

DOCUMENTO QUE FORMA PARTE DEL PROCESO DE REVALIDACIÓN

**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS LLANOS CENTRALES
RÓMULO GALLEGOS**

**PROGRAMA EDUCATIVO DE ACTUALIZACIÓN SOBRE MANIOBRAS
TERAPEUTICAS DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA
MEJORAR LAS FUNCIONES RESPIRATORIAS DE LOS PACIENTES
INGRESADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE ADULTO DEL
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY ESTADO ARAGUA**

PRESENTADA POR

GUEVARA TOVAR IVIS ARGELIA

ASESOR

PIÑA JUANA

CONTRERAS MARIA TERESA

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MARACAY – VENEZUELA

2009

PROCEDIMIENTO DE REVALIDACIÓN DE GRADOS Y TÍTULOS



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACION
SUPERIOR UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTA
“ROMULO GALLEGOS”
EXTENSION MARACAY; ESTADO ARAGUA
AULA MOVIL LA MORITA - MARACAY**



**PROGRAMA EDUCATIVO DE ACTUALIZACIÓN SOBRE MANIOBRAS
TERAPEUTICAS DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA
MEJORAR LAS FUNCIONES RESPIRATORIAS DE LOS
PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DE ADULTO DEL HOSPITAL
CENTRAL DE MARACAY
ESTADO ARAGUA**

Autor: Guevara Ivis
Tutor Técnico: Lic. Piña Juana
Tutor Metodológico: Ing. Contreras Maria Teresa

Maracay, Enero 2009

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACION
SUPERIOR UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTA
“ROMULO GALLEGOS”
EXTENSION MARACAY; ESTADO ARAGUA
AULA MOVIL LA MORITA - MARACAY**



**PROGRAMA EDUCATIVO DE ACTUALIZACIÓN SOBRE MANIOBRAS
TERAPEUTICAS DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA
MEJORAR LAS FUNCIONES RESPIRATORIAS DE LOS
PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DE ADULTO DEL HOSPITAL
CENTRAL DE MARACAY
ESTADO ARAGUA**

Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al Título de
Licenciatura en Enfermería.

Autor: Guevara Ivis
C.I: 12.142.222
Tutor Técnico: Lic. Piña Juana
Tutor Metodológico: Ing. Contreras Maria Teresa

Maracay, Enero 2009

APROBACIÓN DEL ASESOR TÉCNICO

En mi carácter de Asesor Técnico del Trabajo Especial de Grado presentado por la ciudadana Ivis Argelia Guevara Tovar, para optar al título de Técnico Superior en la especialidad de Enfermería, considero que dicho Trabajo Especial de Grado reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se digne.

En la ciudad de Maracay 30 días del mes de Enero del 2009.

Asesor Técnico: Lic. Juana Piña

C.I: 4.109.512

APROBACIÓN DEL ASESOR METODOLÓGICO

En mi carácter de Asesor Metodológico del Trabajo Especial de Grado presentado por la ciudadana Ivis Argelia Guevara Tovar, para optar al título de Técnico Superior en la especialidad de Enfermería, considero que dicho Trabajo Especial de Grado reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se digne.

En la ciudad de Maracay 30 días del mes de Enero del 2009.

Asesor Metodológico: Msc. Contreras Maria Teresa

C.I: 9.169.707

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACION
SUPERIOR UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTA
"ROMULO GALLEGOS"
EXTENSION MARACAY; ESTADO ARAGUA
AULA MOVIL LA MORITA - MARACAY



ACTA DE APROBACIÓN

Nosotros, Jurado, tutor Técnico, tutor metodológico, designadas como miembros del jurado evaluados del Trabajo especial de grado titulado: **“PROGRAMA EDUCATIVO DE ACTUALIZACIÓN SOBRE MANIOBRAS TERAPÉUTICAS DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LAS FUNCIONES RESPIRATORIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY ESTADO ARAGUA”**. Presentado por la alumna Ivis Argelia Guevara Tovar, portador de la Cédula de identidad N°: 12.142.222, nos hemos reunido para evaluar dicho trabajo y después de la presentación oral correspondiente y de acuerdo con las normas vigentes de este Instituto, para la evaluación de los Trabajos Especiales de Grado para optar al Título de **TÉNICO SUPERIOR UNIVERSITARIO EN LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA**.

Emitimos el siguiente veredicto: _____.

En fe de lo cual firmamos, en la ciudad de Maracay los _____ días del mes de _____ del _____.

C.I:

Lic. Juana Piña
C.I: 4.109.512

Msc. Maria Teresa Contreras
C.I: 9.169.707

DEDICATORIA

A Dios Todo Poderoso, creador de todo lo que nos rodea así como permitírnos disfrutar de ello para saborear la virtud de pertenecer a la raza humana, y convertirnos en seres capaces de pensar y actuar con raciocinio, que debe caminar por el sendero del bien para poder cumplir con el deber de ayudar a los demás

A Mis Padres, quienes me trajeron al mundo y me dieron la enseñanza del bien, orientándome sobre lo mejor, los cuidados que me dieron me han llevado a ser quien soy hoy en día y quien seré en un futuro, **A Mi Madre**, que me dio la vida me permitió entender cuan bello es la unidad familiar y sobretodo me mostró la bondad de hacer el bien, me permitió sentir ganas de superarme en la vida, me demostró las cosas buenas y malas para que yo pudiese elegir y para ello me aconsejó. Creó en mi un sentido de superación para que luchara en la vida y obtuviera un conocimiento justo y correcto.

A Alexis por permitir que fuese una realidad el hecho de estudiar y profesionalizarme, por haber soportado tantas dificultades involuntarias generadas por el tiempo que tuve que dedicar a los

estudios lo cual constituyo un punto clave para el entendimiento y el gran amor que te tengo, pero se que quien quiere tiene la capacidad de soportar tales vicisitudes como la haces tu, por comprender todos los momentos de estrés y angustia que te he creado por querer culminar mis estudios, por el día a día que juntos pasamos como pareja permitiendo disfrutarlo.

A Mis Hijos, Josué y Eder, quienes han sido la razón de mi superación personal y profesional y así poder darles mejor calidad en la vida, que mientras lo lograba los prive de mi compañía y quizás de cariño y que a pesar de su niñez han entendido la importancia del estudio para poder superarme en la vida y que este esfuerzo es para ellos. Los Amo.

Ivis Guevara

AGRADECIMIENTO

A Dios Todo Poderoso el ser supremo en quien podemos confiar y sentir que estas presente en la hora de nuestras penalidades y triunfos, por existir y dejar que exista como ser humano, crear un mundo perfecto para que todos los humanos podamos estar en el y disfrutar de su capacidad, por perdonar mis errores y los de los demás, por permitirme entender que si puedo lograr las metas que me proponga, por poner en mi camino todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron en esta mi formación académica y vital, para luego dar y prestar ayuda a quien en mi confié y necesite

Gracias Señor

A Mi Madre Carmen Tovar, creadora de mi persona como tal, quien desde niña me mostró el camino de la vida, con sus experiencia y gran capacidad de entender, por tanto que me has dado en la vida por dejar que continuara estudiando cuando las cosas parecieran mas difíciles, porque la deuda contigo es muy grande que talvez nunca podré pagarte, que nos enseñaste lo bello que es la unión de hermanos si sentir rencor por el prójimo por crear ese sentido de tranquilidad por saber que

algún día te irías para nunca regresar
preparándonos así para el dolor de perderte

Te Amo

A Mis Hijos, Josué y Eder, quienes han sido la razón de mi superación personal y profesional y así poder darles mejor calidad en la vida, que mientras lo lograba los prive de mi compañía y quizás de cariño y que a pesar de su niñez han entendido la importancia del estudio para poder superarme en la vida y que este esfuerzo es para ellos. Los Amo.

A Alexis, por cruzarse en mi camino y hacerme sentir una persona importante, por demostrarme que los sueños si se cumplen y hacerme sentir querida, por tener la capacidad de aguantarme durante mucho tiempo, permitiendo que las adversidades presentadas en el camino de pareja se disipen por mas fuertes que sean, por permitir que iniciara una etapa en mi vida que me llevara a superarme para luego disfrutar juntos, tu capacidad y tus beneficios y también tus criticas fueron para mi una herramienta mas para poder superar todos los momentos que paze en el transcurrir de la carrera, si no estuvieras a mi lado

no hubiese podido lograrlo, Gracias y siempre te estaré agradecido

Te Amo

Al Universidad Experimental Romulo Gallegos (UNERG) Instituto de Educación Superior el cual le permite a los Bachilleres superarse, porque depositan su confianza en ellos para obtener luego resultados favorables a las instituciones prestadoras de servicios de salud y engrandecimientos de todas aquellas personas que asumen el reto de mejorar sus conocimientos en el área de enfermería, este programa que con su alto grado de exigencia y calidad de contenido académico.

A mi Tutor Técnico Lic. Juana Piña y Metodológico Msc. Maria T Contreras, por su grado de exigencia y su calidad de docencia y persona para con nosotros y en especial hacia su trayectoria profesional, imagen a seguir para un futuro próximo como profesional de enfermería, por ser tutores técnicos y metodológico, compartiendo sus conocimientos con nosotros permitiendo con ello la realización de este estudio, por demostrar que pese a la adversidades que se presenten siempre tiene una solución inteligente para ello.

ÍNDICE GENERAL

	pp
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE GENERAL	xi
LISTA DE CUADROS	xiii
LISTA DE GRÁFICOS	xv
RESUMEN	xvi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULOS	
I. EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema	4
Objetivos de la Investigación	10
Objetivo General	10
Objetivos específicos.....	10
Justificación.....	10
II. MARCO REFERENCIAL	
Antecedentes de la Investigación	14
Bases Teóricas	18
Teoría de Enfermería	41
Bases Legales	42
III METODOLOGÍA	
Tipo de Investigación	47
Área de Investigación.....	48
Operacionalización de Variable	48
Población y/o Muestra.....	51
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	52

Técnicas para el Análisis de Datos	52
Presentación de Resultados.....	52
IV PROPUESTA	
Presentación	96
Objetivos de la Propuesta.....	96
Desarrollo de la Propuesta.....	97
Análisis de factibilidad de la propuesta	98
V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones	105
Recomendaciones	107
REFERENCIAS	110
ANEXOS	113
A -1 Modelo del Instrumento al Personal de Enfermería.....	113
A -2 Instrumento de Observación.....	116
A -3 Certificación de Validación del Instrumento.....	117
B Glosario	119
C Carta de solicitud de permiso par Aplicar el Instrumento.....	122
D Figuras de Posiciones Posturales.....	126

LISTA DE CUADROS

CUADRO	pp
1. operacionalización de variables.....	50
2. Aspiración de Gleras	54
3. Medidas de asepsia y Antisepsia.....	55
4. Disponibilidad de Equipos.....	56
5. Mascarilla para Oxigenoterapia.....	57
6. Limpieza de Equipos.....	58
7. Oxigeno Húmedo.....	59
8. Presión de Oxigeno.....	60
9. Aplicación de Drenaje postural.....	61
10. Posición de Cubito Prono.....	62
11. Posición de Cubito Supino.....	63
12. Fomento de la Tos y la Respiración profunda.....	64
13. Aplicación de la Percusión Torácica.....	65
14. Dirección de la aplicación de la percusión Torácica.....	66
15. Relajación de la Muñeca para la percusión torácica	67
16. Efectos de la percusión.....	68
17. Traqueotomía.....	69
18. Técnicas para la Traqueotomía.....	70
19. Participación en la Realización de la Traqueotomía.....	71
20. Cura de Traqueotomía.....	72
21. Etiología para la Intubación.....	73
22. Tipos de Intubación.....	74
23. Limpieza Bucal.....	75
24. Limpieza Bucal con Cepillo Dental.....	76
25. Indicación a los Familiares.....	77
26. Técnicas de Barrera.....	78
27. Área Especial	79
28. Participación a Jornadas de Actualización.....	80
29. Diagnósticos de Enfermería.....	81
30. Plan de Cuidados de Enfermería.....	82
31. Aseo del Aspirador.....	83
32. Disponibilidad de Equipos.....	84
33. Mascarilla para Oxigeno.....	85
34. Limpieza de las Mangueras.....	86
35. Posiciones Posturales.....	87
36. Fomento de Tos y la Respiración.....	88
37. Participación en traqueotomía.....	89
38. Limpieza Bucal según Indicación	90
39. Limpieza Bucal con Cepillo Dental.....	91

40. Indicación de Limpieza Bucal a los Familiares.....	92
41. Aplicación de Técnicas de Barrera.....	93
42. Elaboración de Diagnosticas de Enfermería.....	94
43. Implementación de Plan de Cuidados.....	95
44. Estimación de Costos de la Propuesta.....	100
45. Fase I de la Propuesta.....	101
46. Fase II de la Propuesta.....	102
47. Fase III de la Propuesta.....	103
48. Fase IV de la Propuesta.....	104

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICOS	p p
1. Aspiración de Gleras	54
2. Medidas de asepsia y Antisepsia.....	55
3. Disponibilidad de Equipos.....	56
4. Mascarilla para Oxigenoterapia.....	57
5. Limpieza de Equipos.....	58
6. Oxigeno Húmedo.....	59
7. Presión de Oxigeno.....	60
8. Aplicación de Drenaje postural.....	61
9. Posición de Cubito Prono.....	62
10. Posición de Cubito Supino.....	63
11. Fomento de la Tos y la Respiración profunda.....	64
12. Aplicación de la Percusión Torácica.....	65
13. Dirección de la aplicación de la percusión Torácica.....	66
14. Relajación de la Muñeca para la percusión torácica	67
15. Efectos de la percusión.....	68
16. Traqueotomía.....	69
17. Técnicas para la Traqueotomía.....	70
18. Participación en la Realización de la Traqueotomía.....	71
19. Cura de Traqueotomía.....	72
20. Etiología para la Intubación.....	73
21. Tipos de Intubación.....	74
22. Limpieza Bucal.....	75
23. Limpieza Bucal con Cepillo Dental.....	76
24. Indicación a los Familiares.....	77
25. Técnicas de Barrera.....	78
26. Área Especial	79
27. Participación a Jornadas de Actualización.....	80
28. Diagnósticos de Enfermería.....	81
29. Plan de Cuidados de Enfermería.....	82
30. Aseo del Aspirador.....	83
31. Disponibilidad de Equipos.....	84
32. Mascarilla para Oxigeno.....	85
33. Limpieza de las Mangueras.....	86
34. Posiciones Posturales.....	87
35. Fomento de Tos y la Respiración.....	88
36. Participación en traqueotomía.....	89
37. Limpieza Bucal según Indicación	90
38. Limpieza Bucal con Cepillo Dental.....	91
39. Indicación de Limpieza Bucal a los Familiares.....	92
40. Aplicación de Técnicas de Barrera.....	93
41. Elaboración de Diagnosticas de Enfermería.....	94
42. Implementación de Plan de Cuidados.....	95



**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACION
SUPERIOR UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTA
"ROMULO GALLEGOS"
EXTENSION MARACAY; ESTADO ARAGUA
AULA MOVIL LA MORITA - MARACAY**

**PROGRAMA EDUCATIVO DE ACTUALIZACIÓN SOBRE MANIOBRAS
TERAPÉUTICAS DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA
MEJORAR LAS FUNCIONES RESPIRATORIAS DE LOS PACIENTES
INGRESADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
CENTRAL DE MARACAY ESTADO ARAGUA.**

Autor: Guevara Ivis

Tutor Técnico: Lic. Piña Juana

Tutor Metodológico: Ing. Contreras Maria T

Fecha: Enero 2009

RESUMEN

El presente estudio señala la importancia de la aplicación de la fisioterapias respiratorias, las cuales tienen como objeto mantener la permeabilidad de las vías aéreas de los pacientes que presentan bajo nivel de conciencia, es por ello que el personal de enfermería debe tener amplio conocimiento de las mismas. Por tanto el objeto del presente estudio fue proponer un programa educativo de actualización sobre maniobras terapéuticas dirigido al personal de enfermería para mejorar las funciones respiratorias de los pacientes ingresados en el servicio de Emergencia de Adulto del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, para esto se seleccionó un diseño no experimental de campo de tipo descriptivo, bajo un modelo de proyecto factible, la población estuvo constituida por dieciséis (16) profesionales de enfermería del área de emergencia, aplicando un muestreo de tipo censal al cual se les aplicó un instrumento de (29) ítems con preguntas de tipo dicotómica, lo cual permitió obtener resultado en función de frecuencia y porcentaje, los mismos señalaron que el personal posee conocimientos en cuanto a las terapéutica respiratoria pero no se realiza en su totalidad los cuidados, así como dejar que sean los familiares quienes realicen la limpieza bucal de los pacientes intubados, además existe debilidad en la aplicación del proceso de atención de enfermería en la aplicación de los diagnósticos y la implementación de los cuidados por escritos en la historia del paciente. Para concluir se puede denotar la necesidad e importancia de la aplicación de la propuesta señalada en el presente estudio

Descriptor: Programa Educativo, Maniobras Terapéuticas, Personal de Enfermería, Funciones Respiratorias.

INTRODUCCIÓN

En el área de Emergencia de los centros hospitalarios se presentan diferentes tipos de condiciones que alteran la salud de los pacientes, entre las cuales se puede señalar las condiciones respiratorias que dificultan la permeabilidad de las vías aéreas de los pacientes bien sea porque el paciente ha presentado un traumatismo que le cause pérdida del nivel de conciencia o por presentar una patología pulmonar, en función de estas incidencias el personal de enfermería posee un alto conocimiento sobre los cuidados que estos pacientes requieren.

Es por ello, que entre los cuidados están las terapéutica respiratoria o fisioterapias respiratorias, las cuales consisten en mantener la permeabilidad de las vías aéreas del paciente mediante la aplicación de diversas técnicas entre las cuales se pueden señalar la aspiración de gleras con la cual se busca que el paciente no presente una bronco aspiración de sus secreciones naso faringeadas, estas pueden aumentarse en los pacientes que se encuentran hospitalizados sin realizar movilidad alguna, así como también en aquellos que presentan bajo nivel de conciencia entre otros.

De igual manera, existen otros tipos de fisioterapias respiratorias que favorecen las condiciones respiratorias de los pacientes que así lo ameriten, como la oxigenoterapia, los drenajes posturales, la tos asistida, las vibraciones o percusiones u otras que requieren mayor cuidado como: la intubación endotraqueal, la traqueotomía etc. Debido a ello el personal de enfermería debe estar capacitado para realizar los cuidados específicos en cualquiera de los casos que se le presente.

En tal sentido, el objeto del presente estudio fue el de proponer un programa educativo de actualización sobre maniobras terapéuticas dirigido al personal de enfermería para mejorar las funciones respiratorias de los pacientes ingresados en el

servicio de Emergencia de Adulto del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, de manera que este personal afiance sus conocimientos y fortalezcan la calidad y calidez de los cuidados prestados a los pacientes que dependan de ellos.

Entendiendo que el presente estudio, posee importancia debido a que el tema refleja un problema existente así como una necesidad de implementación de los cuidados de enfermería en pro de mejorar las condiciones respiratorias de los pacientes que así lo ameriten, lo que permite que el presente estudio tenga relevancia teórica, pues ofrece una revisión de diferentes fuentes así como conocimientos de expertos en materia de las terapéuticas respiratorias las cuales ha presentado cambios o avances que permiten dar al paciente una mejor fluidez respiratoria.

De allí que, estos cambios o avances deben ser tema de actualización por parte del personal de enfermería de manera que les permita a estas (os) estar a la par de las actualizaciones en técnicas y procedimientos de actuación, cabe destacar que existe un protocolo de actuación de enfermería para las fisioterapias respiratorias en el área de emergencia de Adulto del Hospital Central de Maracay. El mismo debe permitirles a los profesionales estar en constante incremento de sus conocimientos y fortalecimiento de sus destrezas. Enmarcado entre las funciones del profesional de enfermería y como lo señala el código deontológico de esta profesión donde se estipula que el profesional de enfermería debe estar actualizados y debe participar en cursos o talleres sobre temas de salud que busquen mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Por consiguiente, la metodología empleada para la elaboración del presente estudio, quedo constituida por diversas fuentes entre la que resalta el primer lugar la idea preconcebida del autor, la orientación por parte de las tutoras tanto técnico como metodologica los cuales permitieron que este estudio se ubicara en una investigación no experimental, de tipo de campo, con un nivel descriptivo, una línea asistencial, con

una modalidad de proyecto factible como alternativa de solución a una problemática existente en el área de la emergencia del Hospital Central de Maracay del Estado Aragua.

Para finalizar, es importante destacar que la conformación del este estudio quedó configurado en capítulos entre los cuales:

El capítulo I contiene el planteamiento del problema, objetivos general y específicos y la justificación

Capitulo II el marco referencial de la investigación, antecedentes y conceptos que sustentan la investigación, bases teóricas y bases legales

Capitulo III el marco metodológico, diseño de la investigación, tipo de investigación, área de investigación, operacionalización de variables, población y/o muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y presentación de análisis de los resultados,

Capitulo IV la propuesta, objetivos de la propuesta, desarrollo de la propuesta, análisis de factibilidad y de costos

Capitulo V conclusiones y recomendaciones.

