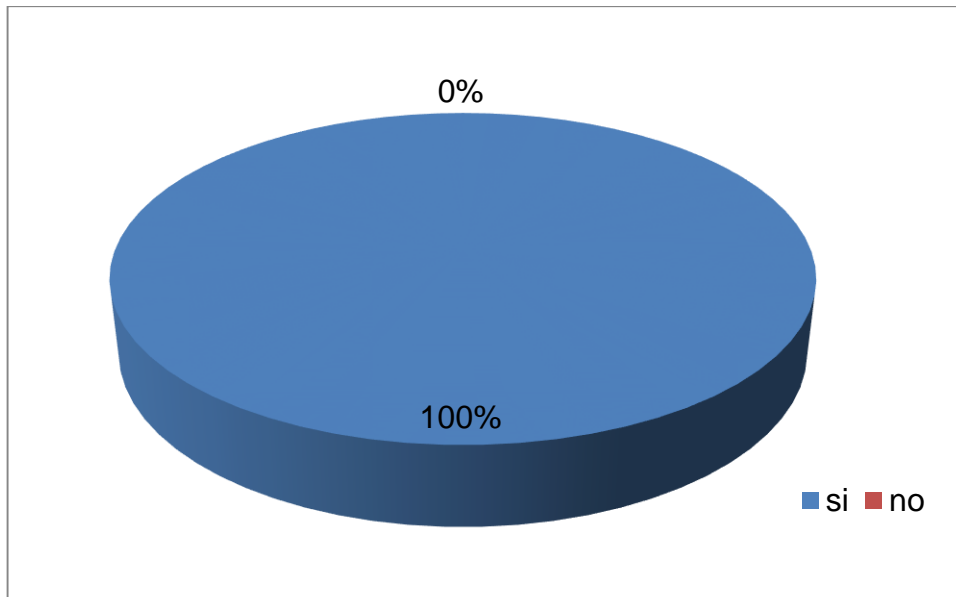


Fuente: Datos correspondiente a los terapistas respiratorios
Elaborado por: Glenda Moreta e Ivette Rosado

Interpretación:

Gracias a los resultados obtenidos mediante la encuesta a los terapistas se pudo constatar que el 100% de los encuestados consideran que la aplicación de protocolos en pacientes traqueostomizados previenen infecciones nosocomiales.

Grafico 6. Es de gran ayuda la aplicación de protocolos en la reducción de la morbimortalidad de pacientes traqueostomizados.

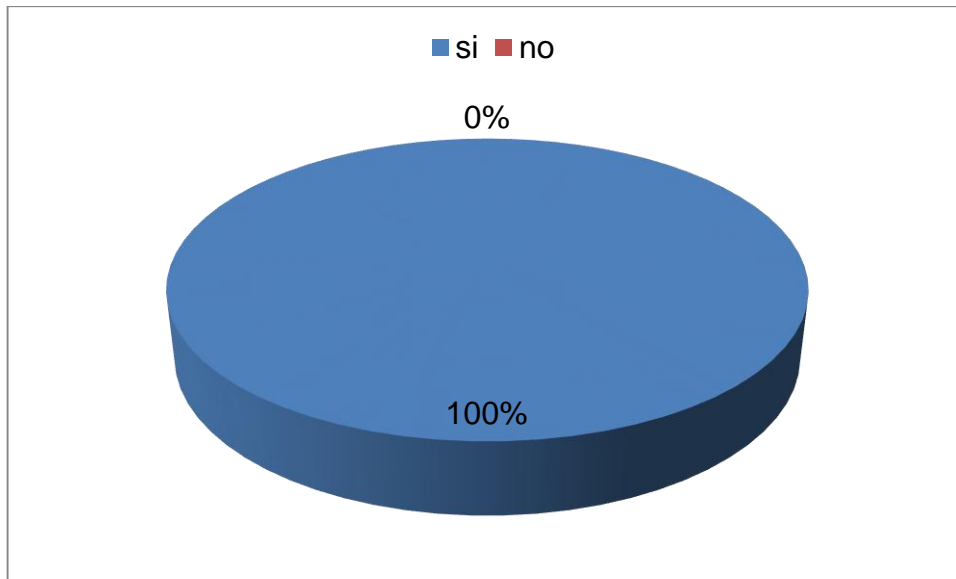


Fuente: Datos correspondiente a los terapistas respiratorios
Elaborado por: Glenda Moreta e Ivette Rosado

Interpretación:

Gracias a los resultados obtenidos mediante la encuesta a los terapistas se pudo constatar que el 100% de los encuestados consideran que es de gran ayuda la aplicación de protocolos en la reducción de la morbilidad de pacientes traqueostomizados.

