

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIRIQUÍ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

ASESOR DE TESIS DE MAESTRÍA

DR. MAIR SITTÓN MORENO



UNACHI
Hombre y cultura para el porvenir

Universidad Autónoma de Chiriquí

PRESENTA

MAGNOLIA LINETH MORENO ALANIZ 4-722-2059

KEVIN ENRIQUE ALMENGOR CASTILLO 4-763-1109

TESIS:

ENFERMERÍA PEDIÁTRICA, LA TRAQUEOSTOMÍA:

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN LA SALA DE

ESCOLARES

DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL “JOSÉ DOMINGO DE OBALDÍA”,

PROVINCIA DE CHIRIQUÍ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

AGOSTO, 2025

HOJA DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR



Maria A Sutton M

Asesor



Lourdesy. Cedeño de Romérez

Lector



Laura

Lector

DECLARACIÓN JURADA

David, 30 de junio 2025

Doctores

Coordinadora del Programa de Maestría en Pediatría

Universidad Autónoma de Chiriquí

Respetados Sres.

Reciba un cordial saludo y mis mejores deseos. A través de la presente, hago constar la Licenciada Magnolia Moreno con cédula de identidad 4-722-2059 y el Licenciado Kevin Almengor con cédula de identidad 4-763-1109, han realizado y aprobado con éxito su Tesis de Maestría en Pediatría, titulada **Enfermería Pediátrica, la traqueostomía: Protocolo de Atención para el Manejo de Pacientes Pediátricos en la sala de Escolares del Hospital José Domingo de Obaldía.**

Por lo antes mencionado, como asesor y evaluador del trabajo de tesis considero que los postulantes a Magister Magnolia Moreno y Kevin Almengor junto con todo el trabajo científico han cumplido con los requisitos exigidos por el reglamento de la Universidad Autónoma de Chiriquí. Adicional, puedo asegurar que los postulantes se encuentran en la capacidad de sustentar la explicación teórica de su investigación.

En espera de una respuesta satisfactoria y positiva a nuestra solicitud, me despido.

Atentamente,



Dr. Mair Sittón Moreno
Asesor

AGRADECIMIENTO

Primero agradecer a Dios por permitirme lograr este escalón más a nivel profesional, el cual servirá de gran ayuda para brindar una atención más óptima a nuestros pacientes pediátricos que son la razón de nuestro quehacer de enfermería. Seguido mi más sincero agradecimiento al Dr. Mair Sittón Moreno, nuestro asesor, por su valiosa guía, su paciencia, su compromiso y su constancia durante la elaboración de este trabajo de grado. Extendiendo también mi agradecimiento a nuestros lectores de tesis: la Magister Lourdes Cedeño y el Doctor José Carrera, por el tiempo dedicado, sus observaciones y su valioso aporte académico. A nuestra Facultad de Enfermería, por brindarme una excelente formación académica, ética y humana que me ha guiado en este crecimiento profesional.

MAGNOLIA

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento principalmente a Dios y a todas las personas e instituciones que hicieron posible la realización de esta tesis. En primer lugar, al Dr. Mair Sittón, nuestro asesor de tesis, por su dedicación incansable, su guía experta y su paciencia infinita. Su confianza en nuestras capacidades y su acompañamiento cercano fueron fundamentales para superar cada etapa de este proceso. Al Dr. José Manuel Carrera y Mag. Lourdes Cedeño, nuestros lectores, su apoyo no solo enriqueció este trabajo, sino también nuestro crecimiento personal y profesional.

También agradezco a la Universidad Autónoma de Chiriquí y, en particular, a mi Escuela de Enfermería, por brindarme el espacio y los conocimientos necesarios para llevar a cabo esta investigación. Su apoyo constante y la confianza depositada en nuestro trabajo han sido un pilar en la culminación de esta etapa académica.

KEVIN

DEDICATORIA

A mis grandes amores, Tamyra, Isabella y Eithan. Ustedes son la razón por la que no me rindo, mi mayor fuente de inspiración y fortaleza. Cada paso que doy, cada meta lograda, lleva impreso su nombre y amor. Esta tesis es también de ustedes, porque en cada desvelo, en cada sacrificio, y en cada logro estuvieron presentes en mi corazón. Gracias por ser el verdadero significado de la perseverancia y el amor incondicional. Los amo.

MAGNOLIA

Dedico esta tesis a mi amada esposa Aniee, mi compañera de vida, y a nuestra hija Delia, mi mayor tesoro. Gracias por ser mi inspiración y por recordarme siempre el valor del esfuerzo y la perseverancia. Espero que este logro sea un ejemplo para ustedes, mostrando que, con constancia y amor, todo es posible.

KEVIN

CONTENIDO

HOJA DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	II
DECLARACIÓN JURADA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS.....	XI
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XII
INTRODUCCIÓN.....	XIV
RESUMEN.....	XVI
CAPÍTULO 1.....	18
I. MARCO INTRODUCTORIO.....	18
I.1. ANTECEDENTES.....	19
<i>I.1.1. Antecedentes del problema.....</i>	<i>19</i>
<i>I.1.2. Situación Actual o estado actual del problema.....</i>	<i>21</i>
I.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
I.3. JUSTIFICACIÓN.....	26
I.4. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.....	27
<i>I.4.1. Definición Conceptual.....</i>	<i>27</i>
<i>I.4.2. Definición Instrumental.....</i>	<i>28</i>
<i>I.4.3. Definición Operacional.....</i>	<i>29</i>
I.5. OBJETIVOS.....	29
<i>I.5.1. Objetivos generales.....</i>	<i>29</i>
<i>I.5.2. Objetivos específicos.....</i>	<i>30</i>
<i>I.5.3. Objetivo creativo.....</i>	<i>31</i>
I.6. SUPUESTO GENERAL O HIPÓTESIS.....	31
<i>I.6.1. Formulación de la hipótesis.....</i>	<i>31</i>

I.6.2. Hipótesis Alternativa o afirmativa (H1):	31
I.6.3. Hipótesis Nula o negativa (H ₀):	32
I.7. DELIMITACIONES Y LIMITACIONES:	32
I.7.1. Limitaciones:	32
I.7.2. Delimitación:	33
I.7.3. Alcance o cobertura.	35
I.8. IMPACTO ESPERADO.	35
I.9. APORTES	36
CAPÍTULO 2.	38
II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.	38
PARTE A. EL ÁREA DE ESTUDIO Y LOS CAMINOS METODOLÓGICOS.	39
II.1. EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL “JOSÉ DOMINGO DE OBALDÍA”.	39
II.2. LA MUESTRA, LOS ENFOQUES TEÓRICOS, LAS TEORÍAS Y LOS PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS.	40
II.2.1. Las Teorías y Modelos de la Enfermería.	40
II.2.1.1. Teoría del Déficit del Autocuidado.	40
II.2.1.2. El Modelo de las Necesidades Básicas.	43
II.2.2. Las Teorías de la Antropología y la Enfermería.	45
II.2.2.1. Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales.	45
II.2.3. Las Teorías de la Educación.	48
II.2.3.1. La Teoría de los Pilares de la Educación.	48
PARTE B. ¿CÓMO ANALIZAR LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA Y EL MANEJO DE LA TRAQUEOSTOMÍA?	51
II.3. LA EDUCACIÓN ANTE LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA	51
II.4. LA EDUCACIÓN ANTE LA TRAQUEOSTOMÍA.	51
II.5. EL MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ (MINSA) FRENTE A LOS RETOS DE LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA.	51
II.6. EL MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ (MINSA) ANTE LOS RETOS DE LA TRAQUEOSTOMÍA INFANTIL.	52

II.7.	¿POR QUÉ SE HACE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA Y SUS EFECTOS EN LA TRAQUEOSTOMÍA Y EL MANEJO EN INDIVIDUOS INFANTILES?	52
II.8.	EL DESARROLLO DE LOS CONCEPTOS.	53
II.8.1.	<i>La cultura.</i>	53
II.8.2.	<i>Sociedad.</i>	54
II.8.3.	<i>Los sistemas.</i>	55
II.8.3.1.	Sistema de Salud.	55
II.8.3.2.	Sistema Social.	55
II.8.3.3.	Sistema Educativo.	56
II.8.3.4.	Sistema Económico.	56
II.8.4.	<i>Las Disciplinas.</i>	57
II.8.4.1.	Enfermería.	57
II.8.4.2.	Antropología.	57
II.8.4.3.	Educación.	58
II.8.4.4.	Salud.	59
II.8.4.5.	Enfermedad.	59
II.8.4.6.	Autocuidado.	60
II.8.4.7.	Manejo.	60
II.8.4.8.	Traqueostomía.	60
PARTE C. EL MANEJO DE LA TRAQUEOSTOMÍA PEDIÁTRICA: CUIDADOS EN LA SALA DE ESCOLARES DEL HOSPITAL “JOSÉ DOMINGO DE OBALDÍA”.		62
II.9.	HISTORIA DE LA TRAQUEOSTOMÍA.	62
II.10.	DEFINICIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA.	63
II.11.	MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA.	63
II.12.	LA TRAQUEOSTOMÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS Y SUS INDICACIONES.	64
II.13.	ANATOMÍA DEL SISTEMA RESPIRATORIO PEDIÁTRICO.	64
II.14.	CIRUGÍA.	71
II.15.	TIPOS DE CÁNULAS.	71
II.16.	CAMBIO DE CÁNULA.	72
II.17.	ASPIRACIÓN DE LA CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA.	72
II.18.	COMPLICACIONES DE LA TRAQUEOSTOMÍA.	74

II.19. TRATAMIENTO PARA LAS COMPLICACIONES	75
II.20. CAMBIO DE LOS SUJETADORES DE LA TRAQUEOSTOMÍA	76
II.21. SUMINISTROS	76
CAPÍTULO 3	78
III. MARCO METODOLÓGICO	78
III.1. ENFOQUE, TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	79
<i>III.1.1. Tipo de investigación</i>	79
<i>III.1.2. Definición</i>	79
<i>III.1.3. Diseño de la investigación</i>	81
III.1.3.1. El diseño mixto o híbrido	81
III.1.3.2. Investigación documental	81
III.1.3.3. Investigación de campo	82
III.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	82
<i>III.2.1. Población:</i>	82
<i>III.2.2. Muestra</i>	82
III.3. FUENTES DE INFORMACIÓN	83
<i>III.3.1. Primarias</i>	83
<i>III.3.2. Secundarias</i>	83
III.4. SELECCIÓN DE ELEMENTOS MUESTRALES	84
<i>III.4.1. Tipo de Muestreo.</i>	84
III.5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	85
<i>III.5.1. La encuesta</i>	85
III.6. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO	86
<i>III.6.1. Análisis de confiabilidad del instrumento</i>	86
<i>III.6.2. Análisis de Validez del Instrumento</i>	87
CAPÍTULO 4	88
IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	88
IV.1. INTERPRETACIÓN DE DATOS	89
CAPÍTULO 5	104

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	104
V.1. CONCLUSIONES	105
V.2. RECOMENDACIONES	109
CAPÍTULO 6	110
VI. PROPUESTA	110
VI.1. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO TRAQUEOSTOMIZADO	111
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117
ANEXOS.....	128

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Componentes e indicadores de la Teoría del Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem</i>	41
Tabla 2. <i>Componentes e indicadores de El modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson.</i>	44
Tabla 3. <i>Componentes e indicadores de la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger</i>	46
Tabla 4. <i>Componentes e indicadores de la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura.</i> .	49
Tabla 5. <i>Indicaciones para aspirar una traqueostomía.</i>	73
Tabla 6. <i>Fórmula para muestras finitas.</i>	82
Tabla 7. <i>Resumen de procesamiento de casos.</i>	86
Tabla 8. <i>Estadísticas de fiabilidad.</i>	86
Tabla 9. <i>Varianza total explicada.</i>	87

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Plano general de ubicación de área de estudio.</i>	33
Figura 2. <i>Plano de ubicación específica de área de estudio.</i>	34
Figura 3. <i>División de vía aérea alta y baja y sus componentes.</i>	66
Figura 4. <i>Trompas de Eustaquio.</i>	67
Figura 5. <i>La laringe.</i>	68
Figura 6. <i>Diámetro de la vía respiratoria baja.</i>	69
Figura 7. <i>La caja torácica.</i>	70
Figura 8. <i>Elementos de la cánula de traqueostomía.</i>	71
Figura 9. <i>Profesión ejercida por el personal encuestado que brindan atención al paciente traqueostomizado.</i>	89
Figura 10. <i>Conocimiento de protocolos por parte de los profesionales de enfermería y terapia respiratoria para el manejo del paciente pediátrico traqueostomizado.</i>	91
Figura 11. <i>Percepción del nivel de prioridad de un protocolo de manejo de traqueostomía en los pacientes pediátricos.</i>	92
Figura 12. <i>Nivel de experiencia que ha tenido el personal encuestado sobre el manejo de la traqueostomía en pacientes pediátricos.</i>	93
Figura 13. <i>Nivel de conocimiento sobre el manejo del paciente pediátrico con traqueostomía.</i>	94
Figura 14. <i>Aspectos prioritarios para implementar un protocolo de atención en el paciente pediátrico con traqueostomía.</i>	95
Figura 15. <i>Principales limitantes para implementar un protocolo de atención para el manejo en el paciente pediátrico en traqueostomía.</i>	96

Figura 16. <i>Prácticas llevadas a cabo por la enfermería pediátrica que son consideradas de mayor importancia para el manejo de niños traqueostomizados.</i>	97
Figura 17. <i>Participación de la enfermería pediátrica como disciplina frente al manejo de niños traqueostomizados.</i>	98
Figura 18. <i>Nivel de importancia de la enfermería pediátrica como disciplina dentro del manejo de la traqueostomía de niños hospitalizados.</i>	99
Figura 19. <i>Conocimiento de los riesgos y complicaciones que puede tener el paciente pediátrico traqueostomizado.</i>	100
Figura 20. <i>Personal responsable que debe realizar la atención frente a posibles riesgos y complicaciones.</i>	101
Figura 21. <i>Vínculo entre la enfermería pediátrica, la traqueostomía y su manejo en pacientes pediátricos en la sala de escolares.</i>	102
Figura 22. <i>Nivel de capacitación que recibe el personal de enfermería en protocolos de manejo de traqueostomías en niños hospitalizados</i>	103

INTRODUCCIÓN

La Enfermería pediátrica, como disciplina, tiene como objetivo velar por la salud individual y grupal de todos los niños sanos o enfermos; desde el momento de su nacimiento hasta su adolescencia. Presta atención de manera holística, procurando proteger la salud y en tal caso, si existe una ausencia de esta, recuperarla ejerciendo de los cuidados enfermeros. En contrapunto también se esmera en guiar al paciente pediátrico paliativo en su proceso, hasta el término de su vida.

Mediante la disciplina de la enfermería pediátrica desarrollaremos el protocolo de manejo para la traqueostomía como procedimiento quirúrgico que permite salvaguardar la vida del niño en casos específicos, como es la intubación prolongada, la obstrucción de las vías aéreas, etc. En este sentido el manejo de enfermería se fundamenta en conductas preventivas encaminadas a prevenir y eliminar complicaciones futuras.

Otro punto importante es el rol de la enfermera, no solo se trata de realización de actividades técnicas específicas, sino que incluye el cuidado y la educación a los niños que llevarán consigo una traqueostomía. La ausencia de protocolos estandarizados para el manejo de este tipo de pacientes puede conllevar a complicaciones futuras.

Debemos recordar que existe un vínculo estrecho entre la Enfermería pediátrica, la traqueostomía y el manejo adecuado y oportuno que se le brinda a los niños. El rol de la enfermera es esencial e indispensable para la continuidad del cuidado intrahospitalario. Su rol de educadora le permite transmitir los conocimientos a compañeros y otras disciplinas; de igual manera imparte docencia a los familiares, para que logren brindar una atención oportuna en el hogar.

Esta tesis propone un protocolo de atención para el manejo del paciente pediátrico traqueostomizado que se encuentra en la sala de escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”. Teniendo como objetivo optimizar los cuidados, minimizar o eliminar los riesgos y complicaciones, fortalecer los conocimientos y la experiencia del personal de enfermería, garantizando así una atención holística, recordando que no solo se brinda al paciente sino a su familia.

RESUMEN

La traqueostomía es un abordaje quirúrgico que se ejecuta para mantener la vía respiratoria pediátrica permeable y tiene como función principal salvaguardar la vida del niño. Inicia con la apertura de la cara anterior de la tráquea mediante un corte quirúrgico y la elaboración de un agujero (estoma), por el que se introduce una pieza llamada cánula, que facilitará la ventilación pulmonar. Este procedimiento quirúrgico se practica, en condiciones ideales, en el salón de operaciones, bajo anestesia general. Es practicada por un equipo interdisciplinario especializado, evitando de esta forma futuras complicaciones.

El objetivo de esta investigación se basa en aspectos fundamentales de la enfermería pediátrica, en el abordaje de la traqueotomía y su manejo en pacientes pediátricos de la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”. de enero a octubre del 2024.

Nuestra hipótesis de investigación señala “La enfermería pediátrica, en torno a la traqueostomía, permite a la enfermera brindar el manejo de manera activa y oportuna al paciente pediátrico hospitalizado en la Sala de Escolares en el Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”

La investigación se realiza bajo un diseño explicativo secuencial, teórico, exploratorio, con enfoque cualitativo-cuantitativo, longitudinal, no experimental, documental.

La población de estudio comprende 30 profesionales de Enfermería y 5 Terapeutas Respiratorias, a los cuales se les realizó una encuesta en donde se expusieron diferentes puntos claves sobre la Enfermería pediátrica, la traqueostomía y el manejo en pacientes hospitalizados.

Para llevar a cabo la comprobación de confiabilidad de nuestro instrumento de recolección de datos, utilizamos el “*modo de consistencia interna estadística de Alfa Cronbach*”; mediante el

Programa estadístico *SPSS*, la fiabilidad de nuestro instrumento tiene un valor de 0.84. Por ende, es confiable para la aplicación de nuestra encuesta al personal de Enfermería y Terapia respiratoria, que laboran en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía. Regla de decisión estadística: El instrumento de recolección de datos es considerado confiable cuando el coeficiente estadístico de Cronbach, cuya escala es de cero a uno, resulte mayor de 0.7 en la escala.

Dentro de los resultados se puede decir lo siguiente: el 100 por ciento de los encuestados señala que la Enfermería pediátrica como disciplina tiene una actuación directa frente al manejo de los niños traqueostomizados, además el 94 por ciento señaló que existe un vínculo directo entre la enfermería pediátrica, el manejo y la traqueostomía. También se consultó sobre el nivel de conocimiento y experiencia en el manejo del paciente traqueostomizado, indicaron encontrarse dentro de los niveles básico a intermedio. Un 100 por ciento de los profesionales encuestados tienen conocimiento sobre los riesgos y complicaciones que puede tener el paciente pediátrico traqueostomizado.

CAPÍTULO 1.

I. MARCO INTRODUCTORIO.

I.1. Antecedentes.

I.1.1. Antecedentes del problema.

Para la estructuración de los antecedentes del problema, se analizaron tres documentos científicos:

- En el artículo titulado “*Indicaciones y cuidados de la traqueostomía en pediatría*” de Arancibia *et al.* (2019: 159) plantearon una definición sobre el procedimiento de la traqueostomía, proporcionando un certero enfoque desde el punto de vista histórico. Explicaron que, desde los tiempos antiguos en Egipto y Grecia, existen registros en el Papiro de Ebers sobre esta técnica. Además, afirmaron que existen documentos que señalan que en tiempos de Alejandro Magno se habrían realizado las primeras cirugías. Se encontró una breve explicación sobre lo que conforma la vía aérea, las indicaciones del porqué se realiza este procedimiento, y las complicaciones que, a su vez pueden ser muy graves. Las complicaciones pueden presentarse durante la cirugía y en el post operatorio de manera temprana o tardía; pudiendo mencionar una de mayor relevancia el daño de las venas yugulares anteriores al realizar el corte horizontal en la piel. Al momento de realizar el procedimiento se mostró que la técnica es muy importante, ya que el niño presenta características físicas determinantes y significativas. Características que son distintas con respecto al adulto, resaltando entre estas la posición de la tráquea con relación a la laringe (en los niños es más baja). La técnica se modifica en pediatría, ya que la prominencia del occipucio hace que deba colocarse un soporte bajo los hombros y una almohada con un hueco en el centro en donde reposará la cabeza, de esta manera, la incisión debe ser realizada en el medio nivel entre el cricoides (cartílago) y el esternón (escotadura esternal). En el documento de Arancibia *et al.* (2019: 162), se recopilaron de

manera puntual los cuidados de la traqueostomía, siendo el centro de esta investigación. Al respecto, se puede resaltar el cambio adecuado y oportuno de la cánula, la aspiración de secreciones y mantenimiento de una vía aérea permeable. Además, indicaron que los reingresos a instituciones de salud pueden darse por diversas razones. Habitualmente se dan durante los primeros 30 días, debido a las enfermedades respiratorias agudas asociadas a cuidados ineficientes de la traqueostomía.

- En el artículo titulado “*Seguridad orientada a pacientes pediátricos con traqueostomía*” de Fowler *et al.* (2019: 47) describieron que los pacientes pediátricos pueden recibir sus cuidados fuera de la terapia intensiva de una forma supervisada o no, según la normativa de la institución en donde se encuentre el paciente. El artículo señaló que la enfermera debe ser adiestrada para el manejo de urgencias relevantes a la traqueostomía, como la limpieza de las vías respiratorias superiores e inferiores, verificar la oximetría para suministrar oxígeno suplementario y decanulación no programada. Indicaron que un sistema efectivo con la competencia comprobada en el manejo de la traqueostomía lo componen: la evaluación, planificación, implementación, documentación y verbalización. Señalaron que el manejo de un paciente pediátrico con problemas respiratorios requiere la cooperación del equipo interdisciplinario. El conocimiento sobre el manejo de la traqueostomía es fundamental para mantener una adecuada ventilación en el paciente. Siguiendo con el párrafo anterior, Fowler *et al.* (2019: 48) señalaron la importancia del equipo necesario y que debe mantenerse próximo a la unidad del paciente. Como reflexión final indicaron que el terapeuta respiratorio es responsable de armar el equipo, verificar el adecuado funcionamiento y los suministros que se necesitan, pero al final es un trabajo en conjunto entre las enfermeras y terapeutas.

- En la guía titulada “*Guía de Procedimiento de Enfermería: Cuidados de Enfermería al paciente pediátrico portador de Traqueostomía*”, Tomas *et al.* (2022: 4), mostró la importancia de estandarizar la atención otorgada por el personal de enfermería al paciente pediátrico traqueostomizado, que recibe atención en el Instituto Nacional de Salud del Niño (San Borja, Perú). La guía tiene como finalidad implementar cuidados de enfermería para mantener viable y permeable la traqueostomía y de esta manera disminuir o evitar las infecciones respiratorias, conociendo que este estoma es una puerta abierta para gérmenes de diferentes tipos. Nos provee un estudio previo de pacientes pediátricos traqueostomizados desde el 2013 al 2020, brindando así información teórica sobre la traqueostomía: su definición, tipos de cánulas, la administración de medicamentos inhalados, la aspiración de secreciones, la utilización de accesorios como las tiendas para traqueostomías, entre otros. A su vez, Tomas *et al.* (2022: 13-23) señaló que el equipo interdisciplinario es de suma importancia para la correcta atención de los pacientes. El enfoque en los cuidados de enfermería con los pasos a realizar para cada procedimiento es alentador, mencionando entre ellos: el cambio de la cinta periódico, la limpieza oportuna, curación del estoma, la técnica más viable al momento de aspiración de secreciones, la administración de medicamentos inhalados y, por último, las indicaciones para prevenir complicaciones y riesgos.

I.1.2.Situación Actual o estado actual del problema.

En la actualidad realizar el procedimiento de una traqueostomía es mucho más frecuente que en el pasado, ya que esta permite asegurar la buena ventilación y la supervivencia de los pacientes pediátricos, que en muchas ocasiones dependen de cuidados especiales. Uno de los objetivos fundamentales de nuestra labor es identificar oportunamente a los niños que se

benefician con este procedimiento y así permitir su adecuada reincorporación a la sociedad. Es de suma importancia la identificación temprana de posibles complicaciones luego del procedimiento, para así disminuir la morbimortalidad del paciente, por un mal manejo de la vía aérea o cuidados ineficientes de enfermería.

Se necesita de un personal capacitado, siendo así el terapeuta respiratorio pilar importante en nuestro accionar, ya que poseen los conocimientos especializados en este tipo de procedimiento. Adicionalmente deberá ser la guía al manejo del paciente pediátrico y transmitir la información adecuada al personal de enfermería que necesite capacitación.

Con respecto al enunciado anterior, se podría decir que no existe en nuestra institución un protocolo que permita conocer el manejo óptimo del paciente traqueostomizado, y esto se debe a que no existen suficientes terapeutas respiratorias para cubrir los 3 turnos en la *Sala de Escolares*. Por este motivo el profesional de enfermería debe ser el encargado de administrar el cuidado de la vía aérea del paciente en todo momento en la ausencia de una terapeuta. La disciplina incorpora además de la atención directa como rol fundamental de la enfermería, la preparación óptima en el manejo de la traqueostomía, esto para cumplir con los objetivos durante los turnos en ausencia del especialista.

