



Universidad
de La Laguna



Cuidados de enfermería en el paciente crítico a la retirada de la ventilación mecánica

Autora: Laura Federici González

Tutor: Félix Rupérez Padrón

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Enfermería

Universidad de La Laguna

Tenerife.

Resumen

Hoy en día, los hospitales se encuentran continuamente recibiendo pacientes para ingresar en distintos servicios por diferentes patologías. De estos, un número importante es derivado a los servicios críticos donde, por determinadas condiciones, acaban necesitando de un soporte ventilatorio.

Es por ello que, al convertirse con el paso de los años en una práctica notoria por parte del equipo sanitario, resulta imprescindible la realización de una serie de cuidados para conseguir una mejor estancia en beneficio de los pacientes. Ante esto, y puesto que es el equipo enfermero quien se encarga de esos cuidados diariamente, los objetivos del proyecto se basan en detectar y describir dichos cuidados. Para ello, se investigará una población, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Canarias, formada por los sesenta enfermeros que conforman los cinco equipos de enfermería. Los datos serán recogidos mediante una entrevista, así como un cuestionario, con el fin de recabar la información y poderla analizar.

Estos serán entregados para su realización de manera voluntaria y totalmente anónima en un plazo de dos a cuatro meses, con el fin de asegurar un tiempo prudencial para el desarrollo de los mismos.

Resulta de vital importancia el estudio acerca de las condiciones fisiológicas y fisiopatológicas de un paciente conectado a un soporte ventilatorio, ya que, en cada ocasión, se requiere de parámetros diferentes y de distintos tipos de vigilancia y cuidados. Esta situación precede, de manera automática, a establecer cuidados dirigidos a este tipo de paciente y garantizar así una estancia más corta y mejor en las unidades críticas hospitalarias.

Palabras clave: Ventilación Mecánica Invasiva, cuidados enfermería, unidades críticas.

Abstract

Nowadays, hospitals are continually receiving patients, suffering from diverse pathologies, in different units. Many of them are transferred to units for critical patients where, for a number of reasons, they may need ventilatory support.

Thus, since over the years this has become a recurrent practice, patients need to be properly cared for in order to benefit from their hospital visit. Then, being the nurse team the one that is responsible for this daily care, my main objectives in this paper are enumerating and describing the different ways in which this daily care occurs. For this, a group inside the institution made of the sixty nurses that conform the five teams that

work in the Intensive Care Unit of the Hospital Universitario de Canarias, will be studied. The data for this research will be collected through an interview and a questionnaire.

The documents will be delivered for their realization in a voluntary and anonymous way in an installment between two and four months, with the final purpose to ensure a prudential time for their development.

The importance of studying the patient's physiological and pathophysiological conditions and his connection to ventilatory support must be highlighted. Each time, different parameters and surveillance strategies, as well as different types of attention are required. This means that this type of patient needs his own specially designed care routine, thus guaranteeing a better and shorter stay in the critical unit.

Key words: Invasive Mechanical Ventilation, nursing care, critical units.

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Marco teórico	2
2.1 Ventilación mecánica	2
2.2 Principales modalidades	2
2.3 Modalidades de ventilador convencionales	3
2.4 Retirada de la ventilación mecánica	6
2.5 Fases del destete	7
2.6 Proceso	8
3. Justificación	10
4. Objetivos	11
4.1 Objetivo general	12
4.2 Objetivos específicos	12
5. Metodología	11
5.1 Tipo de diseño	12
5.2 Población	13
5.3 Muestra	12
5.4 Variables	12
5.5 Método de recogida de datos	13
5.6 Programación	13
5.7 Análisis de datos	15
6. Cronograma	16
7. Presupuesto	17
8. Recomendaciones	18
8.1 Aspectos éticos de la investigación	18
9. Bibliografía	19
10. Bibliografía consultada	21
11. Anexos	22
11.1 Entrevista	22
11.2 Cuestionario	25
11.3 Solicitud de permiso a la supervisora de la UVI	28
11.4 Solicitud al Comité de Ética e Investigación	29
11.5 Protocolo dirigido al Comité de Ética e Investigación	30
11.6 Solicitud protección de datos a la población	35

1. INTRODUCCIÓN

La necesidad de conocer los cuidados que requiere un paciente conectado a ventilación mecánica se hace imprescindible en los hospitales. Cada día ingresan nuevos pacientes en las Unidades de Vigilancia Intensiva, de los cuales, por distintas razones fisiológicas, acaban precisando en ocasiones asistencia de un ventilador.

Cada cuidado o técnica dirigida al paciente es asistida o realizada por el equipo enfermero, sin embargo, una vez decidido hacer el proceso de destete por parte del equipo médico, es la enfermera quien realiza el proceso en su totalidad, quien se encarga de realizar la extubación después de una serie de pruebas, y quien lleva a cabo su vigilancia post-técnica.

Siendo así, sería lógico pensar que el equipo enfermero haya desarrollado una serie de cuidados que lleven a cabo, y que sean específicos para tal práctica.

Por ello, y conociendo que es el personal sanitario enfermero quien se encarga de la vigilancia de estos pacientes las veinticuatro horas del día, se hace un requisito indispensable el conocer la atención especializada que necesitan en su estancia en la unidad, acotándose en este caso, a los cuidados necesarios en el destete de la ventilación mecánica.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Ventilación mecánica

El empleo de un ventilador en las Unidades de Vigilancia Intensiva ha permitido el aumento de la supervivencia en aquellos pacientes críticos que, al sufrir de una insuficiencia respiratoria aguda secundaria a una enfermedad, han necesitado de un soporte vital que les ayude a realizar lo que ellos por sí solos no podían llevar a cabo.

La ventilación mecánica constituye una alternativa terapéutica a este tipo de situaciones. Gracias a los avances tecnológicos, consigue suplir de manera temporal la función respiratoria al conocer los mecanismos fisiológicos necesarios para realizar las distintas fases que conlleva la respiración.

