

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y
Humanidades, Asunción, Paraguay**

ISSN en línea: 2789-3855, 2026

Conocimientos y prácticas del manejo de la vía aérea artificial en profesionales de la salud en UCI en Ecuador

Knowledge and practices of artificial airway management in
healthcare professionals in ICUs in Ecuador

Karla Estefanía Estrella Santana

karlaestrella1999@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-3373-03505>

Universidad de las Américas

Quito – Ecuador

Fátima Lisbeth González Ruiz

fatimalis01097@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-6660-5255>

Universidad de las Américas

Guayaquil – Ecuador

Jesús Francisco Carrión Ruiz

jesuscarrionr99@outlook.com

<https://orcid.org/0009-0007-6497-2340>

Universidad Estatal de Guayaquil

Guayaquil – Ecuador

Jean Carlos Martínez Minaya

jean122514@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-6497-2340>

Universidad Técnica de Ambato

Ambato – Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5328>


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos


Revista Latinoamericana de
Ciencias Sociales y Humanidades

Artículo recibido: 10 de octubre de 2025

Aceptado para publicación: 14 de febrero de 2026.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

VOLUMEN VII

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5328>

Conocimientos y prácticas del manejo de la vía aérea artificial en profesionales de la salud en UCI en Ecuador

Knowledge and practices of artificial airway management in healthcare professionals in ICUs in Ecuador

Karla Estefanía Estrella Santana
Universidad de las Américas
karlaestrella1999@gmail.com
Quito – Ecuador

Fátima Lisbeth González Ruiz
fatimalis01097@hotmail.com
Universidad de las Américas
Guayaquil – Ecuador

Jesús Francisco Carrión Ruiz
jesuscarrionr99@outlook.com
Universidad Estatal de Guayaquil
Guayaquil – Ecuador

Jean Carlos Martínez Minaya
jean122514@gmail.com
Universidad Técnica de Ambato
Ambato – Ecuador

Artículo recibido: 10 de octubre de 2025. Aceptado para publicación: 14 de febrero de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

Detallar los conocimientos y prácticas del personal de salud que labora en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) del Ecuador respecto al manejo del balón de neumotaponamiento en pacientes con ventilación mecánica, con el fin de asegurar la vía aérea, prevenir complicaciones y reducir su incidencia. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, basado en encuestas en línea aplicadas entre octubre y diciembre de 2024. El cuestionario, compuesto por 29 preguntas, permitió conocer las características de los participantes, evaluar el nivel de conocimiento sobre el manejo del balón de neumotaponamiento e identificar la existencia de protocolos institucionales para el manejo del tubo endotraqueal. Se aplicó un análisis de regresión logística múltiple para identificar factores asociados al desconocimiento del manejo de la presión del neumotaponamiento. El 92,5 % (n = 84) de los encuestados identificó al terapeuta respiratorio como el principal responsable del manejo del balón de neumotaponamiento en la UCI. Aunque la mayoría reconoció el rango ideal de presión (20–30 cmH₂O), se evidenciaron deficiencias en la implementación de protocolos, ya que solo el 62,3 % reportó medir la presión, generalmente de forma esporádica o ante la sospecha de complicaciones. Se concluye que los terapeutas respiratorios desempeñan un rol fundamental en el manejo del balón de neumotaponamiento; sin embargo, la práctica clínica aún carece de una aplicación sistemática basada en protocolos estandarizados.