Por ultimo se encuentran las referencias y los anexos de este estudio

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define el hospital como, parte integrante de una organización medica social cuya misión consiste en proporcionar a la población asistencia médico sanitarias completas, tanto preventiva como curativa, cuyos servicios externos se irradian hasta el ámbito familiar. De igual forma es un centro de formación de profesionales universitarios y de investigación biopsicosocial (p. 4)

De allí que, dicho centro asistencial consta de diferentes servicios o unidades que lo componen, así como, el área de Emergencia donde se presentan diferentes tipos de patologías o condiciones que alteran la salud de los pacientes que allí acuden. La presencia de complicaciones muchas de ellas de tipo respiratoria hacen de esto un problema de salud que genera una alta mortalidad en la población socialmente activa, esto representa según estadísticas del Servicio de Epidemiología del Hospital Central de Maracay el 40 %. A pesar de los avances en los cuidados críticos, la morbimortalidad seguida de trauma cerebral severo ha sufrido pocos cambios en los últimos 10 a 15 años. Las complicaciones como afecciones neuromusculares, traumatismos craneoencefálicos, hemorragia cerebral, procesos respiratorios crónicos, condiciones post operatorias entre otras, a que están expuestos estos pacientes son la causa principal de su tórpida evolución.

En este contexto, según Ibarra, (2004). En nuestro país las muertes por enfermedad cerebro vascular y accidentes de transito ocupan el segundo y quinto lugar respectivamente en cuanto a número de fallecidos por año, con una tasa de 68,0 y 39,3 por cada 100 000 habitantes respectivamente en el año 2004 . Los pacientes

que presentan una patología aguda del Sistema Nervioso Central (SNC), pueden desarrollar diversas complicaciones respiratorias, desde alteraciones de la vía aérea y de la musculatura ventilatoria hasta problemas intrínsecos del pulmón, como infecciones, Embolia Pulmonar y Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto. El manejo en un área de Emergencias resulta fundamental para una adecuada monitorización y un tratamiento precoz de las eventuales complicaciones, en un intento de preservar tanto la función neurológica como respiratoria y así mejorar la evolución de los pacientes.

Lo antes expuesto, permite señalar que los problemas respiratorios pueden presentarse secundarios a cualquier alteración que comprometa o dañe el sistema nervioso central, o como patología concomitante (paciente politraumatizado). El daño cerebral puede aumentar como consecuencia del desarrollo de hipoxemia o hipoventilación, creando un círculo vicioso que complica la evolución de los pacientes.

Así pues, la prevalencia de problemas respiratorios en pacientes con patología aguda del sistema nervioso central (SNC) depende del mecanismo, del daño y de la gravedad de la lesión neurológica. Según el Servicio de Epidemiología y estadísticas del hospital Central de Maracay, en el área de Emergencia, de aquellos pacientes cuyo principal motivo de ingreso en un período de 12 meses (Mayo de 2002 a Mayo de 2003), por una afección aguda del sistema nervioso central (SNC); 68 pacientes requirieron de soporte ventilatorio (69 %). Más importante, 48 de estos pacientes requirió ventilación mecánica por más de 48 horas (70 %), lo que se asoció a una alta morbilidad y elevados costos hospitalarios.

En tal sentido, la depresión respiratoria es un síndrome clínico caracterizado por alteraciones en la ventilación y por compromiso variable en el nivel de conciencia. Los problemas ventilatorios más frecuentes son consecuencia de

trastornos en la mecánica y frecuencia respiratorias (bradipnea o apnea) o de la incapacidad de mantener la vía aérea permeable (caída hacia la parte posterior de la lengua, secreciones e hipotonía de la musculatura faríngea), que puede o no resultar en hipoventilación alveolar. En el paciente sin compromiso pulmonar ni cerebral, la hipoventilación alveolar producirá una elevación variable en la presión de dióxido de carbono, que en la mayoría de los casos es leve. Ocasionalmente puede llevar a hipoxemia o hipercapnia severa. En cambio, en el paciente con compromiso grave del sistema nervioso central (SNC), ambas condiciones pueden ser tremendamente nefastas pues inducen un daño secundario. La cianosis y la taquicardia son signos tardíos de hipoxemia, por lo que la observación atenta del estado de conciencia y de la ventilación del paciente es mucho más importante en la detección de estos problemas respiratorios.

Así mismo, el compromiso de los reflejos de la vía aérea, en presencia de vómitos o regurgitación, puede condicionar la aspiración de contenido gástrico. Los pacientes traumatizados con hipertensión intracraneana frecuentemente presentan una disminución del vaciamiento gástrico. La fisioterapia de la aspiración pulmonar dependerá de la calidad y cantidad del líquido aspirado, siendo la aspiración de contenido bilioso o sangre, en general, más benigno que la aspiración de ácido o de contenido alimentario. En todos estos casos, la posibilidad de infección pulmonar es alta y puede complicar el manejo neurológico y ventilatorio posterior.

Entendiendo que, los elementos clásicos de la fisiología respiratoria tienen poca variación en los pacientes con trauma cráneo encefálico simple. Las principales alteraciones más comunes que se encuentran en estos casos específicos están dadas en alteraciones propias del centro respiratorio, como centro de control jerárquico de la función ventilatoria. El sistema que regula la respiración consta de tres elementos básicos: sensores, centro respiratorio y efectores. El centro respiratorio está ubicado a nivel del tronco del encéfalo y es el principal responsable de la actividad ventilatoria

no voluntaria. Existe otro centro a nivel cerebral, no bien identificado anatómicamente, que modifica en forma voluntaria la ventilación, permitiendo la hipo o hiperventilación en forma consciente.

Por lo tanto, el Hospital Central de Maracay es un centro asistencial que funciona bajo los principios de atención a la población como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es importante destacar que cada unidad de este centro cuenta con diferentes departamentos y salas entre las cuales se encuentran los servicios de enfermería con una misión y visión para la prestación de los cuidados a los usuarios, los cuales pueden ser todos aquellos que así lo ameriten y en especial aquellos que serán sometidos a una intervención quirúrgica y luego de dichas intervenciones.

En este sentido, el concepto de manejo de vía aérea es muy importante en los pacientes con intervención neuroquirúrgica, en general, aquellos pacientes en coma con escala de Glasgow menor de ocho (8) requieren aseguramiento de la vía aérea en forma obligatoria. Existe la convicción de que la maniobra de intubación por vía oral es de baja morbilidad y que el retardo en su implementación puede traer consecuencias trágicas e irreversibles. El tratamiento definitivo de este problema consiste en la intubación endotraqueal (orotraqueal o nasotraqueal) o la traqueotomía, la que liberará la zona de obstrucción permitiendo una ventilación adecuada. Especial cuidado en el manejo de la vía aérea debe tenerse en pacientes con lesión de columna cervical o trauma facial asociados.

Por lo tanto, esta serie de procedimientos permiten disminuir los índices de morbimortalidad de los pacientes que se encuentran en condiciones de cuidados según las alteraciones respiratorias que estos presenten, pero en ocasiones se puede observar en el área de la Emergencia de Adulto del Hospital Central de Maracay a pacientes (fotos) en condiciones de inmovilidad que presentan secreciones mucosas

que les obstruyen la respiración y no se le realizan las maniobras o terapias, sino que el familiar si esta presente procede a la limpieza y manipulación del paciente, además en oportunidades como refieren los medios impresos de información periodística, esta sala de atención se encuentra en condiciones de colapso donde se encuentran gran cantidad de pacientes que el personal que labora dentro de esta no puede dar una atención calidad a los requerimientos de los pacientes además no existe un programa de actualización sobre la aplicación de estas maniobras respiratorias que permitan incrementar el conocimiento sobre los nuevos avances tecnológicos y terapéuticos que permitan prestar cuidados de enfermería de calidad dicha área. Una vez hecho el planteamiento del problema de esta problemática surgen las siguientes interrogantes:

1. ¿Qué son las maniobras terapéuticas respiratorias aplicadas por el personal de enfermería que labora en el área de emergencia de Adulto del HCM?
2. ¿Cuales son las maniobras terapéuticas respiratorias aplicadas por el personal de enfermería que labora en el área de emergencia de Adulto del HCM?
3. ¿Cuál es la efectividad de las maniobras terapéuticas respiratorias aplicadas por el personal de enfermería que labora en el área de emergencia de Adulto del HCM?

Por tal razón, para dar respuesta a esta serie de interrogantes, fue necesario plantear los siguientes objetivos de investigación que permiten a la comprensión y ampliación de la información dada por los profesionales de enfermería que labora en el centro asistencial.

Objetivos de la investigación

General

Proponer un programa educativo de actualización sobre maniobras terapéuticas respiratorias aplicadas por el personal de enfermería que labora en el área de emergencia de Adulto del Hospital Central de Maracay Estado Aragua.

Específicos

1. Diagnosticar los conocimientos sobre las maniobras terapéuticas respiratorias aplicadas por el personal de enfermería que labora en el área de Emergencia de Adulto del Hospital Central de Maracay.
2. Definir las maniobras terapéuticas respiratorias aplicadas por el personal de enfermería que labora en el área de emergencia de Adulto del HCM
3. Enumerar las maniobras terapéuticas respiratorias aplicadas por el personal de enfermería que labora en el área de emergencia de Adulto del HCM
4. Diseñar un programa educativo de actualización sobre maniobras terapéuticas respiratorias aplicadas por el personal de enfermería que labora en el área de emergencia de Adulto del HCM.

Justificación de la Investigación

Si bien en, un primer momento el control de la vía aérea es necesario para mantener una ventilación y oxigenación adecuadas, una vez que las alteraciones

agudas han pasado, muchos pacientes sólo requieren de la permeabilización de la vía aérea y no de ventilación mecánica propiamente dicha. En aquellos pacientes con patología cerebral grave, en que se anticipa una evolución intrahospitalaria prolongada, la traqueotomía puede ser una alternativa y así permitir una desconexión pronta del ventilador, en caso contrario, y por períodos menores a 2 ó 3 semanas, se prefiere mantener la intubación endotraqueal hasta el destete del paciente.

En vista de, la importancia que tienen las maniobras terapéuticas respiratorias o fisioterapias respiratorias en los pacientes que requieren de dichas acciones el profesional de enfermería que labora en el Servicio de Emergencia de Adulto del Hospital Central de Maracay posee un amplio conocimiento teórico – práctico de estas técnicas.

Considerando que, ello implica que la fisioterapia respiratorio tiene como finalidad ayudar al paciente a eliminar las secreciones bronquiales cuyo estancamiento en las vías aéreas comprometen la ventilación del paciente y puede causar un grado importante de insuficiencia respiratoria, utilizando una serie de instrumentos o equipos los cuales se encuentran a su disponibilidad y cuidado, dependiendo de ellos para la correcta aplicación de las maniobres requeridas por el paciente.

Al respecto, es importante destacar que el fomento de las técnicas aplicadas durante los procedimientos que lleva a cabo el profesional de enfermería para mejorar las condiciones respiratorias de los pacientes permiten a los nuevos profesionales de enfermería que se encuentran en proceso de formación tanto académica como personal, incrementar sus conocimientos en este aspecto y poder dar respuesta a ello cuando así fuese necesario, durante la aplicación de los cuidados que como, profesional debe brindar a los usuarios.

Además, debe tenerse en cuenta que todos los centros asistenciales se rigen bajo los reglamentos del Ministerio de Salud del Estado (1999), el cual señala que los profesionales que laboran dentro de los servicios de Emergencia de adulto es un equipo multidisciplinario, entre los cuales se encuentran las enfermeras (os) quienes deben contar con amplios conocimientos de manera holística en la atención de los pacientes y con una alta calidad y capacidad de respuesta en materia de urgencia y/o emergencias, de la misma forma debe tener mística, ética y buenos valores que permitan enaltecer los servicios de salud que prestan los centros asistenciales tanto publicas como privados.

En este contexto, el presente estudio tiene relevancia teórico práctica debido a que ofrece una revisión actualizado sobre las maniobras de fisioterapia respiratoria que se aplican en los pacientes con alteraciones o patologías que alteran la función respiratoria, los cuales van en concordancia con los nuevos adelantos en el campo de atención de urgencias respiratorias aunado al descubrimiento o fabricación de nuevos implementos, equipos o fármacos con mayor especificidad biológica. Por otro lado presenta práctica debido o que ofrece una alternativa de fomento de las diferentes técnicas aplicadas las cuales benefician no solo al personal de enfermería que labora en los servicios de cuidados sino a los pacientes quienes dispondrán de una mayor seguridad la cual incidirá en su pronta recuperación.

Finalmente, este estudio es importante porque ofrece un formato contextualizado, que permite a corto plazo aplicar un programa educativo sobre las maniobras de fisioterapia respiratoria el cual proporcionarán una actualización tanto al personal de enfermería que se encuentra laborando, como del personal que ingrese a los servicios de Emergencia de Adulto para que dicha información les permitan incrementar su alta calidad humana. Así mismo se hace disponible para su consulta por otros investigadores que deseen reseñarlos como antecedentes de estudio.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

Según Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL), (2001). En su Manual de Trabajos de Grado de Especialización, Maestría y Tesis Doctorales, refiere que el “Marco Teórico y/o referencial, comprende una revisión de los trabajos previos realizados sobre el problema en estudio y/o de la realidad contextual en la que se ubica”.

Dependiendo de la naturaleza del trabajo el marco referencial puede comprender aspectos teóricos, conceptuales, legales, situacionales de la realidad objeto de la investigación u otros según convenga el caso (p18).

En este mismo orden, Canales, (2003). “Señala que el mismo enmarca la ubicación del problema situándolo en su tiempo y espacio, con toda una conceptualización y definición de términos, que analizados y descritos amplían el conocimiento de los hechos de una manera ordenada que relacionados sustentan la investigación con proposiciones o supuestos que verificados, afirman la solución del problema”.

Es por ello, que en el presente estudio se realizó bajo la revisión de diferentes fuentes tanto impresas como paginas de información digitalizadas y de conferencias relacionadas con el tema o fenómeno en estudio, que permitieron fundamentar los aspectos teórico conceptuales sobre las terapias respiratorias de manera de ampliar los conocimientos sobre las mismas.

Antecedentes de Investigación

Al respecto, se hacen referencia a una serie de investigaciones o estudios anteriores de otros investigadores relacionados con el presente estudio que permiten presentar una guía de importancia para la solución del problema existente.

Según Manual para la Elaboración de Trabajos Especial de Grado Instituto Universitario de Tecnología “Juan Pablo Pérez Alfonzo” IUTEPAL. (2003).

“Se refiere a estudios previos relacionados con el problema a investigar, en este punto se citan autores que hayan trabajado con temas similares a la investigación en cuestión, resaltando los siguientes aspectos: el apellido del autor, año del TEG, breve reseña de la problemática estudiada por el autor, la metodología utilizada, la solución propuesta, por ultimo se establecerá la relación con el estudio que se está desarrollando”.

En búsqueda de nuevos conocimientos sobre el manejo de terapias respiratorias y cuidados de enfermería que sustenten esta presentación se señalan a continuación diferentes estudios previos de investigación referentes a la temática o que estipulen la utilización de estas. Entre los cuales se destacan los siguientes:

Bracamonte, (2005). Realizó un estudio descriptivo transversal para determinar el nivel de conocimiento sobre cuidados aplicados a paciente en etapa terminal a los estudiantes de enfermería del Decanato de Medicina- - UCLA. Febrero-Junio 2005. Se realizó un muestreo estratificado, integrado por 6 semestres las cuales quedaron representadas de la siguiente manera:

Se escogieron 5 estudiantes por cada semestre de enfermería del III al VIII. Para evaluar el nivel de conocimiento sobre cuidados aplicados a pacientes en etapa

terminal se diseñó un instrumento tipo encuesta, incluyendo 2 variables para dar cumplimiento a los objetivos trazados. Para análisis de los resultados se utilizó como medida de resumen frecuencias y porcentajes. En 93.33 % los cuidados que proporciona el estudiante de enfermería al Paciente en Etapa Terminal incluye: confort, cumple tratamiento y da apoyo al paciente y familiar, mientras que 3,33 % lo deja tranquilo y cumple tratamiento y el otro 3,33 % proporciona confort y cumple tratamiento.

En los procedimientos que realizan al paciente en etapa terminal ante el signo de dificultad respiratoria 43,33 % aplica fisioterapia y aspiración de las vías aéreas superiores, mientras que 30 % realiza aspiración de las vías aéreas superiores y lo mantiene en posición decúbito, y 26,66 % realiza aspiración de vías aéreas superiores y lo coloca en posición semiprona.

Esto le permitió concluir que las acciones de enfermería facilitan las condiciones respiratorias del paciente, así mismo las técnicas utilizadas por los estudiantes presentan efectividad debido al conocimiento que estos presentan de igual forma la calidez de la atención influye en que el paciente obtenga pronta recuperación.

Además, Escalona y León, (2004) en su estudio titulado “técnicas de aspiración de secreciones usadas por el personal de enfermería que labora en la unidad de neurocirugía del hospital central universitario Dr. Antonio M Pineda de Barquisimeto estado Lara en el mes de enero- marzo 2004”. Se realizó un estudio descriptivo, para determinar las técnicas de aspiración de secreciones usadas por el personal de enfermería de la unidad de neurocirugía. La población la conformaron (17) enfermeras entre Licenciadas, Técnicos y Auxiliares. Se aplicó un muestreo no probabilístico causal o accidental, quedando la muestra representada por 11 Enfermeras entre Licenciadas y Técnicos.

Los datos fueron recolectados utilizando el instrumento entrevista tipo cuestionario estructurada en 10 pregunta de selección simple. Entre los resultados: del 100% de la muestra entrevistada solo el 45% esta de acuerdo que la aspiración de secreciones es un procedimiento que ayuda a eliminar las secreciones del árbol traqueo bronquial; y el 54.4% no dio una respuesta satisfactoria distribuido de la siguiente forma el 35,3% es un procedimiento que se utiliza cuando el paciente tiene las vías aéreas obstruidas; el 18,1 % es un procedimiento que elimina secreciones. de la muestra encuesta solo 45.4% dice que los principios de aspiración de secreciones es la ventilación, nebulización hiperoxigenación; el 36.3% dice que es la hidratación, humidificación hiperoxigenación, 18.1 no contestaron es decir que el 54.4% no respondió asertivamente.

Concluyendo que las técnicas de aspiración de secreciones no son bien definidas por parte del personal de enfermería pero son aplicadas según sea lo adecuado para los pacientes con dificultades respiratorias, como se pudo demostrar en la encuesta aplicada.

Por otra parte, Lyon (2004). en su estudio titulado la "Conferencia de Consenso de Fisioterapia Respiratoria" con base a investigaciones desarrolladas en España y en los países de la Comunidad Europea. Teniendo en cuenta las conclusiones de este consenso, las técnicas de desobstrucción bronquial se clasifican según su mecanismo de acción. Esto permitió observar una evolución importante en cuanto a la cantidad y diversificación de las técnicas utilizadas en la desobstrucción bronquial, que cambian los esquemas hasta ahora establecidos,

Por lo que se puede inferir que dependiendo de los diferentes tipos de fisioterapias aplicadas según sea el caso o paciente se podrá lograr obtener una mejoría o disminución del riesgo de obstrucción respiratoria, entendiendo que el

personal de enfermería debe tener amplio conocimiento con respecto a estas dado que es este profesional quien las aplica.

Al respecto Apolinario (2002). En su trabajo especial capitulado, “Conocimiento y práctica que tienen las enfermeras sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la unidad de cuidados intermedios del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima Perú Donde señala la aplicación del proceso de atención de enfermería en la permeabilización de las vías aéreas en pacientes La población la conformaron 27 enfermeras entre Licenciadas, Técnicos Superiores, Auxiliares. Se aplicó un muestreo probabilístico aleatorio quedando la muestra representada por 13 enfermeras entre Licenciadas, Técnicos y Auxiliares.

Con respecto, a los datos utilizando el instrumento entrevista Tipo Cuestionario estructurado en 20 preguntas de selección única. Una vez analizados los datos se concluyó que en la Etapa de Valoración el 62% no la aplican en la Etapa de Valoración, el 62% no la aplican correctamente y 38% si la aplican correctamente; así mismo en la Fase de Planificación el 41% no la aplica correctamente y el 59% si la aplican correctamente; en cuanto a la Ejecución el 44% no la aplican correctamente. Por otro lado en la Etapa de Evaluación el 58% no la aplica correctamente y el 42% si lo aplican correctamente.

Por último referente a los aspectos éticos el 50% si lo aplican y el 50% no la aplican. Por lo antes descrito se puede decir que del 100% de la muestra el 51% no aplican correctamente el proceso de atención de enfermería y el 49% si lo aplican.