Grafico 7. La correcta aplicación de protocolos de manejo y cuidado, evita la reinfección en los pacientes traqueostomizados

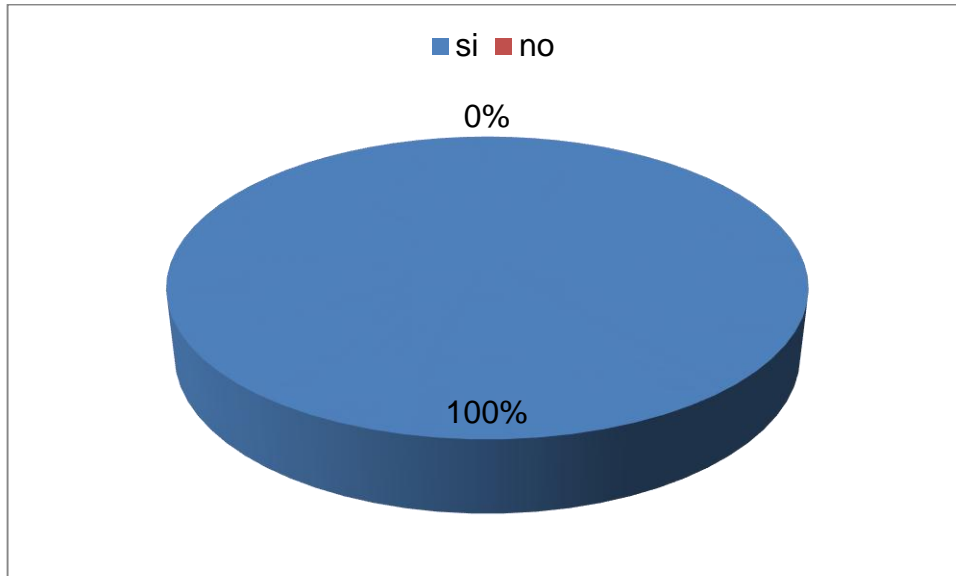


Fuente: Datos correspondiente a los terapistas respiratorios
Elaborado por: Glenda Moreta e Ivette Rosado

Interpretación:

Gracias a los resultados obtenidos mediante la encuesta a los terapistas se pudo constatar que el 100% de los encuestados consideran que la correcta aplicación de protocolos de manejo y cuidado, evita la reinfección en los pacientes traqueostomizados.

Grafico 8. Con la aplicación de protocolos de manejo y cuidado en pacientes traqueostomizados disminuye el tiempo de estancia de estos pacientes en la unidad de cuidados intensivos.



Fuente: Datos correspondiente a los terapistas respiratorios
Elaborado por: Glenda Moreta e Ivette Rosado

Interpretación:

Gracias a los resultados obtenidos mediante la encuesta a los terapistas se pudo constatar que el 100% de los encuestados consideran que con la aplicación de protocolos de manejo y cuidado en pacientes traqueostomizados disminuye el tiempo de estancia de estos pacientes en la unidad de cuidados intensivos.