El entendimiento por parte del ventilador del intercambio gaseoso, y del equilibrio que necesita el cuerpo humano ante los distintos componentes que en su conjunto conforman la respiración, ha hecho posible que ante una falla de nuestro centro respiratorio, sea posible suplirlo y mantener con vida a los pacientes. ⁽¹⁾

Como principales objetivos clínicos que incitan el uso de la ventilación mecánica, pueden citarse distintas patologías relacionadas con la enfermedad causante tal como la hipoxemia severa, situación en la cual el paciente no supera una PaO₂ de 50 mmHg siendo necesaria la intubación para poder aumentarla. La hipercapnia como resultado de su uso para disminuir el nivel de carbónico en sangre, acidosis respiratoria o distintas modalidades que conlleven trabajo respiratorio. ⁽¹⁾

Además de su principal función, la ventilación mecánica proporciona la monitorización del paciente con el fin de observar todos los parámetros que están siendo utilizados en cada situación. ⁽²⁾

Por lo tanto y gracias a sus múltiples modalidades, el objetivo principal de la ventilación mecánica se basa en disminuir, o realizar el trabajo respiratorio del paciente, incrementar el volumen pulmonar y mantener abierta la vía aérea, hasta revertir de manera parcial o total la causa por la que se originó la insuficiencia respiratoria. ⁽³⁾

2.2 Principales modalidades

Las distintas modalidades que el ventilador es capaz de proporcionar se fundamentan en tres principios básicos, es decir, en la FiO₂ que se entregue al paciente, la sensibilidad con la que se programe, de esta manera el paciente puede estar ventilando de manera total, o realizar su propio ciclo espiratorio con el esfuerzo que

realice, y en el modo de entrega de gas, siendo esta tanto por presión como por volumen. ⁽¹⁾

La ventilación controlada por presión se ajusta al paciente de tal manera que la presión inspiratoria se convierte en una variable constante, mientras que el flujo y el volumen varían y son proporcionados según la impedancia y el nivel de presión establecido. ⁽⁴⁾

Según esto, el ventilador es capaz de realizar esta modalidad de dos maneras, como un ventilador a presión negativa, cuya funcionalidad es controlar la presión a nivel de la superficie del cuerpo, o como ventilador a presión positiva, en cuyo caso controla la presión a nivel de la vía aérea. ⁽⁵⁾

En cuanto a la ventilación controlada por volumen se hace contraria a la anterior, en este caso el flujo y el volumen son las variables constantes. Estos dos parámetros permanecerán inalterados ante cambios en la impedancia del ventilador. ⁽⁵⁾

2.3 Modalidades de ventilador convencionales

Ventilación asistida-controlada (AC): Es una de las modalidades más básicas que presenta el ventilador. Se utiliza como un modo de sustitución total de la ventilación del paciente, suele prescribirse principalmente al inicio de la terapia con ventilador, y puede aplicarse tanto con control del volumen (VCV) como con control de presión (VCP). En la primera de ambas se programa una frecuencia respiratoria mínima, pero el paciente es capaz de cambiar dicha frecuencia según sus propias inspiraciones. ⁽⁴⁾

Si el ventilador no detecta ese esfuerzo, realizara las insuflaciones él mismo con el volumen prefijado, dicho volumen siempre es el mismo independientemente de si el paciente realiza el esfuerzo o si es proporcionado por el ventilador.

Tal y como se citó anteriormente, la VCP posee una presión prefijada entre otros parámetros, dando como resultado la variación del flujo según la demanda del paciente. Se suele utilizar como estrategia de protección pulmonar, pero la mayor desventaja que posee es que dichos volúmenes varían cuando cambia la distensibilidad pulmonar del paciente. ⁽¹⁾

Ventilación mandatoria intermitente sincronizada (SIMV): En este tipo de modalidad ventilatoria, se prefija una frecuencia respiratoria y un volumen para el paciente, pero dentro de estos ciclos, el ventilador es capaz de intercalar las respiraciones que el paciente haga por su propia cuenta. De esta manera, es el

ventilador el que realiza el mayor esfuerzo respiratorio, pero consiguiendo combinarse con el trabajo espontáneo del propio paciente. ⁽⁶⁾

Sin embargo, ese posible acoplamiento posee un hándicap, y es que se hace imposible de controlar de manera adecuada la relación entre inspiración y espiración, pues el ventilador está continuamente combinando respiraciones dadas por sí mismo, con las que realiza el paciente. ⁽⁴⁾

El ventilador, al asegurar unas ventilaciones controladas, y permitir entre ellas las respiraciones espontáneas del paciente, es una de las modalidades escogidas para la retirada progresiva de la ventilación mecánica. ⁽⁷⁾

Ventilación con liberación de presión (APRV): Esta modalidad utiliza la presión positiva controlada con el objetivo de maximizar el reclutamiento alveolar. ⁽⁸⁾ La APRV permite que el paciente realice respiraciones espontáneas en cualquier momento del ciclo ventilatorio.

El ventilador al realizar una liberación de presión, puede proporcionar periodos largos de insuflación, intercalando los mismos con periodos de deflación pulmonar. ⁽²⁾

Como parte de las ventajas teóricas de esta modalidad, se destaca la capacidad que posee para maximizar y mantener ese reclutamiento alveolar en la totalidad del ciclo respiratorio, así como de hacer uso de una menor presión durante la inspiración. ⁽⁹⁾

Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP): El ventilador en esta modalidad proporciona de manera constante un nivel de presión positiva predeterminado durante el ciclo ventilatorio, la cual permite una ventilación espontánea del paciente.

La CPAP permite aumentar la capacidad residual funcional. En el ciclo ventilatorio el paciente realiza sus propias respiraciones, mientras que el ventilador puede asistir las mismas con una presión de soporte. ⁽⁸⁾

El uso de la presión positiva continua en la vía aérea es capaz de mejorar tanto la función respiratoria del paciente, como su función hemodinámica. La asistencia que proporciona el ventilador, junto a la PEEP (presión positiva al final de la espiración) que se le pautó individualmente, permite que el paciente pueda reducir su trabajo respiratorio. ⁽¹⁰⁾

Como principal ventaja dentro de este tipo de modalidad, se destaca su utilización junto con otras terapias ventilatorias parciales tales como la SIMV, para la retirada de la ventilación mecánica.

Con ello, se establece que, si se prescribe la CPAP como terapia ventilatoria a un paciente, se realiza con el fin de que asuma la mayor parte de su trabajo respiratorio, ya que es el paciente quien genera los parámetros de flujo inspiratorio, volumen y frecuencia respiratoria. ⁽¹¹⁾

Presión bifásica positiva en la vía aérea (BIPAP): Este modo de terapia también permite la ventilación espontánea por parte del paciente. Es similar a la APRV, y como ésta, también es controlada a presión y ciclada por tiempo. ⁽²⁾

Al permitir la respiración espontánea, la cual puede estar apoyada o no en presión de soporte en cualquier momento del ciclo ventilatorio, también se le asocia con la modalidad de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP).

Esta modalidad proporciona distintas ventajas para el paciente entre las que se destaca el aumento de su propia ventilación. Al ser un modo de terapia que permite la respiración espontánea en cualquier momento del ciclo, hace posible que se produzca una ventilación superpuesta a la propia ventilación mecánica.

También se destaca que la utilización de esta terapia permite unos mejores niveles de sedación, pues al permitir la ventilación espontánea, se utilizan menores niveles de sedación en el paciente, proporcionando de esta manera una menor depresión del centro respiratorio, favoreciendo directamente la respiración espontánea. Es por esta mecánica que la BIPAP también se considera como modalidad ante un sistema continuo de destete o retirada de ventilación mecánica.