La enfermera pediátrica deberá ser capaz de detectar de manera oportuna, signos de decanulación, inadecuado manejo de las secreciones, obstrucción de la traqueostomía, y al mismo tiempo, implementar planes de cuidado especializados para nuestros pacientes pediátricos traqueostomizados; y es por esta razón, sin lugar a duda, que debe estar en constante capacitación.

I.2. Planteamiento del problema.

La traqueostomía es un procedimiento quirúrgico en donde se realiza un estoma en la parte delantera del cuello (la tráquea), se coloca una cánula de traqueostomía, para formar una vía aérea artificial, que permite la respiración. Este procedimiento se realiza como medio para preservar, mantener y mejorar la vía, siendo de capital importancia en el paciente pediátrico cuando presentan una urgencia, como lo son la obstrucción en la vía aérea, afecciones médicas invasivas, como lo es la utilización de soporte ventilatorio durante un período extenso, la parálisis de las cuerdas vocales, en los traumas craneoencefálicos severos, y en situaciones donde se observan enfermedades neurológicas degenerativas, ya que el paciente presenta un mal manejo de secreciones y en su mayoría, no pueden toser para expectorar las mucosidades que se acumulan.

De acuerdo con lo explicado anteriormente es posible decir que, al ser un procedimiento invasivo, el paciente amerita un correcto tratamiento, utilizando todas las medidas asépticas para su manejo, lo que le permitirá al paciente pediátrico mejorar su estado de salud.

Es necesario analizar la importancia de la traqueostomía y el manejo en los pacientes pediátricos, ya que este es un procedimiento que requiere de suma atención por el personal capacitado como la enfermera pediátrica, el médico y la terapeuta respiratoria, y luego la orientación adecuada al familiar, que será el encargado de mantener la vía aérea de manera permeable en casa. Dicho lo anterior, se debe recordar la importancia del manejo en conjunto del paciente durante su estadía hospitalaria, recordando que si no se realiza un tratamiento adecuado el paciente puede incurrir en la pérdida de su vida.

En el Hospital “José Domingo de Obaldía”, en la Sala de Escolares solo existen terapeutas respiratorias durante el turno de 7/3, siendo esta una limitante para el manejo interdisciplinario en los turnos de 3/11 y 11/7, por lo que la enfermera, tanto especialista en pediatría como básica, se debe hacer cargo del paciente pediátrico traqueostomizado, brindando según sus conocimientos el tratamiento que el paciente amerita, pero con ciertas limitantes; ya que debe recordarse que el terapeuta respiratorio es el especialista en el manejo del aparato respiratorio. Es importante recordar que la esencia del cuidado hacia el paciente es el objetivo principal de los enfermeros y por esta razón se encuentra todo el día en diferentes turnos laborales, he aquí en donde cae la principal responsabilidad de dicho manejo.

A continuación, se establecen las preguntas de investigación por cada variable:

Sobre la enfermería pediátrica

- ¿La enfermería pediátrica como disciplina debe mantener una actuación frente al manejo de niños traqueostomizados hospitalizados en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”?
- ¿La enfermería pediátrica tendrá una importancia dentro del manejo de la traqueostomía de niños hospitalizados en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”?
- ¿Tendrá algún vínculo la enfermería pediátrica con la traqueostomía y su manejo en pacientes pediátricos en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”?

Sobre la traqueostomía

- ¿Será necesario describir la traqueostomía como procedimiento vital para pacientes pediátricos en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”?
- ¿Existen aspectos importantes de la traqueostomía indicados a la enfermera pediátrica para realizar con éxito el manejo en niños hospitalizados en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”?
- ¿Existirá algún vínculo entre la traqueostomía y el manejo brindado por la disciplina de enfermería pediátrica en niños hospitalizados en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”?

Sobre el manejo.

- ¿Es importante analizar el manejo que se le brinda a la traqueostomía en pacientes pediátricos hospitalizados en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”?
- ¿Será importante describir los aspectos adecuados del manejo en pacientes pediátricos traqueostomizados en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”?
- ¿Existirá un vínculo entre el manejo y la evolución de manera exitosa, para la atención en paciente pediátricos traqueostomizados en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”?

Sobre los diseños mixtos:

- ¿Se interrelacionan los descubrimientos y resultados cualitativos y cuantitativos?

- ¿De qué manera el seguimiento de resultados cualitativos ayuda a definir los descubrimientos cuantitativos planteados al inicio de la investigación?
- ¿Los datos obtenidos de carácter cualitativo responden, amplían o definen las inferencias de tipo cuantitativas?

I.3. Justificación.

En la presente investigación acerca del manejo en pacientes pediátricos traqueostomizados, se propone realizar el análisis detallado en la eficiencia del manejo en niños hospitalizados en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”. Esto permitirá determinar si los cuidados de la enfermera pediátrica cumplen con las necesidades de los pacientes; y validando dicha premisa, se revelará la vital importancia de llevar un adecuado manejo.

Se presentará cuáles son los cuidados de enfermería basados en necesidades interferidas, como parte de la atención, en pacientes con la condición mencionada. Esto incrementa la calidad de vida del niño traqueostomizado y disminuye las comorbilidades asociadas al manejo inadecuado de la vía aérea. La enfermería pediátrica, como disciplina innovadora, introduce constantemente aportes significativos en el cuidado del niño enfermo. Por esta razón, es beneficioso gestar una investigación de esta naturaleza para el centro hospitalario y la región.

El Hospital “José Domingo de Obaldía” del distrito de David en la provincia de Chiriquí, al ser referente en la atención de la población infantil del interior de la nación panameña y sur de Costa Rica, capta gran cantidad de pacientes pediátricos traqueostomizados, por ende, nuestro trabajo desarrollado en el escenario de este centro hospitalario engloba la situación actual de la atención en pacientes pediátricos traqueostomizados de la región. Brindando de esta manera una

investigación actualizada y rica en aportes, en cuanto al manejo de esta población infantil en riesgo.

I.4. Definición de las variables

Las variables que se distinguen en esta investigación son:

- Variable Independiente: Enfermería pediátrica y Traqueostomía
- Variable dependiente: Manejo

I.4.1. Definición Conceptual

- Enfermería Pediátrica

Para De Arco-Canoles *et al.* (2018: 172) señala que la enfermería es una disciplina encargada de los cuidados autónomos y en colaboración con otras personas y que estos cuidados van dirigidos a los individuos, familias y grupos poblacionales, enfermos o sanos. Según Naranjo *et al.* (2017: 815), en su artículo: “*La Teoría Déficit de Autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem*”, define enfermería basándose en esta teoría, la cual señala que es la ciencia que se ocupa de ayudar a todas las personas a satisfacer sus necesidades básicas cuando estas no pueden hacerlo por sí solas, ya sea por tener una dolencia, o por desconocimiento, habilidad o deseo de realizarlo. Para nosotros la enfermería no es más que la disciplina que nos permite brindar cuidado de manera holística, ya sea a un individuo sano u enfermo, permitiendo satisfacer sus necesidades básicas y promoviendo el autocuidado.

Conociendo la definición de Enfermería podemos definir como Enfermería Pediátrica Profesión que tiene como objetivo velar, tanto por la salud individual como la grupal de todos los niños sanos o enfermos, desde el momento de su nacimiento hasta su adolescencia. Presta atención de manera holística, tanto en el físico como psíquico, intentando proteger la salud y en

tal caso, si existe una ausencia de esta, ayudando por medio de los cuidados enfermeros a volver a conseguirla y de lo contrario, guiar al paciente pediátrico a una muerte digna.

- Traqueostomía

En el artículo “*Indicaciones y cuidados de la traqueostomía en pediatría*”, Arancibia *et al.* (2019: 159) definen el procedimiento de traqueostomía como un abordaje quirúrgico, en donde se realiza un corte de la pared anterior de la tráquea de manera longitudinal, en donde queda un estoma, luego se introduce una cánula, que será la encargada de brindar la ventilación al paciente.

Según Pantoja *et al.* (2014: 1) en la sección la “*Traqueotomía: Indicaciones, técnicas y complicaciones. Intubación*” explican que el término traqueostomía se deriva del griego abrir la tráquea. Por consiguiente, nosotros definimos traqueostomía como el procedimiento quirúrgico para crear una vía aérea artificial realizando un orificio en la parte anterior de la tráquea y colocando un dispositivo denominado cánula.

- Manejo

Para Carranza *et al.* (2016, 2), en su artículo “*Rehidratación en el paciente pediátrico*”, el adecuado manejo pediátrico debe estar enfocado en la prevención de complicaciones, continúa su idea asegurando que la morbilidad infantil puede ser prevenida con “*el manejo indicado en el momento adecuado*”. Por ende, el manejo en pediatría se fundamenta en conductas preventivas encaminadas a la eliminación de complicaciones futuras para el paciente pediátrico.

I.4.2. Definición Instrumental.

- Enfermería pediátrica: esta variable refleja la información que se obtiene de las interrogantes de la encuesta aplicada a las Enfermeras de la sala de Escolares y

Terapeutas Respiratorias, se encuentran desde la pregunta 9 hasta la pregunta 13 del instrumento de investigación.

- Traqueostomía: Comprende los datos que se obtienen de las preguntas de la encuesta desde la pregunta 2 hasta la pregunta 9.
- Manejo: la definición comprende los datos de la encuesta obtenidos desde la pregunta 2 hasta la pregunta 7.

I.4.3. Definición Operacional.

- Enfermería Pediátrica: en esta investigación, en la medida de conocer la actuación y su importancia como disciplina frente al manejo que se le brinda a los pacientes traqueostomizados en la sala de escolares.
- La traqueostomía: evaluar los conocimientos como procedimiento vital para salvaguardar la vida de los pacientes pediátricos en casos específicos como es la intubación prolongada, la obstrucción de las vías aéreas etc.
- El manejo: indagar acerca de los conocimientos de la atención adecuada y oportuna de las secreciones entre otros cuidados que se le debe realizar a los pacientes pediátricos hospitalizados.

I.5. Objetivos.

I.5.1. Objetivos generales.

Esta investigación tiene como objetivos generales:

- Desarrollar los aspectos fundamentales de la enfermería pediátrica en el abordaje de la traqueotomía y su manejo en pacientes pediátricos de la Sala de Escolares del

Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”, provincia de Chiriquí, durante el período comprendido de enero a octubre del año 2024.

- Presentar la enfermería pediátrica como disciplina fundamental en el manejo de la traqueostomía en pacientes pediátricos de la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”, provincia de Chiriquí, durante el período comprendido de enero a agosto del año 2024.

I.5.2. Objetivos específicos.

A continuación, se presentarán los siguientes objetivos específicos que enmarcarán nuestra investigación:

A nivel exploratorio

- Conocer la actuación de la enfermería pediátrica como disciplina frente al manejo que se les brinda a los pacientes pediátricos traqueostomizados en la sala de escolares.
- Indagar sobre el manejo que existe para el procedimiento de traqueostomía en pacientes pediátricos hospitalizados en la sala de escolares.
- Aplicar encuestas al personal de enfermería y terapeutas respiratorias sobre los conocimientos del manejo que se debe brindar al paciente pediátrico con traqueostomía en la sala de escolares.

A nivel descriptivo

- Describir la importancia de la traqueostomía como procedimiento vital para el paciente pediátrico hospitalizado en la sala de escolares.
- Comparar el vínculo que existe entre la traqueostomía y el manejo brindado por la disciplina de enfermería pediátrica en niños hospitalizados en la sala de escolares.

A nivel explicativo.

- Demostrar lo prioritario que es el manejo adecuado y oportuno de las traqueostomías en los pacientes pediátricos hospitalizados en la sala de escolares.

I.5.3. Objetivo creativo.

Este proyecto se realiza en beneficio de los pacientes pediátricos traqueostomizados hospitalizados en la Sala de Escolares del Hospital “José Domingo de Obaldía”, y a la vez ampliarlo a nivel nacional e internacional como una referencia bibliográfica, con la meta de reforzar los conocimientos del profesional de enfermería, para el manejo activo y oportuno de la traqueostomía y de esta forma brindar una mejor calidad de atención. Por lo cual se realizará un protocolo para el manejo del paciente pediátrico traqueostomizado.

I.6. Supuesto general o hipótesis.

I.6.1. Formulación de la hipótesis

Esta investigación denominada “Enfermería Pediátrica, la traqueostomía: Protocolo de atención para el manejo en pacientes pediátricos en la sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”, establece dos hipótesis:

I.6.2. Hipótesis Alternativa o afirmativa (H1):

La enfermería pediátrica, en torno a la traqueostomía, permite a la enfermera brindar el manejo de manera activa y oportuna al paciente pediátrico hospitalizado en la Sala de Escolares en el Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”.

I.6.3. Hipótesis Nula o negativa (H₀):

La enfermería pediátrica, en torno a la traqueostomía, no permite a la enfermera brindar el manejo de manera activa y oportuna al paciente pediátrico hospitalizado en la Sala de Escolares en el Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”.

I.7. Delimitaciones y limitaciones:

I.7.1.Limitaciones:

Esta investigación titulada: “Enfermería Pediátrica, la traqueostomía: Protocolo de atención para el manejo en pacientes pediátricos de la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía” presentará dos tipos de limitaciones:

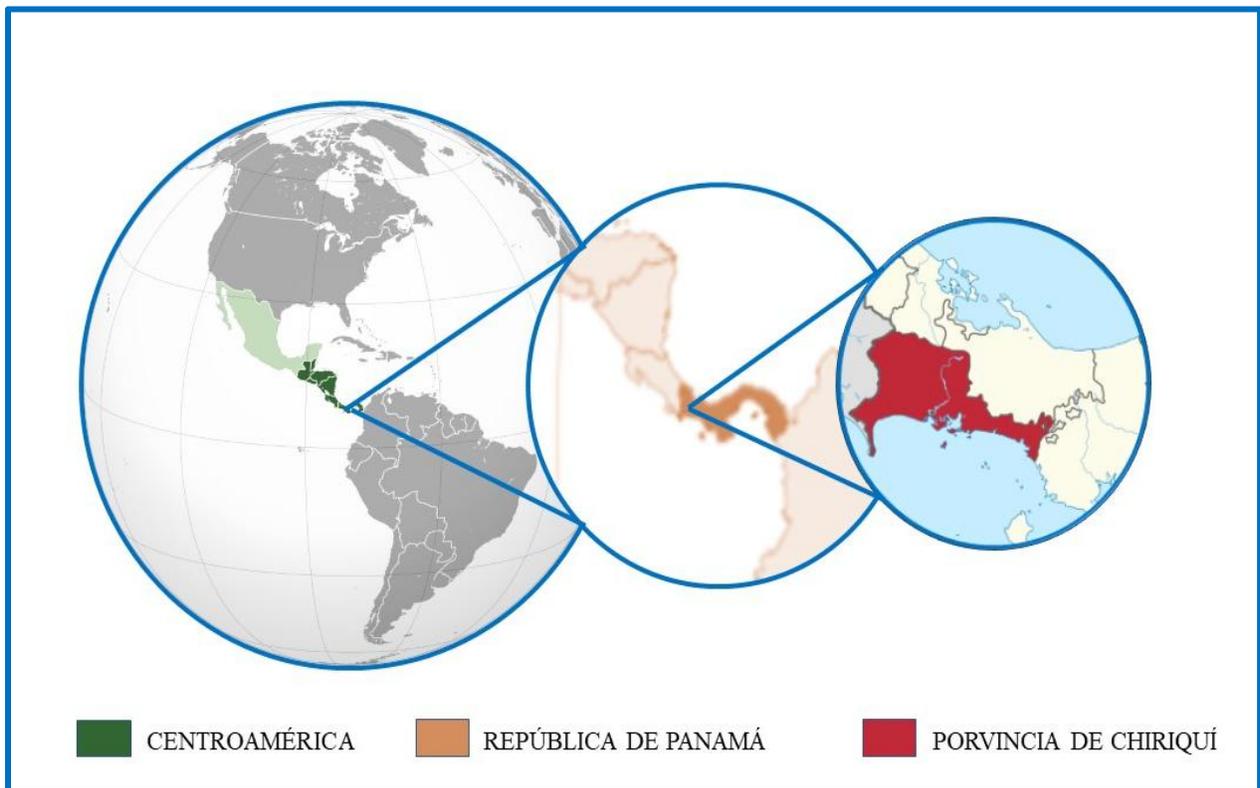
- *Limitaciones en el tiempo:* Dado el limitado tiempo con el que se cuenta como investigadores, por motivos de nuestra profesión, se encontró como una significativa limitante la inversión de horas para desarrollar una investigación de este alto nivel; recalcando que se debe al tiempo que ocupamos, desarrollando nuestra disciplina como enfermero. En muchas ocasiones las horas libres de nuestra profesión no coinciden con el período disponible para aplicar herramientas como encuestas al personal de Enfermería y Terapeuta Respiratorias.
- *Limitaciones de información o acceso a ella:* Debido a la escasa información y datos estadísticos minúsculos con los que cuentan nuestros medios hospitalarios panameños, nace la limitante en datos previos necesarios que aporten peso de nivel regional a esta investigación.

I.7.2. Delimitación:

El área de estudio está localizada en la República de Panamá, en Centro América, ubicada entre los países de Colombia y Costa Rica (figura 1).

Figura 1.

Plano general de ubicación de área de estudio, Provincia de Chiriquí, República de Panamá.

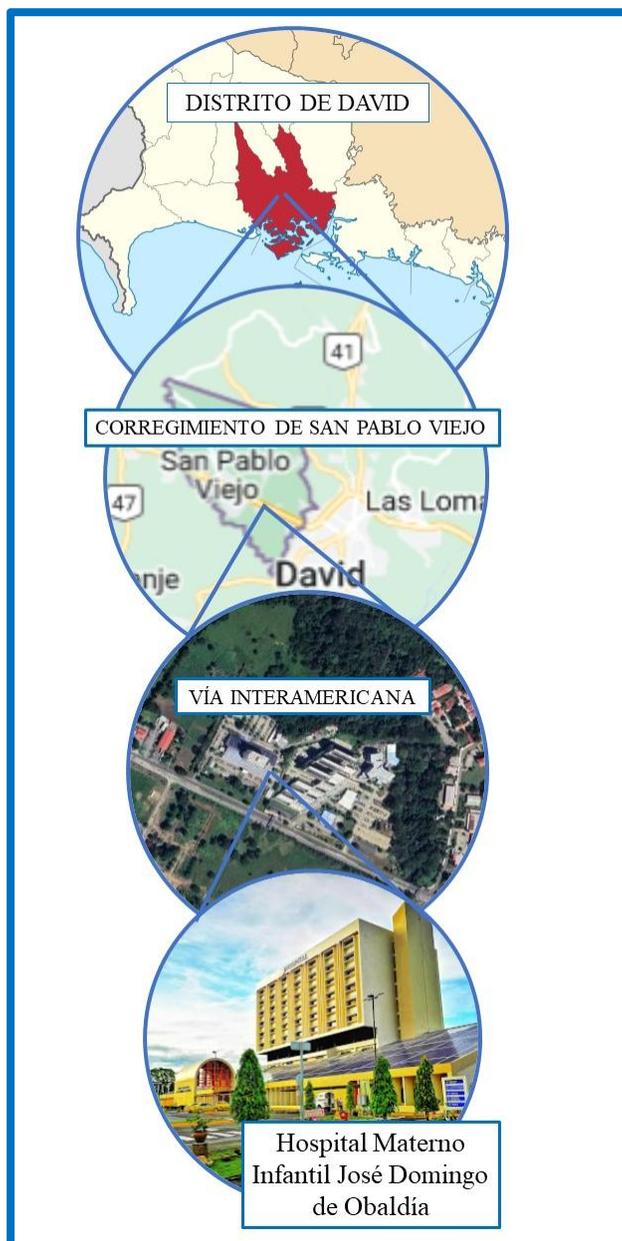


Fuente: Dibujo por Moreno. M / Almengor K. sobre varios planos de Wikimedia Commons. Tomado de: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/3/39/PAN_orthographic.svg/550px-PAN_orthographic.svg.png?20120712195545. Adaptación: Kevin Almengor.

La investigación se desarrolla en la provincia de Chiriquí, específicamente en el corregimiento San Pablo Viejo del distrito de David, en la vía Interamericana. La infraestructura se encuentra en el Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”, Sala de Escolares, séptimo piso.

Figura 2.

Plano de ubicación específica de área de estudio.



Fuente: Dibujo por Moreno, M / Almengor K. sobre varios planos de Google Maps y Wikimedia Commons.

Tomado de:

<https://www.google.com/maps/place/Hospital+Materno+Infantil+Jos%C3%A9+Domingo+de+Obaldia/@8.431463,-82.455921,15z/data=!4m6!3m5!1s0x8fa59deaf3dad0dd:0x7894839b9b1f7bf1!8m2!3d8.4314625!4d-82.4559207!16s%2Fg%2F1v1tp471?hl=es-AR>

Nota: Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía, Corregimiento de San Pablo Viejo, Distrito de David.

I.7.3. Alcance o cobertura.

Existen numerosas guías dedicadas a la realización de traqueostomía como método para salvar la vida de pacientes pediátricos en la República de Panamá, sin embargo, es poco conocido el cuidado adecuado de la vía aérea artificial post cirugía. Hay instituciones públicas a nivel de nuestro país que poseen dentro de su manual de procedimiento de Enfermería, el manejo de la traqueostomía, pero este solo se aplica a nivel de dichas instituciones, El Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía” no posee un protocolo de atención para el manejo de la traqueostomía. El objetivo de esta investigación es analizar el manejo adecuado a nivel local, que permitan mantener o recuperar el estado de salud del grupo pediátrico descrito, debido al proceso quirúrgico al que han sido sometidos.

El alcance del estudio se limita a analizar el manejo que brindan las enfermeras a los pacientes pediátricos con traqueostomía hospitalizados en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”; en un periodo de máximo de 9 meses. Cabe destacar que a cada enfermero y terapeuta respiratorio que participe en el cuidado del paciente pediátrico con esta condición, se le realizará una encuesta, en búsqueda de solventar la escasez de información en cuanto al manejo adecuado en pacientes traqueostomizados en nuestra región.

I.8. Impacto esperado.

Los efectos esperados de la investigación “Enfermería Pediátrica, la traqueostomía: Protocolo de atención para el manejo en pacientes pediátricos de la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía” sobre los beneficiarios, se enmarca en tres aspectos fundamentales:

- *Aspecto social:* Este estudio tiene como finalidad ser un documento de apoyo y reforzamiento para los profesionales que manejan pacientes pediátricos traqueostomizados y así poder brindar una atención adecuada para mejorar su estado y calidad de salud.
- *Aspecto Económico:* Al elaborar este estudio se espera aclarar dudas sobre la importancia del manejo en el paciente pediátrico traqueostomizado. Este reforzamiento permitirá al enfermero de la sala poder brindar un cuidado óptimo de la vía aérea, minimizando así las recaídas en el paciente, lo que podría afectar su salud y, por ende, regresar a una Unidad de Terapia Intensiva. Este tipo de situaciones creará un aumento en los gastos de la institución en la utilización de insumos, equipos y personal especializado por una hospitalización que podría ser prolongada y demandante.
- *Aspecto Tecnológico:* A través de los años se van creando nuevos equipos tecnológicos que permiten brindar una atención oportuna y de calidad. En el estudio se puede evidenciar la importancia de tener los insumos adecuados de último nivel, ya que son las herramientas que van de la mano del equipo interdisciplinario, para el mantenimiento eficaz de la traqueostomía.

I.9. Aportes

Esta investigación tiene como meta mejorar la manera en cómo las enfermeras pediátricas brindan los cuidados en niños traqueostomizados, evidenciando las acciones específicas que favorecen la recuperación de la población en estudio. De igual modo brinda un referente importante a futuras investigaciones en enfermería pediátrica, resaltando las prácticas efectivas que lleven a un término adecuado el plan de cuidados de enfermería en niños con traqueostomía.

A continuación, se presentan los aportes del proyecto, de acuerdo con los siguientes siete requisitos:

- *Pertinencia:* Se debe recordar que la traqueostomía es un procedimiento realizado para salvaguardar el estado de salud del paciente pediátrico, y, por ende, este proyecto desea fomentar al especialista en enfermería a una constante actualización y al aprendizaje para el manejo de las traqueostomías.
- *Validez:* Se podrá evidenciar que el manejo adecuado que se le realiza al paciente pediátrico y la orientación al familiar, le permitirá obtener un adecuado estado de salud intra y extrahospitalaria.
- *Factibilidad:* Este proyecto se puede llevar a cabo mientras el hospital proporcione los insumos adecuados para realizar el manejo al paciente pediátrico traqueostomizado.
- *Aplicabilidad:* Se puede aplicar sin ningún inconveniente en cualquier sala con pacientes pediátricos traqueostomizados, ya que se brinda una información detallada y con base a una variedad de estudios realizados a nivel internacional.
- *Generalización:* Este proyecto podrá ser utilizado en cualquier sala o institución hospitalaria que posea los insumos adecuados para el manejo del paciente pediátrico traqueostomizado. Estos insumos tienen costos, aunque no son tan elevados y pueden ser cubiertos por la institución de salud que los requieran.
- *Novedad y originalidad:* Este proyecto es novedoso y original, ya que existen pocos estudios similares, y en la actualidad el Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía” no posee un protocolo sobre el manejo de la traqueostomía en el paciente pediátrico.