4.2 Análisis e Interpretación de datos

Ya culminado la tabulación de los datos se procedió a su análisis y se llegó a las siguientes interpretaciones:

- ❖ Los datos obtenidos figuran que una asepsia adecuada en el paciente traqueostomizados puede evitar la adquisición de nuevas enfermedades.
- ❖ Los datos reflejan que el procedimiento de traqueostomía se lo realiza frecuentemente con una puntuación de 10 en este hospital en las áreas de UCI.
- ❖ Se pudo constatar que el 73% de los encuestados si creen que aplicando los protocolos de manejo y cuidados se evita la depresión del sistema inmunológico en los pacientes traqueostomizados mientras que el 27% restante no consideran que aplicando los protocolos de manejo y cuidados se evita la depresión del sistema inmunológico en los pacientes traqueostomizados.
- ❖ Con la opinión de los terapistas se pudo constatar que aplicando los protocolos en los pacientes traqueostomizados pueden presentarse complicaciones a corto o largo plazo.
- ❖ La aplicación de protocolos en pacientes traqueostomizados previenen infecciones nosocomiales.
- ❖ Es de gran ayuda la aplicación de protocolos en la reducción de la morbimortalidad de pacientes traqueostomizados.
- ❖ Con los datos obtenidos se dedujo que la correcta aplicación de protocolos de manejo y cuidado, evita la reinfección en los pacientes traqueostomizados.

- ❖ Los datos reflejan que la aplicación de protocolos de manejo y cuidado en pacientes traqueostomizados disminuye el tiempo de estancia de estos pacientes en la unidad de cuidados intensivos.

4.3 Conclusiones

Con los datos analizados e interpretados mediante gráficos estadísticos de la encuesta aplicada a los terapeutas respiratorios del área de UCI se llegó a las siguientes conclusiones:

El primer protocolo que se debe de seguir en todo centro hospitalario en las áreas de UCI es la asepsia y es que con una asepsia adecuada en los pacientes se puede evitar la adquisición de nuevas enfermedades.

El procedimiento de traqueostomía se lo implementa frecuentemente en el hospital de infectología de Guayaquil pero en estos pacientes surge un efecto predominante la cual es la depresión de su sistema inmunológico.

Las principales complicaciones en pacientes traqueostomizados es la infección nosocomial y la reinfección las cuales surgen sino se siguen los protocolos de manejo y cuidados correctamente.

4.4 Recomendaciones

- Capacitar a los familiares por medio de un taller de guía cuales deberían de ser los cuidados a seguir para estos pacientes en el momento de su alta para que puedan seguir en casa su recuperación.

- Que los profesionales de salud se actualicen con información renovada de los nuevos protocolos de manejo y cuidados cada año si es posible para de esta manera puedan aportar mucho más en la evolución favorable de estos pacientes.

- Los enfermos que tienen traqueostomía tienen comprometida la voz por lo que es recomendable generar alternativas de comunicación, esto puede ser por medio de gestos, señas, esto lo pueden hacer tanto los profesionales de salud como los mismos familiares.

- Mantener en óptimas condiciones higiénicas el ambiente donde se encuentre el paciente. A la vez también es recomendable informar al paciente de todo lo que se le vaya a practicar y fomentar la participación del mismo.

CAPITULO V

5. Propuesta Teórica de Aplicación

5.1 Título de la propuesta de Aplicación

Programa de Charlas sobre el cuidado integral de pacientes traqueostomizados para optimar su estilo de vida después de su alta del hospital.

5.2 Antecedentes

Gracias a los datos obtenidos en este estudio investigativo se pudo determinar que es muy importante la adecuada aplicación de los protocolos de manejo y cuidados en el paciente con traqueostomía ya que el objetivo de estos protocolos es orientar en la toma de decisiones clínicas correctas además ante las variaciones de indicaciones médicas y quirúrgicas dentro de la práctica clínica, es útil que exista una directriz que ayude a consensuar y sistematizar los procesos que se le realizara a estos pacientes para de esta manera evitar algún tipo de complicación que pueda surgir.

A lo largo de los años se ha descrito muchos protocolos para el cuidado de estos pacientes, el ministerio de salud pública en el país ha gestionado programas de atención a este tipo de pacientes a los profesionales de salud y es que para el msp es importante que los profesionales de salud se actualicen cada tiempo determinado para poner en práctica sus conocimientos y de esta manera brindar al paciente una atención de calidad y una pronta evolución y mejoría en su cuadro de salud.