Además de ello, permite una adecuada interacción entre la ventilación espontánea y el ciclo mandatorio del ventilador. ⁽¹²⁾

En caso de que el paciente por distintas circunstancias deje de realizar esas respiraciones espontáneas, el ventilador se comportará de la misma manera que en la terapia ventilatoria asistida-controlada.

2.4 Retirada de la ventilación mecánica

Como definición principal se debe diferenciar lo que es la extubación del paciente, de la desconexión del mismo de la ventilación mecánica. El primer proceso, conocido como extubación, hace referencia al momento en que se retira el tubo endotraqueal. Se debe llevar a cabo tras una valoración de las funciones

del paciente, las cuales después de observarlas por el equipo sanitario, dictan que ya no es necesaria la terapia ventilatoria que el paciente estaba recibiendo.

Es importante tener en cuenta la imposibilidad de conocer si una extubación tiene un éxito garantizado, o si por el contrario se tornará en una extubación difícil, por ello se debe considerar que cualquier extubación que se vaya a llevar a cabo, puede complicarse, y que acontezca la posibilidad de concluir en una posible reintubación. ⁽¹³⁾

La desconexión, en su caso, hace referencia al periodo de prueba de respiración espontánea que realizan los pacientes, y que puede terminar tanto en extubación como en una nueva reconexión. ⁽¹⁴⁾

El “destete o weaning”, es definido como el periodo de retirada de la ventilación mecánica, la cual termina con el restablecimiento del eje faringo-laríngeo-traqueal del paciente mediante la extubación. ⁽¹⁴⁾

En este proceso se produce, o se intenta conseguir, una mejora gradual entre la relación de la fuerza y la capacidad del sistema respiratorio del paciente, con el fin de conseguir respiraciones espontáneas. ⁽¹⁵⁾

Puesto que conectar a un paciente durante un periodo largo de tiempo a la ventilación mecánica puede producir gran número de complicaciones, es razonable no mantener esta terapia ventilatoria durante mucho tiempo. ⁽¹⁶⁾

Los criterios para llevar a cabo el destete o weaning se basan en factores del propio paciente, tales como su situación funcional sistémica y respiratoria, y el nivel de sedación.

De esta manera, para poder iniciarlo se deben tener en cuenta distintos aspectos. El paciente debe poseer en adecuadas condiciones su función pulmonar y la oxigenación, en donde debe observarse tras distintos métodos de evaluación (como la gasometría arterial), que su PaO₂ sea superior a 60 mmHg y que sea capaz de mantenerla. ⁽¹⁷⁾

Dentro de su situación hemodinámica asimismo, es trascendental que la frecuencia cardíaca se encuentre dentro de los rangos normales, que no posea signos de hipoperfusión periférica, y que su presión arterial media sea menor a 90 mmHg. ⁽¹⁷⁾

De este modo, es indispensable que el paciente ya no reciba ningún tipo de medicamento que produzca su sedación, que su situación hemodinámica sea estable, y que se encuentre en estado afebril, pues la fiebre aumenta el consumo de oxígeno.

⁽¹⁴⁾

Asimismo, es necesario que el paciente presente reflejos de tos espontáneos tanto por sí solo como al realizarle el aspirado, que posea un buen estado nutricional y un equilibrio ácido-base y electrolítico dentro de los parámetros adecuados. ⁽¹⁸⁾

Además de todo lo citado anteriormente, es obligatorio que la causa que llevó al paciente a empezar la terapia ventilatoria haya sido resuelta.

Puesto que es un proceso en el que el paciente está despierto y se necesita de su colaboración, es trascendental la preparación psicológica, siendo ésta, parte de los cuidados de enfermería.

2.5 Fases del destete

Al igual que en todos los procedimientos, existen distintos conceptos acerca de lo que puede llegar a suceder al llevarlos a cabo.

En el destete siempre puede presentarse la posibilidad de que se torne en un procedimiento difícil, siendo así aquella situación en la que el paciente no es capaz de tolerar más de dos horas la prueba de respiración espontánea.

También puede ocurrir un fallo en el destete, en cuyo caso sería aquella situación en la que el paciente precisa una reintubación, o una reconexión a la ventilación mecánica en las primeras cuarenta y ocho horas. ⁽¹⁹⁾

Dentro del fallo en el destete, existe la posibilidad de que el paciente después de la prueba, necesite de un periodo de ventilación mecánica prolongada, es decir, al resultar fallido, se hace imposible destetar al paciente en un tiempo mínimo de treinta días. ⁽¹⁴⁾

El destete exitoso en contraposición al concepto anterior, es aquel en el que el paciente es capaz de tolerar la ventilación espontánea tras la extubación sin aparición de incidencias.

2.6 Proceso

Se pueden utilizar varias modalidades dentro de la ventilación mecánica para el comienzo del destete tal y como se citó en el apartado de la terapia ventilatoria.

Dentro de dichas modalidades se encuentra la terapia mediante la modalidad SIMV como una de las opciones a utilizar para comenzar el destete. Dado que está basada en acoplar las respiraciones espontáneas del paciente a las que realiza el

respirador, ayuda al paciente a disminuir las proporcionadas por la propia terapia y aumenta el esfuerzo espiratorio. ⁽²⁰⁾

Otra de las modalidades a utilizar es la CPAP, en cuyo caso el paciente está recibiendo una presión positiva continua que le permite realizar respiraciones espontáneas por sí mismo ⁽²¹⁾, siendo otro método ideal para ayudar a aumentar su capacidad de respiración autónoma. Debe utilizarse a una presión de soporte baja para conseguir el efecto deseado.

Sin embargo y como método más utilizado se encuentra la terapia para destete del llamado "Tubo en T", dado ese nombre por la forma que presenta dicho tubo.

Éste es conectado al tubo orotraqueal del paciente, y mediante los tubos corrugados del respirador, es conectado a su vez a una toma de oxígeno humidificado a la misma o a una similar FiO_2 mientras usaba la terapia ventilatoria. Debe ser mantenido en un periodo mínimo de treinta minutos en los que se observe que el paciente es capaz de tolerarlo y que realiza respiraciones espontáneas óptimas.

Una de las principales ventajas que tiene esta técnica es que no supone al paciente una gran carga de trabajo respiratorio al ofrecer poca resistencia al flujo de gas. En contraposición, su principal desventaja es que, al no estar conectado al ventilador, se pierde la monitorización directa que este puede ofrecer. ⁽²²⁾

Independientemente de la técnica que se escoja según los fundamentos fisiológicos del paciente, tanto el destete como la extubación es un proceso crítico que requiere de una vigilancia intensiva por parte del personal de enfermería, y el conocimiento de los mismos sobre los cuidados que necesita este tipo de paciente.