Palabras clave: manejo de la vía aérea, intubación endotraqueal, unidad de cuidados intensivos, respiración artificial, protocolos clínicos

Abstract

To describe the knowledge and practices of healthcare professionals working in Intensive Care Units (ICUs) in Ecuador regarding endotracheal tube cuff management in mechanically ventilated patients, aiming to ensure proper airway management, prevent complications, and reduce their incidence. An observational, descriptive, prospective, cross-sectional study was conducted using online surveys administered between October and December 2024. The 29-item questionnaire collected data on participant characteristics, assessed knowledge of endotracheal tube cuff management, and identified the presence of institutional protocols for endotracheal tube care. Multiple logistic regression analysis was performed to identify factors associated with insufficient knowledge of cuff pressure management. A total of 92.5% (n = 84) of respondents identified respiratory therapists as the primary professionals responsible for endotracheal tube cuff management in the ICU. Although most participants recognized the recommended pressure range (20–30 cmH₂O), deficiencies in protocol implementation were observed, as only 62.3% reported routinely measuring cuff pressure, usually sporadically or when complications were suspected. In conclusion, respiratory therapists play a key role in endotracheal tube cuff management; however, clinical practice still lacks systematic application supported by standardized protocols.

Keywords: airway management, endotracheal intubation, intensive care units, artificial respiration, clinical protocols

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Estrella Santana, K. E., González Ruiz, F. L., Carrión Ruiz, J. F., & Martínez Minaya, J. C. (2026). Conocimientos y prácticas del manejo de la vía aérea artificial en profesionales de la salud en UCI en Ecuador. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (1), 1106 – 1116. <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5328>

INTRODUCCIÓN

La intubación endotraqueal constituye un procedimiento fundamental en el manejo de pacientes críticos que requieren ventilación mecánica invasiva, especialmente en las unidades de cuidados intensivos (UCI). El uso del tubo endotraqueal permite asegurar la permeabilidad de la vía aérea, optimizar el intercambio gaseoso y proteger al paciente de la aspiración de secreciones. Dentro de este dispositivo, el balón de neumotaponamiento cumple un rol esencial al sellar la tráquea y facilitar la ventilación con presión positiva.

El manejo inadecuado de la presión del balón de neumotaponamiento se asocia a múltiples complicaciones. Presiones insuficientes incrementan el riesgo de microaspiración y neumonía asociada a la ventilación mecánica, mientras que presiones excesivas pueden generar isquemia de la mucosa traqueal, estenosis, traqueomalacia y formación de fístulas. La literatura internacional recomienda mantener la presión del neumotaponador dentro de un rango seguro, generalmente entre 20 y 30 cmH₂O, para equilibrar la protección de la vía aérea y la integridad traqueal.

Diversos estudios han evidenciado una variabilidad significativa en los conocimientos y prácticas del personal de salud respecto al monitoreo de la presión del balón de neumotaponamiento. A pesar de la disponibilidad de dispositivos objetivos como la palpación del balón piloto o la insuflación con jeringa, especialmente en contextos donde no existen protocolos estandarizados ni programas de capacitación continua.

En Ecuador, no se dispone de un protocolo Nacional específico para el monitoreo sistemático del balón de neumotaponamiento en pacientes con ventilación mecánica. Si bien el Ministerio de Salud Pública establece recomendaciones generales sobre los rangos de presión, la aplicación de estas directrices en la práctica clínica presenta variaciones entre instituciones y profesionales. Esta falta de estandarización puede comprometer la seguridad del paciente crítico y aumentar la incidencia de complicaciones prevenibles.

En este contexto, resulta fundamental evaluar los conocimientos y prácticas del personal de salud que interviene en el manejo de la vía aérea artificial en las UCI del país. Por ello, el objetivo de este estudio fue describir los conocimientos y prácticas comunes del personal de salud en las unidades de cuidados intensivos de Ecuador respecto al manejo del balón de neumotaponamiento en pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva, con el fin de identificar áreas de mejora y aportar evidencia para el fortalecimiento de protocolos clínicos basados en la evidencia.

METODOLOGÍA

Diseño

Se realizó un estudio observacional descriptivo, prospectivo, transversal, basado en la aplicación de encuestas dirigidas a profesionales de la salud que laboran en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de hospitales del Ecuador. La recolección de datos se llevó a cabo entre octubre y diciembre de 2024.

Participantes

Se incluyeron profesionales de la salud que trabajan en UCI y que tenían experiencia en el manejo de la vía aérea artificial y de pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva. La participación fue voluntaria y anónima. Se excluyeron aquellos profesionales que no completaron el cuestionario de manera íntegra.