Es importante destacar que los estudios antes mencionados demuestran la importancia de la aplicación de las terapias respiratorias, las mismas son aplicadas por el personal de enfermería que conformaron las distintas poblaciones o muestras razones de estudios de estos investigadores que le permitieron concluir en porcentaje

que este personal conoce y aplica dichas terapias, pero existe un porcentaje que posee desconocimiento o no aplica las mismas.

De allí que guardan relación con la presente investigación dado que la problemática de los estudios anteriores se refiere a las terapias respiratorias aplicadas por el personal de enfermería y el presente estudio favorecer o incrementar el conocimiento del personal de enfermería que labora en el Área de Emergencia de Adulto del Hospital Central de Maracay a través de la implementación de un plan educativo sustentado en investigaciones similares.

Bases Teóricas

Según Fidias. (2003) refieren que esta comprende un conjunto de conceptos y propósitos que constituyen un punto de vista o enfoque determinado dirigido a explicar el fenómeno o problema planteado. Por lo que esta sección puede dividirse en función de los tópicos que integran la temática a tratar o de las variables que serán analizadas.

Por lo tanto, se puede inferir que las bases teóricas son diferentes definiciones de autores sobre el tema o fenómeno razón de estudio visto, desde diferentes perspectivas que así lo explican o analizan. A continuación se presentan definiciones o conceptos relacionados a la fisioterapia respiratoria.

Fisioterapias respiratorias

Según Andrade, (2004). Es un conjunto de técnicas físicas manuales o instrumentales, que se aplican al paciente para prevenir, curar y/o estabilizar patologías que afectan al Sistema Respiratorio (p 35).

De tal manera se entiende que, son técnicas que permiten una limpieza a nivel de las vías respiratorias ya sean superiores o inferiores en pacientes que así lo amerites dependiendo de su condición respiratoria.

Además, Bkoizer, (2000). Refiere que son procedimientos físicos utilizados en el tratamiento de pacientes con una incapacidad, enfermedad, ó lesión del aparato respiratorio, con el fin de alcanzar y mantener la rehabilitación funcional y evitar una disfunción (p 320).

Objetivo

El mismo autor, señala que es para conseguir una relación ventilación/perfusión eficaz, por medios físicos. Fomentar la eliminación de las secreciones respiratorias evitando su acumulo. Se intentará que por medio de la auscultación pulmonar se realice la técnica más adecuada para rehabilitar la función pulmonar y prevenir complicaciones.

1. Enseñar a respirar al enfermo de forma que aproveche al máximo la capacidad de sus pulmones.
2. Favorecer el drenaje de las secreciones bronquiales, como instrumento de lucha contra la obstrucción respiratoria y contra la infección.
3. Disminución del atrapamiento aéreo y los niveles de CO₂ en sangre mediante los ejercicios respiratorios
4. Prevenir disfunciones respiratorias.
5. Restituir el desarrollo y mantenimiento óptimo de la función pulmonar.
6. Mejorar la calidad de vida del paciente.

Técnicas de fisioterapia respiratoria

Bkoizer, (2000). “Hace referencia que dentro de estas técnicas las mas convencionales y usadas en fisioterapia del tórax tradicionalmente incluye la percusión, vibración y drenaje postural. Las compresiones torácicas, técnica de espiración forzada y tos asistida”(p 801).

Las técnicas manuales que utilizan flujos espiratorios lentos para facilitar la eliminación de las secreciones fueron desarrolladas por fisioterapeutas europeos, apenas están siendo divulgadas en nuestro medio, entre estas técnicas la espiración lenta con glotis abierta en decúbito infralateral, aumento del flujo espiratorio, drenaje autógena, espiración lenta prolongada. Pese a su popularidad en los países europeos, en el medio son pocos los fisioterapeutas que las usan.

Las técnicas instrumentales utilizadas en la desobstrucción bronquial son el flutter, la máscara, pero tal vez debido al alto costo y poca comercialización que son poco utilizados en el medio.

Para la realización de estas técnica son necesarias dos personas, Enfermería (el que realiza la técnica) y un Auxiliar de Enfermería (quien ayuda a la realización de la técnica).

Material utilizado en la fisioterapia respiratoria.

Sistema de aspiración:

Sistema de vacío (centralizado ó no centralizado).

Manómetro de vacío para el control de presión.

Tubo bulbo

Colector de secreciones.

Colector con solución de limpieza del sistema.

Conexión con control de succión.

Sondas de aspiración de Levin (con o sin control de succión) con el nº C adecuado a cada situación:

Sondas de aspiración de Levin [5-7] con control de succión. Se utilizan en prematuros y/o RN.

Sondas de aspiración de Levin [8-12] sin control de succión. Se utilizan desde lactantes a niños escolares.

Guantes estériles

Guantes de un solo uso.

Solución fluidificante (generalmente suero fisiológico).

Sin tubo endotraqueal.- (Aspiración oronasofaríngea)

Esta técnica no tiene porqué ser aséptica. Se puede hacer con guantes de un solo uso.

Se toma la sonda con la mano diestra y el macarrón con el control de succión en la mano siniestra.

Se introduce la sonda apropiada por la boca hasta llegar a aproximadamente a la parte posterior de la faringe (sin aspirar).

Se aspira intermitentemente (con el control de succión) retirando la sonda con suavidad.

Se introduce solución de lavado por boca aproximadamente 0,5 cc.

Se introduce la sonda por ambas fosas nasales, rebasando las coanas (sin aspirar) y posteriormente se retira la sonda suavemente con aspiraciones intermitentes.

Una vez concluida la técnica comprobamos que los movimientos respiratorios son normales y no comprometen la ventilación de nuestro paciente.

Técnicas de aplicación con tubo endotraqueal.- Aspiración endotraqueal

Se pide colaboración de un compañero.

Es una técnica que se debe de realizar de una manera aséptica.

Colocación de guantes estériles. Como mínimo la mano diestra (la que introduce la sonda de aspiración).

La mano siniestra será la encargada de controlar la succión.

Se introduce la solución fluidificante (generalmente suero fisiológico). Aproximadamente 0,2 cc./Kg. de peso.

Se desconecta el tubo endotraqueal del sistema de ventilación asistida, se introduce la sonda de aspiración apropiada por la luz del tubo endotraqueal hasta que llegue a un tope (generalmente de 2 a 4 mm. por debajo de la punta del tubo endotraqueal, lo ideal sería medir el tubo e introducir la sonda de aspiración hasta la punta del tubo endotraqueal para prevenir lesiones de la mucosa bronquial), sin aspirar, una vez hecho el tope se succiona intermitentemente girando la sonda suavemente sobre si y retirándola suavemente a lo largo del tubo endotraqueal, posteriormente se conecta el tubo endotraqueal al sistema de ventilación asistida. Esta maniobra no debe de rebasar los 10 segundos de desconexión de tubo endotraqueal del sistema de ventilación asistida. A ser posible se debe de utilizar un sistema que permita el tiempo mínimo de desconexión del paciente al sistema de ventilación asistida.

Ejercicios respiratorios

Enseñar al paciente a respirar de forma que aproveche al máximo la capacidad de sus pulmones.

Disminuir el atrapamiento aéreo y para descender los niveles de CO₂ en sangre

Enseñar al paciente a disminuir la frecuencia respiratoria y a respirar despacio y rítmicamente.

Tipo de ejercicios

1. Aumentar la relación inspiración espiración.

De forma que la espiración sea el doble de la inspiración.

2. La respiración con los labios fruncidos.

Este tipo de respiración prolonga la exhalación, esto puede ayudar a prevenir el colapso bronquiolar y el atrapamiento de aire.

3. La postura de inclinación hacia delante entre 30-40 grados.

El diafragma no puede colaborar en la espiración en estos pacientes, en cambio la inclinación hacia delante permite que salga mas aire de los pulmones durante la espiración. En esta postura el paciente no puede usar los músculos accesorios de la respiración y mejora la acción de elevación del diafragma.

4. Respiración abdominal o diafragmática.

Mejora la eficacia respiratoria de las personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) porque ayuda al paciente a elevar el diafragma. Este tipo de respiración incrementa la expansión pulmonar.

5. Respiración profunda y tos.

Indicadas para pacientes con restricción de la expansión torácica (pacientes con EPOC), y los que se recuperan de una intervención quirúrgica de cirugía torácica y cirugía abdominal. Comprenden los siguientes ejercicios:

a. Ejercicios de expansión apical: Colocar las manos por debajo de ambas clavículas del paciente y ejercer presión moderada, se instruye al paciente para que se concentre

para expandir la parte superior del tórax. Esto ayuda a airear los arcos apicales de los lóbulos superiores de los pulmones y por tanto, a reexpandir el tejido pulmonar y movilizar secreciones para favorecer la eliminación eficaz. La expiración se realizará de forma suave con los labios fruncidos, intentando expulsar todo el aire, posteriormente se le estimulará al paciente para que tosa.

b. Ejercicios de expansión basal: El paciente en posición Fowler o semi Fowler. Se colocan las palmas de la mano en el área inferior de las costillas, sobre la línea media axilar y se ejerce presión moderada. Se le instruye al paciente, para que se concentre en expandir en la parte inferior torácica durante la inspiración, y luego expandir despacio y suave con los labios fruncidos hasta expulsar todo el aire, posteriormente se le estimulará al paciente para que tosa.

Técnica de insuflación pulmonar

Según Grupo Océano, (2002). Esta técnica se realiza a través de una serie de aparatos con la función de procurar una inhalación máxima prolongada, consiguiendo que se expandan los alvéolos y ayuda a limpiar de mucosidades los conductos respiratorios.

Finalidad:

Mejora la ventilación pulmonar.

Desprender de secreciones respiratorias.

Favorece el intercambio gaseoso.

Expandir los alvéolos colapsados.

Técnicas para favorecer la eliminación de secreciones

Estas acciones están encaminadas a evitar la obstrucción respiratoria producida por las propias secreciones bronquiales y la infección del moco, situación que agravaría el estado respiratorio del enfermo.

El drenaje de secreciones puede realizarse de forma postural o por medio de técnicas de percusión y vibración.

Preparación del paciente:

Informar al paciente sobre el procedimiento y la duración del mismo.

Solicitar la colaboración del paciente

Colocar al paciente de forma, que pueda en posición vertical el lóbulo pulmonar sobrecargado de mucosidades y la gravedad favorezca la evacuación de secreciones.

Las posiciones que debe adoptar el paciente estarán en relación con su estado, diagnóstico y localización pulmonar del proceso.

Drenaje postural.

El drenaje se consigue colocando a los pacientes en diferentes posiciones de drenaje postural. El tratamiento viene enfocado a drenar áreas específicas del pulmón.

Bkoizer, (2000). El drenaje postural con clapping y vibraciones es una técnica usada para combinar la fuerza de la gravedad con la actividad bronquial natural de los bronquiolos para impulsar las secreciones hacia los bronquios principales y la traquea, de este modo el paciente puede expectorar mas fácilmente mediante la tos (p 806).

Las posturas que facilitan el drenaje postural, no son siempre bien toleradas. Hay que tener cuidado de no agotar al paciente por lo que es preciso planificarlas adecuadamente. Drenaje postural: Esta técnica se relaciona con los cambios de

posición del paciente asociado al drenaje o evacuación de secreciones bronquiales.

Aprovecha la verticalización de los conductos bronquiales con el objetivo de evacuar aprovechando la fuerza de gravedad, las secreciones contenidas dentro del tracto respiratorio ya sea en uno o varios segmentos de éste

Drenaje autógeno(DA)

Aceleración de flujo espiratorio: Puede ser asistida o provocada como sucede en los niños o dirigida como pasa en los adultos.

El drenaje postural esta contraindicado en algunas personas a causa de enfermedad cardiaca, hipertensión, hipertensión intracraneal o edad avanzada.

Clapping

Se realiza sobre el área que hay que drenar, se golpea la pared torácica desde la zona diafragmática a la clavicular, colocando las palmas de las manos huecas y percutiendo. El movimiento de la mano se debe imprimir a partir de la muñeca y no del codo, Estas maniobras ayudan a desprender las secreciones y a estimular la tos.

Después de realizar el clapping durante aproximadamente un minuto, se instruye al paciente para que respire profundamente y espire prolongadamente hasta que se quede sin aire, después de esta espiración forzada se le estimula al paciente a toser.

El clapping esta contraindicada en pacientes con neumotórax, tuberculosis, absceso pulmonar embolia pulmonar, hemorragia, exarcebación de broncoespasmo, dolor torácico agudo y sobre zonas de carcinoma resecante.

Brunner, (2002). Esta técnica se realiza al enfermo en situación de drenaje postural y contribuye a la movilización mas rápida del moco, con lo que favorece la expectoración (p 523).

Vibraciones

Grupo Océano, (2002). Se aplica compresión y vibración en la pared torácica durante la espiración. Se puede realizar con el paciente en posición de drenaje postural. Se realiza durante la exhalación, tensando los músculos de los brazos y manos y utilizando las palmas para hacer vibrar la pared torácica. Interrumpir la vibración durante la inhalación. Después de cada vibración animar la paciente a toser y expectorar las secreciones (p.933)

Técnicas que utilizan las ondas de choque: Vibración, percusión, flutter.

La vibración: Es un fenómeno de ondas de presión aplicadas al aparato respiratorio con una finalidad diagnóstica o terapéutica

Las vibraciones realizadas con fines terapéuticos tienen como objetivo mejorar el aclaramiento de las secreciones bronquiales. Según el tipo, las vibraciones pueden clasificarse en: periódicas o aperiódicas; según el origen, en manuales e instrumentales y según la vía de inducción en: oronasales y parietales.

La acción de las vibraciones depende de su amplitud, frecuencia, transmisión y absorción. Encontramos también otra clasificación de: Vibraciones manuales y mecánicas.

La percusión: Es una técnica en fisioterapia de tórax con el objetivo de ayudar a desprender las secreciones bronquiales. A nivel periférico aumenta la contractilidad y el tono muscular, disminuye la excitabilidad de las terminaciones nerviosas y aumenta la circulación sanguínea

Flutter: Es un aparato compuesto por boquilla, embudo circular, una bola de acero inoxidable y el capuchón amovible perforado. Trabaja con presión positiva al final de la espiración mas oscilaciones de alta frecuencia, se generan entonces impulsos endobronquiales de presión positiva y los débitos de aire espirado. Este mecanismo permite dilatar los bronquios incluso en sus estructuras mas finas, se inhibe el colapso bronquial y se moviliza el tapón mucoso.

Técnicas que utilizan la compresión del gas: Tos dirigida, presiones torácicas y abdominales, técnica de espiración forzada, Técnicas espiratoria lenta con glotis abierta en decúbito infralateral

Espiración forzada (tos forzada).

Bkoizer, (2000). “Esta técnica es una maniobra de limpieza bronquial convenientemente en las secreciones que se encuentran proximales a la tráquea, ya que ésta puede generar colapso bronquial” (p 944).

Se puede utilizar para enseñar al paciente a toser. Esta maniobra estimula activamente el reflejo de la tos. Consiste en efectuar una respiración forzada y estimular al paciente para que tosa, tras una inspiración profunda. Esta técnica favorece la movilización de secreciones a través de la tos.

Movilizaciones costales: El fisioterapeuta coloca las manos dirigidas hacia la línea media y cuando el paciente está en la fase final de la espiración, se ejerce una presión forzada hasta el momento antes de que inicie nuevamente la inspiración.

Técnica de espiración forzada

Se aplica en el tiempo espiratorio del paciente donde el fisioterapeuta realiza una presión en la pared costal anterolateral, superando el movimiento natural de la caja torácica en la espiración espontánea.

Drenaje autogeno: es otra de las técnicas que utiliza la compresión de gas. Esta maniobra actúa modificando la velocidad y las características del flujo espiratorio, lo que aumenta la interrelación gas líquido, consiguiendo movilizar las secreciones periféricas.

Técnicas que utilizan la presión positiva en la vía aérea : Presión espiratoria positiva, Presión positiva continua en la vía aérea

Ventilación con Presión Positiva al Final de la espiración: Es una técnica que recurre a la utilización de frenos espiratorios de diversos tipos, fisiológicos o mecánicos. Persigue varios objetivos que son: mejorar el intercambio gaseoso, favorecer el aclaramiento mucociliar y distribuir un aerosol terapéutico en las vías respiratorias.

El conjunto de técnicas físicas manuales o instrumentales, que se aplican al paciente para prevenir, curar y/o estabilizar patologías que afectan al sistema respiratorio tienen tres grandes objetivos:

Prevenir disfunciones respiratorias.

Restituir el desarrollo y mantenimiento óptimo de la función pulmonar.

Mejorar la calidad de vida del paciente.

Percusión.- Acción mecánica sobre la pared torácica, transmitiendo un impulso de transmisión sonora, cuyo efecto consiste en la movilización de las secreciones del árbol bronquial. Esta ha de ser más duradera en tiempo cuanto más distal sea el acumulo de secreciones del árbol bronquial principal. El material utilizado es: dedos, manos en posición ahuecadas, percutores electrónicos (cepillos de dientes, rotores de percusión, etc.), percutores mecánicos (mascarillas, utensilios ahuecados

flexibles, etc.) y aerosoles ultrasónicos (por excitabilidad de las partículas inhaladas).

Tos.- Mecanismo fisiológico por excelencia para la expulsión de las secreciones bronquiales sobrantes, en ocasiones el paciente tiene el reflejo de la tos abolido debido a su patología, lo que nos obliga a su estimulación, esto se consigue, si el paciente colabora, invitándole a que realice inspiraciones profundas y si no colabora se realiza por medio de estímulos externos (suero salino, sondajes, etc.).

Analgesia.- Se utiliza principalmente en aquellos casos en que existe una contractura muscular y postural de la pared torácica, debido a intervenciones torácicas y/o abdominales. Para ello administramos drogas prescritas.

Aspiración de secreciones del árbol bronquial.- Se utiliza para el drenaje de secreciones del árbol bronquial principal. Para ello utilizamos sondas específicas conectadas a un sistema de vacío que genera una acción mecánica de succión sobre el árbol bronquial principal.

Lavado bronquial.- Consistente en administrar una sustancia líquida en el árbol bronquial principal (suero fisiológico, “Mucofluid”, etc.), para conseguir una fluidificación de las secreciones bronquiales.

Contraindicaciones.

La fisioterapia respiratoria debe de ser realizada con cautela ó incluso contraindicada en los siguientes casos:

Pacientes con coagulopatias.

Estado asmático.

Estado epiléptico.

Post operado de cirugía craneo-encefálica.

Sistema osteoarticular debilitado con riesgo de fracturas.

Fractura de costillas.

Aumento de la presión intracraaneal.

Para la planificación de los cuidados de los pacientes con problemas respiratorios reales o potenciales se deben tener en cuenta los siguientes puntos para facilitar la ventilación pulmonar:

Comprobar que las vías aéreas no estén obstruidas.

Colocar al paciente en una posición correcta.

Cambios posturales y deambulación.

Realizar fisioterapia respiratoria y estimulación de la tos.

Aspiración de secreciones.

Técnica de insuflación pulmonar.

Adecuada hidratación.

Síntomas guías que pueden indicar afección del Sistema Respiratorio

1.- Disnea:

Sensación consciente de necesidad de respirar.

Grados:

I.- Disnea ante grandes esfuerzos.

II.- Disnea ante medianos esfuerzos.

III.- Disnea ante pequeños esfuerzos.

IV.- Disnea en reposo.

2.- Tos: Expulsión súbita y ruidosa , más o menos violenta y repetida, de aire de los pulmones.

Tipos de tos

Seca: no va acompañada de expectoración. Puede ser producida por ciertos medicamentos.

Húmeda: acompañada de expectoración como en las bronquiectasias (dilatación e irritación anormal del bronquio o grupos bronquiales)

Coqueluchoide: tos convulsiva (ej: tosferina).

Perruna: la que semeja el ladrido de un perro (ej: traqueitis, inflamación de la traquea).

Bitonal: frecuente en adenopatías (enfermedad de los ganglios), y en afectaciones del nervio recurrente.

Emetizante: generalmente acompañada de vómitos (gastritis).

Nocturna: causada por hernia de hiato.

Refleja: la que reconoce como causa la irritación de un órgano lejano del aparato respiratorio.

3.- Expectoración:

Expulsión de material contenido en la vía aérea.

La expectoración normal es de 100cc al día.

4.- Hemoptisis:

Expulsión de sangre con la tos.

Causas:

Inflamatoria(tuberculosis)

Físicas (traumatismo)

Químicas (fármacos)

Tumorales.

5.- Cianosis:

Coloración azulada de labios y mucosas, debido a la oxigenación insuficiente de la sangre.

6.- Acropaquias:

Agrandamiento bulboso de la porción distal del dedo. Comúnmente llamados " dedos en palillo de tambor".

7.- Dolor torácico:

En este caso el tipo de dolor, su localización y su duración varía dependiendo de la afectación respiratoria.

Traqueotomía

Andrade, (2004). La práctica de la traqueotomía en situaciones de urgencia puede ser la única vía por donde se conseguirá ventilar a determinados pacientes. Para los enfermos ingresados en la emergencia de adulto, este procedimiento suele efectuarse de forma reglada, contando con un equipo quirúrgico que

se desplaza a la unidad para llevarlos a cabo o trasladando al paciente al quirófano(p228).