CAPÍTULO 2.

II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

PARTE A. EL ÁREA DE ESTUDIO Y LOS CAMINOS METODOLÓGICOS.

II.1. El Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”.

En su página web, este nosocomio nos indican que el mismo inició sus operaciones en el Barrio Bolívar, donde hoy se encuentra ubicada la Policía de Menores, Don Lorenzo De Obaldía en 1929 donó tres hectáreas de terreno en donde se iniciaría la construcción del hospital. El cual fue inaugurado por Don Harmodio Arias Madrid, entonces presidente de la República el día 20 de octubre de 1934, a las nuevas instalaciones se le dio el nombre del Dr. José Domingo De Obaldía.

Su denominación como Hospital José Domingo de Obaldía fue un reconocimiento a este insigne hombre chiricano, abogado de profesión, nacido el 30 de enero de 1845 y quien fallece en el ejercicio de su cargo. En 1960, es colocado el busto del Dr. José domingo de Obaldía, en el parque frente a la entrada principal del hospital.

Actualmente se encuentra ubicados en el corregimiento de San Pablo Viejo, Distrito de David, como se señaló en la delimitación geográfica de este documento.

Poseen Misión y Visión las cuales son descritas a continuación:

- *Misión*

Hospital especializado que brinda atención de Salud Integral con sensibilidad humana y calidad.

- *Visión*

Hospital de referencia materno infantil que brinda atención integral, con programas de formación profesional continua e investigación, con el apoyo tecnológico adecuado. Que

posee el recurso profesional capacitado y comprometido con nuestra institución y usuarios; y además entrenados en gestión de riesgos.

II.2. La muestra, los enfoques teóricos, las teorías y los procedimientos metodológicos.

Esta investigación se abordará a través de 3 disciplinas, que incluyen diversos enfoques metodológicos.

II.2.1. Las Teorías y Modelos de la Enfermería.

II.2.1.1. Teoría del Déficit del Autocuidado.

Es posible encontrar una definición muy certera en el artículo “*Teoría del Déficit de Autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales*” de las autorías de Olga Vega *et al.* (2007:30) en donde señalan lo siguiente:

Orem concibe el concepto del cuidado propio como la conducta que le enseñan al individuo encaminada hacia el mismo y el ambiente, con el objetivo de manejar los factores externos que definirán su desarrollo en pro de la salud. Los niños, generalmente poseen destrezas de tipo intelectual y práctica, que perfeccionan al pasar del tiempo para resolver sus necesidades. Poseen habilidades de internalizar los datos necesarios por sí mismos, y al surgir obstáculos buscan apoyo en los tutores, pares o demás individuos de confianza.

A su vez, en el artículo de Vega *et al.* (2007: 30) explican que la Teoría General de Dorothea Orem está fundamentada por diversas teorías, ninguna menos importante que la otra. La primera Teoría es la del Autocuidado, la segunda es la Teoría del Déficit de Autocuidado y la última es la Teoría de los Sistemas de Enfermería. Estos tres modelos explican que el

autocuidado no es innato, se aprende, se vive y que está ligado a las relaciones interpersonales con los tutores, los pares y todo el ambiente que rodea al niño.

Se debe recordar que los infantes son entes que desde su nacimiento hasta su adolescencia están en crecimiento y desarrollo, son seres inmaduros que van adquiriendo destrezas y conocimientos. Los padres, madres y seres que rodean a este nuevo individuo, tienen la responsabilidad de enseñar cómo cuidarse a sí mismos, sumado a este si tenemos niños con traqueostomía, en donde dependen completamente de los adultos, de una enfermera o de un terapeuta respiratorio para darle ese tratamiento a la vía aérea en donde por obstrucción, aumento de secreciones o decanulación, se verá interferida su necesidad de respirar por sí solo.

Es por ello por lo que se dice que la Teoría del Déficit del Autocuidado puede ser aplicada en nuestro estudio, ya que por ser infantes y poseer una condición, limitan su desarrollo normal en la adquisición del autocuidado en sí. Además, que la Teoría de Sistemas de Enfermería es muy bien aplicada por el rol que tiene la enfermera en el actuar, brindando cuidados enfermeros, al ser docente educando a las personas que rodean al infante sobre el manejo de la traqueostomía para su egreso hospitalario.

Tabla 1.

Componentes e indicadores de la Teoría del Déficit del Autocuidado

Las Actividades por realizar.		
Componente	Indicador	Actividad
Agente del autocuidado	Enfermera, familia, personal interdisciplinario.	Observación Entrevista Encuesta

Sistema de Salud	Entorno	Observación
	Requisitos de cuidado propio frente a las desviaciones.	
Requisitos del autocuidado	Requisitos de cuidado propio de desarrollo. Requisitos de cuidado de carácter universal.	Observación
Autocuidado	Persona, Creencias, hábitos y costumbres, prácticas habituales de la familia.	Observación Entrevista Encuesta
Sistemas enfermeros	Compensación total, parcial y Sistema educativo y de apoyo.	Observación Entrevista Encuesta

Nota: *En la tabla 1 se presentan los componentes e indicadores, así como las actividades a realizar para la Teoría del Déficit de Autocuidado.

A continuación, se explicarán los componentes de la Teoría del Déficit del Autocuidado que se utilizarán para esta investigación:

- *Agente del autocuidado:* Es toda aquella persona que brindará la atención del autocuidado que necesita el niño para poder que este se vaya desarrollando de la mejor manera dentro de su condición actual.
- *Sistema de salud:* Es aquel que rodea a nuestro paciente, en este caso será el entorno hospitalario.

- *Requisitos del Autocuidado*: Son los que están interrelacionados a los distintos momentos del ciclo de vida y los cuales pueden ser interferidos por una condición como lo es la traqueostomía.
- *Autocuidado*: Es un patrón que se internaliza, durante el proceso de aprendizaje y crecimiento del individuo y que está influenciado por los padres, cultura, relaciones interpersonales, que le permite al individuo ser independiente.
- *Sistemas Enfermeros*: Son aquellas acciones prácticas que ejecutan los enfermeros, basadas en las necesidades interferidas de autocuidado de los pacientes.

II.2.1.2. El Modelo de las Necesidades Básicas.

Para Domínguez *et al.* (2018: 10) el modelo de Virginia Henderson sobre el cuidado está encaminado a solventar las limitantes de autonomía de la persona y de esta manera poder aplicar un plan de cuidados de forma independiente, en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades básicas interferidas. La resolución de dichas necesidades tiene como objetivo aportar el mejor estado de salud, dentro de las posibilidades, con el objetivo de dotarle de libertad y autonomía. De esta manera lograría un estado de independencia.

Por consiguiente, es posible indicar que el modelo de las Necesidades Básicas de Virginia Henderson es un pilar importante en el proceso de mantenimiento y recuperación de la salud, siendo una teoría que abarca la mayoría de los objetivos a desarrollar en nuestra investigación. Brinda componentes importantes para la definición del estado de salud del niño y el nivel de autocuidado que posee. Las necesidades básicas del paciente pediátrico abarcan un conjunto de tareas propias o hitos a desarrollar por el infante.

Cada necesidad tiene una categorización en cuanto a importancia y vitalidad, por ende, el Modelo de Henderson encamina al enfermero a la resolución del estado de enfermedad, mediante

cuidados enfocados en las necesidades interferidas. La necesidad número uno del Modelo de Henderson es *respirar normalmente*, y, por ende, es perfectamente adaptable a nuestra investigación de tratamientos de traqueostomía en pacientes pediátricos.

Tabla 2.

Componentes e indicadores de El modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson.

Las Actividades por realizar.		
Componente	Indicador	Actividad
Persona	Unidad corporal	Observación
	Unidad mental	Entrevista
Entorno	Familia	Observación
	Grupo social	Entrevista
	Comunidad	
Salud	Necesidades básicas	Observación
	Sistemas de apoyo en salud	Entrevista
	Atención según necesidad	Encuesta
Enfermería	Enfermera	Entrevista
	Promotor de salud	
Necesidad Básica	Respirar normalmente	Observación
	Alimentación	Entrevista
	Autocuidado	

Nota: *En la tabla 2, se presentan los componentes e indicadores, así como las actividades a realizar para el Modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson:

A continuación, se explicarán los componentes del modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson que se utilizarán para esta investigación:

- *Persona*: Individuo con características y necesidades biológicas, psicológicas y espirituales. Busca un estado de salud óptimo para funcionar con independencia y libertad.
- *Entorno*: Conjunto de factores y sistemas de apoyo, que son definitorios en la salud y el desarrollo del individuo.
- *Salud*: Capacidad de funcionar correctamente dentro de la sociedad, el individuo es capaz de suplir sus necesidades básicas.
- *Enfermería*: Personal a cargo del cuidado y mejoramiento de la salud del individuo.
- *Necesidad básica*: Aspecto fundamental para preservar la salud del individuo, entre las más importantes se encuentran respiración, alimentación y descanso.

II.2.2. Las Teorías de la Antropología y la Enfermería.

II.2.2.1. Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales.

En el artículo “*Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana: Camaguey 2008*” para la *Revista Cubana de Enfermería*, Pérez (2009: 1) afirmó que: “*La Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales*”, expone que el cúmulo de conocimientos de la estructura sociocultural de un grupo logra definir la obtención de metas en el ejercicio y ejecución de cuidados de enfermería. En este sentido, la Teoría de Leininger proporcionó herramientas que facilitan a los enfermeros entender la esencia

de la asistencia en cualquier fenómeno que se disponga a estudiar y de esta manera, anticipar la conducta de las personas dentro de un contexto cultural.

La Teoría de Leininger aporta conceptos esenciales en nuestro trabajo al desarrollarse en una región multicultural y es aplicable a investigaciones dentro de nuestros centros hospitalarios. Es decir, en términos de atención para los diversos grupos étnicos, y aportará un enfoque cultural para el grupo en riesgo objetivo de la presente investigación.

La enfermería transcultural identifica, a través de la diversidad versus la universalidad, los diferentes planes de atención asistenciales que sirven de pilar básico para llevar a cabo soluciones oportunas y adecuadas. La teoría enfocada en cuidados culturales en pacientes pediátricos traqueostomizados busca mejorar la salud de los miembros del grupo en riesgo, mediante tratamientos basados en cada individuo como miembro de una cultura. Esto favorece el desarrollo de nuestro trabajo, ya que facilita la resolución del problema desde la perspectiva de la enfermería multicultural.

Tabla 3.

Componentes e indicadores de la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger

Las actividades por realizar:		
Componente	Indicador	Actividad
	Individuo biopsicosocial	
Etnociencia	Ente cultural	Observación
	Ser humano	Entrevista
Ambiente	Grupo social	Observación
	Familia	Entrevista

Comunidad		
Enfermedad	Tratamiento	Observación
	Atención individual	Entrevista
Cultura	Cuidados enfermeros	Encuesta
	Tradiciones	
	Creencias	Entrevista
Estructura social	Valores	Encuesta
	Factor económico	Observación
	Factor político	Entrevista
	Factor religioso	Encuesta

Nota: *En la tabla 3, se presentan los componentes e indicadores, así como las actividades a realizar para la Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger.

A continuación, se explicarán los componentes de la teoría de “*La Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales*” que se utilizarán para esta investigación:

- *Etnociencia:* Arte que estudia los conocimientos, tradiciones y valores que utiliza un grupo de personas con características similares.
- *Ambiente:* Factores externos que condicionan la calidad de vida y capacidad de desarrollo de cada individuo.
- *Enfermedad:* Limitante del funcionamiento adecuado del organismo del individuo, que se busca resolver mediante atención en salud.
- *Cultura:* Conjunto de creencias, valores y costumbres propias de cada grupo de individuos.

- *Estructura social*: Grupo de personas que se desarrollan dentro de una sociedad, utilizando diversas herramientas según su disponibilidad.

II.2.3. Las Teorías de la Educación.

II.2.3.1. La Teoría de los Pilares de la Educación.

En el artículo “*Teoría del aprendizaje desde las perspectivas de Albert Bandura y Burrhus Frederic Skinner: vinculación con aprendizaje organizacional de Peter Senge*” para la *Revista de ciencia dominicana de la Universidad del Este*, Núñez (2022:1) comparte que, desde el Aprendizaje Social de Bandura, el aprendizaje se gesta como un crecimiento cognitivo mediado por dos factores: la observación y la imitación. Dichos procesos son los pilares básicos y conforman la dinámica del aprendizaje. Adoptando de una manera eficiente, para su teoría del aprendizaje social, el conductismo clásico y el condicionamiento operante; sin dejar atrás sus elementos definitorios que son los estímulos y respuestas. Siguiendo esta línea, el modelo plantea que el hombre aprende durante toda su vida y por esta razón concibe el aprendizaje como una vía que va delimitando según las realidades y de manera subjetiva, en donde de una forma u otra, el contexto se basa en ese proceso de construcción.

El aprendizaje social es imprescindible en el sector salud, constituye una herramienta funcional en la interrelación del enfermero y el paciente. Por esta razón concebimos en este trabajo este modelo, ya que un estudio basado en este tipo de teoría se posiciona como punto de referencia. Las adecuadas prácticas de enseñanza versus aprendizaje podrían ser punto de referencia para manuales y protocolos de atención, favoreciendo el cuidado de niños traqueostomizados.

Tabla 4.*Componentes e indicadores de la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura.*

Las actividades para realizar.		
Componente	Indicador	Actividad
	Docente	
Sistemas educativos	Factor económico	Observación
	Cultura	Entrevista
Pedagogía	Método de enseñanza	Observación
	Modelo educativo	Entrevista
	Estudiantado	Encuesta
Organización académica	Atención individual	Observación
	Valores	Entrevista
	Capacidad inclusiva	
Andragogía	Creencias	
	Individuo biopsicosocial	Entrevista
	Nivel educativo	Encuesta
Requisitos del aprendizaje	Factor socioeconómico	Observación
	Infraestructura	Entrevista
	Calidad docente	Encuesta

Nota: *En la tabla 4, se presentan los componentes e indicadores, así como las actividades a realizar para la Teoría de Bandura.

A continuación, se explicarán los componentes de la Teoría de Bandura que se utilizarán para nuestra investigación:

- *Sistema educativo:* Conjunto de entidades, ya sean públicas o privadas, que tienen como objetivo la enseñanza a individuos según sus necesidades.
- *Pedagogía:* Ciencia dirigida hacia la educación del ser humano desde sus niveles más básicos.
- *Organización académica:* Normas y procesos administrativos que llevan al cumplimiento de metas u objetivos de educación y aprendizaje.
- *Andragogía:* Enseñanza impartida en la edad adulta.
- *Requisitos del aprendizaje:* Son aquellos que están dirigidos a favorecer el desarrollo y evolución de la capacidad cognitiva del individuo.

PARTE B. ¿CÓMO ANALIZAR LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA Y EL MANEJO DE LA TRAQUEOSTOMÍA?

II.3. La educación ante la Enfermería Pediátrica

En esta sección abordamos la importancia de la educación en el contexto de la enfermería pediátrica. Aquí se discuten varios aspectos relacionados con la educación y su impacto en la práctica de la enfermería pediátrica, incluyendo la formación y capacitación del personal de enfermería para el manejo adecuado de pacientes pediátricos, especialmente aquellos con condiciones crónicas como la traqueostomía.

Para Acuache *et al.* (2023), en las instituciones de salud pediátrica, mediante intervenciones educativas, se promueven prácticas saludables; aumentando el conocimiento y desarrollo de las habilidades de los padres para el cuidado de los niños. En contra punto existen pocos programas educativos disponibles actualizados en la región de Latinoamérica.

II.4. La educación ante la traqueostomía.

Según Freire *et al.* (2022) en su artículo “*Descripción y manejo del paciente traqueostomizado en Hospitalización Domiciliaria*” destaca la importancia de un enfoque educativo multidisciplinario para pacientes traqueostomizados. Esto permite realizar procedimientos dentro y fuera del ámbito hospitalario, evitando complicaciones y la congestión de las Unidades de terapia intensiva pediátricas. Esto podría ser una opción para ahorrar la estancia hospitalaria y gestionar mejor el recurso de camas.

II.5. El Ministerio de Salud de Panamá (MINS) frente a los retos de la Enfermería Pediátrica.

El Plan Maestro para la Salud durante la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia 2018 – 2025, es la herramienta para hacer frente a las inequidades en salud pediátrica, utilizada por los

trabajadores del sector salud. La enfermería pediátrica hace uso de este plan con el propósito de promover el desarrollo y facilitar el derecho a la salud de recién nacidos, niños y adolescentes en Panamá. El Plan detalla los compromisos del Estado según el Plan de Gobierno, la Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2018 – 2025, y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Se creó con enfoque en derechos humanos, respondiendo a los compromisos internacionales sobre salud y derechos de la primera infancia, niñez y adolescencia.

II.6. El Ministerio de Salud de Panamá (MINSA) ante los retos de la traqueostomía infantil.

El Ministerio de Salud de Panamá implementa políticas en su “*Plan maestro de salud durante la primera infancia, niñez y adolescencia de Panamá 2018-2025*” para facilitar a poblaciones vulnerables el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud con equidad, eficiencia y calidad. Tiene dentro de sus objetivos estratégicos garantizar la atención integral de la población según curso de vida. Entre sus líneas de propuestas hace énfasis en la promoción de la prevención, detección temprana y tratamiento de las principales enfermedades crónicas no transmisibles tales como las enfermedades crónicas de vías respiratorias, dando así respuesta a los niños traqueostomizados.

II.7. ¿Por qué se hace Enfermería Pediátrica y sus efectos en la traqueostomía y el manejo en individuos infantiles?

La Enfermería Pediátrica y sus efectos en pacientes pediátricos traqueostomizados se realiza para proporcionar cuidados especializados a los niños con dicha condición, desde su nacimiento hasta la adolescencia. Esta disciplina se enfoca en atender las necesidades físicas, emocionales y sociales de los niños, asegurando su bienestar y desarrollo adecuado.

En el contexto específico de la traqueostomía, la Enfermería Pediátrica juega un papel crucial en el manejo y cuidado de los niños que requieren este procedimiento. Los efectos de la Enfermería Pediátrica en la traqueostomía y su manejo en individuos infantiles incluyen:

- *Prevención de complicaciones:* Los enfermeros pediátricos están capacitados para identificar y prevenir complicaciones derivadas de traqueostomía, como infecciones, obstrucciones y decanulaciones.
- *Mantenimiento de la vía aérea:* Los enfermeros pediátricos se aseguran de que la cánula de traqueostomía esté limpia y funcional y aspiración de secreciones según sea necesario.
- *Educación y apoyo a la familia:* Los enfermeros pediátricos, en su rol docente, educan a los familiares sobre el cuidado adecuado de la traqueostomía, proporcionando instrucciones claras y apoyo emocional.
- *Coordinación interdisciplinaria:* Los enfermeros pediátricos trabajan en conjunto con otros profesionales de la salud, como terapeutas respiratorios y médicos, para garantizar un manejo integral y efectivo del paciente pediátrico traqueostomizado.

II.8. El desarrollo de los conceptos.

II.8.1. La cultura.

En la revista *Cuadernos de Lingüística Hispánica* en las “*Consideraciones semióticas: un acercamiento a la definición de cultura*”, Arciniegas *et al.* (2015: 103), realizaron un compendio de las definiciones sobre cultura de autores de otros tiempos, entre ellas se puede señalar que *Tylor en 1871* plantea que la civilización, desde el punto de vista etnográfico, adopta creencias, arte, moral, costumbres entre otros, además del hábito o capacidad que adquiere un hombre

cuando perteneces a una sociedad específica. Por otro lado, en la misma revista antes señalada indican la definición de cultura por parte de *Lowie en 1937*, señalando que la cultura es una unidad que es artificial y que es segregada por las relaciones interpersonales de los hombres.

Conociendo dos definiciones de autores a través de los años, se puede decir que la cultura es todo aquello que rodea al hombre, sus costumbres, su modo de vida, lo que aprende, el desarrollo científico, industrial y económico que se puede dar en una determinada época, grupo social o región etnográfica.

II.8.2. Sociedad.

En el artículo: “*Una teoría de la sociedad*”, González (2018: 274) señala en su estudio que según *Pierre Bourdieu* define la sociedad como un sistema de relaciones de autoridad y poder, que también pueden ser concebidas como una organización de relaciones de significado, esto quiere decir que Bourdieu considera la sociedad como una estructura objetiva desde afuera que puede ser observada, medida y trazada según las actuaciones de los individuos que viven en ella. A su vez, Izasa (2019: 244) en su artículo “*Acerca de la categoría sociedades humanas complejas*”, define la sociedad como una forma en que los seres humanos se organizan en el lugar donde habitan y abarca la adaptación de todas las especies que se encuentran en ella.

Desde nuestro punto de vista la sociedad es el conjunto de personas que se relacionan entre ellas, bajo determinadas reglas o normas jurídicamente establecidas, con una misma cultura y en un determinado espacio geográfico y en tiempos determinados.

II.8.3. Los sistemas.

II.8.3.1. Sistema de Salud.

Ocampo Rodríguez *et al.* (2013: 118) basan su definición sobre sistema de salud desde el enfoque de la “*Organización Mundial de la Salud*” de tal forma que la ilustran como la sumativa de todas las entidades y recursos que tienen como objetivo primordial mejorar la salud. Por otro lado, Seguí *et al.*, (2013: 419), en su artículo “*Sistema de Salud. Modelos*”, señalan que un sistema de salud no es más que una estructura de carácter social que está compuesta por individuos y aquellas acciones que se realizan para mantener, promover y mejorar la salud de una población y que además posee elementos que se relacionan, como lo son las instituciones, servicios y organizaciones que llevan a cabo actividades en pro del mejoramiento de la salud.

Desde nuestra óptica se define un sistema de salud como el conjunto de acciones, que incluyen organismos, servicios, personal capacitado y recursos destinados a la promoción, mantenimiento o mejoramiento de la salud de una población dada.

II.8.3.2. Sistema Social.

Según Parsons (1999: 6) en su libro *Sistemas Sociales*, define que el sistema social es igual al conjunto de intérpretes individuales que se relacionan entre ellos en algún evento o situación, ya sea físicamente o través del medioambiente, estos intérpretes están motivados por obtener la máxima gratificación, además de las relaciones con situaciones que se le presente, incluyendo a los demás individuos, estas acciones se ven delimitadas y definidas por un conjunto de símbolos que están contextualizados y compartidos culturalmente. Por otra parte, en “*Aportes de Durkheim para la Sociología de la Educación*” Simbaña *et al.* (2017: 83) señalan que sociedad desde la perspectiva de Durkheim ilustra un poder común, que maneja los individuos que viven dentro de ella, tratando de llegar a una convivencia colectiva en donde debe existir

armonía, pero a su vez respetando la identidad y la propiedad individual entre los valores, la identidad y la cultura, estos siendo los atributos que mantienen una unión social y promueve la supervivencia de la sociedad.

Desde nuestra óptica un sistema social es el conjunto de disciplinas como lo es la economía, la sociología, la política, entre otras, que regulan la convivencia colectiva de los individuos de manera armoniosa, en donde cada una de las disciplinas antes descritas tienen un papel importante en la sociedad y permiten que esta se mantenga estable.

II.8.3.3. Sistema Educativo.

En la obra *“Contradicciones del sistema educativo: análisis crítico y metamorfosis en una sociedad plural y diversa”*, Tijeras *et al.*, (2022: 18), indican que el sistema educativo es el responsable de responder a todas las demandas educativas en el marco social, político y económico, siendo utilizado como una herramienta para la apertura de estrategias que solucionen necesidades en diferentes tiempos y escenarios de la educación. Mientras que López (2021), en su obra *“La gobernanza de los sistemas educativos”*, coincide que en el mundo moderno los sistemas educativos han evolucionado hasta convertirse en materia prima para los sistemas sociales y económicos, conservando relaciones altamente complejas, compartiendo de esta forma numerosos vínculos de influencia bidireccional y reciprocidad. Partiendo de estas perspectivas se podría definir entonces al sistema educativo como un ente que está estrechamente relacionado con el desarrollo de la sociedad, siendo pilar base de los diferentes sistemas sociopolíticos.

II.8.3.4. Sistema Económico.

Según White (2019: 152) en su obra *“Una tercera vía para la construcción de sistemas económicos”*, un sistema económico óptimo se fundamenta en dos argumentos: primero, parte de la premisa en que la cooperación entre sociedades ha demostrado ser exitosa con un carácter

sostenido, que impide la pérdida de bienestar económico; segundo, apoya la primera idea con el sistema económico oriental, en donde la cooperación supera por mucho la competencia de poderes económicos. Por otro lado, está la posición de Luhmann (2013: 6), quien en su revista *“La economía de la sociedad como sistema autopoietico”* define el sistema económico como un ente que trabaja, de tal manera que es capaz de desarrollar todas sus funciones económicas bajo autonomía funcional. Entonces es posible resumir que el sistema económico es un tipo de organización en donde la sociedad gestiona y administra los recursos propios de la manera más eficiente posible.