Y es que además de poner en práctica estos protocolos el profesional de la salud informará de manera oportuna a los familiares de estos enfermos sobre su diagnóstico, estado de salud, pronóstico, riesgos y posibles complicaciones derivadas, es que son pocos los estudios realizados de este tema para el conocimiento de la población en general por lo que surgió la necesidad de hacer

este estudio investigativo ya que este es un tema que debería de tomarse en consideración ya que son pacientes que si no se tiene los cuidados debidos podrían complicarse e incluso terminar con la vida del mismo.

5.3 Justificación

Con este estudio investigativo se pudo determinar que es muy importante e imprescindible la aplicación de los protocolos de manejo y cuidados en los pacientes traqueostomizados ya que en estos pacientes lo fundamental es mantener permeables las vías áreas para una adecuada y necesaria ventilación ya que estos pacientes por alguna razón tienen indispuesta su vía área superior y la mayoría de estos pacientes suelen salir del hospital con el traqueostomo por una larga duración o de por vida por lo que surgió la necesidad de realizar un programa de charlas a los familiares sobre los cuidados que deben de tener estos pacientes para que puedan tener un adecuado estilo de vida sin tener que ser nuevamente reingresado al hospital por algún tipo de opinión.

5.4 Objetivos

5.5 Objetivo General

Realizar un programa sobre el cuidado integral de pacientes traqueostomizados para optimar su estilo de vida después de su alta del hospital.

5.6 Objetivos Específicos

- ✓ Explicar cómo influye el adecuado y correcto cuidado desde su hogar en los pacientes traqueostomizados.

- ✓ Dar a conocer cómo será el estilo de vida de pacientes traqueostomizados desde de salir del hospital.

- ✓ Brindar por medio de charlas la información necesaria a los familiares de los pacientes de cómo ayudarlos a volverse a integrar a la sociedad.

5.5 Aspectos básicos de la propuesta de aplicación

Plan de Charlas sobre el cuidado integral de pacientes traqueostomizados

Tabla 4 Cronograma de actividades para la aplicación de la propuesta

Actividades	Objetivo	Tiempo de duración de charlas	Expositoras	Lugar
Bienvenida y Presentación del programa por parte de las expositoras.	Incentivar a los familiares de los pacientes a informarse de los diferentes temas a tratar.	30 min.	Glenda Moreta e Iveth Rosado	Hospital de Infectología de Guayaquil
Principios básicos de cuidados generalizados que se debe de tener con pacientes traqueostomizados.	Dar a conocer los cuidados en forma generalizada a este tipo de pacientes.	1 hora	Glenda Moreta e Iveth Rosado	Hospital de Infectología de Guayaquil
Materiales que se deben de tener en casa para el cuidado de pacientes traqueostomizados.	Explicar los implementos o materiales que se necesita tener en el hogar para los cuidados de estos pacientes.	1 hora	Glenda Moreta e Iveth Rosado	Hospital de Infectología de Guayaquil
Cuidados que se deben realizar por	Explicar paso a paso de lo que deben de			

lo menos una vez al día	hacer los familiares al momento de limpiar correctamente el estoma.	1 hora	Glenda Moreta e Iveth Rosado	Hospital de Infectologia de Guayaquil
Cuándo llamar al médico o asistir a un centro hospitalario.	Dar a conocer en qué circunstancias se debe de llamar al médico ir al centro hospitalario as cercano.	30 min.	Glenda Moreta e Iveth Rosado	Hospital de Infectologia de Guayaquil
Culminación del programa y agradecimiento a los participantes		20 min.	Glenda Moreta e Iveth Rosado	Hospital de Infectologia de Guayaquil

5.5.1 Estructura general de la Propuesta

Para un buen resultado de la propuesta aplicada primero se idealizó como planificar las charlas las mismas que fueron dadas por las estudiantes autoras de la tesis presente y a continuación se procedió al desarrollo de las diferentes charlas, todo esto se pudo efectuar con la aprobación de la coordinación del departamento de terapia respiratoria del hospital.

Para la ejecución de estas charlas se hizo necesaria la organización de las mismas como el lugar donde se las iba a implantar por lo que la coordinadora del departamento de terapia respiratoria sugirió que se las realice en el auditorio del hospital ya que ahí se cuenta con todo lo necesario para poder implantar las diferentes charlas.