Entendiéndose como una alternativa ventilatoria que permite mejorar la condición respiratoria del paciente con patologías respiratorias agudas o graves que obstruyen el sistema respiratorio.

Traqueotomía en Pacientes Intubados

Es un procedimiento quirúrgico que consiste en el abordaje directo de la traquea del paciente, a partir de una incisión externa practicada en el cuello, en la cara anterior de los primeros anillos traqueales.

Su objetivo es abrir la vía aérea por debajo de las cuerdas vocales y aumentar una comunicación directa con el exterior por medio de la introducción de una cánula específica en la luz traqueal por donde se ventilará al paciente.

Indicaciones del Procedimiento

Mantener una vía respiratoria permeable si al paciente no se le puede practicar una intubación endotraqueal. Ello ocurre frente a procesos que bloquean la vía aérea tales como: edema de glotis, asentamiento de cuerpos extraños parálisis de las cuerdas vocales, tumoraciones, enfermos con alto grado de lesión de las vías aéreas altas originadas por traumatismo a dicho nivel, quemaduras por inhalación de humo, ingesta de cáusticos. En los dos últimos casos, practicar una intubación endotraqueal supondría una nueva agresión sobre la zona que mantienen irritada.

Como vía por lo que aspirar secreciones, es necesario en enfermos que por parálisis, dolor o pérdida de la fuerza se ahogarían en sus propias secreciones, si no se

sometieran a una aspiración fuerte y eficaz que le permita mejorar así su condición respiratoria.

En pacientes comatosos, con insuficiencia respiratoria, la traqueotomía les reduce el espacio muerto anatómico, mejorándoles (con aumento) el volumen respiratorio, y permite desconectarles del ventilador mecánico.

Para evitar las complicaciones de una intubación laríngea muy prolongada y en pacientes que necesitarán seguir unidos al respirador para seguir viviendo

Riesgos

Bkoizer, (2000). Señala que puede ser hemorragia por erosión de un vaso. Es muy grave la hemorragia por punción de la arteria innominada.

Complicaciones

Así mismo refiere el mismo autor que puede ser Enfisema subcutáneo o mediastínico.

Neumotórax, porque en la técnica se llega a la pleura apical, pudiendo acompañarse de colapso pulmonar.

Infección.

Herniación del manguito sobre los anillos traqueales, con la consiguiente inflamación, erosión y ulceración de la traquea. Estenosis, si se produce un crecimiento de tejido de granulación.

Fístula yatrógenas traqueoesofágica.

Estenosis traqueal debido a lesiones y ulceraciones.

Información al paciente y la Familia

Cuando el paciente va recuperando su estado de conciencia habitual, se verá muy raro y es muy probable que se deprima, porque ve en el procedimiento un retraso

en la evolución de su enfermedad. El equipo de enfermería, más que nunca, debe estar a su lado e informarle de que es un medio provisional de respiración, que va a seguir teniendo desconexiones del ventilador cuando su grado de insuficiencia vaya cediendo, que se le va a ir cerrando el estoma y que volverá a recuperar la voz.

Drenaje torácico

El objetivo del drenaje de torácico es conseguir la evacuación de una colección patológica alojada en la cavidad pleural, para recuperar la expansión pulmonar y evitar patologías secundarias, ya que pueden quedar afectadas estructuras de vital importancia, del sistema respiratorio y cardiovascular.

Puede tratarse de aire, en cuyo caso se habla de neumotórax, de pus o empiema; de sangre o hemotórax y haberse quedado acumulada por el impacto de un traumatismo directo o disperso sobre la pared torácica, o instaurarse como traumatismo yatrógeno, por ser una complicación de las técnicas quirúrgicas sobre el tórax y por el empleo de la ventilación mecánica.

En las Emergencias o unidades de cuidados, adquiere especial importancia un tipo de neumotórax, el neumotórax de tensión o barotrauma, por ser una patología de riesgo en el paciente intubado y sometido a la acción de un respirador. En ambos casos, la colección de aire en la cavidad pleural procede de la competencia entre la presión positiva que se le proporciona al paciente con el ventilador y la presión negativa que existe en las vías respiratorias del paciente.

Tipos de drenaje Torácico

Drenaje apical: es apical cuando el catéter se inserta en el 3° - 4° espacio intercostal, en la línea media clavicular. Es el tipo de drenaje más utilizado para evacuar un neumotórax.

Drenaje basal: es basal cuando el catéter se inserta en el 5° - 6° espacio intercostal, en la línea axilar media. Está indicado realizarlo cuando se trata de drenar líquido, sangre, pus, etc.

Drenajes mediastínicos y pleurales: en cirugía cardíaca, los drenajes son mediastínicos y pleurales. El primero se inserta en el pericardio y tiene como finalidad la extracción de sangre y coágulos residuales de la técnica quirúrgica, con el fin de evitar, entre otras complicaciones, el taponamiento cardíaco. el segundo se emplea en caso que se produzca rotura o desgarro de la pleura.

Métodos de Drenaje pleural

Los métodos de drenaje se efectúan mediante punción o toracocentesis o colocando una sonda torácica conectado a un sistema de drenaje cerrado, Pleur-evac y Buleau.

Pleur-evac

Brunner (2002). Es un dispositivo desechable, plastificado y de fácil manejo, formado por los siguientes elementos:

Una columna colectora graduada, donde se recoge el drenado a evacuar. Una segunda columna, con sello de agua y con una toma de aire. Esta debe conectarse a un sistema de vacío, para obtener la presión negativa (o aspiración) suficiente con que iniciar el burbujeo del agua en el control de succión, lo que nos indicará el funcionamiento del Pleur-evac, para poder extraer el drenado en la cavidad pleural del paciente.

Una tercera columna, que es el control de succión que debe llenarse con 20 cm. de agua para facilitar dicha función.

Bases de su Funcionamiento

La diferencia entre las columnas del sello de agua (2cm.) y la del control de succión (20cm. de agua), es la que genera la presión de aspiración del espacio pleural.

Conseguida la aspiración, ésta ejerce a su vez un grado determinado de tensión sobre un muelle, situado en la parte superior de la cámara. Esta tensión empuja un sello de caucho, lo que provoca el cierre de un orificio situado en la parte inferior de la cámara, evitando el paso del aire atmosférico al interior. Por ello se comprueba que este sistema de drenaje estará cerrado al medio ambiente.

Para facilitar la fluidez del drenado hacia la cámara correspondiente, el Pleur-evac debe mantenerse a un nivel más bajo del tórax del paciente.

Buleau

Es un recipiente desechable, plastificado y graduado, con capacidad de 2 litros.

Está expresamente indicado para el drenaje de neumotórax, ya que carece de cámara colectora.

Este recipiente tiene un tapón de plástico perforado, por donde se pasan tubos de cristal de diferente longitud.

El tubo más corto permanece conectado a un sistema de aspiración suave o al medio ambiente.

El tubo largo permanece por su extremo distal sumergido en el agua (2cm.) y por el extremo proximal conecta con la sonda torácica que se va a colocar al paciente.

Procedimiento: Inserción del Tubo de Torácico

Consiste en introducir un tubo de calibre adecuado en el espacio pleural, utilizando como vía de incisión practicada en el tórax del paciente.

Indicaciones del Procedimiento

Conseguir la extracción del contenido patológico acumulado en la cavidad pleural: aire (neumotórax), sangre (hemotórax), pus (empiema).

Riesgos

Someter al paciente a punciones repetidas.

Inadecuada colocación del tubo.

Protección y Seguridad del Profesional

Contagio de procesos infectocontagiosos en enfermos portadores, ya sea por inoculación traumática de los elementos de punción, por contacto directo con la sangre del paciente o por salpicaduras de la misma, en ojos y boca.

Complicaciones

Obstrucción del tubo torácico, si el contenido a drenar es líquido y denso.

Desplazamiento del mismo.

Cuidados de Enfermería respecto al Drenaje Torácico

Proceder al vaciado de los tubos de drenaje, porque las colecciones espesas y la presencia de coágulos obstruyen la evacuación del drenaje al exterior.

Comprobar el correcto encaje entre los tubos del circuito y las conexiones, si es necesario se colocaran abrazaderas.

Tener en cuenta que el circuito de drenaje no debe ser excesivamente largo ni demasiado corto. En el primer caso, para que no se acode o se pince, y en el segundo, para que no impida la movilización cómoda del paciente.

Evitar acomodamiento en las curas y cambios de apósitos entre el catéter (trocar, tubo de tórax) y sistema de drenaje, para no estancar el drenaje obstruyendo la salida del mismo.

Asimismo, comprobar que el tubo queda inmovilizado a pesar de someter al enfermo al cambio de cama, sesiones de fisioterapia respiratoria, controles radiológicos, etc.

Realizar la cura, con una correcta limpieza de arrastre y técnica estéril de rigor, para que la herida de incisión quirúrgica no sea puerta de entrada de gérmenes patógenos, bien directamente o por contaminación de zonas cutáneas próximas.

Si el drenado es líquido (drenaje tipo Buleau), conviene señalar en el recipiente el nivel de agua que alcanza, para poder contabilizar en el balance hidroelectrolítico y con exactitud las pérdidas por esta vía.

En el Pleur-evac se debe comprobar de forma periódica la cantidad correcta de agua en la columna de control de succión (recordar que la cantidad eran 20 cm. de agua) y de no ser así, reponerla, pues se evapora poco a poco y el descenso de la columna produce un descenso de la succión pleural, disminuyendo o anulando la capacidad de aspirar el contenido patológico de la cavidad pleural.

Si la colección a drenar es aire, observar la presencia de burbujeo en el recipiente colector, oscilante con los movimientos respiratorios del paciente. La

ausencia de burbujeo puede indicar que el tubo se haya desplazado del lugar original o que haya desaparecido el neumotórax.

Teoría de Enfermería (Faye Glenn Abdellah)

Según Tomey, (2001). Esta teoría se basa en el método de resolución de problemas que ha tenido un gran impacto en el desarrollo del plan estudios de enfermería. La resolución de los problemas es el vehículo para la definición de los problemas de enfermería en el proceso de curación de un paciente.

Refiere, Wesly (2001), que Abdellah señalaba que para la resolución de problemas el investigador identifica los problemas evidentes y latentes e interpreta, analiza y selecciona la forma adecuada de actuar para resolver estos problemas. Esta teoría hacemos hincapié en la enfermera que en el cliente, de acuerdo a ella una enfermera debe ser capaz de resolver los problemas para prestar el mejor cuidado profesional.

Así mismo, Abdellah se refiere a la enfermería como:

1. Es una profesión de ayuda
2. Es un servicio completo que combina arte y ciencia
3. Realiza actividades para o por el cliente o proporciona información que le ayuda a satisfacer las necesidades de este, mejora o restaura la capacidad de autoayuda o alivia una afección
4. Utiliza el proceso de enfermería, un enfoque de resolución de problemas.

Problemas de Enfermería de Abdellah

Entre los cuales se refiere a los 21 problemas que puede afectar a los pacientes que se encuentren bajo los cuidados, para lo cual se tomaran los relacionados a las condiciones respiratoria de los pacientes razón de estudio

- 1) Higiene adecuado y comodidad física
- 2) Actividad óptima: ejercicio, descanso y sueño
- 3) Seguridad: prevención de accidentes, lesiones y otros traumatismos, y prevención de la propagación de infecciones.
- 4) Aporte de oxígeno adecuado para todas las células del organismo.
- 5) Equilibrio de líquido y electrolitos.
- 6) Mecanismos y funciones de regulación.
- 7) Entorno terapéutico.

Bases Legales

La fundamentación legal que se utilizo para la realización de esta investigación fueron:

La Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela (1999)

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (1987)

Ley Orgánica del Ejercicio de Enfermería (2005)

Código Deontológico de la Profesional de Enfermería (2000)

En tal sentido la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, (1999). En el capítulo V de los derechos sociales de la familias en sus artículos 83, 84, y 85 refiere:

Artículo 83: La salud e un derecho fundamental, obligación del estado, que lo garantiza como parte del derecho a la vida, el estado promoverá y desarrollará

políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar en su promoción y defensa y el cumplimiento con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la república.

Artículo 84: para garantizar el derecho a la salud, el estado creará, ejercerá la rectoría y gestionara un sistema publico nacional de salud de carácter intersectorial, descentralizado y de participativo, integrado al sistema de seguridad social regidos por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, interacción social y solidaridad. En el sistema publico de salud dará prioridad a la promoción y rehabilitación de calidad.

Artículo 85: el financiamiento del sistema publico de salud es obligación de el estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente financiera que determine la ley. El estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria.

De allí que, los artículos antes expuestos refieren que es obligación del estado Venezolano la garantía de la salud, que este a su vez debe promover y desarrollar políticas acordes a incrementar la calidad de vida. Entendiendo que dicho servicio debe ser gratuito sin fines de lucros, de forma obligatorio en la prestación de dicha salud.

De la misma forma, el Congreso de la República Bolivariana de Venezuela decreto: La Ley Orgánica del sistema Nacional de Salud.(1999). En su titulo I de las disposiciones generales

Artículo 3: el sistema nacional de salud garantizará la protección de la salud a todos los habitantes del país sin ninguna discriminación de ninguna naturaleza.

Artículo 4: El objetivo del sistema nacional de salud es la prestación de servicios en atención a la salud encaminados no solo a procurar la ausencia de la enfermedad sino a promover el mayor bienestar físico, mental y social de los habitantes del país.

Así que, estos artículos refieren que el sistema nacional de salud tienen por objeto garantizar y proteger a los individuos de este país, promoviendo el mejor bienestar físico, mental y social de todos los habitantes.

En otro orden de ideas, el código deontológico de enfermería (2000), en su título II capítulo II de los deberes generales de los profesionales de enfermería en sus artículos 3, 4, 11 y en su título IV, capítulo XI del ejercicio institucional de la profesión de enfermería y de los deberes del profesional en materia de enfermería en su artículo 64 que señalan lo siguiente:

Artículo 3: Los profesionales de enfermería deben mantenerse permanentemente actualizados mediante asistencia: a jornadas, talleres, seminarios y congresos.

Artículo 4: Los profesionales de enfermería deben cumplir sus funciones con elevado espíritu de responsabilidad tomando en cuenta lo especificado en el código deontológico de enfermería.

Artículo 11: El deber de los profesionales de enfermería es: aliviar el sufrimiento humano, esta notable acción no admite discriminaciones personales, colectivas, religiosas o políticas.

Artículo 64: El profesional de enfermería coordinara y cooperara con el resto del equipo de salud en beneficio del individuo, familia y comunidad basándose en el respeto mutuo y en la delimitación de sus funciones.

Así mismo la ley orgánica del Ejercicio Profesional de la enfermería (2005). Refiere en el Capitulo IV de los deberes y derechos de los o las profesionales de la Enfermería, su artículo 13 parágrafos 3 y 7

Parágrafo 3: Es deber del profesional de la Enfermería actuar en forma acorde con las circunstancias y los conocimientos científicos que posea los enfermos o las enfermas en estado de inconciencia y de urgencia de la salud que puedan constituir evidente peligro para la vida de estos.

Parágrafo 7: Es deber y derecho del profesional de la Enfermería mantenerse actualizado con relación a los avances científicos, vinculados con el ejercicio profesional de la enfermería

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este contexto, se hace referencia a la metodología lógica y científica utilizada para dar descripción de cómo se realizó la investigación, de la misma forma para que reúna las condiciones de fiabilidad, objetividad y validez de los resultados obtenidos y las evidencias significativas encontradas con relación al problema investigado y los objetivos específicos de este estudio, además de presentar el análisis de los resultados que permiten sustentar el diagnóstico de la problemática existente en el sitio de estudio.

Según el Manual de la Universidad Experimental Libertador, UPEL (2003), señala que marco metodológicos

“Es aquel donde se describen los métodos, técnicas y procedimientos aplicados de modo que el lector pueda tener una visión clara de lo que se hizo, porque y como se hizo. Además debe mencionarse por que se utilizo dicha metodología, su adecuación al problema en estudio y sus limitaciones” (p. 16)

Diseño de la Investigación

El presente estudio se implementó mediante el diseño de investigación de tipo no experimental de campo, con una línea descriptiva, además de una modalidad de proyecto factible, enmarcada en el área asistencial, donde se estudió una población o universo específico de la cual se extrajo una muestra a la cual luego se le aplico las técnicas de recolección de datos (instrumentos de estudio), los mismos permitieron sustentar la problemática existente o fenómeno de estudio que se pudo diagnosticar.

Tipo de investigación

En consecuencia el presente estudio se considera como un diseño de campo porque fue necesario acudir al lugar donde se produjo el fenómeno objeto de estudio para recolectar los datos de primera fuente sin manipular las variables y ni sesgar la información, el cual:

Es definido en el Manual de la Universidad Experimental Libertador, UPEL (2003), como “El análisis sistemático de problemas con el propósito de describirlos explicar sus causas y efectos, entender su naturaleza y factores constituyentes o predecir su ocurrencia. Los datos son recogidos en forma directa de la realidad” (p.17)

Al respecto, Pineda, A y Canales, (2003), lo define como “La base y punto de inicio de otros tipos son aquellas que están dirigidas a determinar como es o como está la situación de las variables que se estudian en la población” (p. 82)

En este caso, es porque el investigador se traslado al Hospital Central de Maracay del Estado Aragua, para hacer una descripción detallada de la situación correspondientes a las fisioterapias respiratorias aplicadas por el personal de enfermería que labora en el área de emergencia de adulto de este centro asistencial sin alterar o manipular dicha información.

De allí que, se ajusta a las pautas de un propuesta factible por cuanto fue necesario el diseño de un plan educativo para la actualización en fisioterapias respiratorias aplicadas por el personal de enfermería que labora en el área de emergencia de adulto del Hospital Central de Maracay del Estado Aragua.

En este sentido, la UPEL, (2003) define el proyecto factible como: “aquel que consiste en la investigación, elaboración y

desarrollo de una propuesta, de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales. Puede referirse a la formulación de políticas, programas, tecnologías, métodos o proceso; el proyecto debe tener apoyo en una investigación tipo documental de campo o un diseño que incluya ambas modalidades” (p24)

Pro lo que en el presente estudio se realizó una propuesta de un plan educativo de actualización sobre maniobras respiratorias dirigido al personal de enfermería que labora en el área de la emergencia del H.C.M, como una solución a una problemática existente, el cual contiene una serie de contenidos, estrategias, recursos y cronogramas de aplicación de los planes educativos

Área de investigación

Que según, el manual de elaboración de trabajo especial de grado del IUTEPAL, (2003) “esta en función de la especialidad y de la temática en la cual se enmarca el estudio, así mismo se hace referencia al área específica en el cual se esta realizando el estudio”(p. 26)

Por lo tanto, el área razón de estudio se encuentra estipulada como asistencial, específicamente a la Emergencia de Adulto del Hospital Central de Maracay, donde se prestan cuidados a las pacientes y/o usuarios que acuden con una condición de urgencia o emergencia en salud que ameritan la atención de un personal multidisciplinaria en salud.

Operacionalización de Variables

En este sentido, se hace referencia a las variables contenidas en los objetivos de la investigación, a las cuales se les realizo unas dimensiones referentes al tema en estudio, a su vez se subdividieron en los indicadores para poder medir y verificar la

veracidad de las mismas a través del instrumento aplicado a la población ración de estudio.

Según el IUTEPAL (2003) refiere que la variable es aquella cualidad susceptible de sufrir cambios, una vez identificado las variables se debe definir operacionalmente en función de sus dimensiones e indicadores. (p17)

Entendiendo por dimensiones según el mismo autor “Es el proceso de transformación de una variable en otras que tengan el mismo significado y que sean susceptibles a verificación empírica, así mismo constituyen un referente para establecer los indicadores”

Además según IUTEPAL (2003), los indicadores “Son hechos, elementos, situaciones, conductas, rasgos, acontecimientos, etc., muy específico que caracterizan o tipifican las variables y dimensiones que intervienen en un estudio determinado, permitiendo que la variable sean observables y medibles. Estos deben guardar estrecha relación con las preguntas del instrumento elaborado”(p17)

Cuadro 1

Operacionalización de Variables.