La presencia del personal enfermero se hace indispensable, pues son estos los encargados de la valoración, técnicas y cuidados que el paciente está a punto de necesitar al ser desconectado de la terapia ventilatoria.

Es por ello la necesidad de conocer los cuidados específicos del paciente crítico en el destete ventilatorio, globalizando tanto las técnicas como la observación, además de los aspectos psicológicos que este procedimiento conlleva.

3. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se ha realizado con el fin de conocer y entender la importancia de los cuidados y la presencia enfermera en unidades críticas, como lo es la Unidad de Vigilancia Intensiva, y más concretamente en el procedimiento de destete de un paciente conectado a soporte ventilatorio.

Puesto que es la enfermera quien realiza dicho procedimiento y la que se encarga de la observación del paciente en todo lo que a esta técnica corresponde, se hace vital la necesidad de mostrar la trascendencia de dichos cuidados en un procedimiento que es crítico tanto para el paciente, como para el propio profesional sanitario.

De tal manera, este trabajo de investigación pretende mostrar dichos cuidados, y separarlos en las distintas fases que el destete conlleva, para poder así dar no solo una visión más específica de lo que supone el trabajo de una enfermera, sino también para poder presentar lo que la retirada de la ventilación mecánica de un paciente necesita para poder llevarse a cabo.

Dado que es un procedimiento en el que el paciente se encuentra consciente, es importante recalcar también como parte de esos cuidados el apoyo psicológico por parte del personal de enfermería para el paciente, y su significancia además de las técnicas que se deban realizar.

Así pues, la siguiente investigación muestra qué tipos de cuidados necesita este procedimiento, la importancia de la observación y el valor de la empatía con el paciente.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

1. Conocer los cuidados aplicados por el personal de enfermería, en la retirada de la ventilación mecánica en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital Universitario de Canarias.

A partir del objetivo general, se formulan los siguientes:

4.2 Objetivos específicos

1. Clasificar los cuidados del personal de enfermería de la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital Universitario de Canarias antes, durante y después del procedimiento.
2. Averiguar los posibles eventos que indiquen un fallo en el destete y que requieren de una reintubación del paciente.
3. Conocer el protocolo de destete llevado a cabo por el personal de enfermería en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital Universitario de Canarias.

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de diseño

Se presenta de esta manera un proyecto de carácter observacional, descriptivo y transversal.

5.2 Población

El universo de estudio serán los cinco equipos formados por el personal de enfermería de la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital Universitario de Canarias, al que se le realizarán, bajo el consentimiento del Comité de Ética del Hospital Universitario de Canarias, de la Supervisora de Enfermería de la Unidad de Vigilancia Intensiva, así como de los propios profesionales sanitarios aquí descritos, una entrevista y un cuestionario. La duración estimada del proyecto será de dos a cuatro meses.

5.3 Muestra

La muestra en este caso coincide con la población siendo así de tipo intencional, pues existe un criterio de inclusión específica, basada éste en el número de enfermeros correspondientes por cada equipo formado en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital Universitario de Canarias. En cuanto al muestreo llevado a cabo en el estudio, éste es de carácter no probabilístico e intencional.

5.4 Variables

Respecto a las variables de este proyecto, se establece que, en relación a los objetivos específicos recogidos en el estudio, se hace uso de las variables cualitativas. Todos ellos están recogidos en la entrevista y el cuestionario, pues se valorará la respuesta del personal de enfermería.

Con respecto al objetivo general del proyecto, se pretende conocer el nivel de cuidados proporcionados por el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Canarias, a aquellos pacientes sometidos a ventilación mecánica en condiciones de realizar un destete y, por ende, de ser extubados, por lo que se tendrá en cuenta si existen pacientes en dichas condiciones al momento de estudio en la Unidad de Vigilancia Intensiva.

En cuanto al primer objetivo específico, basado en la clasificación de dichos cuidados en cada fase del procedimiento de destete, se tendrán en cuenta los datos recabados del primero de los objetivos, siendo estos los mismos que se recogerán

también mediante el cuestionario dirigido al personal sanitario enfermero para poder realizar de esa manera, la anteriormente descrita clasificación.

Respecto al segundo objetivo específico a investigar, el estudio se centrará en averiguar qué posibles factores dentro del proceso de destete pueden dificultar el momento de la extubación, contemplados los cuales en las preguntas tanto de la entrevista como del cuestionario dirigidos a los enfermeros de Unidad de Vigilancia Intensiva.

En relación al último de los tres objetivos, este se encuentra dirigido a investigar si existe un posible protocolo de destete en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital Universitario de Canarias, y por ello mediante la entrevista y el cuestionario se resolverá qué pasos sigue este protocolo, y en caso de que exista, si las acciones de enfermería en cuanto a este procedimiento se encuentran bien definidas.

5.5 Método de recogida de datos

La entrevista está basada en veinte preguntas tanto de desarrollo como de respuesta dicotómica, para poder acceder de esta manera a los conocimientos del personal enfermero.

En cuanto al cuestionario, se encuentra caracterizado por presentar preguntas politómicas, recogidas de tal manera que el estudio pueda analizar el correcto procedimiento ante todo lo que conlleva realizar un destete a un paciente.

Todo ello se verá plasmado en el anexo del proyecto de investigación, por medio de la entrevista y el cuestionario, de donde se podrán recoger los datos obtenidos para llevar a cabo el objetivo principal de la investigación.

Por ello, los tres objetivos se encuentran dentro de las variables cualitativas, expresamente en el grupo de las variables cualitativas nominales.

5.6 Programación

Previo a la realización de la entrevista y el cuestionario, se solicitarán los permisos antes mencionados a las direcciones pertinentes siendo estas; el Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario de Canarias, el permiso dirigido a la supervisora de enfermería de la Unidad de Vigilancia Intensiva, y el consentimiento por

y para el personal de enfermería de la citada unidad, siendo estos los principales sujetos de investigación.

Una vez conseguido los mismos, los participantes de estudio serán informados del procedimiento a seguir, siendo este la realización de una entrevista de 20 preguntas con un tiempo estimado de media hora en total para la misma, así como un cuestionario de 15 preguntas con un tiempo estimado de quince minutos. Se intentará encontrar un hueco de tiempo en el que la carga de trabajo dentro de la unidad no sea tan crítica, como lo puede ser en horario de tarde o noche y así poder garantizar un entorno favorable, tanto para el enfermero como para el entrevistador.

Antes de realizar la misma, se comunicará a los doce enfermeros de cada equipo que, tanto la entrevista como el cuestionario, son totalmente anónimos, donde las únicas variables fijas que van a existir serán el sexo, la edad y el tiempo trabajado en la unidad. Asimismo, se comunicará que su realización es voluntaria.