II.8.4. Las Disciplinas.

II.8.4.1. Enfermería.

Para De Arco-Canoles *et al.* (2018: 172) señala que la enfermería es una disciplina encargada de los cuidados autónomos y en colaboración con otras personas, y que estos cuidados van dirigidos a los individuos, familias y grupos poblacionales, enfermos o sanos. Según Naranjo *et al.* (2017: 815), en su artículo *“La Teoría Déficit de Autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem”*, define enfermería basándose en esta teoría, la cual señala que es la ciencia que se ocupa de ayudar a todas las personas a satisfacer sus necesidades básicas cuando estas no pueden hacerlo por sí solas, ya sea por tener una dolencia, o por desconocimiento, habilidad o deseo de realizarlo. Para nosotros la enfermería no es más que la disciplina que nos permite brindar cuidado de manera holística, ya sea a un individuo sano u enfermo, permitiendo satisfacer sus necesidades básicas y promoviendo el autocuidado.

II.8.4.2. Antropología.

En el artículo *“Mario Bunge y una definición de antropología”*, Morales (2019: 25), señala que Mario Bunge define antropología como una ciencia de carácter social y biológico, que

se ocupa de los aspectos culturales y los aspectos físicos de la condición humana. En su artículo “*¿La Arqueología es Antropología? Tópicos para la caracterización de una ciencia social*” Novillo *et al.* (2019: 17) señala que la antropología es la ciencia que trata de explorar la variedad humana en el espacio y tiempo, se encarga de estudiar la condición del ser humano, y su cronología en el tiempo, su creación, como sociedad, su cultura y la manera de comunicarse. Con interés en la forma en cómo se adapta el ser humano a los cambios. En nuestras palabras antropología no es más que la ciencia que estudia en forma integral al ser humano, se basa utilizando herramientas e información de otras ciencias como la natural y social, esto a través de la cronología del tiempo en un lugar determinado.

II.8.4.3. Educación.

Para Jiménez (2019: 670) en su artículo “*La educación como derecho social, humano y fundamental: principios y perspectivas de la educación moderna*”, señala que la educación está concebida como el arte de instruir, es un cúmulo de actividades que se realizan para el desarrollo de la capacidad física e intelectual del hombre. Según Latorre (2016: 1) en su artículo “*Educación, instrucción, aprendizaje y formación*”, menciona que la educación es una actividad exclusivamente del ser humano, es deliberada, de interacción comunicativa y espiritual, se realizará con el mayor esplendor de la instrucción, de manera personalizada, social y moral de los individuos. Desde nuestra perspectiva la educación no es más que la formación deliberada y destinada a desarrollar el intelecto, los aspectos morales y el área espiritual y afectiva de los individuos que pertenecen a una sociedad de una cultura establecida y basada en las normas que dicha sociedad posee.

II.8.4.4. Salud.

En su artículo Rodríguez Carvajal *et al.* (2022: 127) señala que la salud en su concepción de tipo dinámica no es más que la adquisición del nivel de bienestar social, físico, mental de más alto nivel, además de la habilidad de funcionamiento en relación con las personas que lo rodean. Según Naranjo (2019: 815), en su artículo “*Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem*” explica la definición que ofrece sobre salud, como estado que posee un individuo compuesto por diferentes aspectos, como lo son la integridad estructural y funcional, la ausencia de alguno de ellos significa mermar el estado de salud del individuo. No obstante, para nosotros salud es el equilibrio que existe entre los agentes externos e internos que surgen en la vida de un individuo, es la plenitud de las funciones físicas, psíquicas y espirituales que cada ser humano posee

II.8.4.5. Enfermedad.

En el estudio “*Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud*”, Herrero (2016: 2) explica la definición de enfermedad brindada por la OMS como aquella modificación del funcionamiento del cuerpo en una o varias partes de este, ya sea por causas conocidas o desconocidas, en donde se observan sintomatologías que son específicas, y la evolución es posiblemente previsible. Por otro lado, Tambellini *et al.* (2020: 3) en su artículo “*Medicina de la comunidad. Implicaciones de una teoría*” explica que René Leriche, da una definición de enfermedad como una situación anormal, un nuevo orden fisiológico, que afecta al individuo y que es lo contrario de la salud. Para nosotros enfermedad es una alteración de las funciones físicas, emocionales y espirituales de un individuo, el cual no puede compensar por sí solo y necesita de ayuda externa para recuperar la salud.

II.8.4.6. Autocuidado.

Según Naranjo *et al.* (2017: 2), en su artículo “*La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem*”, define el autocuidado como una función humana homeostática, debe ser realizada de manera personal e individual para mantener el estado de salud, la vida y el bienestar en conjunto, es un sistema constantemente activado. Por su parte, Cancio *et al.* (2020: 122) en su artículo “*Autocuidado: una aproximación teórica al concepto*” explica desde qué punto etimológico, está formado por: auto del origen griego αὐτο “por uno mismo”, y cuidado de origen del latín cogitātus “pensamiento” y de esta manera sería cuidado de sí mismo o propio. Por consiguiente, se define como autocuidado la acción de cuidarse uno mismo, es un acto que es individual y que nadie lo puede realizar por nosotros.

II.8.4.7. Manejo.

Para Carranza *et al.*, (2016, 2), en su artículo “*Rehidratación en el paciente pediátrico*”, el adecuado manejo pediátrico debe estar enfocado en la prevención de complicaciones, continúa su idea asegurando que la morbimortalidad infantil puede ser prevenida con “*el manejo indicado en el momento adecuado*”. Por ende, el manejo en pediatría se fundamenta en conductas preventivas encaminadas a la eliminación de complicaciones futuras para el paciente pediátrico.

II.8.4.8. Traqueostomía.

En el artículo “*Indicaciones y cuidados de la traqueostomía en pediatría*”, Arancibia *et al.* (2019: 159) definen el procedimiento de traqueostomía como un abordaje quirúrgico, en donde se realiza un corte de la pared anterior de la tráquea de manera longitudinal, en donde queda un estoma, luego se introduce una cánula, que será la encargada de brindar la ventilación al paciente. Según Pantoja *et al.* (2014: 1) en la sección la “*Traqueotomía: Indicaciones, técnicas y*

complicaciones. Intubación” explican que el término traqueostomía se deriva del griego abrir la tráquea. Por consiguiente, nosotros definimos traqueostomía como el procedimiento quirúrgico para crear una vía aérea artificial realizando un orificio en la parte anterior de la tráquea y colocando un dispositivo denominado cánula.

PARTE C. EL MANEJO DE LA TRAQUEOSTOMÍA PEDIÁTRICA: CUIDADOS EN LA SALA DE ESCOLARES DEL HOSPITAL “JOSÉ DOMINGO DE OBALDÍA”.

II.9. Historia de la traqueostomía.

Arancibia et al. (2019: 159) dan una breve explicación sobre los primeros usos de utilización de la traqueostomía. Señalaron que ya en épocas antiguas de Grecia y Egipto, se cita dicho tratamiento invasivo en el Papiro de Ebers. Luego existen registros de Asclepiades Aretaeus, Galeno y Alejandro Magno, estos últimos habrían realizado este procedimiento. Luego en la Edad Media, Avicena en el “*Canon de Medicina*” (980-1031 d.e.p.), describe con detalle cómo se realiza esta técnica. Por un largo período de tiempo en que se realizaba en casos de extrema urgencia, debido a que no conocían a ciencia cierta las complicaciones o resultados de realizar dicho procedimiento. La primera traqueostomía en niños documentada la ejecutó Habicot para el año 1630 en un niño con un objeto en la vía aérea; ya para el año de 1833, Trousseau realizó un informe con 200 casos. Al pasar de los años fue aumentando el uso de este procedimiento en pacientes que tenían asfixia por agentes extraños en vía respiratoria, enfermedades de tipo neurológicas, entre otras causas. Ya para el año de 1900 Chevalier Jackson publica el procedimiento haciendo hincapié en sitios anatómicos que se deben tomar en cuenta, esto para disminuir la mortalidad infantil.

II.10. Definición de traqueostomía.

En el 2019, Arancibia y Segui señalan que:

La traqueostomía es un procedimiento quirúrgico invasivo, llevado a cabo para garantizar la respiración, realizada en casos selectivos donde se vean comprometidas las estructuras de la vía aérea superior; de igual forma puede practicarse como soporte para una ventilación mecánica prolongada.

Inicia con la apertura de la cara anterior de la tráquea mediante un corte quirúrgico y la elaboración de un agujero (estoma), por el que se introduce pieza llamada cánula que facilitará la ventilación. Este procedimiento quirúrgico se practica, en condiciones ideales, en el salón de operaciones, mediante anestesia intravenosa e inhalatoria. Es practicada por un equipo interdisciplinario especializado, evitando de esta forma futuras complicaciones.

En otras palabras, se puede decir que la traqueostomía es un abordaje quirúrgico que se ejecuta para mantener la vía respiratoria pediátrica permeable y su función principal es salvaguardar la vida del niño.

II.11. Manejo y cuidados de enfermería.

Para brindar un correcto manejo y plan de cuidados de enfermería en los niños traqueostomizados, se tomaron en cuenta los siguientes aspectos de Urrestarazu *et al.* (2016: 91): indica que es importante elegir el tipo de cánula, cambio y cuidado de la cánula de traqueostomía según la necesidad, aspiración de secreciones de la traqueostomía, humidificación adecuada, medicación y vigilancia continua. Urrestarazu *et al.* (2016: 94) señalan que el terapeuta respiratorio puede tener diferentes criterios en la toma de decisiones para el cuidado del paciente pediátrico traqueostomizado, estos criterios se basan en los riesgos, en la disponibilidad y las

necesidades de cada niño. De esta manera se abrió una puerta a la innovación en cuanto al cuidado del niño traqueostomizado, en el ambiente hospitalario de nuestra región. Esta necesidad surgió a falta de guías y consensos a la hora de abordar a pacientes pediátricos con diferentes necesidades.

II.12. La traqueostomía en pacientes pediátricos y sus indicaciones.

La traqueostomía como técnica se viene implementando en pediatría desde hace miles de años. Según Urrestarazu *et al.* (2016: 89), la traqueostomía se describe como un procedimiento que se realiza desde la antigüedad. Este consiste en perforar quirúrgicamente la tráquea, de manera que se asegura la vía aérea. La nueva vía artificial mantiene su abertura por medio de una cánula de traqueostomía.

En el territorio nacional no abunda documentación acerca de la indicación del porqué realizar una traqueostomía, pese a la antigüedad del procedimiento quirúrgico. Debido a esto nos dirigimos a enfoques internacionales. En el artículo “*Traqueostomía en niños: Experiencia de 10 años en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos*” realizado por Oyarzún *et al.* (2019: 511) para la sociedad Chilena de Pediatría, refiere que un de total de 56 niños chilenos con traqueostomía, en la primera década de este siglo, la principal indicación para realizar dicho procedimiento fue dada en dos tercios de los casos por patologías de la vía aérea y en contrapunto en un tercio por ventilación prolongada. Por ende, este trabajo tuvo como finalidad además de presentar tratamientos innovadores y cuidados de enfermería certeros, reconocer la causa por la cual se realiza una traqueostomía.

II.13. Anatomía del sistema respiratorio pediátrico.

Por mucho tiempo se ha cometido el error de catalogar a los pacientes pediátricos como adultos pequeños. Dicha expresión es mal utilizada, ya que los niños no son adultos pequeños,

sino seres humanos que poseen todos sus sistemas inmaduros, estos sistemas van evolucionando de acuerdo con su crecimiento y desarrollo, desde la etapa embrionaria hasta la adolescencia.

El aparato respiratorio ha sido tan perfectamente elaborado para realizar funciones importantes, entre ellas: lograr la ventilación adecuada, desde el aire ambiente hasta ingresar a los alvéolos; por medio de este proceso se realizará el intercambio gaseoso, esto ocurre en los tejidos gracias al sistema circulatorio. Adicionalmente, entre las funciones que posee se encuentran las de metabolizar, filtrar y limpiar la materia no deseada por el organismo.

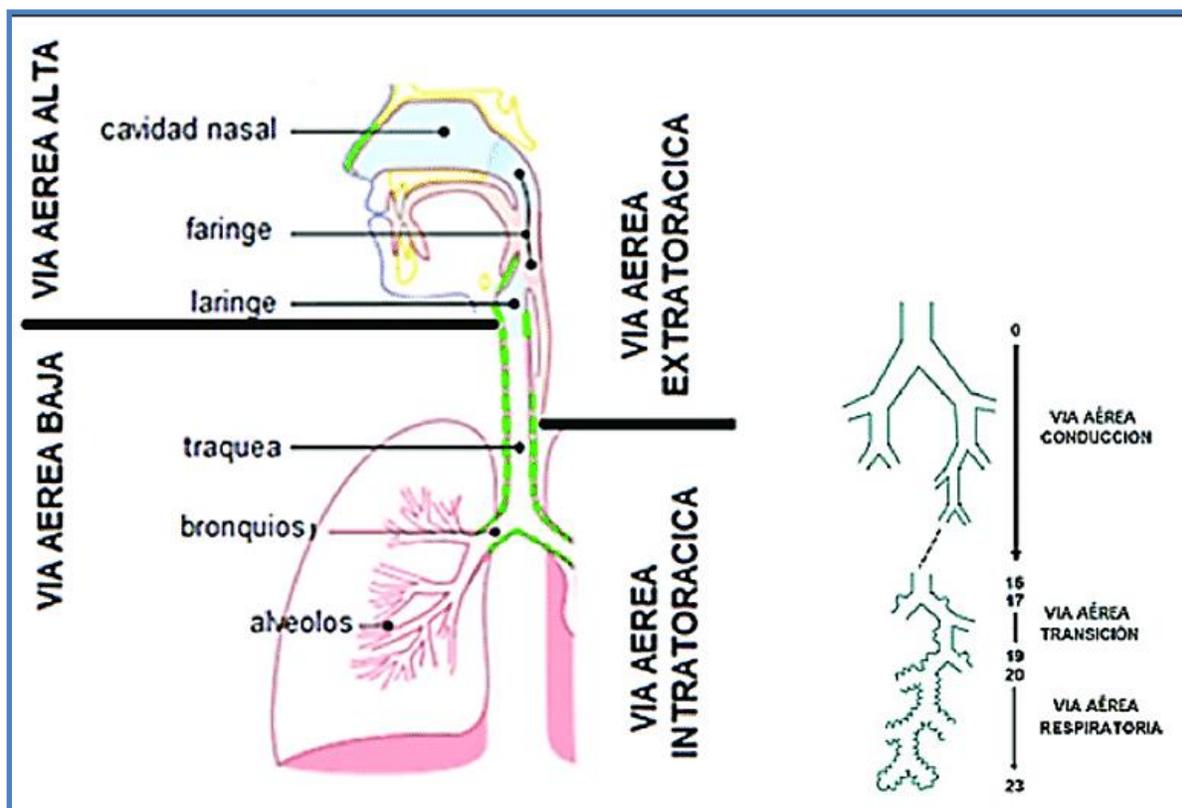
El sistema respiratorio se divide en superior e inferior, el cartílago cricoides es el punto que divide estas dos partes. La vía aérea también se puede definir como alta o tórax superior y la baja o tórax inferior (figura 3).

Las diferencias entre la anatomía y la funcionalidad del sistema respiratorio del adulto son distintas a la del niño, estas diferencias pueden provocar un deterioro rápido del paciente pediátrico. Sánchez *et al.* (2018: 101) señalaron que existen diferencias anatómicas marcadas en el sistema respiratorio, haciendo énfasis en la nariz, entre ellas su función protectora. De igual manera, mencionaron que el recorrido intranasal se encuentra en un ángulo de 90 grados de la tráquea, lo que dificulta atrapar agentes extraños. Además, mencionaron que las estructuras llamadas cornetes poseen muchos vasos sanguíneos, expuestos a un gran flujo de aire, estos a su vez deben concentrarlos en una pequeña corriente para ingresar al sistema respiratorio, su función principal es que calienta, humedece y filtra el aire que entra por la nariz. Es de capital importancia reconocer que el aporte dado por la vía aérea superior es el más significativo para la resistencia total del conjunto de la vía respiratoria. Señalaron que en promedio más del 50 % de la resistencia de la vía ventilatoria se ubica en la vía aérea superior (nariz), y en los neonatos,

llega a ser mayor de tres cuartos de la resistencia total mencionada, por lo que cualquier obstrucción de la vía respiratoria nasal en infantes menores (respiran mayormente por la nariz), llevará a la aparición del uso de músculos accesorios y retracción costal, que son uno de los mayores indicadores de insuficiencia en el proceso de ventilación.

Figura 3.

División de vía aérea alta y baja y sus componentes.



Fuente: Sánchez y Concha (2018: 102). Tomado de: <https://www.neumologia-pediatrica.cl/index.php/NP/article/view/212>

Nota: La figura muestra la estructura de aparato respiratorio.

En el 2018, Sánchez y Concha señalan:

La estructura de la faringe es un área que puede colapsar, esto significa que está conformada por diversos músculos, entre ellos están los constrictores (en la faringe) y los de la

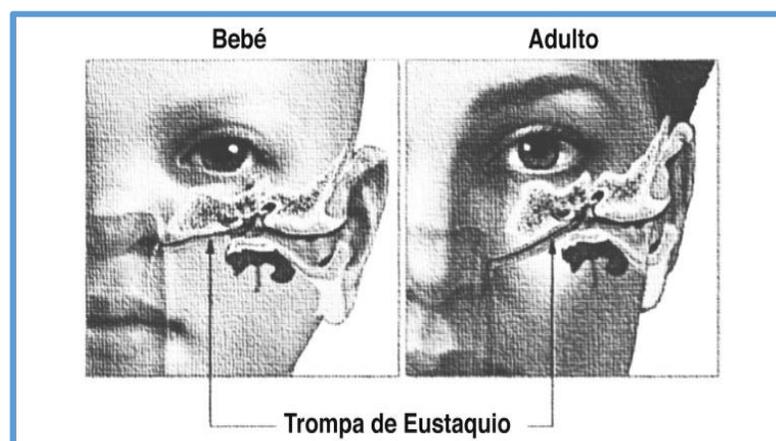
base de la lengua. Por lo tanto, para evitar que la vía ventilatoria superior colapse durante el momento de la entrada de aire (inspiración), las estructuras musculares juegan el rol más importante. Mientras transcurre el periodo del descanso y sueño la función de los músculos disminuyen en gran medida, amplificando la reducción del tamaño de la vía aérea superior y en algunos casos facilitando el colapso antes mencionado, produciéndose de esta manera apneas de origen obstructivo. (p.101)

Por otro lado, en el 2017, Asenjo y Pinto explican que:

La faringe de los infantes menores se diferencia a la de los adultos porque las trompas de Eustaquio están más en posición horizontal, esto favorece la proliferación de agentes infecciosos hasta el área del oído; es normal que exista reflujo de contenido gástrico a estas estructuras mientras se da la lactación. Este proceso de lactación se debe practicar en posición supina vertical de ser posible, evitando así complicaciones. (p.10). (figura 4).

Figura 4.

Trompas de Eustaquio.



Fuente: Asenjo y Pinto (2017:16).

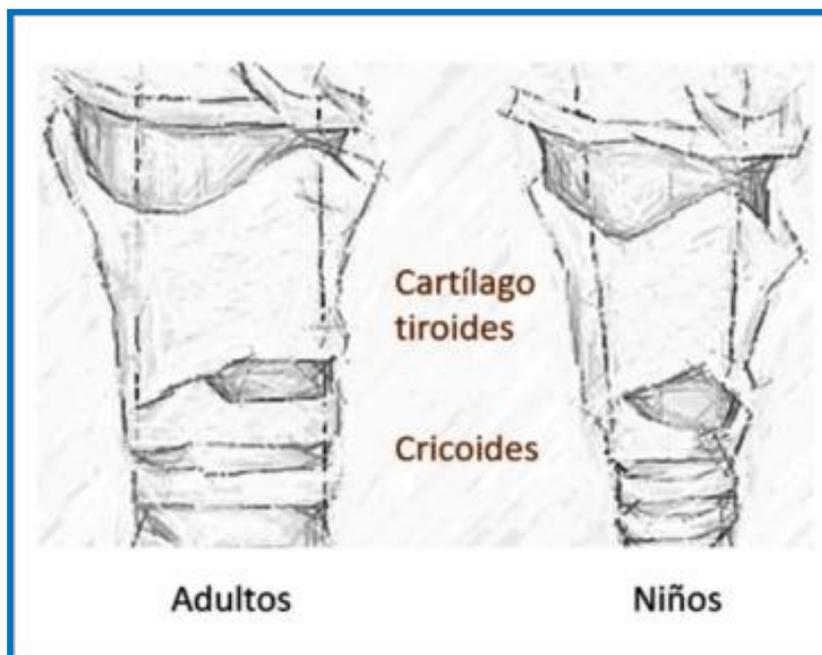
Tomado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-caracteristicas-anatomo-funcional-del-aparato-respiratorio-S0716864017300020>

Nota. Comparación de la posición de las Trompas de Eustaquio del infante y el adulto.

Otros puntos importantes que diferencian las estructuras del aparato respiratorio entre el adulto y el niño, es bien explicado por Ansejo *et al.* (2017: 11), en donde señalaron que el lactante posee una lengua prominente con respecto a la cavidad orofaríngea, por lo que obstruye de manera muy fácil la vía aérea a nivel superior ante cualquier cambio de posición, señala que la estructura de la laringe de los lactantes se encuentra en posición igual a un pequeño embudo (figura 5) y la epiglotis se asemeja al símbolo de omega; por ende, es más corta, algo angosta y forma un ángulo dirigido a la parte frontal, de esta manera se aleja del eje vertical de la estructura llamada tráquea. Esta característica evita la broncoaspiración mientras se alimenta.

Figura 5.

La laringe.



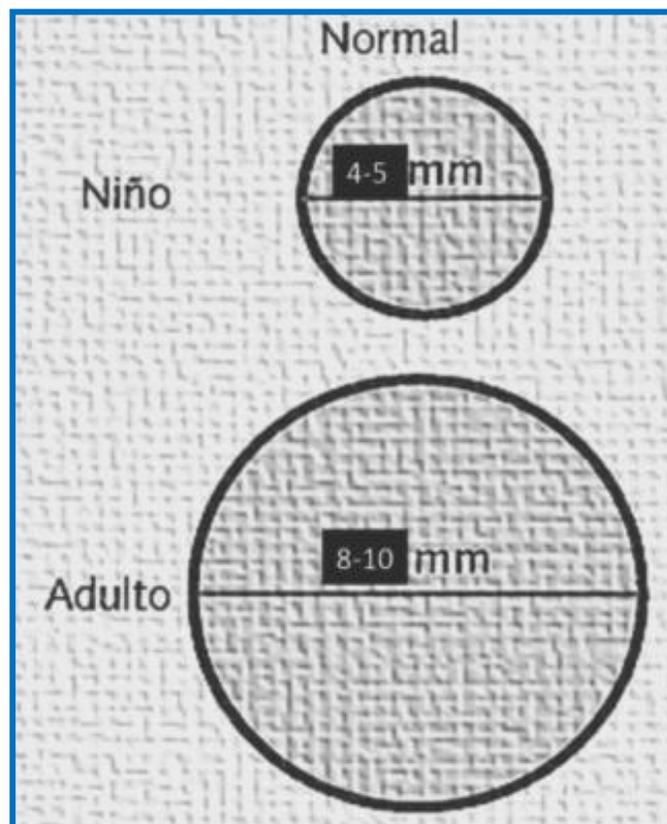
Fuente: Ansejo *et al.* (2017: 17). Tomado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-caracteristicas-anatomo-funcional-del-aparato-respiratorio-S0716864017300020>

Nota. Se observa la forma de embudo en la laringe del paciente pediátrico con relación al adulto.

Adicional Ansejo *et al.* (2017: 11), señala que en la vía respiratoria baja la estructura bronquial es de una longitud menor y grosor que la del paciente adolescente o adulto, facilitando complicaciones como obstrucciones graves en lactantes y neonatos (figura 6). El niño presenta más glándulas secretoras de moco, esto debido a un movimiento ciliar inmaduro y un reflejo de tos casi inexistente, provocando un cúmulo de secreciones endotraqueales en la vía aérea inferior y, por ende, un muy mal manejo de estas.

Figura 6.

Diámetro de la vía respiratoria baja.