Una vez que se tenía ya todo planificado y organizado se procedió a ejecutar las charlas por lo que los familiares mostraron entusiasmo de que este tipo de programa se de en el hospital y se obtuvo una grata participación de las personas que asistieron a las charlas.

Para poder tener un buen resultado del programa se utilizó papelorios para poder brindarles un mejor entendimiento a los familiares y personas en general que asistieron a las charlas.

5.5.2 Componentes

Para la ejecución de esta propuesta contamos con la participación de los familiares que estuvieron de acuerdo en informarse y también contamos con la ayuda de los terapeutas del área de UCI y de la coordinación de Terapia respiratoria del hospital.

Los elementos de la propuesta planteada son los siguientes:

- ✚ Valorar el nivel de conocimientos que tienen los familiares y personas en general que asistieron a las diferentes charlas sobre cada uno de los temas a tratarse.
- ✚ Informar de los diferentes temas a tratar y el horario que se las va a ejecutar.
- ✚ Contestar las preguntas que tengan las personas que asisten a las charlas.
- ✚ Enseñar acerca de técnicas que pueden utilizar para entablar con el paciente una comunicación ya que algunos de estos pacientes tienen comprometido el órgano de la fonación por lo que se le resulta difícil poder dialogar.
- ✚ Evaluar la participación de las personas al momento de exponer los diferentes temas.

Es muy importante despejar las dudas que puedan tener los familiares de los pacientes ya que para una pronta mejoría del mismo se hace necesario un buen cuidado en el hogar para que puedan tener un mejor estilo de vida y evitar que por su padecimiento no puedan tener una vida normal.

5.6 Resultados esperados de la propuesta de aplicación

5.6.1 Alcance de la alternativa

Es importante tener presente que la alternativa de la propuesta se desarrolló con el fin de ayudar a los pacientes traqueostomizados que han sido dados de alta para su seguimiento de cuidado y mejoría desde el hogar ya que estos pacientes sino se tienen los cuidados necesarios pueden tener una recaída en su estado de

salud con la presencia de algún tipo de complicación que puede llevar al paciente nuevamente al reingreso en el hospital.

Es por ello que la meta de nuestra propuesta es ayudar a estos pacientes como se lo hizo, informando a sus familiares de los diferentes cuidados que deben de tener en casa y que hacer en momento de que se pueda presentar algún tipo de complicación para que estos pacientes puedan tener un prospecto de vida normal a pesar de su padecimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ainhoa Garnil. (2016). *Sistema Inmunológico – Partes, Funciones y Órganos*.
- American Cancer Society. (2018). *Para personas con un sistema inmunitario debilitado*. Copyright.
- Arthritis Foundation. (2016). *¿Qué es el sistema inmunológico?*
- Biblioteca Nacional de Medicina de los E.E.U.U. (20 de Julio de 2018). *Medline.Plus*. Obtenido de Medline.Plus:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000076.htm>
- Cevallos Coronel y Magali Jenny . (Febrero de 2017). *COMPARACIÓN ENTRE TRAQUEOSTOMÍA TEMPRANA Y TARDÍA EN LOS PACIENTES CRÍTICOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS . COMPARACIÓN ENTRE TRAQUEOSTOMÍA TEMPRANA Y TARDÍA EN LOS PACIENTES CRÍTICOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA. .* Guayaquil, Guayas, Ecuador.
- Che-Morales J, Díaz-Landero P, y Cortés-Tellés A. (2014). Manejo integral del paciente con traqueostomía . *Scielo*.
- Ferreras M. et al. (2017). *GUÍA DE RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE TRAQUEOTOMIZADO*. Vasco: Comunicación OSI Donostialdea.
- *Foros Ecuador.ec*. (17 de Abril de 2015). Obtenido de Foros Ecuador.ec:
<http://www.forosecuador.ec/forum/ecuador/educaci%C3%B3n-y-ciencia/11396-cantones-de-la-provincia-del-guayas>
- Garcés et al. (2017). Atención de Enfermería en el paciente traqueotomizado. Cuidados de Enfermería y prevención de complicaciones. *Revista Médica Electrónica Portales Medicos*, 1-4.
- García-Casillas Sánchez M. A. (2016). *PROTOCOLO DE CUIDADOS DE TRAQUEOTOMÍA*. Madrid!