De la misma manera que con las entrevistas, se entregarán los cuestionarios de 15 preguntas cada uno con una respuesta única a elegir entre cuatro opciones, siendo estas: *‘Muy en desacuerdo, En desacuerdo, De acuerdo o Muy de acuerdo’*. Cada cuestionario tiene un tiempo de realización estimado de 7 minutos.

El presente proyecto se llevará a cabo entre los meses de enero y abril de 2019, siempre dejando un margen dentro del tiempo preestablecido para posibles complicaciones en el mismo y así realizarlo de manera más eficaz.

La entrevista y el cuestionario serán repartidos durante los meses citados, de tal manera que cada enfermero, tendrá asignado dos tiempos distintos en dos días diferentes para completarlos sin que interfiera en sus funciones.

Dichos procedimientos están programados para un intervalo de tiempo de entre dos y cuatro meses como se ha mencionado, con el fin de conseguir la mayor objetividad sin presuponer presión alguna para el trabajo del personal sanitario. Con lo cual se asegurará un tiempo estimado favorable para la realización tanto de la entrevista como de la encuesta.

Una vez conseguido dicho objetivo, se valorarán las respuestas, y así poder identificar y conocer el resultado de los objetivos del proyecto.

5.7 Análisis de datos

Para ello, las variables serán analizadas mediante estadísticos de frecuencia y porcentajes. Para las variables cuantitativas discretas y continuas utilizaremos medidas de tendencia central y de dispersión. En la escala tipo Likert se utilizarán estadísticos de frecuencia agrupada. Para analizar las relaciones entre las variables cuantitativas incluidas en las características sociodemográficas y las puntuaciones de la escala se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson.

Dicha valoración se realizará mediante un programa estadístico SPSS V.24.1 para Windows.

6. CRONOGRAMA

Fases del proyecto	Meses		Enero				Febrero				Marzo				Abril			
	Semana		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Organización del proyecto de investigación	X	X																
Trabajo de Campo			X	X	X	X	X	X	X									
Análisis de datos										X	X	X						
Redacción del informe													X	X				
Comunicación y difusión															X	X	X	

Se establece una estimación de cuatro meses en cuanto a la duración del proyecto de investigación, que se realizarán entre los meses de Enero y Abril del año 2019.

7. PRESUPUESTO

Recursos materiales y humanos:

Material	Cantidad	Coste
Fotocopias	200	20€
Material de papelería	10	10€
Gastos de movilidad	30	200€
Ordenador portátil	1	400€
Impresora	1	65€
Tintas de impresora	4	80€
TOTAL:		775€

8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Con el fin de llevar a cabo el presente proyecto, se informará a las diferentes direcciones del Hospital Universitario de Canarias el propósito del mismo, la metodología a emplear y se mostrarán los cuestionarios, así como las entrevistas que, de forma anónima y voluntaria se presentará a los enfermeros participantes del estudio, y se solicitará la autorización del mismo.

Una vez conseguido esto, se demandará un consentimiento individualizado a cada enfermero, de manera escrita, en donde se pondrá en su conocimiento el objetivo principal de estudio, además de informar del carácter voluntario del mismo. Finalmente, se les garantizará el anonimato del estudio, para el cual se utilizará un código anónimo de identificación a la hora de analizar los datos, para así poder medir las variables de estudio.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez Muñoz F. Ventilación Mecánica. Acta méd Peruana [Internet]. 2011 [citado 26 Ene 2018]; 28(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200006
2. Subirana M, Bazan P. Modalidades de ventilación mecánica. Enferm Intensiva [Internet]. 2011 [citado 26 Ene 2018]; 11(1): 23-32. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-modalidades-ventilacion-mecanica-13008814>
3. Fuentes Fumarola C, Bonet Saris A, Maria Sirvent J, Brugada Mutjé N. Ventilación Mecánica, técnicas relacionadas. Manual de Enfermería Intensiva. Girona: Documenta Universia; 2012. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=ZBrPBAAQBAJ&pg=PT57&lpg=PT57&dq=manual+de+enfermeria+en+la+extubacion&source=bl&ots=v0J5yP8fDU&sig=6Kd2t7J4u26o6AG5bIY7ZrmMsiQ&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwifvkydXYAhVDOBQKHTi3AVs4ChDoAQhHMAU#v=onepage&q&f=false>
4. Ramos Gómez LA, Benito Vales S. Fundamentos de la ventilación mecánica. En: Soler H, Serra R, Soler D, et al, editores. Fundamentos de la ventilación mecánica. 1ª ed. Valencia: ICG Marge; 2012. p. 15-131. Disponible en: <http://www.fundamentosventilacionmecanica.com/Autores.html>
5. Garnero AJ, Abbona H, Gordo-Vidal F, Hermosa-Gelbard C. Modos controlados por presión versus volumen en la ventilación mecánica invasiva. Med Intensiva [Internet]. 2013 [citado 26 Ene 2018]; 37(4): 292-298. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/modos-controlados-por-presion-versus/articulo/S0210569112003166/>
6. Benito J, Aguado D. Ventilación mandatoria sincrónica intermitente [Internet]. 2006 [citado 26 Ene 2018]. Disponible en: <http://webs.ucm.es/info/secivema/docs%20anestesia%20pdf/GUIAS-ANESTESIA-PDF/30-proced-SIMVentilacion.pdf>
7. Valerón Lemaur ME, López Álvarez JM, González Jorge R, Manzano Alonso JL. Ventilación mandatoria intermitente. An Pediatr [Internet]. 2003 [citado 26 Ene 2018]; 59 (1): 86-92. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/ventilacion-mandatoria-intermitente/articulo-resumen/S1695403303781557/>
8. Bernales Delmon A. Modalidades ventilatorias espontáneas en ventilación mecánica y sus beneficios en UCI. Medwave [Internet]. 2011 [citado 26 Ene 2018]; 11(4). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionClinica/5010>
9. Lara Cruz J, Mendoza Rodríguez M, López González A, Huerta Valeria R, Sánchez Domínguez R, Herrera Morales BE. Ventilación liberadora de presión en vía respiratoria versus ventilación controlada neumoprotectora en falla respiratoria aguda. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int [Internet]. 2013 [citado 26 Ene 2018]; 28(2): 75-84. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/medcri/ti-2014/ti142c.pdf>
10. Carrillo Esper R. Ventilación mecánica [Internet]. Méjico: Alfíl S.A.; 2013 [citado 26 Ene 2018]. Disponible en: <http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/19%20Ventilaci%C3%B3n%20mec%C3%A1nica-Interiores.pdf>