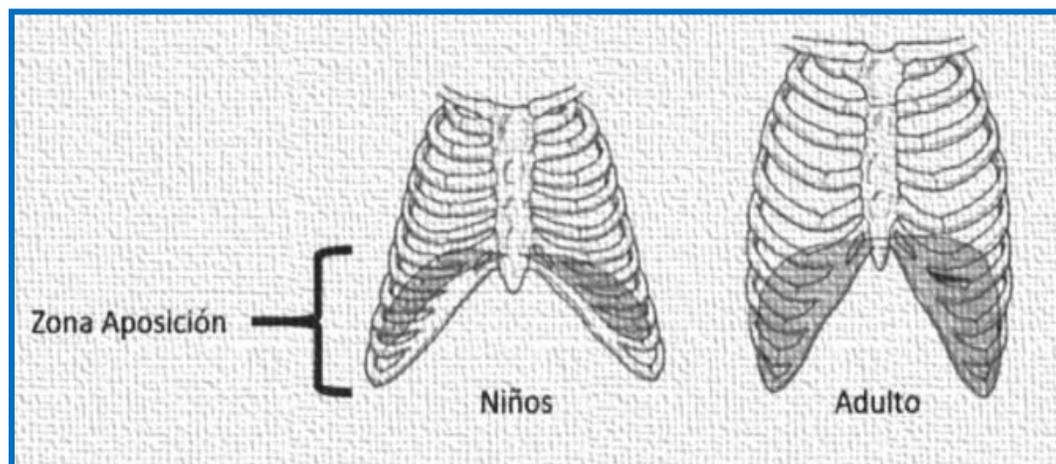
Fuente: Ansejo *et al.* (2017: 17). Tomado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-caracteristicas-anatomo-funcional-del-aparato-respiratorio-S0716864017300020>

Nota. Se muestra la diferencia entre el diámetro de la vía respiratoria baja entre el adulto y el infante.

Por último, Ansejo *et al.* (2017: 11), explicaron las características del diafragma, donde en los infantes es redonda, y blanda, variando de acuerdo con los cambios de posición, la cual puede alterar o reducir la capacidad de ventilación óptima del paciente (figura 7). En los lactantes menores existe un tipo de respiración denominada abdominal con base a los movimientos del diafragma, en el lactante la respiración se torna toraco-abdominal y posteriormente, desde la edad escolar es completamente torácica.

Figura 7.

La caja torácica.



Fuente: Ansejo *et al.* (2017: 18). Tomado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-caracteristicas-anatomo-funcional-del-aparato-respiratorio-S0716864017300020>

Nota. Se muestra la forma y diferencia que existe entre la caja torácica del infante y del adulto, de allí la forma particular de los tipos de respiración que posee el infante.

Las características antes mencionadas hacen vulnerable al infante, y por este motivo, es importante el manejo preventivo de las vías aéreas superiores, ya que las mismas pueden obstruirse fácilmente y, por ende, conllevar a un deterioro rápido del paciente pediátrico.

II.14. Cirugía.

Para Porras (2016:1), en su investigación *Enseñanza y aprendizaje de la cirugía*, considera que la cirugía es una de las disciplinas médicas orientadas a la acción. Es uno de los pilares básicos de todo sistema de salud. Las buenas prácticas en el quehacer quirúrgico dan como resultado un impacto positivo y a su vez significativo en el desarrollo del sistema hospitalario.

II.15. Tipos de Cánulas.

Las cánulas de traqueostomía generalmente suelen ser de cloruro de polivinilo (PVC), por ende, son termolábiles. Esto facilita el acople al ventilador mecánico mediante un puerto de adaptación de 15 mm de diámetro, medida universal de acoplamiento (Figura 8).

Figura 8.

Elementos de la cánula de traqueostomía.



Fuente: Che - Morales *et al.* (2014, 255). Tomado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462014000400006&lng=es&tln=es.

Nota. Se muestran los elementos que forman parte de una cánula de traqueostomía de material de PVC

1. Manguito
2. Línea de inflado
3. Globo controlador de presión
4. Válvula de inflado tipo Luer
5. Conector de la endocánula
6. Sujetador de la cánula
7. Cuerpo de la traqueostomía
8. Endocánula
9. Guiador-obturador

Generalmente según su forma, las cánulas pueden ser anguladas o curvas. Esta particularidad favorece la adaptación del dispositivo a la anatomía de la tráquea.

II.16. Cambio de Cánula.

Según Che – Morales *et al.* (2014, 258) el primer cambio de la cánula de traqueostomía se recomienda entre la primera y segunda semana después de la maduración del estoma, mejorando la tolerancia oral, la fonación y reduciendo la estancia hospitalaria. Es prudente que los profesionales (con experiencia previa) realicen el cambio para evitar riesgos como la lesión en la arteria innominada o la creación de una vía falsa.

Actualmente, no existe un consenso sobre la frecuencia de los cambios de cánula de traqueostomía en pacientes con uso prolongado. Según la práctica se recomiendan cada tres meses por el continuo crecimiento del paciente pediátrico, mientras que los fabricantes suelen sugerir intervalos variables que van desde un mes a hasta los tres meses. Además, los centros con mayor nivel de especialización y complejidad sugieren realizar los cambios bajo visión endoscópica, para detectar oportunamente posibles riesgos y complicaciones, corroborar la posición de la cánula de traqueostomía y valorar la vía aérea en su totalidad.

II.17. Aspiración de la cánula de traqueostomía.

El procedimiento de aspiración de secreciones a través de la traqueostomía es incómodo y supone muchos riesgos para el paciente pediátrico. Como se ha descrito anteriormente, las guías de práctica clínica y protocolos orientan significativamente la toma de decisiones, estos sugieren

que la regularidad debe ser como mínimo una vez por turno; teniendo en cuenta situaciones como:

- Disminución no intencionada del nivel de oxigenación, evidenciada en la oximetría o valores de laboratorio (gasometrías).
- Aumento del trabajo respiratorio
- Secreciones visibles en vía aérea y en el tubo traqueal
- Ruidos agregados en la auscultación de tráquea y tórax
- Aumento de la presión pico durante el soporte ventilatorio (ventilación mecánica)

Por último, un procedimiento eficiente es asegurado por la elección correcta de material y equipo, por ejemplo: elegir el diámetro adecuado de las sondas de aspiración para cada tamaño de traqueostomía.

Tabla 5.

Indicaciones para aspirar una traqueostomía.

Signos	Razón y/o causa
Ruidos respiratorios anormales	Secreciones dentro de la cánula o debajo de ellas
Patrón respiratorio irregular	Uso de músculos accesorios e incremento del trabajo respiratorio
Cambios en las secreciones:	
• Cantidad	a) Incremento en la producción de moco por la sola presencia de la traqueostomía, b) secundaria a infección, c) secundaria a cuerpo extraño
• Consistencia	a) Debido a inadecuada humidificación, b) secundaria a proceso infeccioso
• Color	a) Presencia de sangre, b) secundaria a proceso infeccioso
Incremento en la tos	a) Irritación causada por secreciones excesivas no drenadas, b) secundarias al movimiento de la traqueostomía

Cambio en el color de la piel	Diaforesis, cianosis
Saturación de oxígeno en sangre arterial	Pobre perfusión/oxigenación como resultado de ineficiencia en la respiración.
Ansiedad	Debida a la dificultad respiratoria

Fuente: Che - Morales *et al.* (2014, 258) Tomado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462014000400006&lng=es&tlng=es.

Nota: *Muestra las indicaciones clínicas para llevar a cabo la aspiración de secreciones en cánulas de traqueostomía

II.18. Complicaciones de la traqueostomía.

García-Casillas (2014) en su “*Protocolo de Cuidados de Traqueotomía*”, señala que las complicaciones resultan más frecuentes en niños que en los adultos. A continuación, se presentarán las más usuales, las cuales las clasifican como precoces y tardías.

- Precoces:
 - Arritmia, hipotensión
 - Hipoxia, hipercapnia
 - Hemorragia
 - Infección
 - Decanulación
 - Enfisema subcutáneo
 - Neumotórax
 - Neumomediastino
 - Infección
 - Obstrucción por tapones de moco
 - Edema pulmonar

- Tardías
 - Tejido de granulación alrededor del estoma
 - Trauma por succión y luego sangrado
 - Obstrucción por tapones de moco
 - Infección
 - Cuando se produce una falsa vía: tras una decanulación accidental se puede producir cierre del estoma, estenosis subglótica, necrosis del cartílago traqueal.
 - Trastornos del lenguaje
 - Trastornos de la deglución

II.19. Tratamiento para las complicaciones.

- En un sangrado postoperatorio precoz: se debe explorar la herida y corregir los vasos que estén produciendo el sangrado.
- En un sangrado tardío el cual es producido frecuentemente por erosión por la aspiración de secreciones o presencia de granulomas tanto en el estoma como dentro de la tráquea. Este tipo de hemorragias pueden ser controladas fácilmente.
- En el caso de una infección del estoma se debe proceder a un tratamiento antibiótico y la limpieza regular de la cánula, y el estoma.
- En el caso de la dificultad respiratoria se deberá tomar una placa de tórax para descartar neumotórax.
- Si el paciente verbaliza eso significa que posiblemente la cánula se encuentre en una vía falsa o tengan un tapón de moco.
- En el caso de una decanulación accidental y si el estoma se reduce se debe realizar una intubación oral para salvaguardar la vida del paciente. Lo mismo es el caso a la hora

de aspirar al paciente, si la sonda no pasa probablemente la cánula se encuentre en una vía falsa y se deberá proceder a una recolocación.

- Es importante saber que no se debe ventilar a un paciente con presión positiva si no estamos seguros de que la cánula se encuentre en una vía falsa.
- Siempre es importante auscultar ambos campos pulmonares para estar seguros de que el paciente se encuentra ventilando correctamente.

II.20. Cambio de los sujetadores de la traqueostomía.

Al realizar el cambio de las cintas que sujetan la traqueostomía es importante realizarlo de manera segura, sin dejar de sujetar la cánula para así evitar una decanulación accidental. Además, estos cambios de cintas o fijadores son preferibles realizarlos una vez al día, conociendo que el paciente traqueostomizado puede mojarlos con secreciones y de esta forma pueden perder su tensión. Es recomendable aplicar tensión para permitir que solo entre un dedo entre la piel y la fijación.

II.21. Suministros.

Para realizar un correcto manejo del paciente traqueostomizado pediátrico es fundamental tener los siguientes suministros:

- Guantes limpios y estériles
- Bata
- Mascarilla
- Catéter de aspiración #8, #10, #12 dependen del tamaño de la cánula
- Jeringuillas de 5, 10 o 20 ml
- Solución salina normal 0.9 %

- Paquete de gasas
- Solución antiséptica
- Collarín Fijador, Cinta
- Toma de oxígeno o tanque de oxígeno portátil
- Succión con su frasco armado y listo

CAPÍTULO 3

III. MARCO METODOLÓGICO

III.1. Enfoque, tipo y diseño de investigación.

III.1.1. Tipo de investigación.

El diseño explicativo secuencial (Dexplis): ya que al inicio se recolectará información a través de encuestas, que permitirán obtener y evaluar datos cuantitativos, que al final brindará información cualitativa para llegar a conclusiones; esto se observará, por ejemplo, en la información que brindan los enfermeros y el personal de terapia respiratoria, que realizan el manejo del paciente traqueostomizado.

III.1.2. Definición.

- Según su propósito.

Según su propósito esta investigación es teórica, ya que se obtuvo información de diferentes sitios bibliográficos para la definición de los conceptos generales sobre la enfermería y en el manejo del paciente pediátrico traqueostomizado, conociendo un poco de su historia y de los avances que se han realizado en otros países. De igual forma, también es posible afirmar que esta investigación es aplicada científica y tecnológica, ya que, con la actualización de nuevos tratamientos y avances sobre la traqueostomía, es posible brindar un mejor estado de salud de los pacientes pediátricos.

- Según la profundidad del objeto de estudio.

De acuerdo con la profundidad del objeto de estudio este trabajo es exploratorio. Con dicho trabajo se busca incentivar investigaciones más profundas y detalladas, sobre el manejo de la traqueotomía en los pacientes pediátricos a nivel nacional e internacional. En complemento, también es de tipo descriptiva, puesto que se confeccionará un estudio de carácter científico, sobre el efecto del manejo en los pacientes pediátricos traqueostomizados. Se podría decir de

igual manera que es explicativa, parcialmente, ya que se podrá observar cómo afecta el manejo sobre el paciente pediátrico traqueostomizado en su calidad de vida.

- Según tipos de datos empleados.

Es una investigación cuantitativa, por ende, se recopilará información a través de instrumentos de investigación, para ver la correlación entre estas variables de estudio, que beneficiarán a los pacientes pediátricos traqueostomizados; se utilizarán herramientas estadísticas que podrán brindar un enfoque, los cuales se presentarán a través de gráficos y tablas. Es una investigación cualitativa, ya que desde el inicio de esta investigación se ha definido las variables a través de diferentes fuentes bibliográficas, que incluyen guías, artículos, revistas científicas que presentan imágenes, permitiendo aclarar además la anatomía y fisiológica del aparato respiratorio en torno al paciente traqueostomizado.

- Según su temporalidad.

Según su temporalidad esta investigación es de tipo longitudinal, ya que se observa a los pacientes traqueostomizados durante un periodo de tiempo, para así ver cómo afecta el manejo en su evolución; y es prospectivo ya que se conocerá la situación actual del paciente pediátrico traqueostomizado y el manejo, y de esta manera pronosticar los posibles hechos que se pueden dar en un futuro.

- Según la manipulación de las variables.

Según la manipulación de las variables esta investigación es de diseño no experimental, se utilizará la técnica de observación, interpretación y las interacciones de las variables, para poder

llegar a una conclusión, y se tomará en la encuesta, y de tipo correlacional ya que se analizará la relación entre las variables de estudio.

- Según su inferencia.

Según su inferencia esta investigación es de tipo inductivo, ya que utilizará la observación y un instrumento como la encuesta, para proponer una teoría y así llegar a conclusiones.

III.1.3. Diseño de la investigación.

III.1.3.1.El diseño mixto o híbrido.

En esta investigación se aplicará el diseño mixto:

El diseño explicativo secuencial (Dexplis): ya que al inicio se recolectará información a través de encuestas, que permitirán recoger y evaluar datos cuantitativos y que al final brindará información cualitativa para llegar a conclusiones, esto se observará, por ejemplo, en la información que brindan los enfermeros y el personal de terapia respiratoria, que realiza el manejo del paciente traqueostomizado.

III.1.3.2.Investigación documental.

En esta investigación se recopila y selecciona información a través de diferentes fuentes bibliográficas, revistas científicas, guías y artículos, para poder basar la parte teórica de este estudio.

III.1.3.3. Investigación de campo.

Este trabajo es de campo, debido a que se realizará recolección de información por medio de fuentes primarias, como lo serán el personal de enfermería, personal de terapia respiratoria, para obtener información cuanti-cualitativa.

III.2. Población y Muestra.

III.2.1. Población.

La población objeto de estudio está conformada por 30 profesionales de enfermería de sala de escolares y 5 licenciadas en terapia respiratoria que laboran en el Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”.

Quedan excluidos los profesionales de estas áreas que se encuentran de licencia, vacaciones o permiso laboral.

III.2.2. Muestra.

La muestra está presentada por los profesionales de enfermería y terapia respiratoria, según el resultado de la fórmula para muestras finitas.

Tabla 6.

Fórmula para muestras finitas.

Fórmula (muestras finitas)	
$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$	<p>n=Tamaño de la muestra (35) N= Tamaño de la Población (43) Z= Nivel de confianza (95 %) p= Proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia (50 %). q= Proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (50 %). n= Nivel de precisión absoluta (-5 %)</p>

Fuente: Aguilar-Barojas, S., (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud.
Salud en Tabasco, 11(1-2), 333-338

Nota: *Para población finita (cuando se conoce el total de unidades de observación que la integran)

III.3. Fuentes de información.

III.3.1. Primarias.

Se realizará una encuesta al personal de enfermería y a las terapeutas respiratorias participantes del estudio, el mismo elaborado por los investigadores.

III.3.2. Secundarias.

Para sustentar los fundamentos teóricos consultamos y analizamos diferentes fuentes bibliográficas principalmente en trabajos publicados en la *web*, ya que nos encontramos en una revolución tecnológica que permite acceder a libros virtuales y revistas científicas.

Entre ellas se pueden mencionar sitios *web* como: Revista Científica Scielo, Medigrafic.com, Redalyc, Portal de la OMS, entre otros que ofrece la Biblioteca virtual de la Universidad Autónoma de Chiriquí.

III.4. Selección de elementos Muestrales.

La recolección de los elementos muestrales se obtuvo de los grupos de profesionales que laboran en el Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”.

Se trabajó mediante encuestas enviadas por correo electrónico y la herramienta de cuestionarios vía *web*.

El porcentaje de error corresponde al 5 % y el de confiabilidad al 95 %.

El listado de profesionales es otorgado por el Departamento de Recursos Humanos, Dirección de Enfermería y Dirección de Neumología Pediátrica y están constituidos así:

- Profesional de la disciplina de enfermería que rotan por la sala de escolares, población de 38 enfermeros.
- Profesional de la disciplina de terapia respiratoria, población de 5 terapeutas.

La población total 43 profesionales, el resultado de la muestra es de 35 y se recibieron las encuestas de 35 profesionales, las cuales son aceptadas.

III.4.1. Tipo de Muestreo.

Para este estudio se utilizó el *muestreo probabilístico aleatorio simple*, el cual garantiza la misma probabilidad de que todos los licenciados en enfermería y terapeutas respiratorios puedan ser seleccionados para formar parte de la investigación.

III.5. Recolección de la información.

III.5.1. La encuesta.

La técnica utilizada para la recolección de datos es *la encuesta*, se utiliza un cuestionario de 15 preguntas, cerradas y de selección con *escalamiento nominal de Likert*. Con orden de respuestas que van de 1 a 5, valorando 5 como respuesta de en gran medida y el 1 como en ninguna medida.

Se utilizaron herramientas de tipo computacional:

- Sistema Operativo de *Windows*
- *Microsoft Office 365*
- Análisis estadístico *SPSS 2024*

Para realizar el análisis de cuadros y gráficos que incluyen las variables del estudio se utiliza el programa de *Excel*. El análisis y asociación de variables del estudio se realiza con el programa estadístico *SPSS 2024* (Consistencia interna estadística de Cronbach y Prueba de Chi cuadrado de Pearson).

Recursos Físicos: lapicero, computadora, impresora, libro de apuntes.

III.6. Descripción de los instrumentos y tratamiento estadístico.

III.6.1. Análisis de confiabilidad del instrumento.

Tabla 7.

Resumen de procesamiento de casos.

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

Nota: *La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento

Tabla 8.

Estadísticas de fiabilidad.

Alfa de Cronbach	N de elementos
,845	13

Nota: datos recopilados con el instrumento aplicado a una muestra piloto (2024)

Para llevar a cabo la comprobación de confiabilidad de este instrumento de recolección de datos, se utiliza el “*modo de consistencia interna estadística de Alfa Cronbach*”; mediante el Programa estadístico *SPSS*, la fiabilidad de este instrumento tiene un valor de .84. Por ende, es confiable para la aplicación de esta encuesta al personal de enfermería y terapia respiratoria, que laboran en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”.

Regla de decisión estadística: el instrumento de recolección de datos es considerado confiable cuando el coeficiente estadístico de Cronbach, cuya escala es de cero a uno, resulte mayor de 0.7 en la escala.

III.6.2. Análisis de Validez del Instrumento.

Tabla 9.

Varianza total explicada.

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	4,655	35,806	35,806	4,655	35,806	35,806	2,491	19,164	19,164
2	2,115	16,266	52,072	2,115	16,266	52,072	2,398	18,446	37,610
3	1,806	13,896	65,967	1,806	13,896	65,967	2,093	16,101	53,711
4	1,206	9,277	75,245	1,206	9,277	75,245	1,979	15,225	68,936
5	1,054	8,110	83,355	1,054	8,110	83,355	1,874	14,418	83,355
6	,778	5,983	89,337						
7	,594	4,570	93,907						
8	,329	2,534	96,441						
9	,245	1,888	98,329						
10	,093	,713	99,043						
11	,080	,616	99,659						
12	,035	,271	99,930						
13	,009	,070	100,000						

Nota: *Datos recopilados con la encuesta aplicada a una muestra piloto (2024). Método de extracción: análisis de componentes principales.

Utilizando el *análisis factorial*, por medio de la *varianza total explicada*, se ha comprobado que la encuesta es válida en su constructo en un 83,35 % en porcentaje acumulado. De esta manera se demuestra que es apta para la aplicación en esta población.

CAPÍTULO 4

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

IV.1. INTERPRETACIÓN DE DATOS

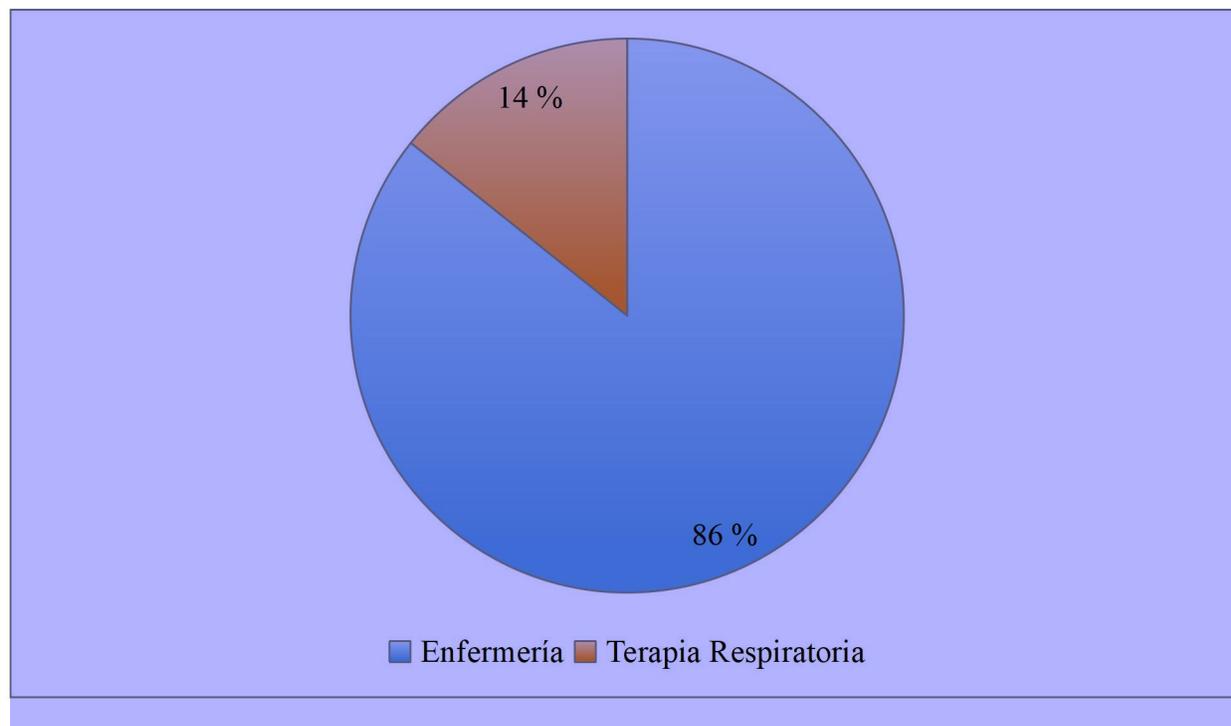
A continuación, se estarán presentando los resultados de la encuesta que se les realizó al personal de enfermería y el personal de terapia respiratoria, los mismos responderán a los objetivos específicos diseñados tanto a nivel exploratorio, descriptivo y explicativo en esta investigación.

Los resultados de esta encuesta se aplicaron a un total de 35 profesionales de la salud, en donde 5 son terapeutas respiratorios y 30 enfermeros que laboran en el área de pediatría.

Así fueron los resultados:

Figura 9.

Profesión ejercida por el personal encuestado que brindan atención al paciente traqueostomizado en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía.



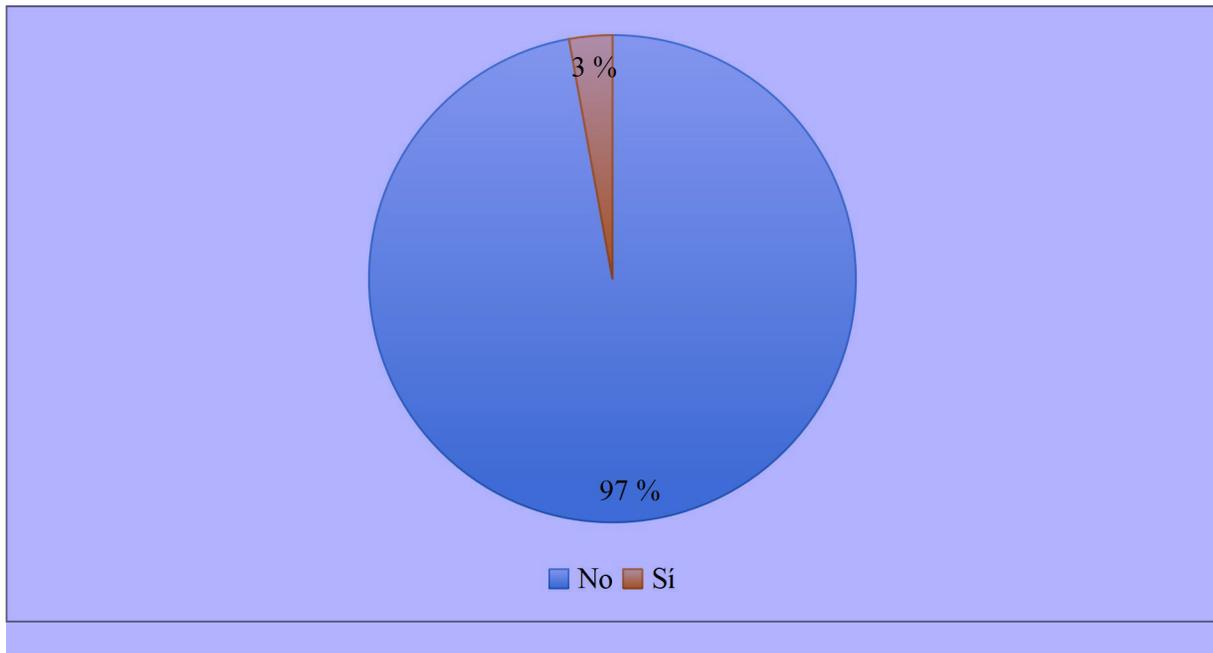
Fuente: encuesta realizada por Moreno. M / Almengor K.