- Hernández A, Bergeret V, y Hernández V. (2017). Traqueostomía: principios y técnica quirúrgica. 92-99. Obtenido de <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v21n1/art13.pdf>
- Hospital Italiano de Buenos Aires. (2015). *Guía para los cuidados del paciente con traqueostomía*. Buenos Aires-Argentina.
- Hospital Aleman Deutsghes. (2019). *Enfermedades autoinmunes, ¿qué pasa cuando mi propio cuerpo me ataca?* .
- Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Servicio de ORL. Servicio de Medicina Intensiva y Crítica. Valladolid. España. (2017). *PROYECTO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE TRAQUEOTOMIZADO PROCEDENTE DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS*. España.: SACYL.
- Inmunodeficiencia primaria. (2019). *Mayo Clinic*.
- Jovell Fernández Albert J. . (2015). *PROTOCOLOS CHUA* . Obtenido de PROTOCOLOS CHUA : http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/Protocolos_Definitivos/normas_para_PROTOCOLOS_CHUA.pdf
- Leo. Maribel Pérez Ortiz. (2015). "Vivencias de pacientes con traqueostomía" . *Scielo*.
- Martínez-Barrio M. et al. (2016). Pacientes con indicación de traqueostomía en una cohorte de cuidados intensivos . *Scielo*.
- MSc.García et al. (2014). Pacientes en ventilación mecánica con traqueostomía . *Revista Cubana de Medicina Militar*.
- Palacios F. et al. (2011). PROTOCOLO DE CUIDADOS AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO. 1-5.
- Pedro Díaz y José Che-Morales. (2014). Manejo integral del paciente con traqueostomía. *Scielo*.
- Raimondi et al. (2017). Guías basadas en la evidencia para el uso de traqueostomía en el paciente crítico. *Medicina Intensiva*, 63-132.

- Readi R, Gómez F, y Osorio M. (2015). Traqueostomía quirúrgica clásica en la Unidad de Cuidados Intensivos . *Scielo*.
- Smith, B.Pharm. (2018). Complicaciones de la traqueotomía. *News Medical life sciences*.
- Steven Dowshen. (2016). *Brenner Childrens*. Obtenido de Brenner Childrens:
<https://www.brennerchildrens.org/KidsHealth/Parents/Cancer-Center/En-espanol/Sistema-inmunologico.htm>
- *This is Ecuador*. (13 de Marzo de 2018). Obtenido de This is Ecuador:
<https://www.thisisecuador.com/blog/ecuador-y-sus-4-regiones-descubre-su-geografia/>
- Torné Pérez E. (2017). *CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA*.
- Traqueostomia . (2018). *Mayo Clinic*.
- Varela Andrea y Ron Santiago . (11 de Marzo de 2019). *Bioweb*. Obtenido de Bioweb: https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&biw=1440&bih=786&ei=mCstXY_ul4-85gLci42ADw&q=region+litoral+del+ecuador&oq=region+litoral+&gs_l=psy-ab.1.0.0i20i263j0l9.2135784.2143518..2146067...1.0..0.210.2551.0j14j1.....0....1..gws-wiz.....10..0i71j35
- Xavier Alejandro Cusme Chinga. (2015). Traqueostomia: complicaciones y prevalencia en la uci del hospital Luis Vernaza. *Traqueostomia: complicaciones y prevalencia en la uci* . Guayaquil, Guayas, Ecuador.