11. Sánchez Pina I. Ventilación mecánica: modalidades [Internet]. 2014 [citado 26 Ene 2018]. Disponible en: <http://enfermerapediatrica.com/ventilacion-mecanica-modalidades/>
12. Torres Morera LM. Tratado de cuidados críticos y emergencias [Internet]. España: Arán Ediciones; 2002. [citado 26 Ene 2018]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=bZQZQhitGYC&pg=PA2329&lpg=PA2329&dq=bipap+funcionamiento&source=bl&ots=DrXYrkt1xB&sig=PckjEwVm9IE4cX-r0AMbNsNr-A8&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj4o9im-vLYAhWHLMAKH6MA5U4ChDoAQgtMAE#v=onepage&q=bipap%20funcionamiento&f=false>
13. Linde Valverde CM. La extubación de la vía aérea difícil. Rev Esp Anestesiol Reanim [Internet]. 2005 [citado 13 Ene 2018]; 52(9): 557-570. Disponible en: <https://www.sedar.es/images/stories/documentos/fondosredar/volumen52/n9/fc.pdf>
14. Carmona Simarro JV, Roses Cueva P, Barroso Martínez FJ, Bixquert Mesas A. Extubación Procedimiento de Enfermería. Enferm Integral [Internet]. 2010 [citado 13 Ene 2018]; (91): 10-13. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/91/ENF-INTEG-91.pdf>
15. Anestesiari [Internet]. España: [actualizado 21 Feb 2013, citado 26 Ene 2018]. Destetando a los pacientes del respirador [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://anestesiari.org/2013/destetando-a-los-pacientes-del-respirador/>
16. Ramos Rodríguez JR. Guía de cuidados en la desconexión de la ventilación mecánica [Internet]. 2014 [citado 13 Ene 2018]. Disponible en: <http://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/15726/PRUEBA%20DE%20VENTILACION%20ESPONTANEA%20.pdf?sequence=1%20>
17. Miralles Rojano A, Ramos Hidalgo J, Briansó Llorca M, Burló Arévalo N, Aguilar Mariné A, Español Guionnet M. Cuidados de Enfermería en la retirada de la ventilación mecánica. [Internet]. 2017 [citado 18 Ene 2018]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-retirada-ventilacion-mecanica/>
18. Enfermería en cuidados críticos pediátricos y neonatales [Internet]. Almería; 2016 [actualizado 23 Sep 2016; citado 13 Ene 2018]. Disponible en: <http://ajibarra.org/capitulo-93-destete-de-la-ventilacion-meca>
19. ISSU [Internet]. 2012 [actualizado 13 Nov 2012, citado 13 Ene 2018]. Disponible en: https://issuu.com/educacionaci/docs/protocolo_de_cuidados_de_enfermeria_20121113201144
20. Paul N Lanken MD, William Hanson MD, Sott Manaker MD. Manual de cuidados intensivos [Internet]. Argentina: Panamericana; 2003. [citado 26 Ene 2018]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=fj9e2yfk36QC&pg=PA295&lpg=PA295&dq=simv+para+destete&source=bl&ots=IY6RPvVDK-&sig=WegyupVbgx823ZUF514uHifsQnM&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi67YXyuvXYAhWDvhQKHk7B8k4ChDoAQhhMAk#v=onepage&q=simv%20para%20destete&f=false>
21. Net A, Benito S. Ventilación mecánica [Internet]. 3rd ed. España: Springer-Verlag Ibérica; 2000. [citado 26 Ene 2018]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=c2i6dPBocQUC&pg=PA109&lpg=PA109&dq=simv+para+destete&source=bl&ots=llwpEotloj&sig=0V3UF5_wv2iWNIGc6FG

- [4sYUhm6o&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi67YXyuvXYAhWDvhQKHk7B8k4ChDoAQg2MAI#v=onepage&q=simv%20para%20destete&f=false](https://books.google.es/books?id=t5SfeVivh9gC&pg=PA249&lpg=PA249&dq=tubo+en+t+destete&source=bl&ots=w4XYj1YLrZ&sig=a_gSURfddA1n-s5T5Wxf-cJCNMM&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEWj43uavz_XYAhWJ7BQKHVo-Dvk4HhDoAQhNMAY#v=onepage&q=tubo%20en%20t%20destete&f=false)
22. Ceraso D. Terapia intensiva [Internet]. 4nd ed. Argentina: Panamericana; 2007 [citado 26 Ene 2018]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=t5SfeVivh9gC&pg=PA249&lpg=PA249&dq=tubo+en+t+destete&source=bl&ots=w4XYj1YLrZ&sig=a_gSURfddA1n-s5T5Wxf-cJCNMM&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEWj43uavz_XYAhWJ7BQKHVo-Dvk4HhDoAQhNMAY#v=onepage&q=tubo%20en%20t%20destete&f=false

10. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Clínica Universidad de Navarra [Internet]. España: [citado 26 Ene 2018]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/compliance-pulmonar>
2. Pontificia Universidad Católica de Chile [Internet]. Chile: 2013 [citado 26 Ene 2018]. Disponible en: <http://terapiaventilatoria.uc.cl/Articulos/modos-ventilatorios-espontaneos-en-sdra-aprv>
3. MedlinePlus [Internet]. España: [actualizado 21 Dic 2017; citado 26 Ene 2018]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001916.htm>
4. Instituto del sueño [Internet]. España: [citado 26 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.iis.es/bipap-y-cpap-maquina-aparatos-para-la-apnea-del-sueno-tratamiento/>
5. Periódico Salud [Internet]. España: [citado 26 Ene 2018]. Disponible en: <http://periodicosalud.com/cpap-que-es-indicaciones-como-funciona-efectos-secundarios-precio/>
6. CPAP [Internet]. [citado 26 Ene 2018]. Disponible en: <http://cpap.org.es/funcionamiento>
7. Infomed [Internet]. Cuba: 1999 [citado 26 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/r.pdf>
8. Montes de Oca Sandoval MA, Rodriguez Reyes J, Villalobos Silva JA, Franco Granillo J. Ventilación con presión de soporte, presión positiva bifásica y liberación de presión de la vía aérea. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int [Internet]. 2008 [citado 26 Ene 2018]; 22(4): 260-270. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/medcri/ti-2008/ti084j.pdf>
9. Giménez Maroto AM. Programa de valoración enfermera del destete y resultados de la ventilación mecánica. Reduca [Internet]. 2009 [citado 13 Ene 2018]; 1(2): 316-331. Disponible en: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/51/48>
10. SlideShare [Internet]. 2013 [actualizado 23 Feb 2013; citado 26 Ene 2018]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/ALEHUACUZ/criterios-de-extubacin-y-destete>
11. Frutos-Vivar F, Esteban A. Desconexión de la ventilación mecánica. Med Intensiva [Internet]. 2012 [citado 26 Ene 2018]; 37(9): 605-617. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/desconexion-ventilacion-mecanica-por-que/articulo/S021056911200246X/>
12. SlideShare [Internet]. 2014 [actualizado 9 Abr 2014; citado 26 Ene 2018]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/keran2503/curso-vm-destete>

11. ANEXOS

Anexo 11.1. Entrevista dirigida al personal de enfermería de la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital Universitario de Canarias.