Nota. El resultado refleja que, de la población de estudio, el personal de enfermería representa el 86 %, siendo 30 profesionales. A diferencia de la disciplina de terapia respiratoria que suman un 14 %, siendo 5 profesionales.

De esta manera se puede señalar que en este estudio han participado los profesionales que se encuentran en mayor contacto con el paciente pediátrico traqueostomizado, en la sala de Escolares del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía.

Figura 10.

Conocimiento de protocolos por parte de los profesionales de enfermería y terapia respiratoria para el manejo del paciente pediátrico traqueostomizado en el Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía

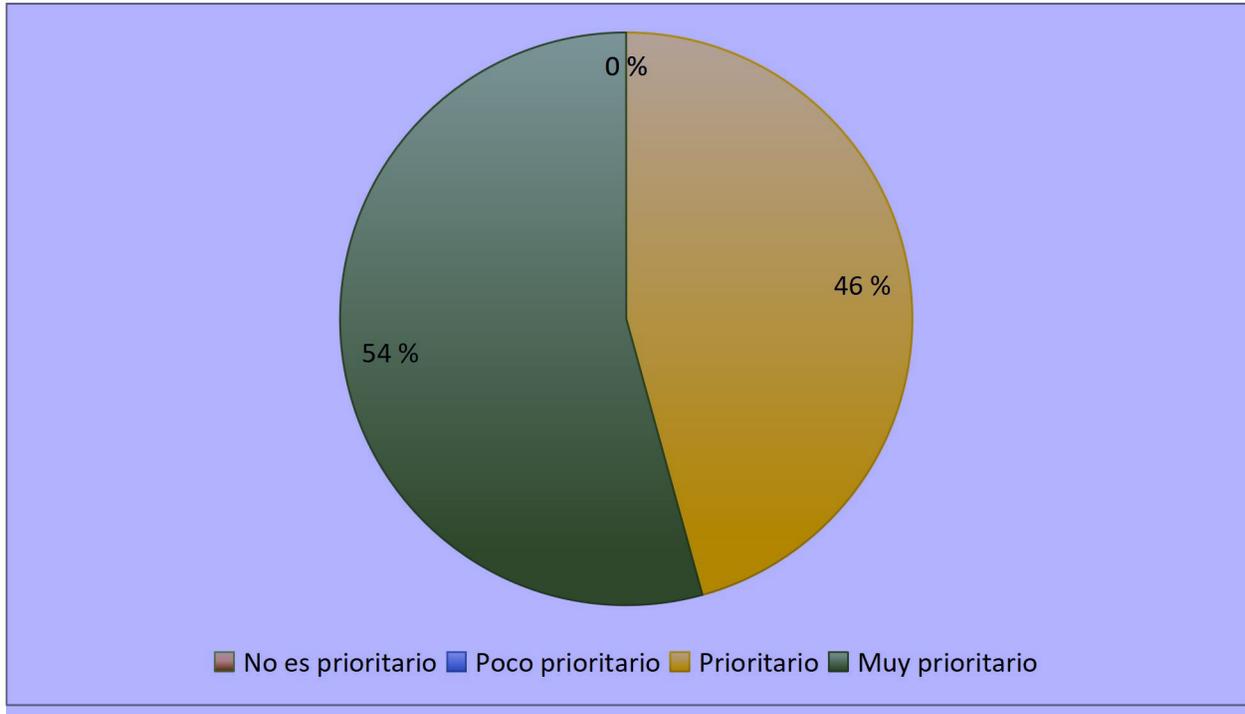


Fuente: encuesta realizada por Moreno. M / Almengor K.

Nota. Con respecto al conocimiento sobre la existencia de un protocolo para el manejo del paciente pediátrico traqueostomizado en esta institución, un 97 % de los profesionales indicaron que **no** conocen protocolos de atención para niños traqueostomizados, esta respuesta equivale a 34 profesionales, por otro lado, solo un profesional indicó **sí**. La respuesta de este último personal es aislada y no muestra evidencia significativa, en la existencia de un protocolo de atención para niños traqueostomizados.

Figura 11.

Percepción del nivel de prioridad de un protocolo de manejo de traqueostomía en los pacientes pediátricos.

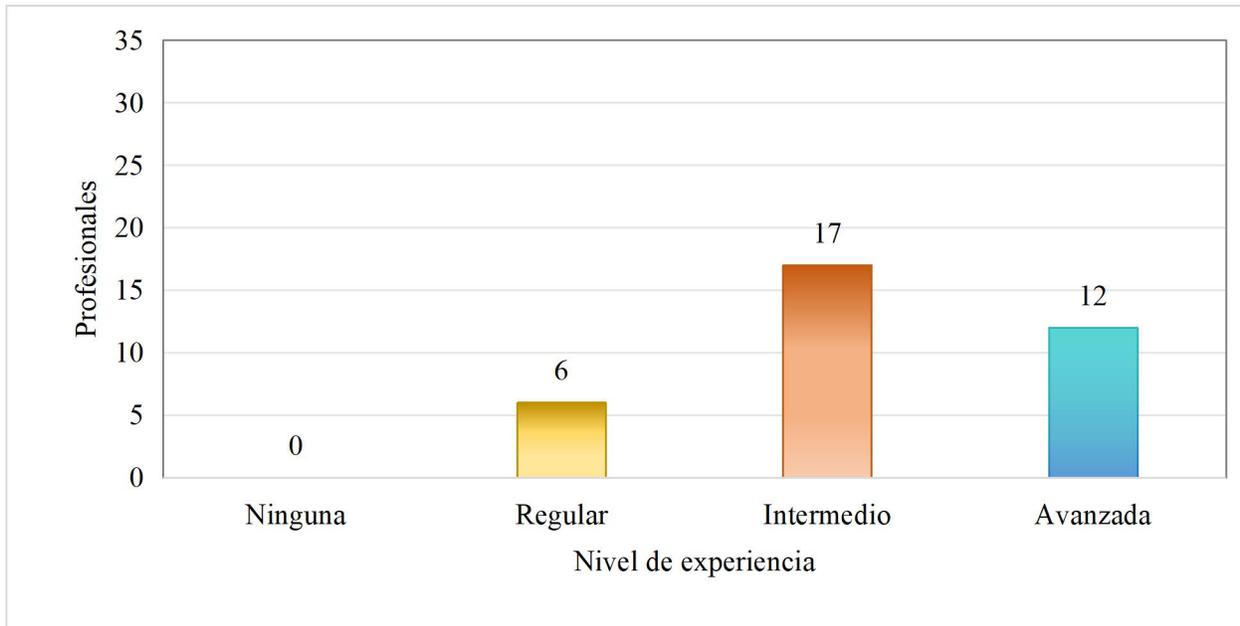


Fuente: encuesta realizada por Moreno. M / Almengor K.

Nota. Al momento de encuestar se le consultó al personal sobre la prioridad de tener un protocolo para el manejo de la traqueostomía en los pacientes pediátricos, se observa que el 46 % lo ve como *prioritario* y el 54 % como *muy prioritario*, este resultado refleja la necesidad que siente el personal de salud de poseer un documento que contenga una secuencia de pasos de forma ordenada y sistemática, que refuerce sus conocimiento y los guie para brindar una mejor atención al paciente traqueostomizado.

Figura 12.

Nivel de experiencia que ha tenido el personal encuestado sobre el manejo de la traqueostomía en pacientes pediátricos.



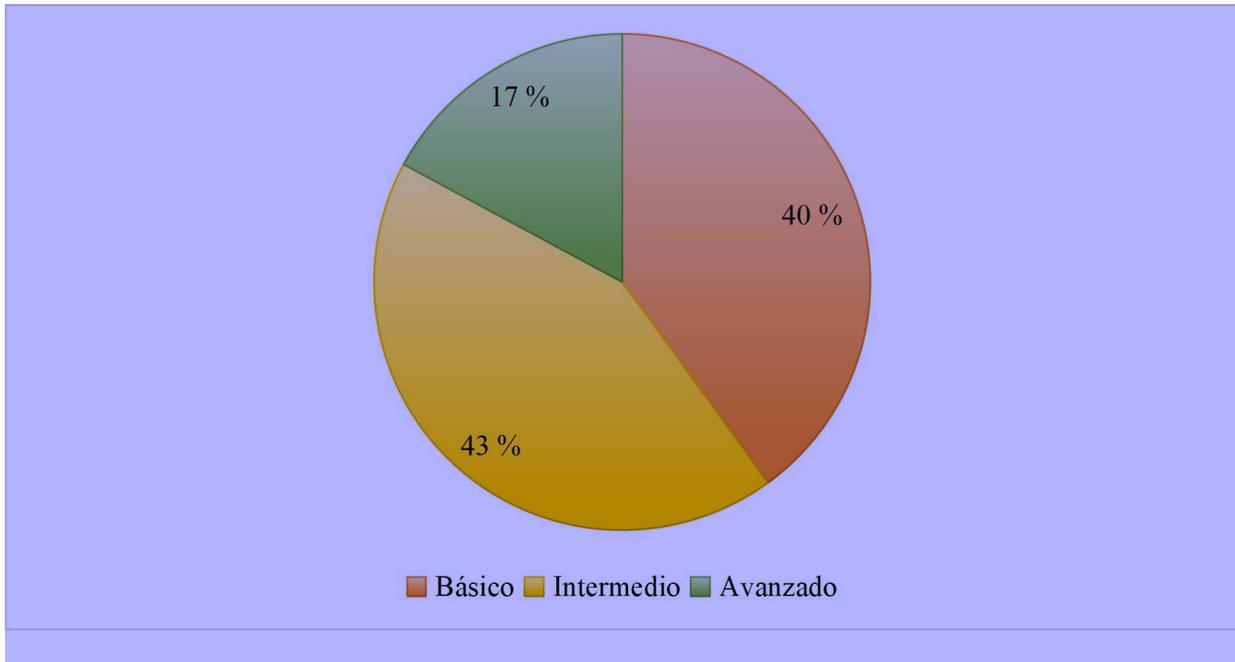
Fuente: encuesta realizada por Moreno. M / Almengor K.

Nota. La representación gráfica permite observar que el nivel de experiencia de los profesionales, en el manejo de niños traqueostomizados, se encuentra distribuido de la siguiente manera: 6 en un nivel de regular, 17 en un nivel intermedio y de forma avanzada 12 profesionales en el manejo del paciente pediátrico traqueostomizado.

Estos resultados indican que más de la mitad de los profesionales no se encuentran experimentados en el manejo de pacientes pediátricos con traqueostomía. En el caso del nivel de experiencia avanzado se puede destacar que se encuentran encuestadas las 5 terapeutas respiratorias, que son las que poseen los estudios para el manejo avanzado de este tipo de pacientes.

Figura 13.

Nivel de conocimiento sobre el manejo del paciente pediátrico con traqueostomía.



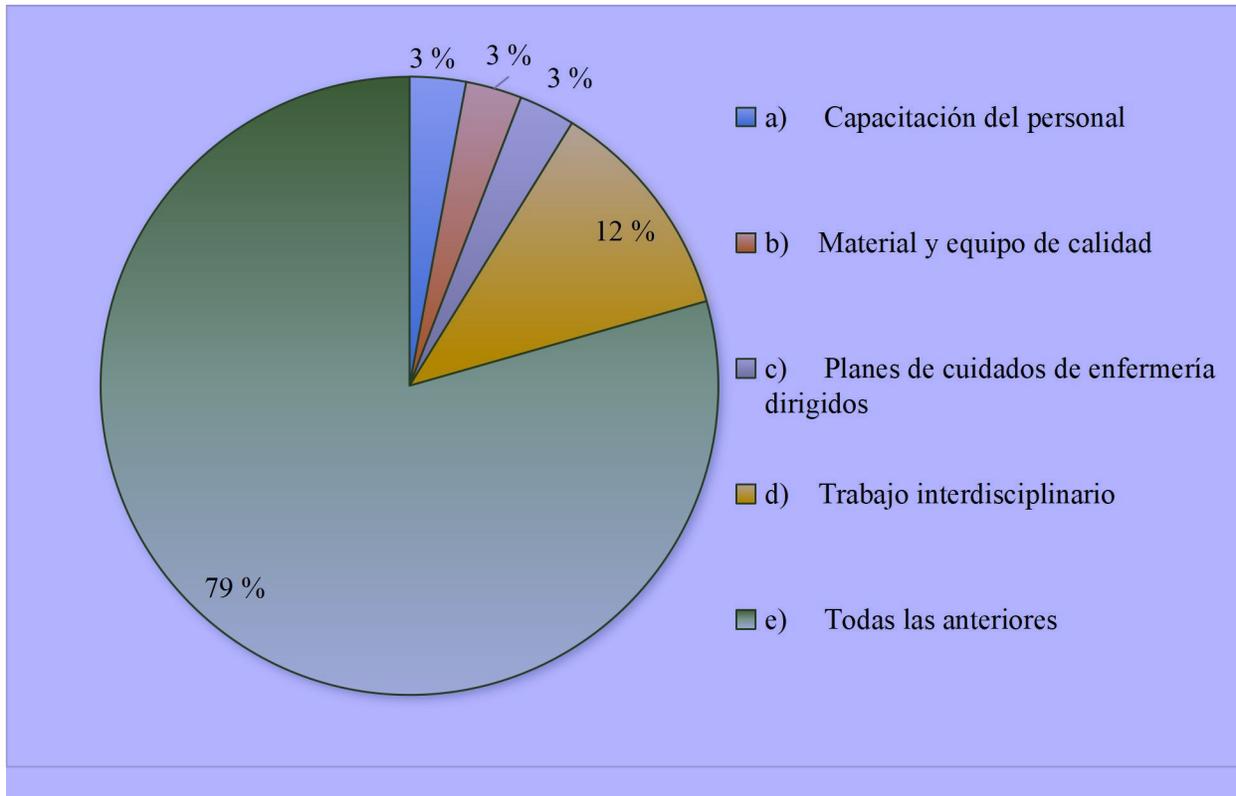
Fuente: encuesta realizada por Moreno. M / Almengor K.

Nota. Continuando con los datos obtenidos, la gráfica muestra el porcentaje de conocimiento que posee el personal que maneja al paciente traqueostomizado, se observa que un 40 % señala que conoce de manera básica el manejo, en tanto un 43 % de manera intermedia y solo un 17 % de manera avanzada, en este último entran la terapeutas respiratorias en donde sus estudios se basan en este tipo de manejo.

La gráfica indica que un 83 % del personal se encuentra entre un conocimiento básico a intermedio sobre el manejo del paciente pediátrico traqueostomizado. Mucho de este conocimiento se adquiere en las instalaciones universitarias.

Figura 14.

Aspectos prioritarios para implementar un protocolo de atención en el paciente pediátrico con traqueostomía.

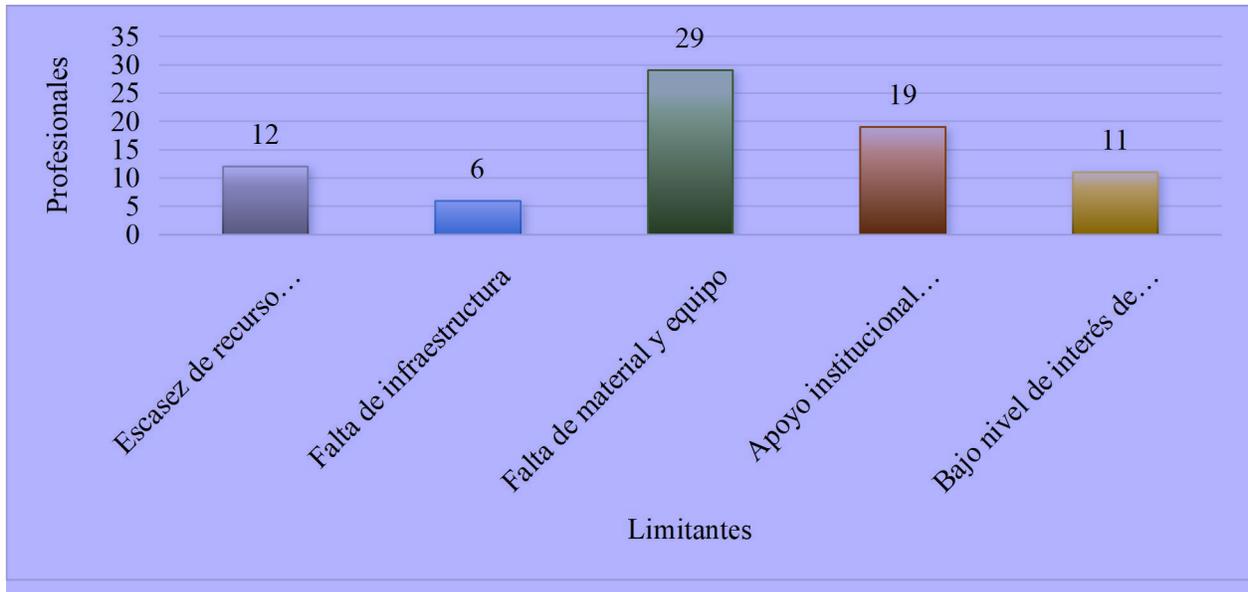


Fuente: encuesta realizada por Moreno. M / Almengor K.

Nota. Se les consultó a nuestros profesionales cuáles eran los aspectos prioritarios para implementar un protocolo de atención en el paciente pediátrico con traqueostomía en opción múltiple, se puede observar que 27 profesionales señalaron que todos los aspectos son importantes para esta implementación. Esto indica que, para tres cuartos de los profesionales, todos los aspectos son importantes en la implementación de un protocolo, para el manejo del paciente pediátrico traqueostomizado.

Figura 15.

Principales limitantes para implementar un protocolo de atención para el manejo en el paciente pediátrico en traqueostomía.



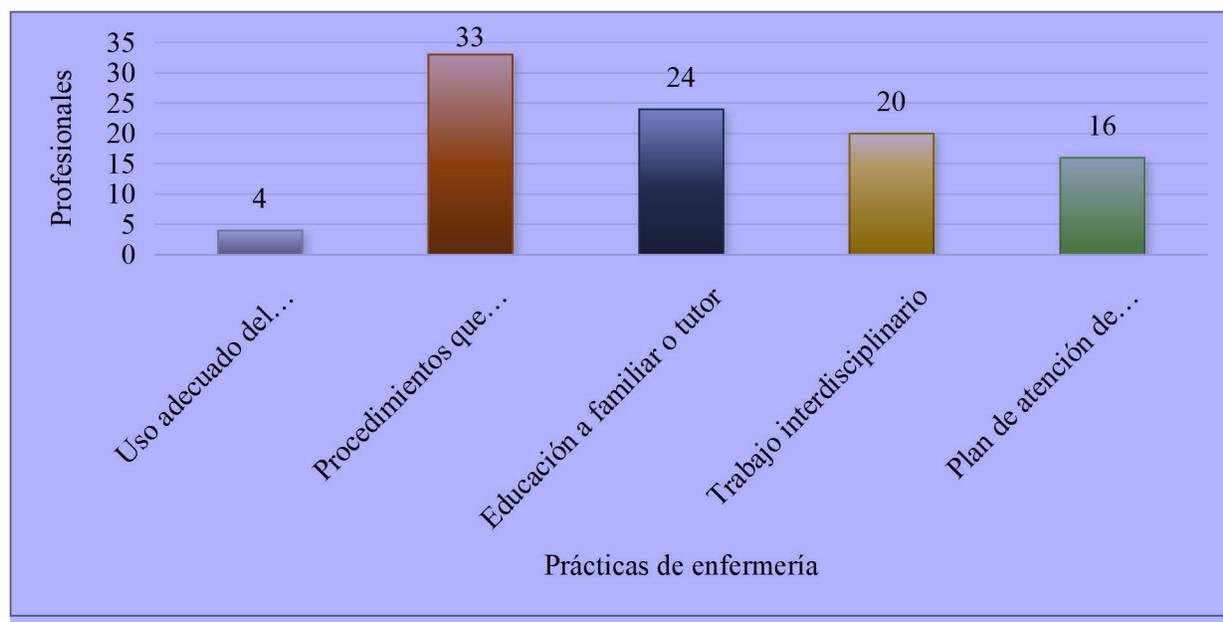
Fuente: encuesta realizada por Moreno. M / Almengor K.

Nota. Los resultados se realizaron en base a una pregunta que posee opción múltiple, en donde se observa que 29 profesionales señalan que la falta de material y equipo es el limitante principal para la implementación del protocolo, seguido por el apoyo institucional deficiente y de autoridades de salud que representan la repuesta de 19 profesionales. Por otro lado, 12 profesionales indicaron que la escasez del recurso humano para la capacitación podría ser limitante y, por último, solo 6 profesionales señalan que la falta de infraestructura es limitante para la implementación del protocolo.

Con respecto al porcentaje mayor de respuesta que indican que la limitante mayor es “*falta de material y equipo*”, se puede señalar que esta institución es un patronato que depende tanto del Gobierno como de entidades privadas y de asistencia, por lo que se comprende que esto limita la accesibilidad a los recursos necesarios para la atención de niños traqueostomizados.

Figura 16.

Prácticas llevadas a cabo por la enfermería pediátrica que son consideradas de mayor importancia para el manejo de niños traqueostomizados.

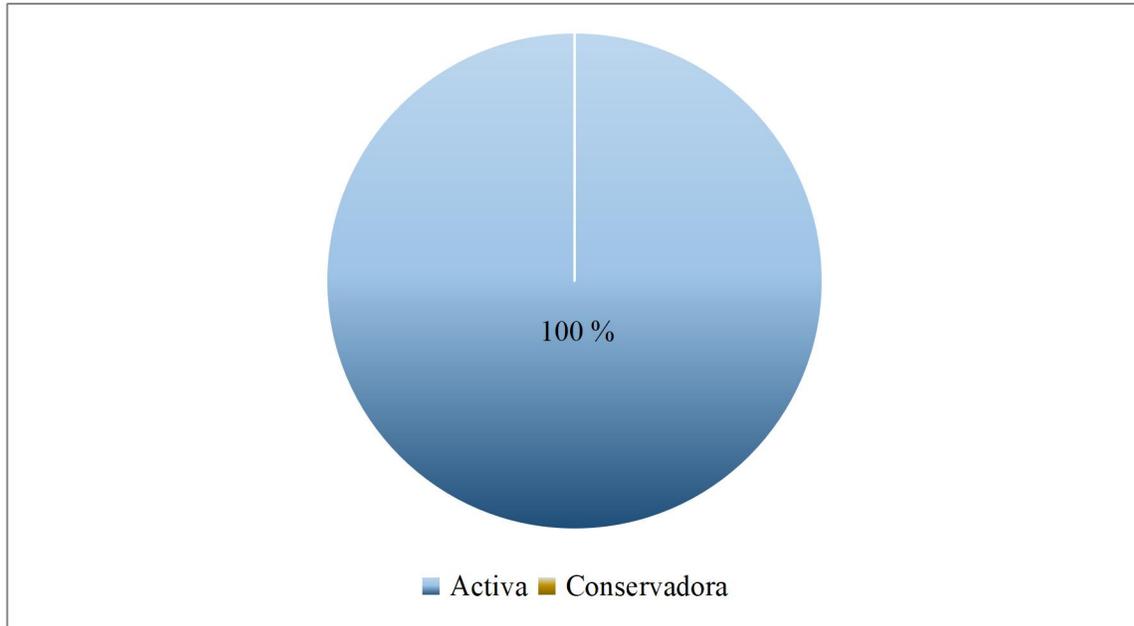


Fuente: encuesta realizada por Moreno. M / Almengor K.

Nota: los resultados de opción múltiple revelan que las prácticas que resultan entre las más importantes y relevantes para el personal encuestado son los “**procedimientos que aseguren permeabilidad de la vía aérea**”, representan la respuesta de 33 profesionales, lo que es el pilar del manejo del paciente traqueostomizado pediátrico. Seguido de la educación a familiares o tutores con 24 respuestas lo que también es importante, ya que la preparación adecuada del cuidador evitará la recaída y reingreso a la instalación hospitalaria. Luego se observa que también es importante el trabajo interdisciplinario lo que incluye a terapeutas respiratorias, enfermeras y médicos. Es importante mencionar que el Plan de atención de enfermería y el uso adecuado del expediente clínico no fueron relevantes para los encuestados, teniendo bajo interés a pesar de ser fundamentales en la atención del niño traqueostomizado.