Objetivo General	Variable	Dimensiones	Indicadores	Instrumento	Ítems
Programa educativo de actualización sobre maniobras terapéuticas respiratorias aplicadas por el personal de enfermería que labora en el área de emergencia de Adulto del Hospital Central de Maracay Estado Aragua.	Maniobras terapéuticas respiratorias	Aspiración de gleras	Medidas de asepsia y antisepsia	Cuestionario dirigido al personal de Enfermería Guía de observación	1, 2, 3
		Oxigenoterapia	Equipo y manipulación		4, 5, 6, 7
		Drenaje postural	Posiciones		8, 9, 10, 11
		Percusión	Técnicas de aplicación		12, 13,14,15
		Traqueotomía	Técnicas y procedimientos		16, 17,18,19
	Personal de Enfermería	Intubación endotraqueal	Cuidados y limpieza bucal	20,21,22,23,24	
		Técnicas de barreras	Tipos y aplicación	25,26,27	
				28,29,30	
		Cuidados especiales	Indicaciones y contraindicaciones		

Población y Muestra

Población

Según Pineda, Alvarado y Canales (2004), lo definen como “El conjunto de individuos u objetos de los que se desea conocer algo en la investigación” (p. 84)

En el mismo orden de ideas, Mosby, (2002), refiere que es “Cualquier grupo en el cual se estudia características variable y de la cual se pueden extraer diversas muestras con fines estadísticos”(p. 606)

Por tanto, la población razón de este estudio estuvo conformada por el personal de enfermería que laboran en la atención directa al paciente en el área de emergencia de adulto del HCM, comprendido por dos (2) recursos humanos del área administrativa de enfermería y otro grupo de catorce (14) en atención directa, quedando conformada por dieciséis (16) personas del turno de 7/1 que representan el 100% de la población a estudiar.

Muestra

Según Pineda, Alvarado y Canales (2004), es “ un subconjunto o parte del universo de la población en que se llevara a cabo la investigación con el fin de generalizar los hallazgos del todo” (p. 85)

En consecuencia, la muestra para efecto de estudios quedó conformada por la totalidad de los sujetos que labora en el área de Emergencia de Adulto de este centro. Y de lo cual se tomará el 100% de la población; ósea (16) dieciséis personas en total para realizar las investigaciones, de tal manera que la muestra es el total de la población por lo tanto es de tipo censal.

En este sentido, refiere Ary y Otros (2003), que muestreo es “Un proceso utilizado para escoger y extraer una parte del universo o población de estudio con el fin de que represente al total” (p. 113).

Con este respecto se selecciona un tipo de muestreo acorde al presente estudio el cual fue de tipo censal dado a que la muestra es pequeña y por lo tanto se estudio el total de la misma

De allí que, el muestreo utilizado fue de tipo censal que según Rojas (2004), lo define como “Los datos se recogen entre una muestra de unidades que representan el universo, dado que la población es pequeña” (p. 90).

Queriendo con ello significar, que la población encuestada es el total de (16) personas, enfermeras que laboran en el área de atención directa y administrativo del servicio de emergencia de adultos del Hospital Central de Maracay Estado Aragua.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En cuanto a los instrumentos estos, son los medios que se emplean para recoger y almacenar la información como: (fichas, formato de cuestionario, guía de entrevista, lista de cotejo, grabadores, escala de actitudes u opiniones tipo Lickert o dicotomicas).

Refiere Fidiás y otro (2003). Que son “Las distintas formas o maneras de obtener la información”. Son ejemplos de técnicas, la observación directa, la encuesta en sus dos modalidades (entrevista o cuestionario), el análisis documental, el análisis de contenido, etc”. (p 24)

De allí que, para efectos de este estudio se tomo en cuenta el diseño de una encuesta u opinión tipo Dicotómica, con preguntas cerradas, es decir que la persona debe responder con un SI o NO, el mismo fue dirigido al personal de enfermería adscrito en el área de emergencia del Hospital Central de Maracay

Siendo esta referida por, Pineda y Canales (2004), como “ La que consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionado por ellos mismos, sobre opiniones, conocimientos, actitudes o sugerencias” (p. 86)

Según obra anterior citada, (2004). Cuestionario es “El método que utiliza el instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuesta sobre el problema en estudio y que el investigador o consultado llega por si mismo”.(p 86)

Cabe destacar que, se diseñaron dos (2) instrumentos de recolección de datos; uno dirigido al personal de enfermería conformado por (29) items con alternativas de respuesta correspondientes a la escala tipo Dicotómica (SI y NO), y un instrumento de observación con (13) ítems que permite al autor corroborar la información suministrada.

Presentación de Análisis de los Resultados

A continuación se presentan los resultados recabados de los instrumentos aplicados a las muestras o población razón de estudio. Los mismos fueron tabulados y presentados en cuadros y gráficos en función de porcentaje descriptivos de incidencia para ser comentados brevemente luego de su presentación, de manera que permitió sustentar el diagnostico de la problemática existente así como la aplicación de los planes que comprenden la propuesta del presente estudio.

Los cuadros presentan la información bien sea por ítem independientes que permiten correlacionar la información suministrada por el personal de enfermería a los cuales se les dio ponderación numérica que permiten graficar dicha información.

Cuadro 2

Aspiración de Gleras

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	37,5
No	10	62,5
Total	16	100

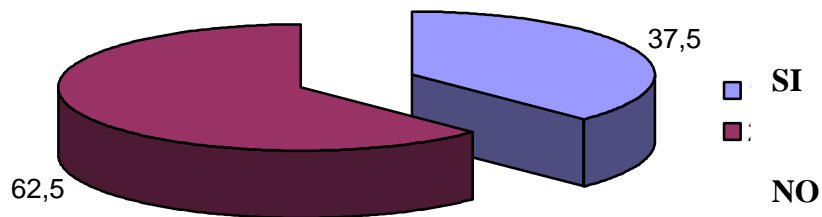


Grafico 1: Aspiración de Gleras

Es pues que, según como lo demuestra el cuadro 2 con un 62,5 % de respuestas negativas señalando que para la población encuestada, los cambios de sonda durante la aspiración de gleras no son tan necesaria, pero un 37, 5 % de la población encuestada refiere lo contrario, entendiendo con ello que existe una discrepancia en cuanto a el cambio de sonda, es importante resaltar que el mismo no es necesario realizarlo debido a que la aspiración de gleras no es una técnica estéril por lo cual sino se debe limpiar la sonda durante la aspiración. El gráfico 1 demuestra esta incidencia de la discrepancia en los conocimientos de las mismas.

Cuadro 3

Medidas de Asepsia y Antisepsia

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	100 %
No	0	0 %
Total	16	100 %

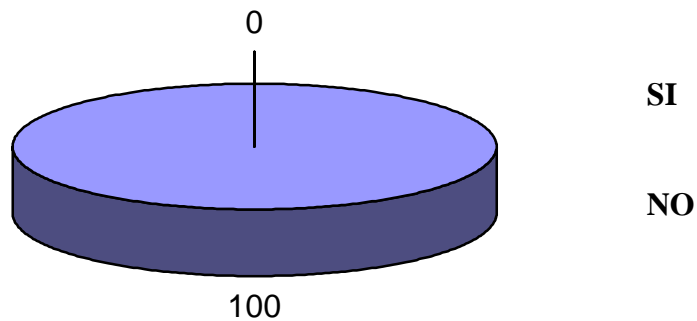


Grafico 2: Medidas de asepsia y antisepsia

En cuanto, al cuadro 3 se puede entender que un 100 % de respuestas afirmativas, demuestran que la población encuestada refieren que realizan limpieza del equipo necesario para las aspiraciones, entendiéndose con ello que el equipo debe limpiarse antes y después de utilizarlo. En el gráfico 2 se puede observar esta incidencia de respuestas afirmativas.

Cuadro 4

Disponibilidad de Equipos

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	87,5
No	2	12,5
Total	16	100

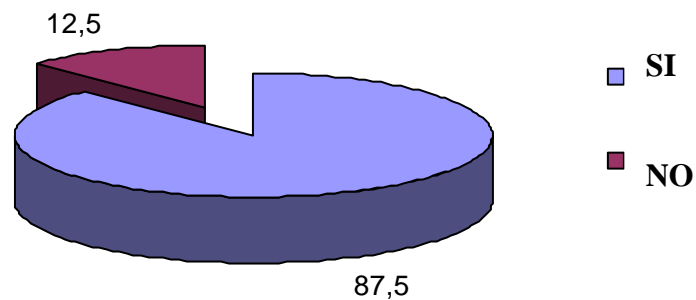


Gráfico 3: Disponibilidad de Equipos

Al respecto, al cuadro 4 los porcentajes, correspondientes a un 87,5 % refieren que el personal encuestado cuenta con los equipos necesarios para la realización de las aspiraciones bronquiales, pero un 12,5 %, demuestran que existe disconformidad en los equipos existentes, bien sea a la falta de algunos implementos como batas, gorros tapabocas entre otros, para la realización de las terapias respiratorias en momentos específicos. El gráfico 3 así lo señala las incidencias de respuestas.

Cuadro 5

Mascarillas para Oxigenoterapias

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	100
No	0	0
Total	16	100

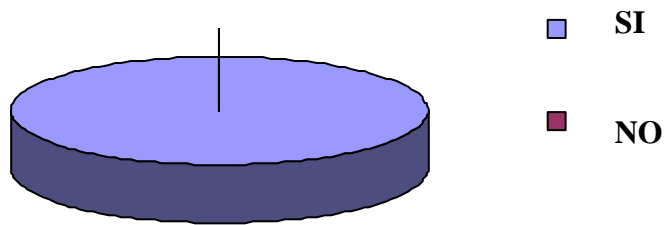


Gráfico 4: Mascarillas para Oxigenoterapias

Así mismo, en el cuadro 5 se puede inferir que el 100 % permite denotar que la población encuestada realizan oxigenoterapia utilizando una mascarilla por cada paciente evitando con ello cualquier riesgo de contaminación y/o contagio de alguna patología respiratoria en los pacientes que requieren dicha oxigenoterapia. El gráfico 4 señala este porcentaje obtenido.

Cuadro 6

Limpieza de los Equipos

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	62,5
No	6	37,5
Total	16	100

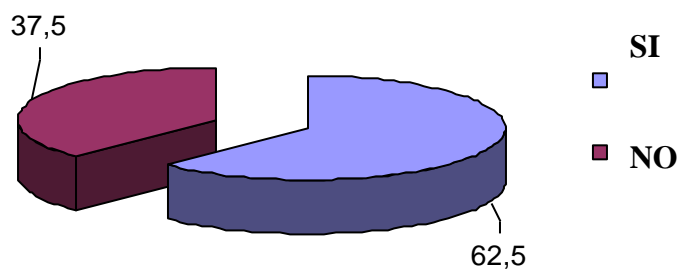


Gráfico 5 Limpieza de los Equipos

En el cuadro 6, se puede observar que un 62,5 % de los encuestados realizan limpieza de las mangueras con solución antiséptica o agua, pero un 37, %, permite señalar que existe discrepancia en dicha acción, dado a que la misma refirieron no realizar dicha acción. En el gráfico 5 se pudo observar dicho porcentaje en cuanto a la limpieza de las mangueras y los equipos

Cuadro 7

Oxigeno Húmedo

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	75
No	4	25
Total	16	100

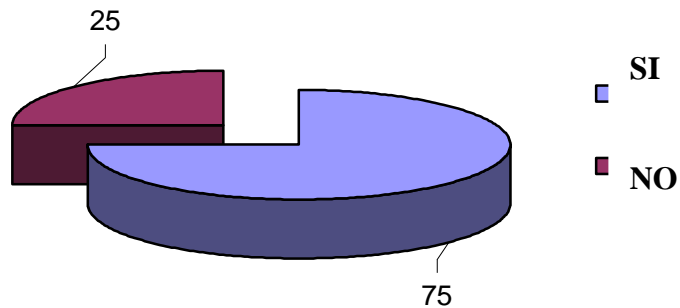


Gráfico 6: Oxigeno Húmedo

El cuadro 7 demuestra que un 75% de la población refirieron afirmativamente, mientras que un 25 % lo negaron, permite inferir que el personal carece de actualización en cuanto al cumplimiento de las técnicas para aplicación de oxígeno húmedo a los pacientes, dado a el mismo no se debe aplicar con solución por la presencia de sales que se pueden cristalizar dentro de los bronquios y así causar una mayor congestión respiratoria, el gráfico 6 antes expuesto se estipula dicha incidencia de desactualización.

Cuadro 8

Presión de Oxígeno

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	87,5
No	2	12,5
Total	16	100

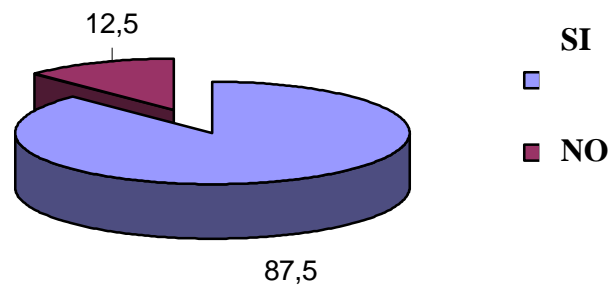


Gráfico 7: Presión de Oxígeno

El cuadro 8, permite señalar que un 87,5 %, la población encuestada refirió en cuanto a que la presión de oxígeno esta dada por la frecuencia respiratoria de los pacientes, pero un 12,5 %, negaron que a lo antes expuesto estuviera estipulado por las frecuencias respiratoria del paciente, entendiéndose con ello que no todo el personal así lo cree exacto, el gráfico 7 señala el porcentaje de discrepancia en cuanto a la presión de oxígeno.

Cuadro 9

Aplicación de drenaje Postural

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	62,5
No	6	37,5
Total	16	100

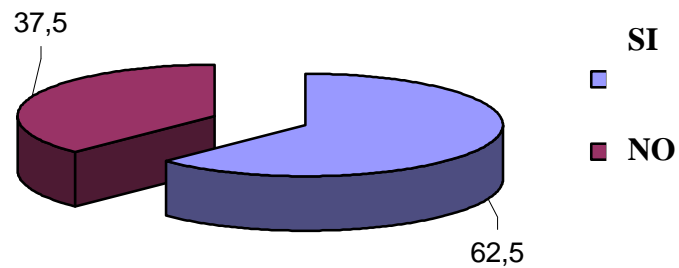


Gráfico: 8 Aplicación de Drenaje Postural

Con respecto al cuadro 9, se puede inferir que un 62,5 %, de la población encuestada señalan que se debe realizar un drenaje postural a un paciente politraumatizado, pero un 37,5 % de las mismas opinaron contrario a ellos, esto permite señalar que existe un desconocimiento en cuanto a la aplicación de los drenajes posturales en pacientes politraumatizados dado a que los mismos pueden ocasionarles mayor alteración al paciente, en el gráfico 8 se puede observar esta discrepancia en cuanto a la aplicación del drenaje postural.

Cuadro 10

Posición de Cubito Prono

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	37,5
No	10	62,5
Total	16	100

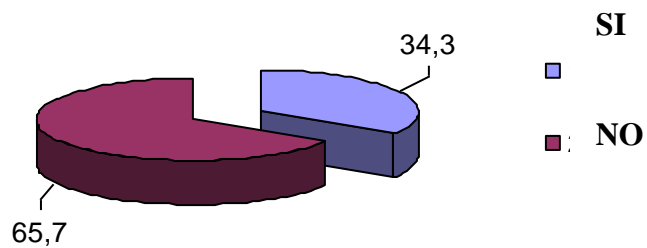


Gráfico 9: Posición de Cubito Prono

Con respecto al cuadro 10 se puede destacar que un 37,5 % de los entrevistados utilizan la posición de cubito prono para el drenaje postural pero un 62,5 % niega la utilización de esta postura, bien sea por pensar en que esta no este acorde o por carecer de información de la misma. El gráfico 9 hace referencia a esta incidencia de contradicción en cuanto a la postura de cubito prono para el drenaje postural

Cuadro 11

Posición de Cubito Supino

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	31,25
No	11	68,75
Total	16	100

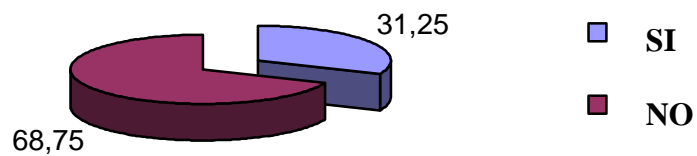


Gráfico 10: Posición de Cubito Supino

Además el cuadro 11 estipula que un 31,25% de los entrevistados afirman la utilización de la postura de cubito supino para el drenaje postural como una de las técnicas de fisioterapias respiratoria, pero el 68,75 % de los mismos refirieron no utilizar dicha postura demostrando así que el personal esta errado en cuanto a las posturas o posiciones que deben aplicarse para el drenaje de los lóbulos superiores de los pulmones. El gráfico 10 señala esta contradicción de conocimiento en fisioterapias respiratoria.

Cuadro 12

Fomento de la Tos y Respiración

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	68,75
No	5	31,25
Total	16	100

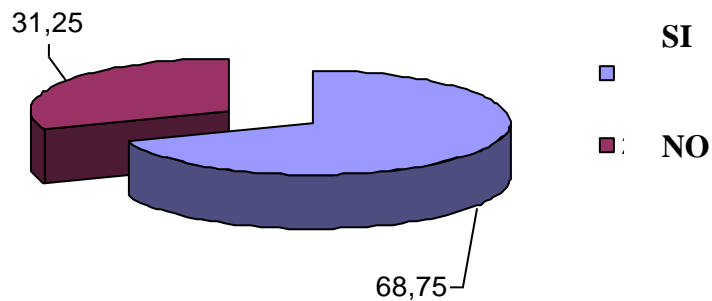


Gráfico 11: Fomento de la Tos y Respiración

En el cuadro 12, se puede observar que un 68,75 % de los encuestados realizan el fomento de la tos y la respiración profunda durante la aplicación de los drenajes posturales pero un 31,25 % de ellos, lo niegan lo que permite estipular que existe una contraposición en dichos conocimientos de la misma, entendiendo que el fomento de la tos permite la mayor expulsión de las secreciones, en el gráfico 11 se pudo observar dicha incidencia del fomento de la tos y la respiración profunda.

Cuadro 13

Aplicación de la Percusión Torácica

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	56,25
No	7	43,75
Total	16	100

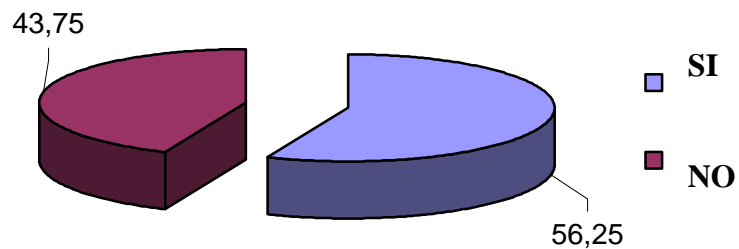


Gráfico 12: Aplicación de la Percusión Torácica

En el cuadro 13 se puede observar que un 56,25 % de la población entrevistada, considera necesaria la percusión torácica como una de las técnicas de fisioterapias respiratoria pero, un 43,75 % de esta población contrapone lo antes expuesto lo que permite inferir que existe una carencia en cuanto a las actualizaciones sobre el tema. En el gráfico 12 se señaló este porcentaje en cuanto a la aplicación de las percusiones.

Cuadro 14

Dirección para la Aplicación de Percusión Torácica

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	37,5
No	10	62,5
Total	16	100

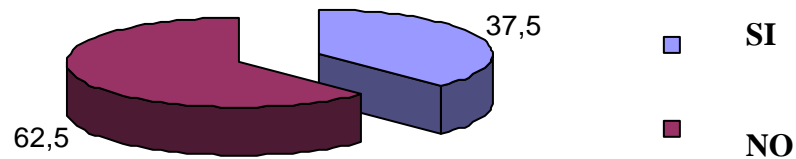


Gráfico 13: Dirección para la Aplicación de Percusión Torácica

En cuanto al cuadro 14 se señaló que un 37,5 % de los entrevistados estipulan la utilización de la percusión torácica desde los lóbulos superiores hacia los lóbulos inferiores, en cuanto a un 62,5 % dicen lo contrario afianzando con esto el carecimiento de actualización de esta información y por tanto la utilidad de las mismas. Para demostrar gráficamente el gráfico 13 puede señalar la discrepancia de esta información.

Cuadro 15

Relajación de la Muñeca para Percusión Torácica

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	68,75
No	5	31,25
Total	16	100

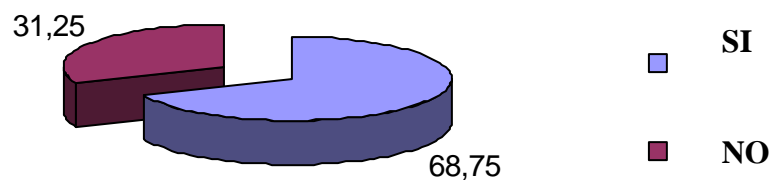


Gráfico 14: Relajación de la Muñeca para Percusión Torácica

En cuanto al cuadro 15, referente a la relajación de la muñeca para la percusión torácica un 68,75 % de los encuestados refirieron que esta es necesario realizarla para la efectividad de las mismas pero un 31,25 % niegan que la misma sea tan necesaria, aumentando así la creencia de la falta de actualización del personal en cuanto a las fisioterapias respiratoria. Como lo podemos observar en el gráfico 14 el porcentaje de discrepancia.