1. **¿Para el destete de un paciente, como modalidad ventilatoria se utiliza la presión de soporte (CPAP)?**

2. **¿Es la técnica en T el método más eficaz, antes de extubar a un paciente, para comprobar su función respiratoria espontánea?**

3. **¿Cada cuánto tiempo debe hacerse un control de las constantes vitales del paciente sometido a una prueba de ventilación espontánea?**

4. **Para poder llevar a cabo el destete, ¿Es necesario suspender la NE?**

5. **El paciente a extubar debe cumplir unos criterios y valores mínimos para realizar un destete ¿Podría describirlos?**

6. **En el momento de la extubación, ¿Cuáles son los parámetros a los que la enfermera debe prestar especial atención?**

7. Del mismo modo se necesita de una estabilidad hemodinámica, ¿Cuáles serían los valores idóneos?

8. ¿Siempre se debe preoxigenar al paciente antes de llevar a cabo la extubación?

9. La enfermera debe encargarse de que el cabecero del paciente esté incorporado en 45°. ¿Es una medida de prevención para evitar una neumoo aspiración y aliviar el esfuerzo diafragmático?

10. Dentro de los cuidados de enfermería también se encuentra el identificar factores que puedan dificultar el destete, ¿Podría enumerarlos?

11. ¿El dolor es considerado un síntoma que pueda dificultar el destete?

12. Una vez hecha la extubación por parte de la enfermera, deberán hacerse ciertos controles al paciente; ¿Podría describir los más importantes?

13. ¿Es la hipoventilación la complicación más frecuente que suele encontrarse la enfermera tras el destete?

14. ¿La ansiedad o disnea después de un destete debe observarse como un fallo en el mismo, o como producto de un proceso estresante?

15. Si un paciente después de la extubación es incapaz de deglutir ¿Se considera signo de alarma?

16. ¿Existe un protocolo de destete en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital Universitario de Canarias?

17. En el mismo, ¿Aparece la vigilancia del paciente en la realización de la prueba en T como parte de los cuidados de enfermería?

18. En la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital Universitario de Canarias, ¿Se observan los mismos parámetros que en otros protocolos?

19. En dicho protocolo ¿Las funciones de enfermería están definidas?

20. ¿Existe algún otro cuidado enfermero en el protocolo que solo se realice en esta unidad?

Anexo 11.2. Cuestionario dirigido al personal sanitario

Cuestionario

1. Dado que son pacientes conscientes, es importante explicar las fases consecutivas del procedimiento al mismo.

- a) Muy en desacuerdo
- b) En desacuerdo
- c) De acuerdo
- d) Muy de acuerdo

2. Es imprescindible antes de llevar a cabo una extubación, comprobar el drenado gástrico del paciente.

- a) Muy en desacuerdo
- b) En desacuerdo
- c) De acuerdo
- d) Muy de acuerdo

3. Para proceder a la extubación la enfermera debe tener preparados los siguientes materiales: Jeringa para desechar el neumotaponamiento, sonda de aspiración, GN o mascarilla de oxígeno.

- a) Muy en desacuerdo
- b) En desacuerdo
- c) De acuerdo
- d) Muy de acuerdo

4. El carro de parada siempre debe estar presente en cada fase del destete..

- a) Muy en desacuerdo
- b) En desacuerdo
- c) De acuerdo
- d) Muy de acuerdo

5. Debe realizarse media hora después de la extubación una gasometría arterial de control.

- a) Muy en desacuerdo
- b) En desacuerdo
- c) De acuerdo
- d) Muy de acuerdo

6. La enfermera debe encargarse en todo momento de que el paciente este correctamente monitorizado.

- a) Muy en desacuerdo
- b) En desacuerdo
- c) De acuerdo
- d) Muy de acuerdo

7. Es importante realizar una valoración hemodinámica y respiratoria inmediatamente después de haber iniciado el destete.

- a) Muy en desacuerdo
- b) En desacuerdo
- c) De acuerdo
- d) Muy de acuerdo

8. Después de extubar al paciente, enfermería se encarga de una exhaustiva observación del mismo mediante unos controles posteriores, como la valoración de la función respiratoria, vigilar la aparición de un edema de glotis o estridor laríngeo, estar atento para evitar la caída de la lengua, y una gasometría arterial a la media hora de la extubación.

- a) Muy en desacuerdo
- b) En desacuerdo
- c) De acuerdo
- d) Muy de acuerdo

9. Como parte de los cuidados de enfermería. También se encuentra la observación del movimiento de la parrilla costal y del abdomen.

- a) Muy en desacuerdo
- b) En desacuerdo
- c) De acuerdo
- d) Muy de acuerdo

10. Ante las pruebas de ventilación espontánea, resulta fundamental la valoración física continua del paciente.

- a) Muy en desacuerdo
- b) En desacuerdo
- c) De acuerdo
- d) Muy de acuerdo

11. Se debe valorar la presencia de respiración paradójica tras el destete.

- a) Muy en desacuerdo
- b) En desacuerdo
- c) De acuerdo
- d) Muy de acuerdo

12. El papel de enfermería se hace vital en el destete, pues ayuda a disminuir la ansiedad del paciente, la cual, entre otras causas, puede provocar tensión muscular y dificultar el proceso de mejoría.

- a) Muy en desacuerdo
- b) En desacuerdo
- c) De acuerdo
- d) Muy de acuerdo

13. La ansiedad y el cansancio son factores determinantes en el fallo de la desconexión, por ello enfermería debe estar presente y transmitir calma y paciencia.

- a) Muy en desacuerdo
- b) En desacuerdo
- c) De acuerdo
- d) Muy de acuerdo

14. Es importante animar al paciente a que tosa y expectore tras la extubación.

- a) Muy en desacuerdo
- b) En desacuerdo
- c) De acuerdo
- d) Muy de acuerdo

15. Es importante asegurarse que el paciente no presenta ninguna lesión en la vía aérea superior que pudiese dar lugar a un colapso post-extubación.

- a) Muy en desacuerdo
- b) En desacuerdo
- c) De acuerdo
- d) Muy de acuerdo

Anexo 11.3. Permiso dirigido a la supervisora de la Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Universitario de Canarias.

Sra. Supervisora:

Mi nombre es Laura Federici González, soy estudiante de 4º Grado de Enfermería de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de La Laguna.