Figura 17.

Participación de la enfermería pediátrica como disciplina frente al manejo de niños traqueostomizados.



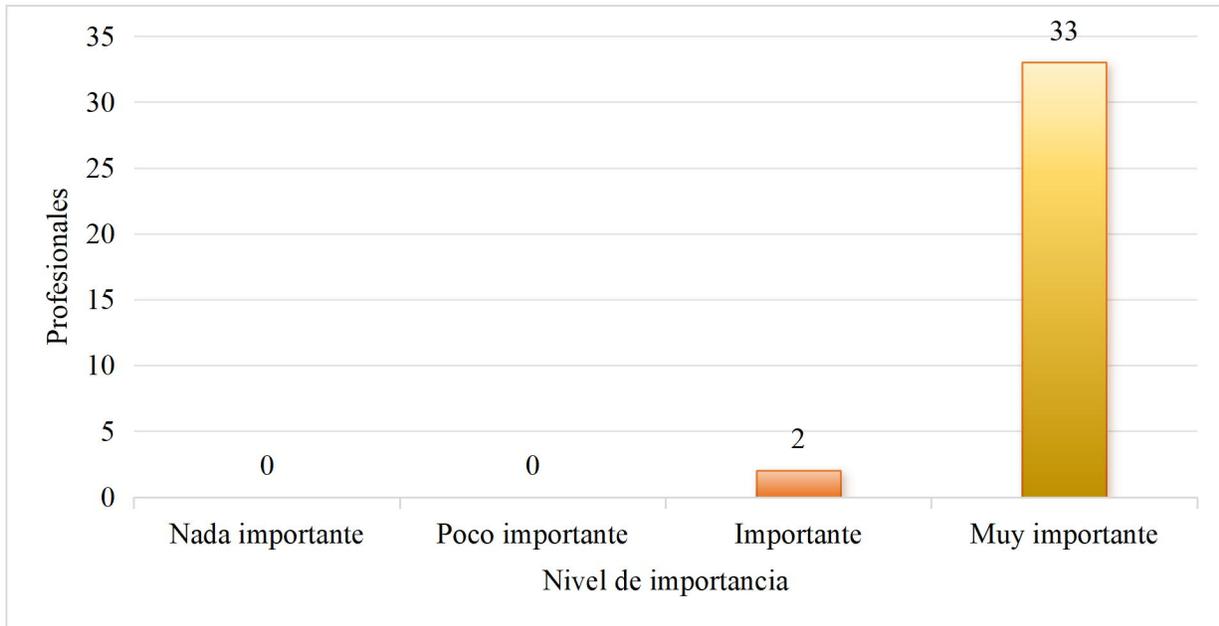
Fuente: encuesta realizada por Moreno. M / Almengor K.

Nota: los resultados indican que para los 35 profesionales encuestados la enfermería pediátrica como disciplina es activa frente al manejo del paciente traqueostomizado.

Recordando que mientras el paciente se encuentre hospitalizado es la enfermera la encargada de su atención de forma directa durante todo el tiempo de hospitalización del niño traqueostomizado.

Figura 18.

Nivel de importancia de la enfermería pediátrica como disciplina dentro del manejo de la traqueostomía de niños hospitalizados.

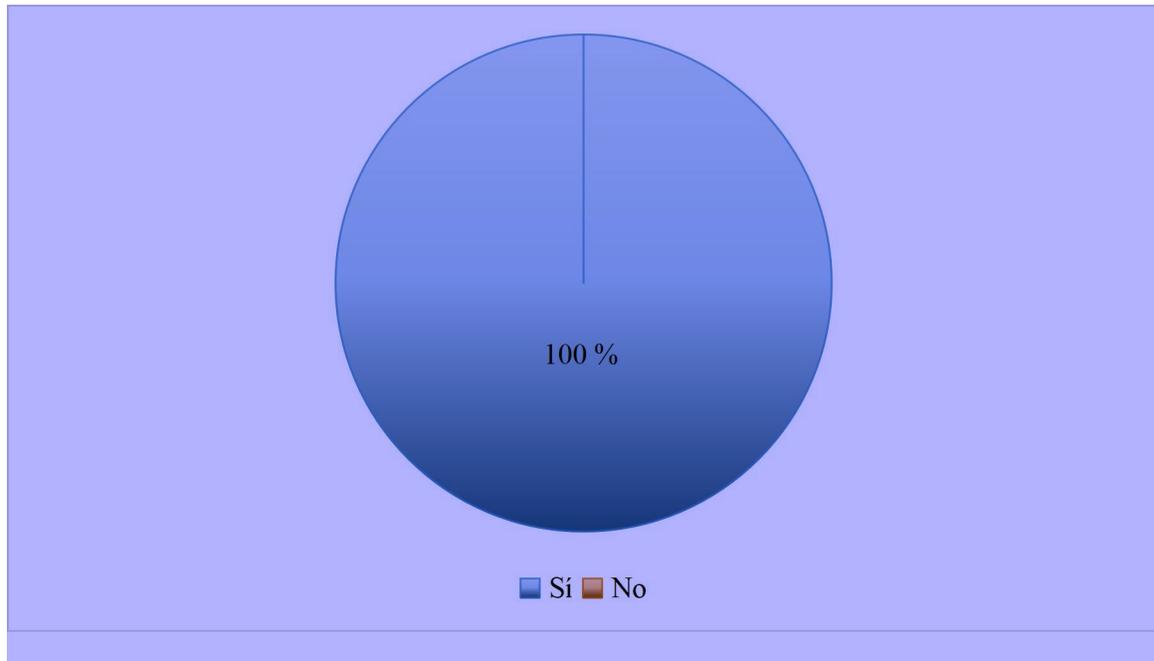


Fuente: encuesta realizada por Moreno. M / Almengor K.

Nota. Los resultados indican que la enfermería pediátrica como disciplina es *muy importante*, ya que 33 profesionales concuerdan con esto, y para 2 profesionales es importante en el manejo del paciente traqueostomizado. Recordando que es en la enfermera que recae el cuidado directo de estos pacientes.

Figura 19.

Conocimiento de los riesgos y complicaciones que puede tener el paciente pediátrico traqueostomizado.

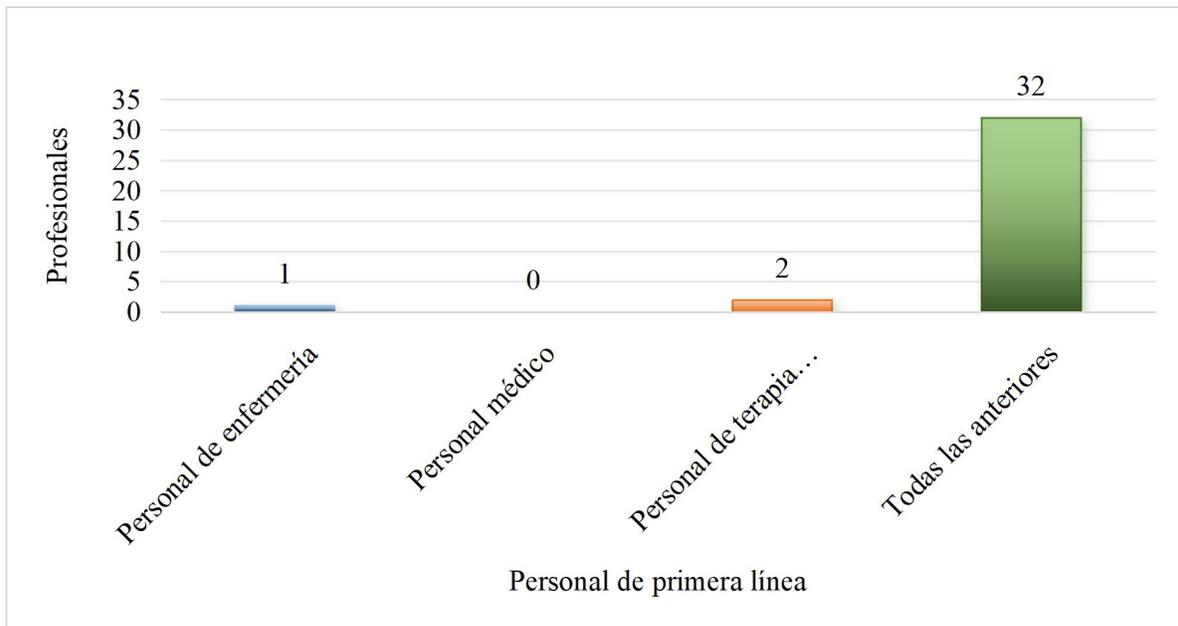


Fuente: Encuesta realizada por Moreno. M / Almengor K.

Nota. Los resultados señalan que todos los encuestados están conscientes en un 100 % sobre los riesgos y complicaciones que puede llegar a presentar un paciente pediátrico traqueostomizado. Recordando que al estudiar a nivel de licenciatura se imparte el manejo de la traqueostomía y anatomía de forma básica; en contrapunto, reconociendo que este procedimiento quirúrgico hasta ahora es que posee más auge, es necesario realizar el reforzamiento de lo aprendido en las universidades.

Figura 20.

Personal responsable que debe realizar la atención frente a posibles riesgos y complicaciones.



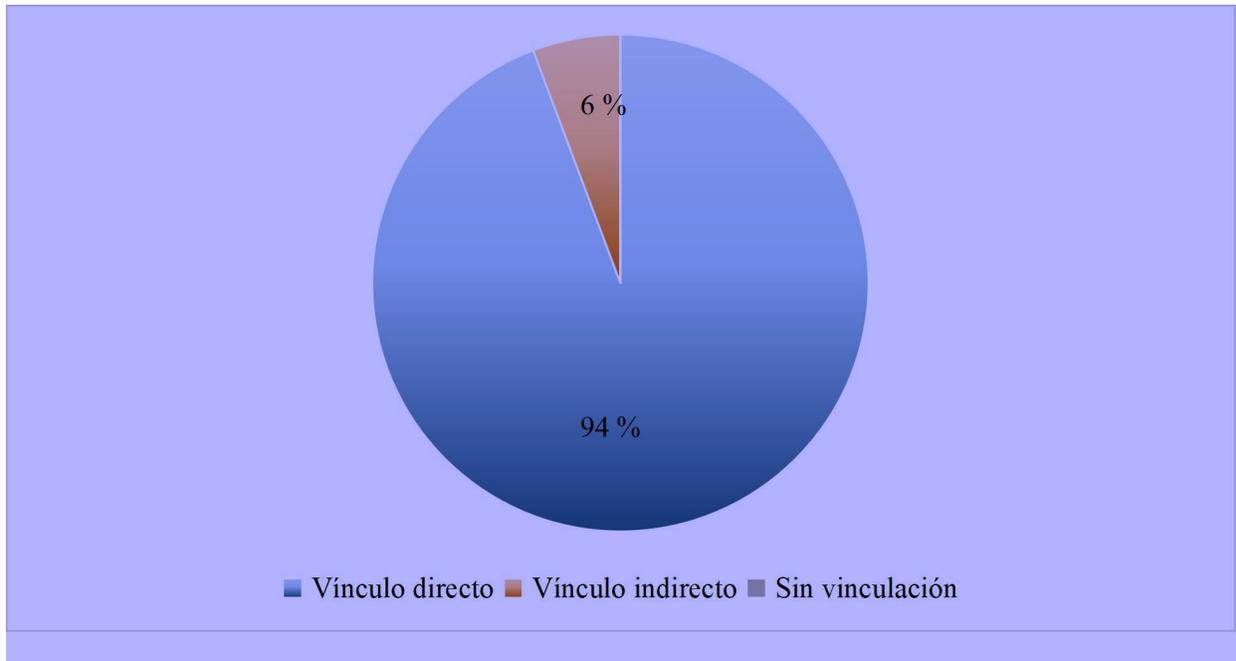
Fuente: encuesta realizada por Moreno. M / Almengor K.

Nota. En los resultados se puede observar que 32 profesionales señalan que la atención del paciente debe darse de manera activa entre “*todo el equipo interdisciplinario*”, esto incluye enfermeros, médicos y terapeutas respiratorios. Por otro lado, 2 profesionales señalan que este manejo debe darse netamente por el terapeuta respiratorio y un profesional señala que debería ser exclusivamente por enfermería.

Se puede decir que el manejo del paciente pediátrico debe realizarse de manera completa y holística por todo el equipo interdisciplinario, ya que no solo se trata de brindar un tratamiento sino también un adecuado manejo de la vía respiratoria.

Figura 21.

Vínculo entre la enfermería pediátrica, la traqueostomía y su manejo en pacientes pediátricos en la sala de escolares.



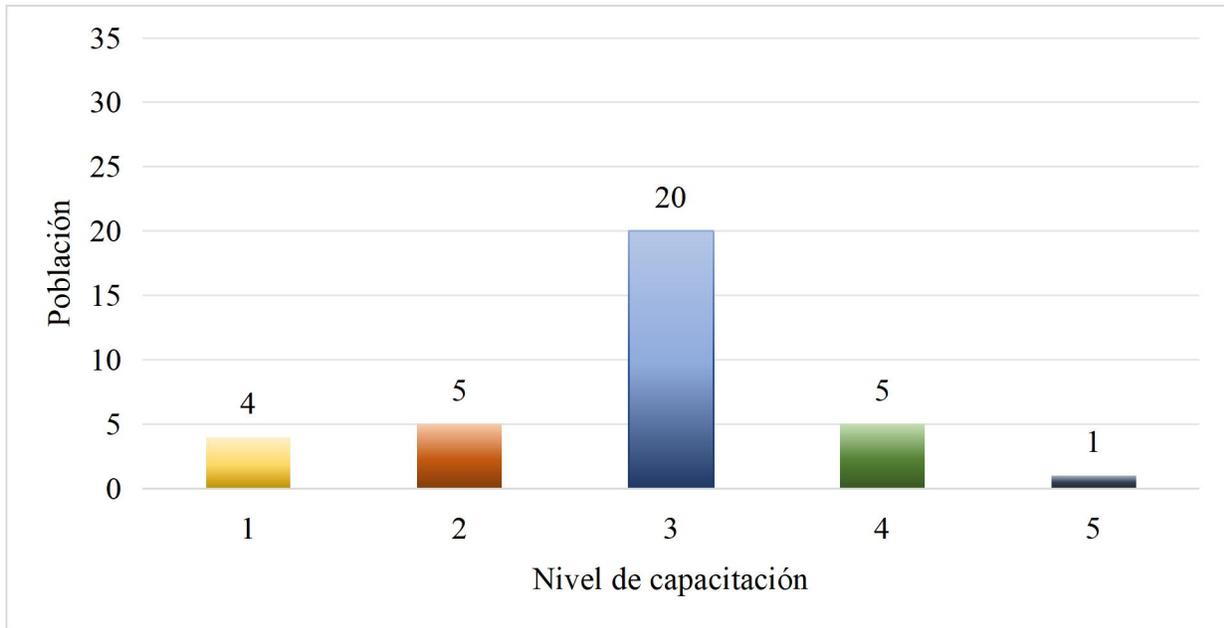
Fuente: encuesta realizada por Moreno. M / Almengor K.

Nota. La respuesta señala que el 94 %, esto equivale a 33 profesionales, señalan que la enfermería pediátrica, la traqueostomía y su manejo en el paciente pediátrico tienen un vínculo directo; solo un 6 %, que representan a 2 profesionales, indican que la enfermería pediátrica tiene un vínculo indirecto con la traqueostomía y su manejo.

Cuando se habla de vínculo se quiere decir que existe una conexión directa entre la disciplina de enfermería y la atención del niño traqueostomizado; por lo que es posible afirmar que el quehacer de la enfermería pediátrica se fundamenta en la atención directa de sus pacientes, enfocándose en la patología que presenten, en este caso niños traqueostomizados.

Figura 22.

Nivel de capacitación que recibe el personal de enfermería en protocolos de manejo de traqueostomías en niños hospitalizados



Fuente: encuesta realizada por Moreno. M / Almengor K.

Nota: los resultados evidencian el nivel de capacitación que posee el profesional encuestado, en donde 1 representa muy bajo y el mismo llega hasta 5 que representa el máximo nivel de capacitación. Se observa que 4 profesionales señalan estar en nivel 1, seguido por 5 que se encuentran en nivel 2. El mayor porcentaje de profesionales se sitúan en el nivel 3, el nivel intermedio, dando un total de 20 profesionales. Seguido de 4 que se encuentran dentro del alto nivel de capacitación y, por último, 1 profesional señala que se encuentra con capacitación avanzada.

CAPÍTULO 5

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.1. Conclusiones.

Finalizada la investigación se procede a presentar las conclusiones derivadas del análisis de los resultados.

Sobre la enfermería pediátrica:

- En el estudio realizado se puede señalar que la enfermería pediátrica como disciplina debe mantener una actuación frente al manejo de niños traqueostomizados hospitalizados en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”, se observa en La Figura 9. *Tipo de actuación de la enfermería pediátrica como disciplina frente al manejo de niños traqueostomizados*, el 100 % de los encuestados afirmaron que existe una actuación activa en el manejo del paciente pediátrico traqueostomizado.
- La enfermería pediátrica posee una gran importancia en el manejo de la traqueostomía de niños hospitalizados en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”, como lo indica la Figura 10. *Importancia de la enfermería pediátrica como disciplina dentro del manejo de la traqueostomía de niños hospitalizados*, se evidencia que la enfermería pediátrica es muy importante para los 33 de 35 encuestados, recordando que es la enfermera es la que actualmente realiza el cuidado directo de estos pacientes.
- La enfermería pediátrica tiene un vínculo con la traqueostomía y su manejo en pacientes pediátricos, como se observa en la Figura 13. *Vínculo entre la enfermería pediátrica, la traqueostomía y su manejo en pacientes pediátricos en la sala de escolares*, un 94 % de los encuestados señaló que existe un vínculo directo entre estas tres variables.

Sobre la traqueostomía:

- Es necesario describir la traqueostomía como procedimiento vital para los pacientes pediátricos, es por ello por lo que se cuestionó sobre su nivel de conocimiento en el manejo del niño traqueostomizado, en la Figura 5. *Nivel de conocimiento sobre el manejo del paciente pediátrico con traqueostomía*, en donde se puede señalar que, un 83 % de los encuestados se encuentran dentro de un nivel básico a intermedio, esto refleja la importancia de reforzar todo lo que conlleva la traqueostomía.
- Se puede afirmar que, sí existen aspectos importantes de la traqueostomía, indicados a la enfermera pediátrica para realizar con éxito el manejo en niños traqueostomizados en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”. Entre dichos aspectos destacan: el nivel de experiencia con un rango entre básico a intermedio, como se puede apreciar en la Figura 4. *Nivel de Experiencia que ha tenido el personal encuestado sobre el manejo de la traqueostomía en pacientes pediátrico*; la existencia de un protocolo en la institución orienta al personal a mejores prácticas.
- Sí existe un vínculo entre la traqueostomía y el manejo brindado por la disciplina de enfermería pediátrica en niños hospitalizados en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”, este vínculo es directo ya que el paciente traqueostomizado se debe al manejo que le brinda la enfermera en el área de pediatría.

Sobre el manejo:

- El manejo que se le brinda a la traqueostomía en pacientes pediátricos hospitalizados en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”, debe ser realizado por todo el equipo interdisciplinario, que incluye al personal médico,

terapistas respiratorias y enfermería, esto se observa en la Figura 12. *Personal que debe realizar la atención frente a posibles riesgos y complicaciones.*

- Se describen los aspectos adecuados del manejo en pacientes pediátricos traqueostomizados en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”, en donde uno de los aspectos que más resalta en la *Figura 8. Prácticas llevadas a cabo por la enfermería pediátrica que son consideradas de mayor importancia para el manejo de niños traqueostomizados*, son los procedimientos que aseguren la permeabilidad de la vía aérea en un 94 % de los encuestados, seguido por la educación al familiar o tutor, conociendo que es de suma importancia que estos cuidadores obtengan los conocimientos y el manejo adecuado cuando el paciente se vaya para su hogar y así se eviten las recaídas hospitalarias.
- Se puede concluir que sí existe un vínculo entre el manejo y la evolución de manera exitosa, para la atención en paciente pediátricos traqueostomizados en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”, en la *Figura 11 Conocimiento de los riesgos y complicaciones que puede tener el paciente pediátrico traqueostomizado* el 100 % de los profesionales encuestados señalan que tienen conocimiento de los riesgos y complicaciones que pueden conllevar un mal manejo de la traqueostomía.

Sobre los diseños mixtos:

- Se interrelacionaron los descubrimientos y resultados tanto cualitativos como cuantitativos, ya que ambos permiten validar la hipótesis de que la enfermería pediátrica en torno a la traqueostomía permite a la enfermera brindar el manejo de manera activa y

oportuna, al paciente pediátrico hospitalizado en la Sala de Escolares en el Hospital Materno Infantil “José Domingo de Obaldía”.

- Los resultados cualitativos proporcionaron un contexto y a su vez revelan el motivo detrás de los descubrimientos cuantitativos; por tal razón, ayudan a definir los descubrimientos planteados. Con ambos resultados se logra una comprensión más completa del planteamiento del problema.
- Los datos de carácter cualitativo amplían las inferencias de tipo cuantitativo, ya que expresaron la necesidad de realizar un protocolo para el manejo del paciente pediátrico traqueostomizado, según los resultados de la encuesta que se implementó.

V.2. Recomendaciones.

- La implementación del protocolo de atención a pacientes traqueostomizados en la Sala de Escolares del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía tendrá un impacto positivo en la calidad de atención, la disminución de riesgos y complicaciones asociados al manejo del niño con traqueostomía.
- Utilizar el protocolo de atención para la orientación del personal en formación dentro de las salas de hospitalización pediátrica que dan manejo al niño traqueostomizado.
- Implementar políticas interinstitucionales que favorezcan la obtención del recurso humano, económico e infraestructura es de capital importancia para dar atención de calidad al paciente pediátrico hospitalizado
- Utilizar como guía el protocolo de atención de pacientes pediátricos traqueostomizados para realizar docencias periódicas en las demás salas pediátricas, que contengan en su censo niños traqueostomizados.

CAPÍTULO 6

VI. PROPUESTA



VI.1. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO TRAQUEOSTOMIZADO

I. Objetivo General

- Reforzar los conocimientos sobre el manejo del paciente pediátrico traqueostomizado.

II. Objetivos Específicos

- Definir concepto de la traqueostomía.
- Enumerar los riesgos o complicaciones, signos de alarma y medidas de prevención en los pacientes traqueostomizados.
- Conocer los materiales y equipo necesarios para realizar el manejo adecuado del paciente pediátrico traqueostomizado.
- Conocer los pasos necesarios para mantener la vía aérea permeable y evitar obstrucción e infección.

III. Definición de Concepto

- Traqueostomía: procedimiento quirúrgico en donde se realiza un corte de la pared anterior de la tráquea de manera longitudinal, en donde queda un orificio quirúrgico, luego se

introduce un dispositivo médico tubular, que será la encargada de brindar la ventilación, en otras palabras, es el procedimiento quirúrgico para crear una vía aérea artificial, realizando un orificio en la parte anterior de la tráquea y colocando un dispositivo denominado cánula. Puede ser temporal o permanente, su elección depende del estado clínico, del tiempo previsto de ventilación y del objetivo de la terapéutico.

IV. Riesgos, Signos de Alarma y Medidas de prevención

RIESGOS O COMPLICACIONES	SIGNOS DE ALARMA	MEDIDAS DE PREVENCIÓN
● Broncoaspiración	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cianosis ✓ Distrés respiratorio ✓ Alteración de los signos vitales. ✓ Diaforesis ✓ En ocasiones se observa la alimentación salir por las fosas nasales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Suspender la alimentación antes de iniciar la aspiración. ➤ Aspirar menos de 10 segundos para disminuir reflejo vagal.
● Decanulación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alteración de los signos vitales. ✓ Cianosis 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tener la guía a mano ➤ Verificar la fijación en todos los turnos.
● Obstrucción de la vía aérea	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cianosis ✓ Distrés respiratorio ✓ Alteración de los signos vitales. ✓ Diaforesis. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aspiración de secreciones las veces que sean necesarias. ➤ Humidificar la vía aérea para fluidificar las secreciones.
● Desplazamiento de la cánula	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cianosis ✓ Distrés respiratorio ✓ Alteración de los signos vitales. ✓ Diaforesis 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar Rayos X para evaluar la posición de la cánula.

<ul style="list-style-type: none"> ● Infección 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiebre ✓ Distrés respiratorio ✓ Alteración de los signos vitales. ✓ Aumento de las secreciones, cambio en el color, densidad, fluides, cantidad y si tiene presencia de olor. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavado periódico de manos al momento de la manipulación de la traqueostomía. ➤ Limpieza del estoma con medidas asépticas. ➤ Cambio de fijador las veces necesarias para evitar la acumulación de secreciones en el área.
<ul style="list-style-type: none"> ● Enfisema Subcutáneo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edema que se observa en el cuello y va en aumento. ✓ Dificultad respiratoria, ✓ Cianosis. ✓ Dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evitar maniobras bruscas. ➤ Evitar decanulaciones accidentales. ➤ Revisión de los signos vitales. ➤ Revisión del estoma y de la posición de la cánula.