Cuadro 16

Efectos de la Percusión

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	87,5
No	2	12,5
Total	16	100

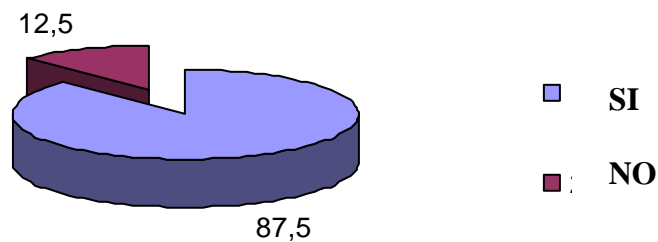


Gráfico 15: Efectos de la Percusión

El cuadro 16 se observa que un 87,75 %, en cuanto al resultado de la palmo percusión, la cual permite el desprendimiento de las secreciones, pero un 12,5 % permite señalar que existe una contrariedad entre la población razón de estudio en dicho conocimiento, condición que puede repercutir en una pronta recuperación o no del paciente quien es el que espera que la enfermera posea un amplio conocimiento al respecto. En el gráfico 15 se pudo notar la incidencia de las consecuencias de la percusión.

Cuadro 17

Traqueotomía

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	100
No	0	0
Total	16	100

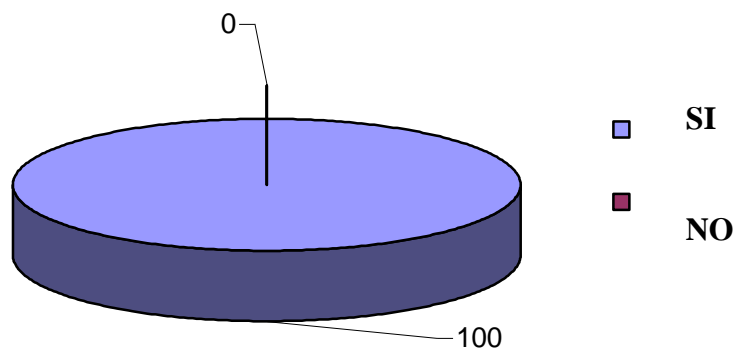


Gráfico 16: Traqueotomía

En el cuadro 17 se pudo señalar que un 100 % refiere que los encuestados poseen conocimiento de que la traqueotomía tiene como objeto el mantenimiento de las vías aéreas permeables. En el caso de que el paciente así lo amerite. El gráfico 16 se observó dicha incidencia de estos conocimientos reflejados a través del instrumento aplicado.

Cuadro 18

Técnica para la Traqueotomía

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	87,5
No	2	12,5
Total	16	100

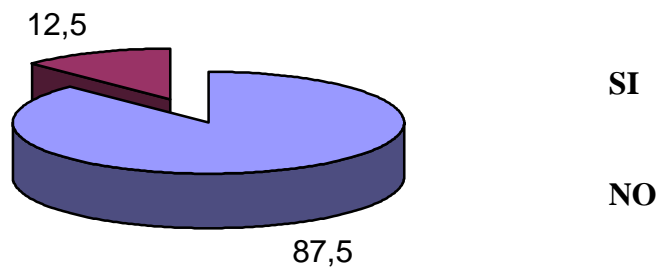


Gráfico 17: Técnica para la Traqueotomía

En el cuadro 18 se estipuló que un 87,5 % de la población razón de estudio refirió que la técnica de la traqueotomía debe realizarse en el quirófano pero un 12,5 % contrapone esta afirmación, esto permite decir que los procedimientos para esta técnica no son de total comprensión para el personal encuestado. En el gráfico 17 se señaló esta incidencia del lugar donde se debe realizar la traqueotomía.

Cuadro 19

Participación en la Realización de Traqueotomía

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	75
No	4	25
Total	16	100

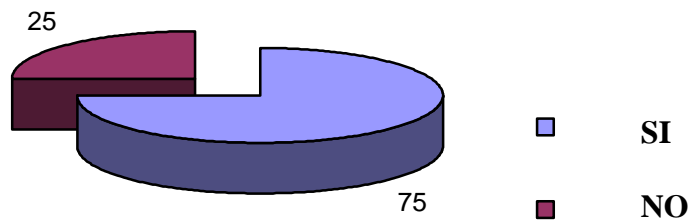


Gráfico 18: Participación en la Realización de Traqueotomía

En cuanto al cuadro 19 se estipuló que un 75 % de los interrogados refieren afirmar que participan en la realización de la traqueotomía en pacientes que se encuentran bajo su cargo y así lo ameriten pero, un 25 % niega participar en dicha actividad, entendiéndose así que no todo el personal está disponible para ello o poseen carencia de actualización en la aplicación de esta técnica. En el gráfico 18 se observa mejor esta incidencia en cuanto a la participación del personal en la traqueotomía.

Cuadro 20

Cura de Traqueotomía

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	87,5
No	2	12,5
Total	16	100

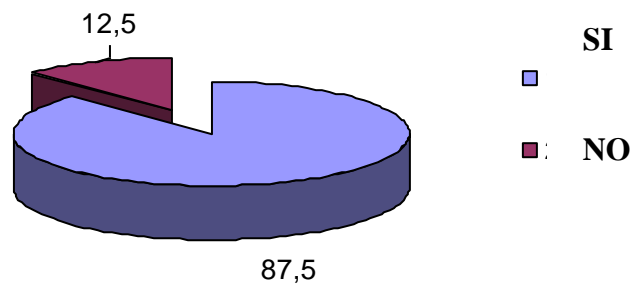


Gráfico 19: Cura de traqueotomía

En el cuadro 20 se observó que un 87,5 % permite estipular que los encuestados consideran realizar curas diarias a las conexiones de la traqueotomía pero un 12,5 % niegan que esto sea necesario diariamente lo que permite inferir que el discernimiento de dichas curas no se tiene bien claro o definido por parte del personal de enfermería encargado de realizar las mismas. En el gráfico 19 se pudo observar esta contradicción en cuanto a la realización de las curas en la traqueotomía.

Cuadro 21

Etiología para la Intubación

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	50
No	8	50
Total	16	100



grafico 20: Etiología para la Intubación

El cuadro 21 señala que un 50 %, de los entrevistados señalan que la intubación endotraqueal se debe realizar para evitar las aspiraciones pulmonares en pacientes con bajo nivel de conciencia, pero un 50 % estipula que no es totalmente correcta dicha etiología para la intubación. Conllevando con ello a entender que el personal puede que no tenga el conocimiento bien definido de esta . En el gráfico 20 se pudo observar la incidencia porcentual en cuanto a la etiología para la realización de la intubación.

Cuadro 22

Tipos de Intubación

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	18,75
No	13	81,25
Total	16	100

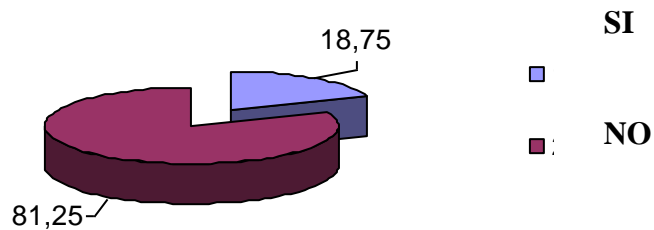


Gráfico 21: Tipos de Intubación

El cuadro 22 señaló que un 18,75 %, de los encuestados consideran los tipos de intubación señalados en el ítem (21) del instrumento pero un 81,25 % refieren desacuerdo del mismo. Entendiendo con ello que la mayoría conoce los tipos de intubación pero existe una inexperiencia por parte de una minoría lo cual puede incidir en la no correcta aplicación de los cuidados que se le realicen a los pacientes. El gráfico 21 así lo señaló sobre el conocimiento de los tipos de intubación.

Cuadro 23

Limpieza Bucal

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	12,5
No	14	87,5
Total	16	100

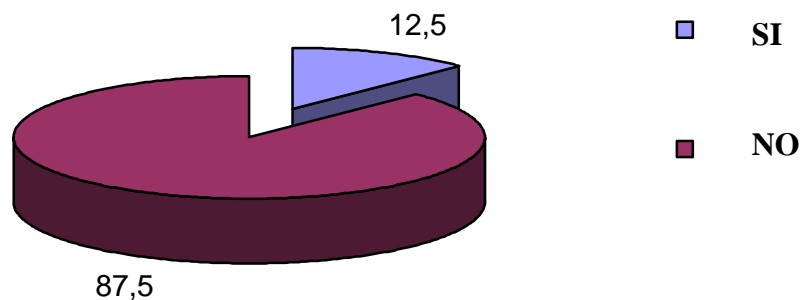


Gráfico 22: Limpieza Bucal

El cuadro 23 refiere que un 12,5 % de la población encuestados realiza limpieza bucal del paciente intubado según indicación médica, pero el 87,5 % de la misma niega realizar dicha actividad por indicación médica sino porque la misma es una función independiente del personal de enfermería. Lo que permite inferir que un mínimo porcentaje del personal carece de esta información. En el gráfico 22 se puede observar la incidencia de esta encuesta sobre la limpieza bucal.

Cuadro 24

Limpieza Bucal con Cepillo

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	6,25
No	15	93,75
Total	16	100

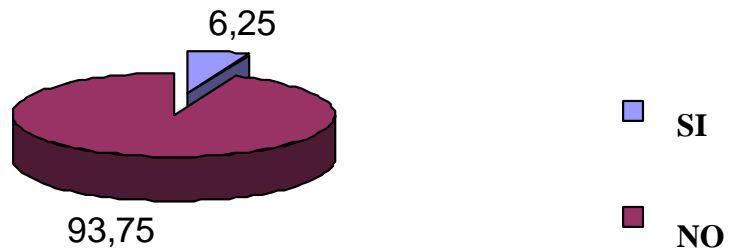


Gráfico 23: Limpieza Bucal con Cepillo

Para el cuadro 24 un 6,25 % de los entrevistados realizan la limpieza bucal de los pacientes intubados con cepillo dental para una mejor aplicación de los cuidados bucales del paciente, pero un 93,75 % niegan realizar dicha actividad, lo que permite estipular que el personal de enfermería carece de actualización en cuanto a las técnicas de higiene bucal en pacientes intubados dentro de las fisioterapias respiratoria. Para ello el gráfico 23 señalo esta incidencia del porcentaje de encuestados sobre la aplicación de limpieza bucal con cepillo dental.

Cuadro 25

Indicación a los Familiares

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0
No	16	100
Total	16	100

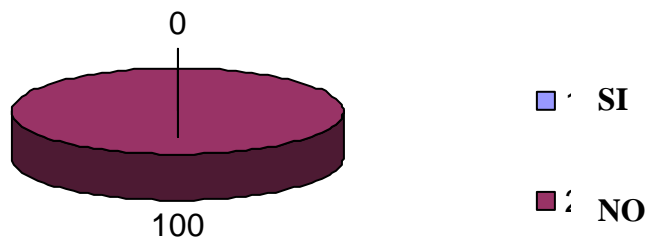


Gráfico 24: Indicación a los Familiares

En el cuadro 25 se observó que el 100 % de los consultados por el instrumento, negaron indicarle a los familiares la realización de la limpieza bucal a los pacientes intubados, conllevando con esto las acciones de enfermería como deben ser realizadas. En el gráfico 24 se observa la correcta información relacionada a la información suministrada a los familiares de los pacientes intubados.

Cuadro 26

Técnicas de Barrera

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	43,75
No	9	56,25
Total	16	100

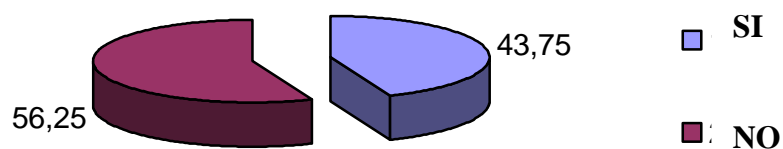


Gráfico 25: Técnicas de Barrera

Por otra parte en el cuadro 26 se señaló que un 43,75 % de los entrevistados refieren contar con la utilización de los implementos como: gorro, tapabocas, guantes,, bata de cirujano (estéril descartable) durante la aplicación de las aspiraciones de secreciones, pero un 56,25 % niega contar con estos implementos, lo cual permite inferir que las técnicas de barrera no son aplicadas correspondiente mente, en el gráfico 25 se puede observar mejor esta afirmación en cuanto a la aplicación de las técnicas de barrera.

Cuadro 27

Área Especial

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si		0
No	16	100
Total	16	100

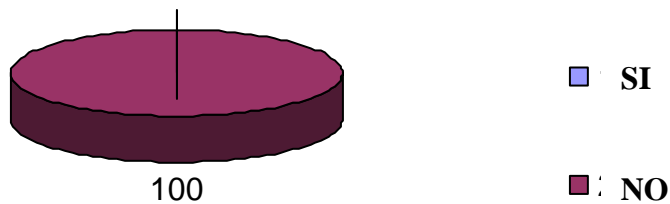


Gráfico 26: Área Especial

Así mismo en el cuadro 27 se señaló que el 100 % de los interrogados por el cuestionario aplicado, relatan no contar con un espacio adecuado para la aplicación de las aspiraciones de secreciones. Esto permite inferir que las técnicas de barrera no se llevan a cabo totalmente debido a la falta de un espacio estipulado para ello. En el gráfico 26 se señaló esta información sobre la no existencia de un área para dicha actividad.

Cuadro 28

Participación a Jornadas de Actualización

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	81,25
No	3	18,75
Total	16	100

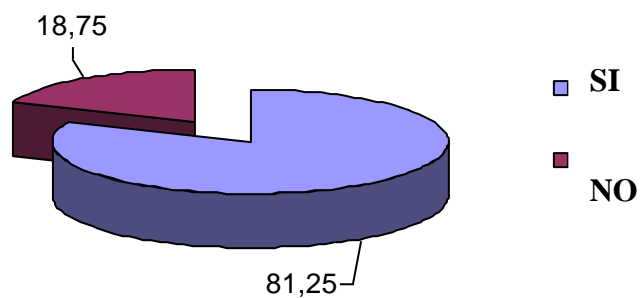


Gráfico 27: Participación a Jornadas de Actualización

Para este cuadro 28 se observó que un 81,25 % los encuestados refirieron participar en jornadas de actualización sobre la aplicación de las técnicas de barrera pero un 18,75 % señalaron no acudir a estas jornadas de actualización sobre técnicas de barrera en pacientes intubados, pudiendo así inferir que dicha información no posee con exactitud la mayor confiabilidad posible. Para tal fin el gráfico 27 señaló la incidencia sobre la participación en jornadas de actualización sobre técnicas de barrera por parte del personal entrevistado .

Cuadro 29

Diagnósticos de Enfermería

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	100
No	0	0
Total	16	100

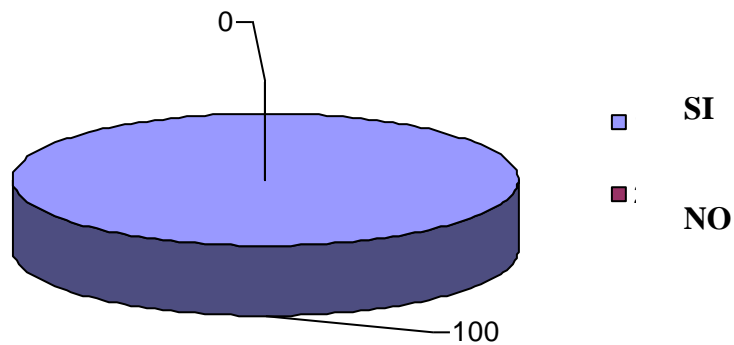


Gráfico 28 Diagnósticos de Enfermería

En el cuadro 29 se notó que un 100 % permite inferir que los encuestados aplican la realización de diagnósticos de enfermería relacionados con la condición respiratoria del paciente. Lo que permite señalar que el personal cumple con las funciones de enfermería a nivel hospitalario y enaltece la profesión según lo expuesto antes. En el gráfico 21 así se pudo observar la incidencia del cumplimiento de los diagnósticos de enfermería.

Cuadro 30

Plan de Cuidados de Enfermería

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	100
No	0	0
Total	16	100

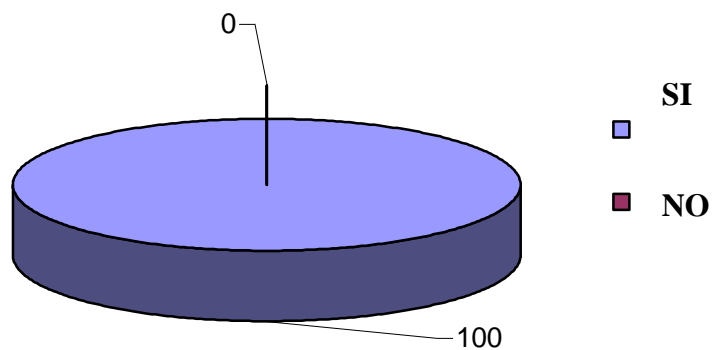


Gráfico 29: Plan de Cuidados de Enfermería

En el cuadro 30 se señaló que un 100 % refirieron los encuestados que implementan y aplican planes de cuidados de enfermería relacionados con las condiciones respiratorias del pacientes. Favoreciendo con ello al paciente y enaltecendo la profesión de la enfermera en este centro asistencial. En el gráfico 22 se pudo observar el cumplimiento de las acciones de enfermería mediante la aplicación de planes de cuidados.

Cuadro 31

Aseo del Aspirador

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	81,25
No	3	18,75
Total	16	100

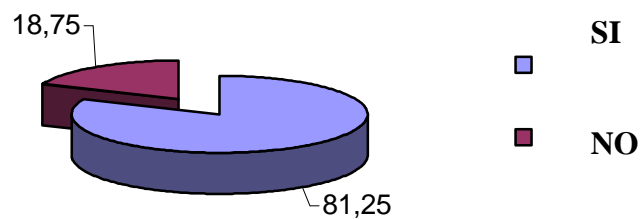


Gráfico 30: Aseo del Aspirador

Para el cuadro 31 se observó que un 81,25 % de la población observada realiza la actividad del aseo del aspirador, entendiéndose con ello la correcta aplicación de la limpieza de los equipos, pero un 18,25 % se pudo observar que estos cuidados no son aplicados por todo el personal correspondiente, repercutiendo esto en los cuidados necesarios para los pacientes. Para esto el gráfico 30 demostró la incidencia de la observación en cuanto a la aplicación de aseo del aspirador.

Cuadro 32

Disponibilidad de Equipos

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	43,75
No	9	56,25
Total	16	100

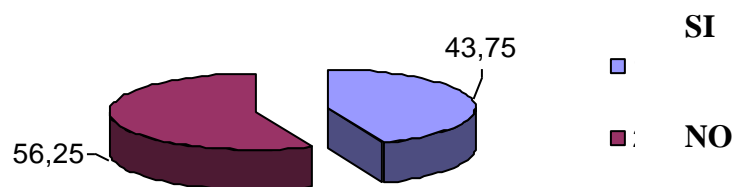


Gráfico 31: Disponibilidad de Equipos

En el cuadro 32 se notó que un 43,75 % población razón de estudio, cuenta con la disponibilidad de los equipos necesarios en la realización de la aspiración bronquial, pero un 56,25 % demuestran la falta de implementos o equipos necesarios para las mismas, como realmente se pudo observar por parte de la autora del presente estudio. En el gráfico 31 se reflejó la incidencia de la aplicación del instrumento de observación con respecto a la disponibilidad de equipos.

Cuadro 33

Mascarilla para Oxigenoterapia

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	50
No	8	50
Total	16	100

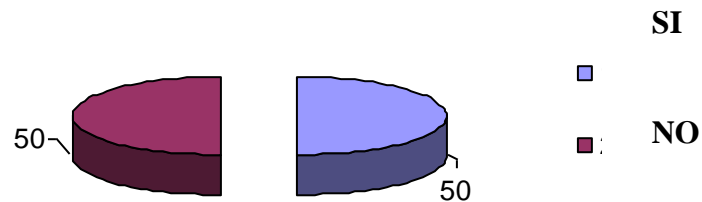


Gráfico 32: Mascarilla para Oxígeno

En cuanto al cuadro 33 se observó que un 50 % del personal observado utiliza una mascarilla por cada paciente para la aplicación de oxígeno pero, al contrario de un 50 % señalando que no todo el personal al cual se les aplicó la técnica de observación utilizan una mascarilla por cada paciente durante la aplicación de oxigenoterapias, incidiendo con esto a una posible patología nosocomial. En el gráfico 32 quedó indicado esta incidencia en cuanto a la utilización de mascarilla por cada paciente.

Cuadro 34

Limpieza de las Mangueras

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0
No	16	100
Total	16	100

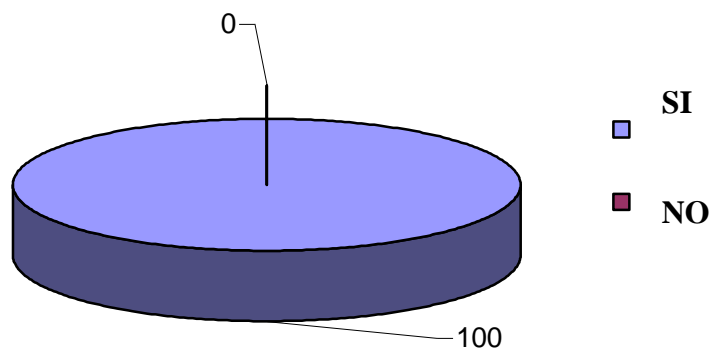


Gráfico 33: Limpieza de las Mangueras

En el cuadro 34 referente a la limpieza de las mangueras para oxigenoterapia el 100 % es demostrativo de que el personal de enfermería se pudo observar que ninguno realiza esta limpieza así como los cambios de las mismas lo que permite inferir que no se cumple con las técnicas correspondientes. Así se señaló en el gráfico 33 antes expuesto sobre la limpieza de las mangueras.