Actualmente estoy realizando un proyecto de investigación para la Asignatura de *Trabajo de Fin de Grado*, basado en conocer los cuidados realizados por la enfermera al destete de un paciente sometido a ventilación mecánica.

Estimo que la realización de las encuestas ocuparía unos 7 minutos de tiempo por persona, y de las entrevistas en torno a media hora. Se realizaría durante un periodo de 4 meses en total, para pasar a los 12 enfermeros que conforman los cinco equipos en su unidad.

Por ello solicito su permiso para utilizar sus instalaciones y realizar las entrevistas y encuestas a las enfermeras/os que cuiden de pacientes en dichas condiciones.

Quedando a su disposición para cualquier consulta que desee realizarme, le agradezco de antemano la consideración de esta solicitud.

Atentamente

Firmado:

Laura Federici González
Facultad de Enfermería y Fisioterapia
Universidad de La Laguna.
Alu0100831115@ull.edu.es
Móvil: 607966334

Anexo 11.4. Permiso dirigido al comité de ética e investigación clínica del Hospital Universitario de Canarias.

COMITÉ ETICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Hospital Universitario de Canarias

Edificio de Actividades Ambulatorias, Planta -2

C/Ofra s/n 38320 La Laguna

Santa Cruz de Tenerife

SOLICITUD DE EVALUACIÓN DEL ESTUDIO POR EL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Se solicita la evaluación del estudio: "CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL ENFERMO CRÍTICO A LA RETIRADA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA." del que es investigador principal, D^a Laura Federici González.

En este estudio no participaran investigadores colaboradores.

Se adjunta protocolo para su evaluación.

En La Laguna, a de de 201

Fdo:

Laura Federici González
Facultad de Enfermería y Fisioterapia
Universidad de La Laguna.

Alu0100831115@ull.edu.es

Móvil: 607966334

PROTOCOLO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

TÍTULO: *Cuidados de enfermería en el paciente crítico a la retirada de la ventilación mecánica.*

CÓDIGO:

VERSIÓN:

INVESTIGADORES:

- Laura Federici González

LUGAR DE REALIZACIÓN:

- HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS.
- FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, SECCIÓN ENFERMERÍA, DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA, ULL.

ÍNDICE

1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN	3
2. OBJETIVOS Y FINALIDAD DEL ESTUDIO	3
3. PLAN DE TRABAJO	4
4. ASPECTOS ÉTICOS	4

1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN.

Hoy en día, los hospitales se encuentran continuamente recibiendo pacientes para ingresar en distintos servicios por diferentes patologías. De estos, un número importante es derivado a los servicios críticos donde, por determinadas condiciones, acaban necesitando de un soporte ventilatorio.

Es por ello que, al convertirse con el paso de los años en una práctica notoria por parte del equipo sanitario, resulta imprescindible la realización de una serie de cuidados para conseguir una mejor estancia en beneficio de los pacientes. Ante esto, y puesto que es el equipo enfermero quien se encarga de esos cuidados diariamente, los objetivos del proyecto se basan en detectar y describir dichos cuidados. Para ello, se investigará una población, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Canarias, formada por los sesenta enfermeros que conforman los cinco equipos de enfermería. Los datos serán recogidos mediante una entrevista, así como un cuestionario, con el fin de recabar la información y poderla analizar.

Estos serán entregados para su realización de manera voluntaria y totalmente anónima en un plazo de dos a cuatro meses, con el fin de asegurar un tiempo prudencial para el desarrollo de los mismos.

Resulta de vital importancia el estudio acerca de las condiciones fisiológicas y fisiopatológicas de un paciente conectado a un soporte ventilatorio, ya que, en cada ocasión, se requiere de parámetros diferentes y de distintos tipos de vigilancia y cuidados. Esta situación precede, de manera automática, a establecer cuidados dirigidos a este tipo de paciente y garantizar así una estancia más corta y mejor en las unidades críticas hospitalarias.

2. OBJETIVOS Y FINALIDAD DEL ESTUDIO.

El objetivo principal de este estudio es el de conocer los cuidados aplicados por el personal de enfermería, en la retirada de la ventilación mecánica en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital Universitario de Canarias.

Como objetivos específicos se han planteado:

- Clasificar los cuidados del personal de enfermería de la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital Universitario de Canarias antes, durante y después del procedimiento.
- Averiguar los posibles eventos que indiquen un fallo en el destete y que requieren de una reintubación del paciente.
- Conocer el protocolo de destete llevado a cabo por el personal de enfermería en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital Universitario de Canarias.

3. PLAN DE TRABAJO.

El presente proyecto se llevará a cabo entre los meses de enero y abril de 2019, siempre dejando un margen dentro del tiempo preestablecido para posibles complicaciones en el mismo y así realizarlo de manera más eficaz.

La entrevista y el cuestionario serán repartidos durante los meses citados, de tal manera que cada enfermero, tendrá asignado dos tiempos distintos en dos días diferentes para completarlos sin que interfiera en sus funciones.

Dichos procedimientos están programados para un intervalo de tiempo de entre dos y cuatro meses como se ha mencionado, con el fin de conseguir la mayor objetividad sin presuponer presión alguna para el trabajo del personal sanitario. Con lo cual se asegurará un tiempo estimado favorable para la realización tanto de la entrevista como de la encuesta.

4. ASPECTOS ÉTICOS.

El estudio se realizará en conformidad con los principios de la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia en 1964 y enmendada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Sudáfrica (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002),

Con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos de los participantes en el estudio, solo tendrá acceso a los mismos el investigador, al margen de las autoridades que se determinen.

El tratamiento de los datos de carácter personal requeridos en este estudio se rige por la Ley Orgánica de Protección de datos de Carácter Personal 15/1999.

Permiso 11.6. Permiso dirigido a la población de estudio.

Protección de Datos

Estimado SR./Sra. D./D^a.:

Estamos realizando un estudio sobre *“Cuidados de enfermería en el enfermo crítico a la retirada de la ventilación mecánica”*.

Por ello, solicitamos su colaboración para la realización de la entrevista y el cuestionario que aquí se muestran.

Es importante que conozca que toda la información recogida será mantenida en el más estricto secreto profesional. La hoja con datos personales y clínicos se archiva bajo custodia. Todos los datos se encuentran protegidos por la Ley Orgánica 15/9 del 13 de diciembre de 1999 sobre Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal (LORTAD) y se utilizan, única y exclusivamente, con fines estadísticos y de investigación, pero nunca a nivel individual.

Naturalmente, los participantes en este estudio podrán en cualquier momento retirarse, simplemente comunicándolo a la responsable.

La Laguna, a de 2018

Firma responsable del programa:

Firma destinatario del programa