V. Materiales y Equipo

INSUMOS	CANTIDAD
● Bata	1
● Guantes estériles	1
● Mascarilla y gorro	1
● Catéter de succión #6, #8, #10, #12 (Depende del número de cánula del paciente)	2
● Jeringuilla de 5cc, 10cc	1
● Solución salina normal 0.9 %	1
● Paquete de gasas 4x4 y 2x2	2
● Fijador	1
● Solución antiséptica	1

EQUIPO	CANTIDAD
● Succión a pared o portátil con su frasco de succión armado	1
● Bolsa autoinflable con suministro de oxígeno	1
● Monitor de signos vitales con saturómetro	1

VI. Descripción del Procedimiento de Aspiración de Secreciones

N.º	Actividades	Profesional Responsable
1	Orientar al familiar y al paciente sobre el procedimiento que se realizará.	Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera
2	Preparar todos los insumos y que se encuentren al alcance al momento de realizar el procedimiento.	Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera
3	Realizar el lavado de manos siguiendo las normas de bioseguridad.	Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera
4	Colocarse el gorro, bata, mascarilla.	Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera
5	Conectar la succión de pared al frasco de succión y valorar la presión; verificar el filtro de bacterias de ser necesario, cambiarlo. La presión debe estar de 80 a 100 mmHg.	Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera
6	Mantener el monitor de signos vitales para verificar la saturación del paciente.	Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera
7	Si el paciente se mantiene recibiendo alimentación la misma se debe suspender antes de realizar el procedimiento.	Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera
8	Si el paciente posee oxígeno suplementario, se debe preoxigenar al paciente antes de iniciar la aspiración.	Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera
9	Humidificar la vía colocando solución salina normal 0-9 %), de 1 a 3 ml solamente.	Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera

10	Introducir el catéter, previa verificación de los centímetros que posee la guía de la cánula, para así saber hasta dónde se debe llegar en esa aspiración y no estimular la carina o las paredes de la tráquea.	Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera
11	Iniciar la aspiración al mismo tiempo que se va extrayendo el catéter lentamente. Este paso solo debe durar más o menos 10 segundos, verificar las constantes vitales siempre, evaluar por desaturación, signos de dificultad respiratoria y taquicardia.	Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera
12	Proporcionar oxígeno suplementario luego de aspirar al paciente.	Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera
13	Realizar la aspiración de secreciones hasta verificar que el paciente no tenga secreciones que puedan obstruir la vía aérea.	Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera
14	Utilizar otro catéter para aspirar nariz y luego boca. Hay que recordar que una vez se halla succionado la nariz no se puede retornar a ella si se ha aspirado boca. De ser necesario cambiar el catéter.	Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera
15	Verificar si el fijador se encuentra humedecido por secreciones o suelto, de ser así realizar limpieza con cuidado utilizando gasas estériles y realizar el cambio del fijador.	Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera
15	Descartar en bolsa roja todos los desechos que se hallan utilizado.	Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera
16	Registrar el procedimiento en el expediente clínico.	Terapeuta Respiratoria y/o Enfermera

RECOMENDACIONES ADICIONALES

- Procedimiento correcto del lavado de manos antes y después de cada técnica
- Recordar mantener la guía de la cánula a mano, en caso de decanulación. Observar signos de dificultad respiratoria. Avisar al médico si usted cree que la cánula no se encuentra en su lugar.

- Al retirar el catéter recuerde realizar la succión de forma constante de manera lineal. La aspiración de secreciones solo debe durar 10 segundos y se debe oxigenar al paciente, esperar 2 minutos para nuevamente realizar una aspiración.
- Notificar de inmediato al médico por cualquier situación de riesgo que se observe en el paciente.
- Realizar la anotación del procedimiento en el expediente clínico

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Acuache Quispe, Y. B., Zeladita Huaman, J. A., Cuba Sancho, J. M., & Carpio Borja, S. J. (2023). Efectividad de programa educativo sobre conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en acompañantes de niños cardiópatas hospitalizados. *Revista Cubana de Enfermería*, 39(1).

https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192023000100015

- Aguilar-Barojas, S., (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*, 11(1-2), 333-338.
- Arancibia, Dra. Margarita R. y Seguí, Dr. Germán E. (2019). Indicaciones y cuidados de la traqueostomía en pediatría. *Neumología Pediátrica* ,14(3), 159-163.

<https://www.neumologia-pediatica.cl/index.php/NP/article/view/101>

- Arciniegas R, William, Peña Natalia (2015). Consideraciones semióticas: un acercamiento a la definición de cultura. *Cuadernos de Lingüística hispánica*, 25(99-121).

https://revistas.uptc.edu.co/index.php/linguistica_hispanica/article/view/3373/302

- Asenjo, Dr. Carlos A., Pinto, Dr. Ricardo A. (2017). Características Anatómico-Funcional del aparato respiratorio durante la infancia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(1), 7-19.

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-caracteristicas-anatomico-funcional-del-aparato-respiratorio-S0716864017300020>

- Brooker, C. (2017). *Diccionario médico*. Editorial El Manual Moderno.

<https://elibro.net/es/ereader/unachi/39618?page=502>

- Cancio Bello, Claudia, Lorenzo, Alexis, Alarcó, Guadalupe. (2020). Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. *Informes Psicológicos*, 20, (2), 119-138.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8340239>

- Carranza, Carlos A., Gómez B, Juliana, & Wilches, Laura. (2016). Rehidratación en el Paciente Pediátrico. *Revista Médica*, 24(2), 33-46.

<https://doi.org/10.18359/rmed.2639>

- Cerezo Megán, M. (2020). *Diccionario básico de Galeno*. Ediciones de la Universidad de Lleida.

<https://elibro.net/es/ereader/unachi/169659?page=302>

- Che-Morales, José Luis, Díaz-Landero, Pedro, & Cortés-Tellés, Arturo. (2014). Manejo integral del paciente con traqueostomía. *Neumología y cirugía de tórax*, 73(4), 254-262. Recuperado en 11 de diciembre de 2024, de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462014000400006&lng=es&tlng=es.
- De Arco-Canales, Oneys del Carmen, & Suarez-Calle, Zuleima Karina. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Abril* 20(2), 171-182
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>
- Domínguez González, Analía, & Herrero Jaén, Sara. (2018). Análisis del sistema de limitación de acción en los requerimientos de autocuidado: una aproximación a un nuevo paradigma de dependencia en salud. *Ene*, 12(1), 788.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000100009&lng=es&tlng=es.
- Fowler, Susan B., Paglia, Lee Ann. Y Kling, Cynthia. (2019). Seguridad orientada a pacientes pediátricos con traqueostomía. *Revista Nursing*,36(5).
<https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-seguridad-orientada-pacientes-pediatricos-con-S0212538219301268>
- Freire-Figueroa, Francisco, Poblete-Figueroa, Christian, Villarroel-Sgorbini, Camilo, Marín-Navarro, Viviana, González-Cuesta, Fernanda, Muñoz-Sotelo, Camila, Calderón-

Alvarado, Oscar, Zúñiga-Azócar, Romina, & Ossó-Acuña, José Tomás de. (2022). Descripción y manejo del paciente traqueostomizado en Hospitalización Domiciliaria: experiencia en el Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río. *Hospital a Domicilio*, 6(2), 67-78. Epub 11 de julio de 2022

<https://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v6i2.154>

- García-Casillas Sánchez, María Antonia. (2014). Protocolo de cuidados de traqueostomía. Servicio de Cirugía. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid España.

https://mcmpediatria.org/sites/default/files/sitefiles/archivos_articulo_cirugia_pediatria/protocolo_traqueostomia.pdf

- Gómez-Acevedo, J., & Martínez-Martínez, L. J. (2019). El papel del apoyo social en la salud mental: Una revisión desde la perspectiva biopsicosocial. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 6(2), 67-75.

<https://scielo.isciii.es/pdf/had/v6n2/2530-5115-had-6-02-67.pdf>

- González Ochoa, César (2018). Una Teoría de la sociedad. Cultura y representaciones sociales, 12(24). Ciudad de México.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-81102018000100273

- Herrero Jaén, Sara (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10, (2)

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006

- Isaza Ramos, Marisol (2019). Acerca de la categoría sociedades humanas complejas. *Trabajo Social*, 21 (1). Bogotá.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2256-54932019000100241

- Jiménez, Pablo (2019). La educación como derecho social, humano y fundamental: principios y perspectivas de la educación moderna.

<https://www.scielo.br/j/rinc/a/nkCWRxs4YDpvJzcXj8cQJdB/?lang=es>

- Latorre, Dr. Marino (2016). EDUCACIÓN, instrucción, aprendizaje y formación. Universidad Marcelino Champagnat. Lima, Perú.

<https://marinolatorre.umch.edu.pe/wp-content/uploads/2015/09/Educaci%C3%B3n-Instrucci%C3%B3n-aprendizaje-formaci%C3%B3n.pdf>

- López Rupérez, F. (2021). La gobernanza de los sistemas educativos: fundamentos y orientaciones. Madrid, Narcea Ediciones.

<https://elibro.net/es/ereader/unachi/188156?page=14>.

- Luhmann, N., (2013). La economía de la sociedad como sistema autopoietico. *Revista del Magister en Análisis Sistémico Aplicado a la Sociedad*, (29), 1-25.

<https://doi.org/10.5354/0718-0527.2013.27342>

- Ministerio de Salud de Panamá. (2019). Plan maestro nacional de nutrición 2018-2025.

https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/planmaestronna_2018-2025_dmedia_25.06.2019.pdf

- Ministerio de Salud de Panamá, Dirección General de Salud, Caja de Seguro Social, UNFPA, & UNICEF. (2018). Plan maestro de salud durante la primera infancia, niñez y adolescencia de Panamá 2018-2025. Ministerio de Salud de Panamá.

https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/planmaestronna_2018-2025_dmedia_25.06.2019.pdf

- Morales Inga, Sergio (2019). Mario Bunge y una definición de antropología. Scientia in Verba Mag, (5) 21-38.

<https://zenodo.org/record/3842202/files/Mario%20Bunge%20y%20una%20definici%C3%B3n%20de%20antropolog%C3%ADa.pdf>

- Naranjo H, Dr. Ydalsys, Concepción P., Dr. José, Rodríguez L. Lic. Miriam (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. 19 (3).

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77397>

- Naranjo H., Ydalsys (2019). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Revista Archivo Médico de Camagüey.23(6), 814-825.

<https://www.redalyc.org/journal/2111/211166534013/html/>

- Novillo, Miguel, Vera, Juan (2019). ¿La arqueología es antropología? Tópicos para la caracterización de una ciencia social. *Revista Ckakiñan*, 7.

http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2550-67222019000100016
- Núñez Manzueta, A. (2022). Teoría del aprendizaje desde las perspectivas de Albert Bandura y Burrhus Frederic Skinner: vinculación con aprendizaje organizacional de Peter Senge. *UCE Ciencia. Revista De Postgrado*, 10(3).

<http://uceciencia.edu.do/index.php/OJS/article/view/295/270>
- Ocampo-Rodríguez, María Victoria, Betancourt-Urrutia, Víctor Fernando, Montoya-Rojas, Jennifer Paola, Bautista-Botton, Diana Carolina. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Revista Gerencia y Política de Salud*. Ene-Jun 12 (24), 114-129

<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a08.pdf>
- Oyarzún, Ignacio, Conejero, María José, Adasme, Rodrigo, Pérez, Carolina, Segall, Dafne, Vulletin, Fernando, Oyarzún, María Angélica, & Valle, Patricio. (2021). Traqueostomía en niños: Experiencia de 10 años en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Andes pediátrica*, 92(4), 511-518.

<https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/2667>
- Pantoja Hernández, C.G, Mora Santos, M.E., Blasco Huelva, A (2014).

<https://seorl.net/PDF/Laringe%20arbor%20traqueo-bronquial/110%20-%20TRAQUEOTOM%C3%8DA%20INDICACIONES,%20T%C3%89CNICA%20Y%20COMPLICACIONES.%20INTUBACI%C3%93N.pdf>

- Parsons, Talcott (1999). El Sistema Social. Madrid. (371)

<https://teoriasuno.files.wordpress.com/2013/08/el-sistema-social-talcott-parsons.pdf>

- Pérez Pimentel, Sandra. (2009). Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana: Camaguey 2008. Revista Cubana de Enfermería (25),3-4.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200003&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200003&lng=es&tlng=es)

- Porras-Hernández, Juan Domingo. (2016). Enseñanza y aprendizaje de la cirugía. Investigación en educación médica, 5(20), 261-267.

<https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.05.008>

- Rodríguez Carvajal, Guillermo, & Meras Jáuregui, Rita M. (2022). Consideraciones sobre el concepto “Salud”: Una propuesta cubana. Revista Científica Villa Clara, Enero-Mar 26(1), 122-130

<http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v26n1/1029-3043-mdc-26-01-122.pdf>

- Sánchez B, Dra. Trinidad, Concha M, Dra. Ida. (2018). Estructura y funciones del sistema respiratorio. *Neumología Pediátrica*, 13(3), 101-106
<https://www.neumologia-pediatica.cl/index.php/NP/article/view/212>
- Seguí G, María, Toledo A, Estefanía, Jiménez M, José (2013). *Sistemas de salud. Modelos.* (419-424).
http://www.unsis.edu.mx/ciiissp/gestionYdesarrollo/desarrollos_teoricos/acad/2013.Sistemas-de-salud.-Modelos.pdf
- Simbaña G, Verónica, Jaramillo N, Lilian, Vinueza, Santiago (2017). *Aporte de Durkheim para la Sociología de la Educación.* *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación*, 23(83-89).
<https://www.redalyc.org/journal/4418/441852610002/html/#:~:text=La%20sociedad%2C%20seg%C3%BAAn%20Durkheim%20representa,con%20los%20saberes%2C%20con%20los>
- Tambellini Arouca, Ana, Arouca, Sergio (2020). *Medicina de la comunidad. Implicaciones de una teoría.* *Revista Cubana de Salud Pública.*
<https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2200/1323>
- Tijeras Iborra, A. (Coord.), Gabarda Méndez, V. (Coord.) y Sospedra Baeza, J. M. (Coord.) (2022). *Contradicciones del sistema educativo: análisis crítico y metamorfosis en una sociedad plural y diversa.* 1. Dykinson.
[https://elibro.net/es/ereader/unachi/227596?page=18.](https://elibro.net/es/ereader/unachi/227596?page=18)

- Tomas, Dra. Elizabeth Zulema. (2022). Guía de Procedimiento de Enfermería: “Cuidados de Enfermería al paciente pediátrico portador de Traqueostomía, Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja en Perú, 1-28

https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2022/037%20Cuidados%20de%20Enfermer%C3%ADa%20al%20Paciente%20Pedi%C3%A1trico%20portador%20de%20Traqueostom%C3%ADa_V1.pdf

- Urrestarazu, Paula, Varón, Juan, Rodríguez, Aldana, Ton, Valeria, Vila, Fernando, Cipriani, Silvina, Moncada, Karina, Antonioli, Cintia P, Timoni, María A, Altina, Martha E, Nociti, Yamila B, Silva, Mariana L, Del Valle Rodríguez, Liliana, Rivas, Esteban, Boailchuk, Ivanna, Nieto, Mary E, & Botto, Hugo A. (2016). Consenso sobre el cuidado del niño con traqueostomía. Archivos argentinos de pediatría, 114(1), 89-95.

<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2016/v114n1a22.pdf>

- Vega y González, Olga Marina., González Dianne Sofía (2007). Teoría del Déficit de Autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Revista Ciencia y Cuidado, 4(4).

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>

- Witte, H., (2019). Una “tercera vía” para la construcción de sistemas económicos. Estudios económicos, XXXVI (72), 147-167.

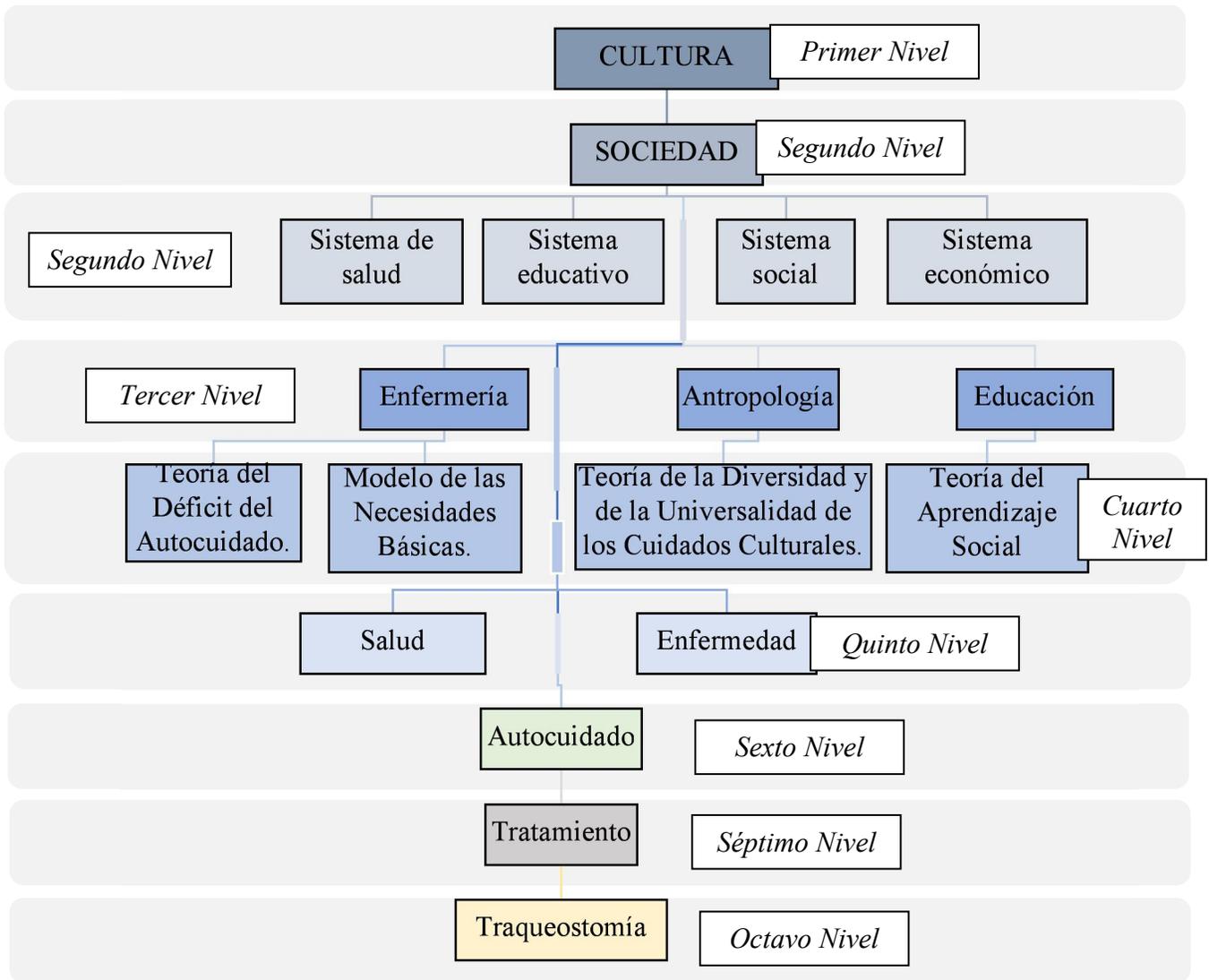
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=572361164006>

ANEXOS.

ANEXOS.

Mapa conceptual

ENFERMERÍA PEDIÁTRICA, LA TRAQUEOSTOMÍA: TRATAMIENTO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE LA SALA DE ESCOLARES HOSPITAL MATERNO INFANTIL JOSÉ DOMINGO DE OBALDÍA, PROVINCIA DE CHIRIQUÍ, REPÚBLICA DE PANAMÁ.



INSTRUMENTO 1

ENCUESTA 1

Enfermería pediátrica, la traqueostomía: protocolo de atención para el manejo en pacientes pediátricos

Señale cuál es su profesión en el Hospital José Domingo de Obaldía

- a) Enfermería
- b) Terapia respiratoria

1) ¿Conoce usted actualmente algún protocolo para el manejo del paciente pediátrico traqueostomizado?

- a) Sí
- b) No

2) ¿Cree usted que sería prioritario tener un protocolo para el manejo de la traqueostomía en los pacientes pediátricos?

- a) No es prioritario
- b) Poco prioritario
- c) Prioritario
- d) Muy prioritario

3) ¿Qué nivel de experiencia ha tenido usted en el manejo de la traqueostomía en pacientes pediátricos?

- a) Ninguna
- b) Básica
- c) Intermedia
- d) Avanzada

4) ¿Cuál es su nivel de conocimiento sobre el manejo del paciente pediátrico con traqueostomía?

- a) Ninguno
- b) Básico
- c) Intermedio
- d) Avanzado

5) ¿Cuáles son los aspectos prioritarios para implementar un protocolo de atención en el paciente pediátrico con traqueostomía?

- a) Capacitación del personal
- b) Material y equipo de calidad

- c) Planes de cuidados de enfermería dirigidos
 - d) Trabajo interdisciplinario
 - e) Todas las anteriores
- 6) ¿Cuáles serían las principales limitantes para implementar un protocolo de calidad de manejo en el paciente pediátrico con traqueostomía?
- a) Escasez del recurso humano para capacitación
 - b) Falta de infraestructura
 - c) Falta de material y equipo
 - d) Apoyo institucional deficiente y de autoridades de salud
 - e) Bajo nivel de interés del personal de salud
- 7) ¿Qué prácticas llevadas a cabo por la enfermería pediátrica considera usted son de mayor importancia para el manejo de niños traqueostomizados?
- a) Uso adecuado del expediente clínico
 - b) Procedimientos que aseguren permeabilidad de la vía aérea
 - c) Educación a familiares o tutores
 - d) Trabajo interdisciplinario
 - e) Plan de atención de enfermería
- 8) Con respecto a la enfermería pediátrica como disciplina, ¿debe mantener una actuación activa frente al manejo de niños traqueostomizados?
- a) Sí
 - b) No
- 9) ¿La enfermería pediátrica como disciplina tendrá una importancia dentro del manejo de la traqueostomía de niños hospitalizados?
- a) No es importante
 - b) Poco importante
 - c) Importante
 - d) Muy importante
- 10) ¿Conoce usted qué riesgos y complicaciones puede tener el paciente pediátrico traqueostomizado?
- a) Sí
 - b) No
- 11) Basado en el manejo actual del paciente traqueostomizado pediátrico ¿qué personal debe realizar la atención frente a posibles riesgos y complicaciones?
- a) Personal de enfermería

- b) Personal médico
- c) Personal de terapia respiratoria
- d) Todas las anteriores – Equipo interdisciplinario

12) ¿Qué tipo de vínculo existe entre la enfermería pediátrica, la traqueostomía y su manejo en pacientes pediátricos en la sala de escolares?

- a) Sin vinculación
- b) Vínculo directo
- c) Vínculo indirecto

13) ¿Qué nivel de capacitación recibe el personal de enfermería pediátrica en protocolos de manejo de traqueostomías en niños hospitalizados actualmente?

- a) Muy deficiente
- b) Deficiente
- c) Regular
- d) Eficiente
- e) Muy eficiente



Hereby Certifies that

MAGNOLIA MORENO

has completed the e-learning course

**INTRODUCTION TO CLINICAL
RESEARCH**

with a score of

100%

on

30/06/2025

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content by the following organisations and institutions



Global Health Training Centre
globalhealthtrainingcentre.org/elearning
Certificate Number ed879f21-7209-4b66-8c4a-89308f389c45 Version number 0



Hereby Certifies that
MAGNOLIA MORENO
has completed the e-learning course
**ICH GOOD CLINICAL
PRACTICE E6 (R2)**

with a score of

94%

on

22/06/2025

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content by the following organisations and institutions



This ICH E6 GCP Investigator Site Training meets the Minimum Criteria for ICH GCP Investigator Site Personnel Training identified by TransCelerate BioPharma as necessary to enable mutual recognition of GCP training among trial sponsors.

Global Health Training Centre
globalhealthtrainingcentre.org/elearning

Certificate Number c5f77029-bb0c-4d3b-8c35-8a4bdb82ad2b Version number 0



Hereby Certifies that
KEVIN ALMENGOR
has completed the e-learning course
**NORMAS DE BUENA
PRÁCTICA CLÍNICA ICH E6
(R2)**

with a score of

89%

on

01/07/2025

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content by the following organisations and institutions



This ICH E6 GCP Investigator Site Training meets the Minimum Criteria for ICH GCP Investigator Site Personnel Training identified by Transcivitate & Partners as necessary to enable mutual recognition of GCP training among trial sponsors.

Global Health Training Centre
globalhealthtrainingcentre.org/elearning
Certificate Number c6082006-50dd-4249-af76-c6a04ed09453 Version number 0