Cuadro 35

Posiciones Posturales

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	81,25
No	3	18,75
Total	16	100

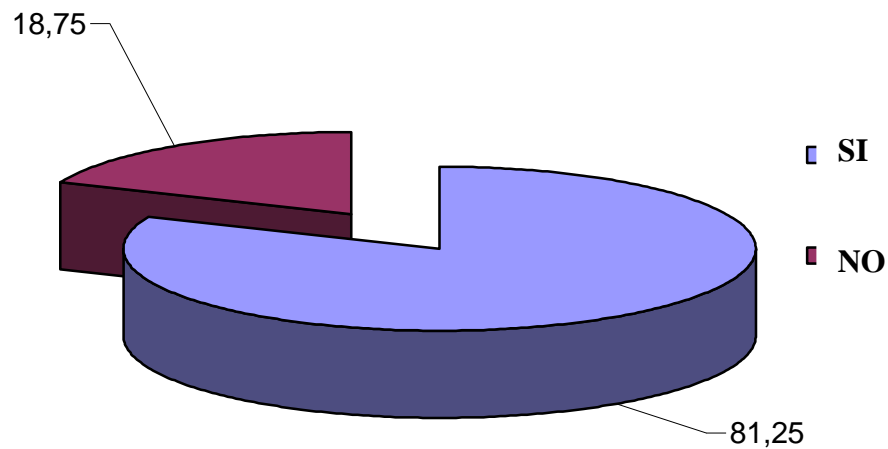


Gráfico 34: Posiciones Posturales

El cuadro 35 estipula que un 81,25 % realizan la aplicación de la posición de cubito supino para el drenaje postural al paciente que se va a realizar las fisioterapias respiratoria, pero un 18,75 % se pudo observar que no es realizado como tal. En el gráfico 34 se señalo la incidencia sobre la colocación en posición de cubito supino para el drenaje postural.

Cuadro 36

Fomento de Tos y respiración

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	56,25
No	7	43,75
Total	16	100

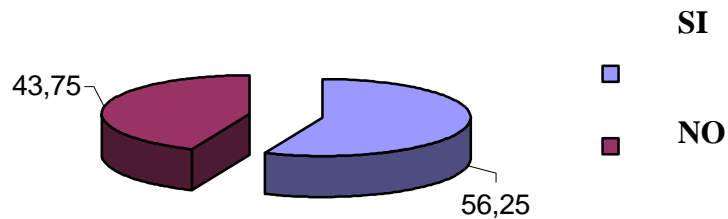


Gráfico 35: fomento de Tos y Respiración

El cuadro 36 estipula que un 56,25 % para la observación del personal de enfermería razón de este estudio en cuanto a la aplicación del fomento de la tos y la respiración profunda durante los cambios posturales de los pacientes, pero un 43,75% del personal demostraron que no todo el personal conoce la importancia de las mismas conllevando así a una disminución de la pronta recuperación de los pacientes. El gráfico 35 demuestra la aplicación del instrumento de observación en cuanto al fomento de la tos y la respiración profunda.

Cuadro 37

Participación en Traqueotomía

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	37,5
No	10	62,5
Total	16	100

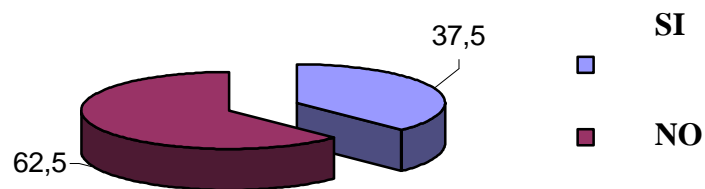


Gráfico 36: Participación en Traqueotomía

En cuanto al cuadro 37 se pudo denotar que un 37,5 % refleja que el personal participa en la realización de la traqueotomía pero un 62,5 % d señala que la mayoría del personal no participa en esta actividad de realizar la traqueotomía. En el gráfico 36 quedo reflejado este porcentaje de observación sobre la participación del personal en la traqueotomía.

Cuadro 38

Limpieza Bucal Según Indicación

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	25
No	12	75
Total	16	100

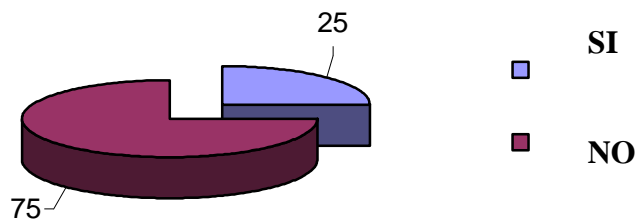


Gráfico 37: Limpieza bucal sin Indicación

Con respecto al cuadro 38 correspondiente a la limpieza bucal de los pacientes intubados se describió que un 25 % , estipula la aplicación del mismo pero un 75 % denota que la misma no es aplicada por parte de todo el personal de enfermería como se pudo evidenciar mediante la aplicación del instrumento de observación aplicado por la autora del presente estudio. Como lo señalo el gráfico 37 anterior sobre la aplicación de limpieza bucal.

Cuadro 39

Limpieza Bucal con Cepillo Dental

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0
No	16	100
Total	16	100

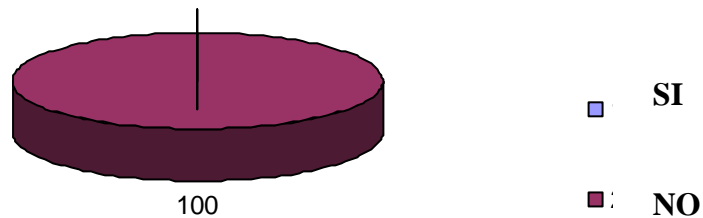


Gráfico 38: Limpieza Bucal con Cepillo Dental

En cuanto al cuadro 39 se observó que el 100 % demostró que la población razón de estudio no aplica la limpieza bucal con cepillo dental a los pacientes intubados, aunque esta puede ser una técnica que permita mejorar el aseo bucal del paciente intubado siempre y cuando se realicen los cuidados necesarios. En el gráfico 38 se pudo arrojar esta información observada sobre la limpieza bucal con cepillo dental a los pacientes intubados.

Cuadro 40

Indicación de Limpieza Bucal a los Familiares

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	37,5
No	10	62,5
Total	16	100

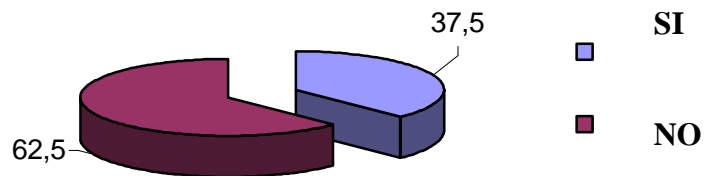


Gráfico 39: Indicación de Limpieza Bucal a los Familiares

Así pues que, en el cuadro 40 se logró plasmar que un 37,5 % demostrativo que el personal le indica a los familiares la realización de la limpieza bucal del paciente intubado, pero un 62,5 % señala que no todo el personal realiza tal acción señalando con ello lo delicado que puede ser esta actividad para ser realizada por los familiares por tanto se puede crear un riesgo de bronco aspiración para el paciente. En el gráfico 39 quedó reflejada la incidencia de la observación sobre la indicación de limpieza bucal al familiar del paciente intubado.

Cuadro 41

Aplicación de Técnicas de Barrera

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	31,25
No	11	68,75
Total	16	100

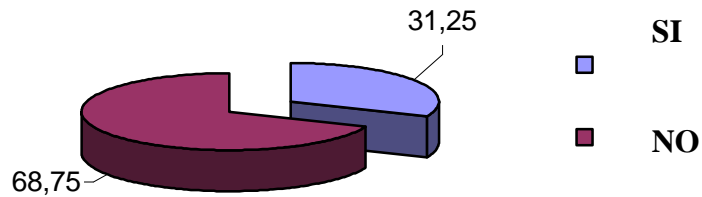


Gráfico 40: Aplicación de Técnicas de Barrera

En el cuadro 41 se puede observar un 31,25 % en cuanto la aplicación de las técnicas de barrera durante la realización de las fisioterapias respiratorias pero un 68,75 % se pudo observar que no lo aplican. Reflejando con ello que existe un riesgo de una contaminación nosocomial por parte del personal que no aplica estas técnicas. El gráfico 39 señaló esta incidencia sobre la observación de la aplicación de las técnicas de barrera.

Cuadro 42

Elaboración de Diagnósticos de Enfermería

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0
No	16	100
Total	16	100

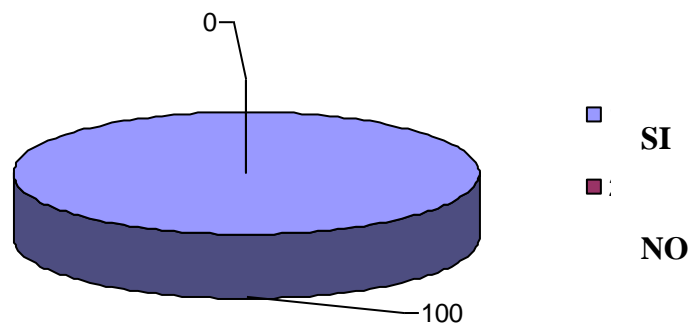


Gráfico 41: Elaboración de Diagnósticos de Enfermería

Para el cuadro 42 se puede decir que el 100 % refleja que el personal no realiza y anota los diagnósticos de enfermería relacionados con la condición respiratoria del paciente. Disminuyendo con ello la implementación del proceso de atención de enfermería en dicha área. En el gráfico 41 se logra plasmar esta información sobre la aplicación de diagnósticos de enfermería por parte del personal observado.

Cuadro 43

Implementación de Plan de Cuidados

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	31,25
No	11	68,75
Total	16	100

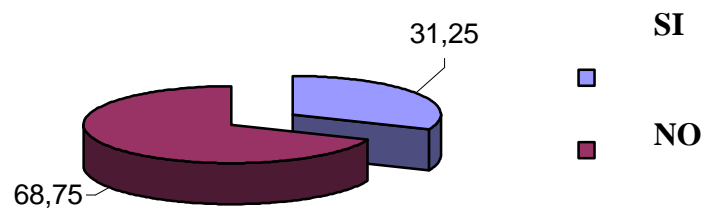


Gráfico 42: Implementación de Plan de Cuidados

En cuanto al cuadro 43 se señaló que un 31, 25 % estipula que el personal aplica los cuidados de enfermería según la condición respiratoria, pero un 68, 75% permite decir que estos cuidados no son escritos o implementados en la historia del paciente quedando con ello constancia de los mismos. El gráfico 42 sobre la observación de la implementación de los cuidados de enfermería lo señalo así.

CAPITULO IV

PROPUESTA

Presentación de la Propuesta

Programa educativo de actualización sobre maniobras terapéuticas dirigido al personal de enfermería para mejorar las funciones respiratorias de los pacientes ingresados en el servicio de emergencia de adulto del Hospital Central de Maracay Estado Aragua.

Por lo que, a continuación se hace referencia a los planes o ideas que se realizaron para la solución del problema planteado, el cual se cuantifico mediante la sustentación diagnostica de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos, los cuales arrojaron una evidencia de la situación, la cual amerito la presentación de la siguiente propuesta o estrategia metodológica para su solución o respuesta.

En tal sentido, refiere Marriner, A (2002). Que “esto implica la identificación de actividades clave del estudio, una organización de las actividades en una diagrama, la asignación del tiempo que durara las fases de los objetivos planteados”

Objetivos de la Propuesta

General

Actualizar al personal de enfermería que labora en el Área de Emergencia de Adulto del Hospital Central de Maracay del estado Aragua, sobre maniobras terapéuticas para el mejorar la función respiratoria de los pacientes que ingresen a esta área.

Específicos

Definir fisioterapia respiratoria.

Enunciar el Protocolo de Enfermería en fisioterapias respiratorias

Describir los cuidados de enfermería según tipo de fisioterapia respiratoria.

Explicar la importancia de la evaluación de enfermería pacientes que ameriten fisioterapias respiratorias

Desarrollo de la Propuesta

Fase I

En el presente estudio se plantea un plan educativo que desglosa los objetivos específicos de la presente propuesta, entendiendo que el personal de enfermería debe estar actualizado con respecto a los cambios que puedan existir con relación a los cuidados, aunados a los nuevos avances de las fisioterapias respiratorias de los hospitales en pro de prestar un mejor servicio de calidad y calidez a los usuarios. Por tal motivo, surge la idea de proponer o efectuar acciones educativas relacionadas con los nuevos avances

Fase II

En consecuencia, la propuesta permite fortalecer, actualizar y establecer los conocimientos que posee el personal de enfermería en cuanto a las fisioterapias respiratorias que deben ser aplicadas a los pacientes que se encuentran ingresados no solo en el área de la emergencia de adulto sino en cualquier área del Hospital Central de Maracay, de manera, que contribuya a prestar un mejor servicio de calidad, favoreciendo no solo a los pacientes quienes esperan de ellas (os) un buen cuidado,

sino del mismo personal que incrementara sus conocimientos en cuanto a las fisioterapias respiratorias.

Fase III

Para finalizar, las secciones educativas dirigidas al personal de enfermería, servirán de guía a los nuevos ingresos que acudan al área de emergencia de adulto a prestar servicios de enfermería, debido a que se hace un estudio de las factibilidades económicas o de recursos humanos y materiales necesarios para la aplicación de esta propuesta de manera de ser un aporte sencillo, de fácil manejo y entendimiento donde se implementaron una serie de actividades dirigidas por estudiante de enfermería, abalado por expertos en materia metodológica de investigación como expertos en la materia de cuidados respiratorios.

Análisis de Factibilidad

Recursos Humanos

Asimismo, se calculo la disponibilidad del personal de enfermería del área de la emergencia de adulto de manera que las secciones educativas no interrumpan las labores de las mismas, sino que les permita en un tiempo determinado incrementar sus conocimientos o reafirmar sus destrezas en materia de las fisioterapias respiratorias.

Además, solicitar la colaboración de profesionales de enfermería con mayor conocimiento en cuanto a las fisioterapias respiratorias (personal de terapia intensiva). Médicos especialistas, de manera que fortalezcas las debilidades que puedan presentar el personal y/o aprovechar la información suministrada por este de manera que permita prestar al paciente un mejor servios de calidad.

Recurso Material

Para los materiales se utilizarán los recursos disponibles como: resma de papel bond. Carpetas, lápices, borradores, trípticos o dípticos, marcadores, laminas de papel bond, CD digital de la información, refrigerios, obsequios, medios audiovisuales.

Recursos Institucionales

En este respecto, los recursos necesarios para la aplicación de este plan educativo, se pueden señalar el uso del video been, laminas de presentación, equipos de audio o sonido, en cuanto al área de aplicación de la sección educativa la misma será en el estar de enfermería o en un espacio mayor que posea capacidad en el área de la emergencia de adulto del Hospital Central de Maracay, así mismo se puede contar con un espacio físico como el auditorio del Hospital si el personal que acuden a la sección fuera mayor.

Comunicaciones de solicitud de permiso a la institución de salud Hospital previa revisión de la Coordinación General del Instituto Universitario de Tecnologías Juan Pablo Pérez Alfonzo, por parte de la estudiante autora del presente estudio antepuesta a una revisión bibliográfica y asesoría de expertos en la materia para la creación del material de apoyo, planificación del cronograma de actividades (fecha, horario) así como elaborar y hacer llegar las invitaciones al personal involucrado.

Recursos Económicos

Llegando al análisis de los gastos necesarios para la propuesta se puede notar que es muy factible la aplicación de la misma, debido a que se encuentra entre las posibilidades del autor para su aplicación. Luego del cálculo de los gastos de los

diferentes recursos a utilizar antes mencionados y que en el cuadro siguiente se señalan:

Cuadro 44

Estimación de Costos

Concepto	Materiales	Costo
	Dossier de contenido	8.000,00
Elaboración de la propuesta	Invitaciones	3.000,00
	Resma de papel	13.000,00
	Tríptico o dístico	10.000,00
	Lápices (50)	15.000,00
	Carpetas (50)	25.000,00
Material de apoyo	Sacapuntas (50)	20.000,00
	Laminas de papel bond (10)	15.000,00
	Total	109 .000,00

Cuadro 45 Fase I

Objetivo terminal: Al finalizar la actualización sobre maniobras terapéuticas el personal de enfermería estará en la capacidad de poner en practica los cuidados que permitan mejorar la condiciones respiratorias del paciente

FECHA : _____
DÍA: _____
Nº DE HORAS _____
LUGAR: _____
FACILITADOR: _____

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	RECURSOS HUMANOS MATERIALES	EVALUACIÓN
Definir fisioterapia respiratoria.	Concepto Tipos y Uso	<ul style="list-style-type: none"> . Dinámica grupal . Lluvia de ideas .Exposición de expertos sobre fisioterapia respiratoria, nuevos avances .Confrontación de conclusiones . Ciclo de preguntas 	<ul style="list-style-type: none"> .Participantes .Estudiante del IUTEPAL .Médicos .Enfermeras (os) . Área (aula) .Retroproyector . Rotafolió .Carpetas, lápices, sacapuntas . Videos 	Al concluir, las actividades los participantes estarán en la capacidad de comprender la definición, tipos y uso de la fisioterapia respiratoria

Cuadro 46 Fase II

Objetivo terminal: Al concluir, las actividades los participantes estarán en la capacidad de comprender el significado del protocolo de enfermería en fisioterapias respiratorias

FECHA : _____
DÍA: _____
Nº DE HORAS _____
LUGAR: _____
FACILITADOR: _____

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	RECURSOS HUMANOS	MATERIALES	EVALUACIÓN
Enunciar el Protocolo de Enfermería en fisioterapias respiratorias	Definición de protocolo enfermería en fisioterapias respiratorias	de . Dinámica grupal de . Lluvia de ideas en .Exposición de expertos sobre fisioterapia respiratoria, nuevos avances .Confrontación de conclusiones . Ciclo de preguntas	.Participantes .Estudiante del IUTEPAL .Médicos .Enfermeras (os)	. Área (aula) .Retroproyector . Rotafolió .Carpetas, hojas, lápices, sacapuntas . Videos	Al concluir, las actividades los participantes estarán en la capacidad de comprender el significado del protocolo de enfermería en fisioterapias respiratorias

Cuadro 47 Fase III

Objetivo terminal: Al finalizar, las actividades los participantes estarán en la capacidad de comprender y aplicar los cuidados de enfermería en fisioterapias respiratorias

FECHA : _____
DÍA: _____
Nº DE HORAS _____
LUGAR: _____
FACILITADOR: _____

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS		RECURSOS		EVALUACIÓN
				HUMANOS	MATERIALES	
Describir los cuidados de enfermería según tipo de fisioterapia respiratoria.	Cuidados de Enfermería: todas aquellas acciones dirigidas al paciente función prestar servicio	. Dinámica grupal . Lluvia de ideas . Exposición de expertos sobre fisioterapia respiratoria, nuevos avances . Confrontación de conclusiones . Ciclo de preguntas	. Participantes . Estudiante del IUTEPAL . Médicos . Enfermeras (os)	. Área (aula) . Retroproyector . Rotafolió . Carpetas, hojas, lápices, sacapuntas . Videos	Al concluir, las actividades los participantes estarán en la capacidad de comprender los cuidados de enfermería en fisioterapias respiratorias	

Cuadro 48 Fase IV

Objetivo terminal: Al culminar, las actividades propuestas los participantes estarán en la capacidad de comprender la importancia de la evaluación de enfermería en fisioterapias respiratorias

FECHA : _____
DÍA: _____
Nº DE HORAS _____
LUGAR: _____
FACILITADOR: _____

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS		RECURSOS HUMANOS MATERIALES		EVALUACIÓN
Explicar la importancia de la evaluación de enfermería pacientes ameriten fisioterapias respiratorias	la Anamnesis: registro de las fases de condiciones fisiológicas del paciente que Valoración: condición pre y post fisioterapia respiratoria	las . Dinámica grupal y . Lluvia de ideas de expertos sobre fisioterapia respiratoria, nuevos avances de conclusiones . Ciclo de preguntas	. Participantes del IUTEPAL . Enfermeras (os) . Médicos	. Área (aula) . Retroproyector . Rotafolió . Carpetas, hojas, lápices, sacapuntas . Videos		Al concluir, las actividades los participantes estarán en la capacidad de comprender la importancia de la evaluación de enfermería en fisioterapias respiratorias

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusión

Teniendo en cuenta, los objetivos específicos de este estudio, los cuales fueron identificados mediante el diagnóstico de sus indicadores, dando así consecución a la intención de la investigación, se logró llegar a los resultados derivados de la aplicación de los instrumentos de recolección de información correspondiente al conocimiento y aplicación que enfermería realiza en cuanto a los cuidados en fisioterapia respiratoria. Se pudo llegar a determinar que dicho personal, el cual consta de Enfermeras (os) en asistencia directa, tienen conocimiento sobre el concepto de las fisioterapias respiratorias así como los diferentes tipos de estas, al igual que los cuidados psicológicos y la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.