ANEXOS

1. Matriz de Contingencia

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL
<p>¿Cómo beneficia la aplicación de los protocolos de manejo y cuidados en el sistema inmunológico de los pacientes traqueostomizados de la unidad de cuidados intensivos del hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña?</p>	<p>Identificar los beneficios con la aplicación de los protocolos de manejo y cuidados sobre el sistema inmunológico de pacientes traqueostomizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña.</p>	<p>Si se sigue de manera correcta los protocolos de manejo y cuidados mayores serán los beneficios en el sistema inmunológico de los pacientes traqueostomizados de la unidad de cuidados intensivos del hospital de infectología de Guayaquil Mayo - Septiembre 2019.</p>
PROBLEMAS DERIVADOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS ESPECIFICAS
<p>¿Cuáles son los protocolos de manejo y cuidados que se debe de seguir en pacientes traqueostomizados de la unidad de cuidados intensivos del hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña?</p> <p>¿Con que frecuencia se realiza el procedimiento de traqueostomía en la unidad de cuidados intensivos del hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña?</p>	<p>Definir los protocolos de manejo y cuidados que se debe de seguir en pacientes traqueostomizados de la unidad de cuidados intensivos del hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña.</p> <p>Establecer la frecuencia con que se realiza el procedimiento de traqueostomía en la unidad de cuidados intensivos del hospital de Infectología Dr.</p>	

<p>¿Qué efectos se derivan en el sistema inmunológico de los pacientes traqueostomizados hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos?</p> <p>¿Cuáles serían las complicaciones que surgirían sino se siguen los protocolos de manejo y cuidados en pacientes traqueostomizados que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos?</p>	<p>José Daniel Rodríguez Maridueña.</p> <p>Justificar los efectos que se derivan en el sistema inmunológico de los pacientes traqueostomizados hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.</p> <p>Identificar las complicaciones que surgirían sino se siguen los protocolos de manejo y cuidados en pacientes traqueostomizados que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos.</p>	<p>Si se definen los protocolos de manejo y cuidados que se debe de seguir en pacientes traqueostomizados se podrá disminuir el número de pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos del hospital de Infectología de Guayaquil.</p> <p>Si se estableciera la frecuencia con que se aplican los protocolos en la unidad de cuidados intensivos del hospital de Infectología de Guayaquil se podrá conocer el beneficio en el sistema inmunológico de los pacientes con traqueostomía.</p> <p>Si se justificaran los efectos que se derivan en el sistema inmunológico de los pacientes traqueostomizados hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos se podrá tomar las precauciones y las medidas necesarias para su prevención.</p> <p>Si se identificaran las complicaciones que surgirían si no se siguen los protocolos de manejo y cuidados en pacientes traqueostomizados que se encuentran en la unidad de</p>
--	---	--

		<p>cuidados intensivos se podrá tomar las medidas necesarias para poder evitarlas y así ayudar al paciente a su pronta mejoría y evolución de su cuadro crítico.</p>
--	--	--

ANEXO # 2

Formato de la encuesta que se le aplico a los terapistas respiratorios del Área de UCI

1. ¿CREE USTED QUE CON UNA ASEPSIA ADECUADA EN EL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO EVITAMOS LA ADQUISICION DE NUEVAS ENFERMEDADES?

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

2. ¿CON QUE FRECUENCIA SE APLICA EL PROCEDIMIENTO DE TRAQUEOSTOMIA, EN EL ÁREA DE UCI EN ESTE HOSPITAL TENIENDO COMO REFERENCIA UNA ESCALA DEL 1 AL 10.

VALOR	
-------	--

3. ¿CONSIDERA USTED QUE AL APLICAR PROTOCOLOS DE MANEJO Y CUIDADOS EVITARIA LA DEPRESION DEL SISTEMA INMUNOLOGICO EN LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS?

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

4. ¿CREE USTED QUE AUNQUE APLICANDO LOS PROTOCOLOS EN LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS PUEDEN PRESENTARSE COMPLICACIONES A CORTO O LARGO PLAZO?

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

5. ¿CONSIDERA QUE LA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS PREVIENE INFECCIONES NOSOCOMIALES?

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

6. ¿CREE USTED QUE ES DE GRAN AYUDA LA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS EN LA REDUCCION DE LA MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS?

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

7. ¿CONSIDERA USTED QUE LA CORRECTA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE MANEJO Y CUIDADOS EVITA LA REINFECCION EN LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS?

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

8. DENTRO DE LOS ULTIMOS MESES, ¿CONSIDERA USTED QUE CON LA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE MANEJO Y CUIDADO EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS DISMINUYÓ EL TIEMPO DE ESTANCIA DE ESTOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?

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

ANEXO 3