Debe señalarse, que en dichos resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos, se obtuvo un porcentaje significativo de respuestas negativas demostrativas de que el conocimiento o dominio sobre los temas de las fisioterapias respiratorias y las técnicas o los cuidados por parte del personal de enfermería del área de la emergencia del Hospital Central de Maracay no está acorde a las actualizaciones o avances que presentan las fisioterapias respiratorias, como se pudo observar en los cambios posturales entre el cual cabe destacar que la posición de cubito supino obtuvo un 37,5% de afirmaciones en cuanto a la aplicación de esta posición pero un 62,5% negó aplicar dicha posición de cubito supino, con respecto a la aplicación del cuestionario dirigido al personal pero con el instrumento de observación se obtuvo que un 81,25% si aplica dicha postura al contrario de un 18,75% que no lo aplica, pudiendo inferir con esto que no se carece del

conocimiento actualizado de las posturas para el drenaje de las secreciones pulmonares durante la aplicación correcta de las fisioterapias respiratorias.

Además, con respecto al objetivo de la investigación el cual busca enumerar las maniobras terapéuticas respiratorias aplicadas por el personal de enfermería, con respecto a la utilización de las mascarillas las mismas deben ser una por cada paciente al cual se le aplicara oxigenoterapia disminuyendo con ello el riesgo de infecciones o complicaciones respiratorias, pero como se logro cuantificar las incidencias de las mismas están solo en un 50 % de ser positivas o negativas para la correcta aplicación de las mascarillas por cada paciente. Por otra parte, los resultados en cuanto la utilización de oxígeno húmedo con solución fisiológica puede causar una obstrucción de las vías respiratorias dado a que esta solución puede cristalizarse las sales contenidas en ella y obstruir los bronquios, lo cual permitió señalar que existe un desconocimiento sobre esta información específica.

Así mismo, se logro detectar que el personal de enfermería no aplica los diagnósticos correspondientes a las condiciones respiratorias de los pacientes, denotándose así una debilidad en el proceso de atención de enfermería con el cual queda registro de las actividades de los profesionales de esta carrera, como también no se lleva a cabo por escrito los cuidados de enfermería. Esto motiva a una revisión de las actualizaciones en esta materia de manera que el personal adquiriera esta norma.

Por otra parte, se logro detectar la posibilidad de aplicación de la propuesta educativa de actualización sobre maniobras terapéuticas dirigido al personal de enfermería para mejorar las funciones respiratoria de los pacientes ingresados en el servicio de emergencia de adulto del Hospital Central de Maracay Estado Aragua. Debido a que las respuestas del ítem que hace referencia sobre la participación en la realización de cursos y jornadas sobre el tema de las fisioterapias respiratorias por

parte del personal de enfermería de la mencionada área, por lo que se hace factible la aplicación de la propuesta.

Para finalizar, es importante destacar que para la presentación de la propuesta de este estudio fue necesario el análisis y estudio de las factibilidades tanto humanas como materiales, así como el análisis económico del costo que la propuesta conlleva, permitiendo inferir que los mismos son factibles dado a que la mayoría de los recursos están disponibles.

Recomendaciones

A continuación se expresan una serie de acotaciones o ideas para el mejoramiento de la prestación de los servicios, dirigido a los entes encargados de los mismos, permitiéndose con ello mejorar la calidad y la calidez que merecen los pacientes debido a que son ellos el motivo principal de dicha aplicación, así mismo el personal de enfermería podrá aumentar o reforzar sus conocimientos sobre la materia.

A la Institución (I.U.T.E.P.A.L)

Seguir cumpliendo de manera exhaustiva con los lineamientos en materia de capacitación para bachilleres que deseen entrar en el área de Enfermería la cual implica tener a un personal docente de calidad para que este forme en ellos la base necesaria para trabajar en el área de salud, ya que es una carrera muy delicada la cual no se debe cometer errores porque se pone en riesgo la vida del paciente. Así como el cumplimiento de sus políticas de actualización e innovación en materia de salud acordes a los avances que presentan tantos los hospitales como los centros privados

de manera que el profesional que se forma en esta institución obtenga una formación que cumpla con las expectativas del mercado.

A la Institución Hospitalaria

Implementar planificación y ejecución de actividades docentes encaminadas a actualizar no solo al personal de enfermería sino a todos los componentes del equipo de salud de manera que el mismo pueda dar respuesta a las necesidades de los pacientes en cuanto cuidados e información inherente a la salud

Adaptación de un área para docencia dirigida a enfermería e implementación de un plan que de prosecución a dicha actividades no solo en materia de actualización sobre cuidados durante la fisioterapia respiratoria, sino sobre otros puntos necesarios para la institución y sus trabajadores.

Dotación de medios audiovisuales que faciliten la docencia en enfermería y otros campos inmersos en la salud en pro de mejorar la calidad del conocimiento de sus trabajadores. Proporcionándose así la competitividad en materia de experiencia de los integrantes del equipo de salud de la institución.

A las Enfermeras (os) del Área de Emergencia de Adulto

Participación en las actividades docentes sobre fisioterapia respiratoria y otros inherentes al área de manera de incrementar o reforzar sus conocimiento y facilite la mejor prestación de sus servicios a los pacientes que ameritan dichos cuidados.

Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) de manera que sea aceptado por el resto del equipo de salud y se registre los cuidados prestados por enfermería y se de prosecución en los mismos. Entendiendo que el PAE es

demostrativo de actualización en enfermería y permite implementar formatos de cuidados.

Solicitar a sus coordinadores una actualización periódica sobre los cuidados que enfermería debe aplicar a los pacientes que ingresan al área de emergencia y a otras áreas de la institución .

REFERENCIAS

- Andrade Maria (2004) Manual Practico de Enfermería Cuidado de Urgencias Mc Graw Hill Colombia
- Apolinario (2002). Conocimiento y práctica que tienen las enfermeras sobre la aspiración de secreciones en pacientes entubados en la unidad de cuidados intermedios del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Lima Perú
- Arias, Fidas G. (2003) . El Proyecto de Investigación. Guía para su Elaboración. 1ª Edición. Editorial Episteme. Venezuela
- Ary y Otros. (2003) . Planteamientos y Análisis de la Investigación Científica. Manual Teórico. 3ª Edición. Editorial Trilla. México.
- Bracamonte . (2005) Nivel de conocimiento sobre cuidados aplicados a pacientes en etapas terminales por los estudiantes de enfermería del Decanato de Medicina Universidad Central de los Andes. Venezuela
- Bkoizer (2000) .Técnicas en Enfermería Clínica Mc Graw Hill Interamericana 4ª Edición. Barcelona España.
- Brunner L. (2002) .Manual de la Enfermera Medico Quirúrgico. 2º Volumen. Editorial Interamericana. México.
- Código Deontológico del Ejercicio de Enfermería en Venezuela (1999). Federación de Colegio de Enfermeras (os).
- Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela (1999). Versión 24 de Marzo del 2000, Gaceta Oficial de La Republica Bolivariana de Venezuela N° 36860. Venezuela.
- Enciclopedia Medicina y Enfermería Mosby (2002). 2ª Edición . Editorial Océano/ Centrum. España.
- Enciclopedia Océano de la Enfermería. (2002). 2ª Edición .Editorial océano Planeta. España.
- Escalona y león (2004) Técnicas de aspiración de secreciones utilizadas por el personal de enfermería que labora en la unidad de neurocirugía del Hospital Universitario Dr. Antonio M Pineda Barquisimeto Estado Lara. Venezuela

- Fidias, (2003) El proyecto de investigación, Guía para su elaboración 3ª edición. Editorial Episteme. Venezuela
- Instituto Universitario de Tecnología Juan Pablo Pérez Alfonzo (IUTEPAL) (2003) Manual para la Elaboración del Trabajo Especial de Grado. Impreso por Litho Técnica C.A Venezuela.
- Kohn, A. (1999) . Técnicas Quirúrgicas. 6ª Edición. Editorial Interamericana. México.
- Ley Orgánica del Ejercicio de enfermería (2005) Gaceta Oficial N°
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (1987) . Gaceta Oficial N° 33745 del 23 de Junio
- Lyon, (2004) Conferencia de Consenso de Fisioterapias respiratorias desarrolladas en España y en los países de la Comunidad Europea. Barcelona
- Marriner (2002) Proyecto Factible e Investigación de Campo Manual Teórico 3ª edición Trilla México.
- Miller / Keane (1996) . Diccionario Enciclopédico de Enfermería. 5ª edición. Editorial México Panamericano. Argentina
- Pineda, A. Canales (2003) . Metodología de la Investigación. Manual de la Investigación para el Desarrollo del Personal de Salud. 2ª Edición. OPS. U.S.A
- Ruby, L. Wesly (1991) . Teorías y Modelos de Enfermería. 2ª Edición. Mc Graw – Hill Interamericana. México.
- Servicio de Epidemiología y Estadísticas del Hospital Central de Maracay Estado Aragua (2004) expedientes de mayo 2002 a mayo 2003
- Tamayo y Tamayo (1996) . Proceso de Investigación. Editorial Noriega. México.
- Tomey (2001) Manual de Teorías de Enfermería editorial Mc Graw Hill Interamericana. Bogota Colombia.
- Universidad Pedagógica Experimental Libertador (U.P.E.L) 2001 Manual de Trabajos de Grado de Especialidades, Maestrías y Tesis Doctorales
- Wesley, (2001) Teorías y Modelos de Enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana México.

WWW. Hpt// Organización Mundial de la Salud. com (2005) Incidencias de Salud en Venezuela

WWW. Hpt//. Salud al Día. Ibarramanuel. com (2004)

(Anexo A - 1)

PERSONAL DE ENFERMERÍA

Instrucciones:

A continuación encontrará una serie de preguntas relacionadas con las fisioterapias respiratorias aplicadas en el área de Emergencia de Adulto, a las que deberá dar respuesta. Para lo cual se sugieren cinco (2) alternativas para responder, por favor marque con una (X) solo una (1) la cual considere sea la más acertada

Gracias.

Ítems	Planteamiento	SI	NO
1	Considera necesario el cambio de sonda, durante la aspiración de gleras de un paciente?		
2	Aplica limpieza del aspirador, frasco, tuberías antes de realizarle higiene bronquial al paciente?		
3	Disponen de equipos necesarios para la aplicación de aspiración bronquial?		
4	Utiliza durante la aplicación de oxigenoterapia una mascarilla por cada paciente?		
5	Realiza limpieza con solución antiséptica o agua a las mangueras para oxígeno?		
6	Coloca solución fisiológica para la colocación de oxígeno húmedo?		
7	La presión de oxígeno está dada por la frecuencia respiratoria del paciente?		
8	Considera necesario la aplicación de drenaje postural en un paciente politraumatizado?		
9	Cree usted que la posición de cubito prono favorece el drenaje postural del lóbulo superior izquierdo?		
10	Utiliza la posición de cubito supino para el drenaje de los lóbulos superiores?		
11	Fomenta la tos y la respiración profunda durante la aplicación de posiciones posturales?		

Ítem	Planteamiento	SI	NO
12	Considera que la aplicación de la percusión torácica es necesaria en la fisioterapia respiratoria?		
13	Cree usted que la percusión se debe realizar desde los lóbulos superiores hacia los lóbulos inferiores		
14	Considera necesario la relajación de la muñeca y flexión de los codos para la rapidez de la percusión torácica?		
15	Cree usted que durante la palmo percusión se origina una vibración que permite el desprendimiento de las secreciones?		
16	Considera usted que la traqueotomía tiene como objeto mantener las vías aéreas permeables?		
17	Cree usted que la traqueotomía debe ser una técnica quirúrgica que debe realizarse en el quirófano?		
18	Participa usted en la realización de traqueotomía en pacientes que así lo ameriten que se encuentren bajo su cargo?		
19	Considera que se debe realizar cura diaria de las conexiones de la traqueotomía?		
20	Piensa usted que se debe realizar intubación endotraqueal para evitar la aspiración pulmonar en pacientes con bajo nivel de conciencia?		
21	Considera que los tipos de intubación son: orotraqueal, traqueo bronquial y naso traqueal		
22	Realiza limpieza bucal del paciente intubado según indicación medica?		

Ítem	Planteamiento	SI	NO
23	Aplica limpieza bucal con cepillo dental a pacientes entubados?		
24	Indica a los familiares a que realicen higiene bucal del paciente intubado?		
25	Durante la realización de aspiración de secreción utiliza gorro, guante, lentes, tapa boca, bata de cirujano?		
26	Cuentan con un área especial para la realización de aspiración de secreciones?		
27	Participa en jornada de actualización sobre la aplicación de las técnicas de barrera?		
28	Elabora diagnósticos de enfermería relacionados con la condición respiratoria del paciente?		
29	Implementa plan de cuidados relacionados con la condición respiratoria del paciente?		

(Anexo A - 2)

GUÍA DE OBSERVACIÓN

A continuación se encuentran una serie de preguntas relacionadas con las fisioterapias respiratorias aplicadas en el área de Emergencia de Adulto, a las que deberá dar respuesta según la observación objetiva del autor

Ítems	Planteamiento	SI	NO
1	Aplica limpieza del aspirador, frasco, tuberías antes de realizarle higiene bronquial al paciente?		
2	Disponen de equipos necesarios para la aplicación de aspiración bronquial?		
3	Utiliza durante la aplicación de oxigenoterapia una mascarilla por cada paciente?		
4	Realiza limpieza con solución antiséptica o agua a las mangueras para oxígeno		
5	Utiliza la posición de cubito supino para el drenaje de los lóbulos superiores?		
6	Fomenta la tos y la respiración profunda durante la aplicación de posiciones posturales		
7	Participan en la realización de traqueotomía en pacientes que así lo ameriten que ser encuentren bajo su cargo		
8	Realizan limpieza bucal del paciente intubado según indicación medica		
9	Aplican limpieza bucal con cepillo dental a los pacientes intubados		
10	Le indican a los familiares a que realicen higiene bucal a los pacientes intubados		
11	Aplicación de las técnicas de barrera durante la aplicación de la fisioterapias respiratorias		
12	Elaboración de diagnósticos de enfermería relacionados con la condición respiratoria del paciente		
13	Implementación de plan de cuidados de enfermería relacionados con la condición respiratoria del paciente		

(Anexo A - 3)

CERTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN

Yo, _____,

C.I: _____ Por medio de la presente certifico que analicé los borradores de los instrumentos elaborados por la autora del estudio, ciudadana: Guevara T Ivis A, con la finalidad de que sea utilizado en su Trabajo Especial de Grado titulado: PROGRAMA EDUCATIVO DE ACTUALIZACIÓN SOBRE LAS MANIOBRAS TERAPÉUTICAS DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LAS FUNCIONES RESPIRATORIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE ADULTO DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY ESTADO ARAGUA , como requisito parcial para optar al Título de Técnico Superior en Enfermería del Instituto Universitario de Tecnología Juan Pablo Pérez Alfonzo Extensión Maracay.

En consecuencia, manifiesto que una vez ajustadas las observaciones realizadas por mí; el instrumento es considerado válido y puede ser aplicado como instrumento definitivo en dicho estudio.

Firma del Experto: _____

Fecha de validación: _____

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
Cuestionario dirigido al personal de enfermería

Ítems	Tendenciosidad			Claridad			Redacción			Congruencia			Total	Observaciones
	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1		
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														
11.														
12.														
13.														
14.														
15.														
16.														
17.														
18.														
19.														
20.														
21.														
22.														
23.														
24.														
25.														
26.														
27.														
28.														
29.														
Totales														

Diseño:

Escala: 16-20 Excelente
 11-15 Bueno
 06-10 Deficiente

Calificación:

Validador: _____

No C.I: _____

Firma: _____

(Anexo B)



INSTITUTO UNIVERSITARIO DE TECNOLOGÍA
“JUAN PABLO PÉREZ ALFONZO”
MARACAY

Maracay, Enero del 2006

Hospital Central de Maracay
Coordinación de enfermería
Servicio Emergencia de Adulto
Presente

Por medio de la presente me dirijo a usted en la oportunidad de hacerle llegar un cordial saludo y al mismo tiempo, solicitar permiso para realizar un trabajo de investigación que va a elaborar la alumna **Ivis Argelia Guevara**, titular de la C.I: **12.142.222**, cursante del 6° semestre de la especialidad de enfermería titulado:

“PROGRAMA EDUCATIVO DE ACTUALIZACIÓN SOBRE MANIOBRAS TERAPÉUTICAS DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LAS FUNCIONES RESPIRATORIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY ESTADO ARAGUA”,

Sin más que decir y esperando su receptividad al respecto, de despide de usted:

Atentamente

Prof. Oscar Bejas

Jefe del Dpto. de Pasantías e Investigación



INSTITUTO UNIVERSITARIO DE TECNOLOGÍA
“JUAN PABLO PÉREZ ALFONZO”
MARACAY

Maracay, Enero del 2006

Hospital Central de Maracay
Coordinación de enfermería
Servicio Emergencia de Adulto
Presente

Por medio de la presente me dirijo a usted en la oportunidad de hacerle llegar un cordial saludo y al mismo tiempo, solicitar su autorización para que la alumna **IVIS ARGELIA GUEVARA**, titular de la C.I: **12.142.222**, cursante del 6° semestre de la especialidad de Enfermería pueda aplicar un Instrumento de Recolección de Datos de la Investigación Titulada:

“PROGRAMA EDUCATIVO DE ACTUALIZACIÓN SOBRE MANIOBRAS TERAPÉUTICAS DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LAS FUNCIONES RESPIRATORIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY ESTADO ARAGUA”, con la finalidad de obtener datos relevantes para la realización de un Trabajo especial de Grado para optar al Título de Técnico Superior en Enfermería.

Sin más que decir y esperando su receptividad al respecto, se despide de usted:

Atentamente

Prof. Oscar Bejas

Jefe del Dpto. de Pasantías e Investigación

(Anexo C)

Glosario de Términos

Apnea

Ausencia de respiración espontánea

Aspiración

Extracción de un líquido, como secreción o suero, del organismo mediante un dispositivo de succión.

Buleau

Es un recipiente desechable, plastificado y graduado con capacidad de 2 litros esta indicada para el drenaje de neumotórax.

Cánula

Tubo flexible que contiene un trocar duro y puntiagudo y que puede introducirse en el organismo guiado por dicho trocar.

Cianosis

Coloración azulada de la piel y las membranas mucosas debido al exceso de hemoglobina no oxigenada en la sangre o a un defecto estructural de la molécula de hemoglobina.

Decúbito

Es la posición que toman las personas o los animales cuando se echan horizontalmente. Decúbito lateral es aquel en que el cuerpo está echado de costado. Decúbito prono o ventral es aquel en que el cuerpo descansa sobre el pecho y el vientre. Decúbito supino o dorsal es aquel en que el cuerpo descansa sobre la espalda.

Drenaje

Extracción de líquido de una cavidad corporal o de una herida por diversos métodos.

Drenaje Postura

Aplicación de cambios de posición para drenar secreciones de determinados segmentos bronquiales y del tejido pulmonar en dirección a la traquea

Fisioterapia

Tratamiento de ciertas enfermedades con agentes y métodos fijos como masajes, manipulaciones ejercicios terapéuticos, aplicación de frío o calor hidroterapia estimulación eléctrica y luz como medida de rehabilitación y reestablecimiento de la función normal de determinadas enfermedades o lesiones.

Hipercapnia

Elevación de las cifras de dióxido de carbono sanguíneo por encima de los normal

Hipoxia

Tensión reducida e inadecuada del oxígeno arterial se caracteriza por cianosis taquicardia hipotensión, vasoconstricción periférica, vértigo y confusión mental.

Intubación

Termino genérico en el cual se entiende en la practica de la introducción a través de la nariz o de la boca de un tubo en la luz traqueal.

Oxigenoterapia

Procedimiento en el cual se administra oxígeno a una persona con el fin de mejorar la hipoxia

Taquicardia

Trastorno circulatorio consistente en la contracción del miocardio con una frecuencia de 100 a 150 latidos x´.

Traqueotomía

Incisión realizada en la traquea a través del cuello por debajo de la laringe, objeto de permitir acceso de aire dificultado por un cuerpo extraño, tumor o edema de glotis.

Tos

Expulsión súbita y sonora de aire procedente de los pulmones, precedida de inspiración.

Tubo Endotraqueal

Catéter de gran calibre que se introduce en la traquea a través de la boca o de la nariz hasta un punto situado por encima de la bifurcación de los bronquios principales

Secreción

Material pegajoso y medio fluido que forma grumos dentro de un líquido, por descomponerse las sustancias que estaban en disolución.