Instrumento

Se utilizó un cuestionario compuesto por 29 preguntas, elaborado a partir de la revisión de la literatura científica relevante. La encuesta estuvo organizada en cuatro secciones:

- Datos personales y académicas.
- Manejo del tubo endotraqueal.
- Manejo del balón de neumotaponamiento.
- Conocimientos y aplicaciones de protocolos institucionales.

El cuestionario incluyó preguntas de opción múltiple y preguntas abiertas.

Validación del instrumento

Previo a su aplicación, el cuestionario fue sometido a una prueba piloto con seis profesionales expertos en cuidados intensivos, con más de cinco años de experiencia clínica. La validación se realizó en dos fases: revisión del contenido y claridad de los ítems mediante videollamada, y evaluación del Índice de Validez de Contenido (CVI). Las sugerencias realizadas fueron incorporadas en la versión final del instrumento.

Procedimiento

El cuestionario fue digitalizado mediante la plataforma Google Forms y difundido a través de enlaces enviados por grupos profesionales de hospitales del Ecuador. Antes de iniciar la encuesta, los participantes accedieron a un consentimiento informado digital, donde se explicaron los objetivos del estudio y se garantiza la confidencialidad de la información.

Consideraciones Éticas

El protocolo de este proyecto fue evaluado por el comité de ética del Hospital General Docente de Calderón. Se presentó un consentimiento informado a los participantes cuando accedían al cuestionario, garantizando el acceso a la información gestionado únicamente por las investigadoras, manteniendo la confidencialidad correspondiente.

Análisis Estadístico

Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias y porcentajes. Las variables continuas con distribución normal se expresaron como media y desvío estándar (DE). De lo contrario se utilizó la mediana y el rango intercuartílico (RIQ). Para determinar la distribución muestral se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Para comparar variables continuas se utilizó la prueba t de student o la prueba U de Mann-Whitney, según correspondiera. Para comparar las variables categóricas se utilizó el test Chi cuadrado o el test exacto de Fisher, según fue lo apropiado. Se consideró significativo un valor p menor a 0.05. Para el análisis de los datos se utilizó el software IBM SPSS Macintosh, versión 21.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

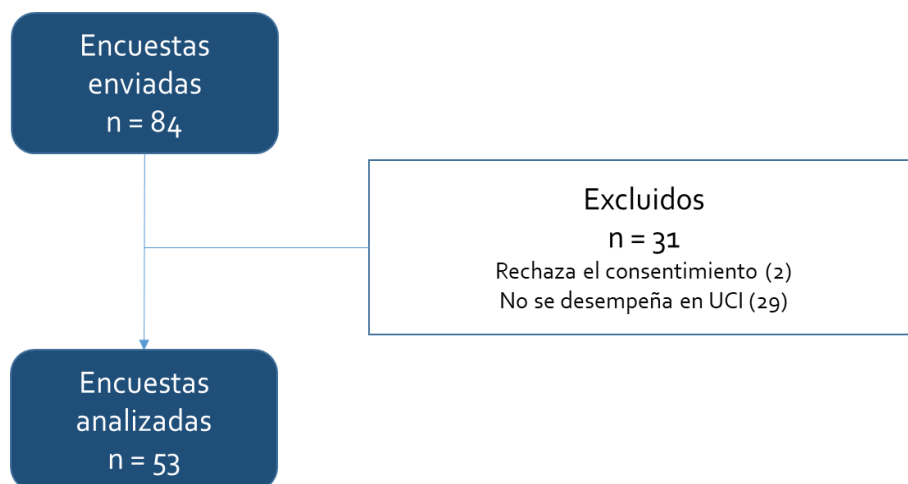
RESULTADOS

Se incluyeron un total de 53 encuestas, correspondientes a los profesionales de la salud que laboraban en las unidades de cuidados intensivos (UCI) de los hospitales del Ecuador. De los participantes, el 60,4 % (n = 32) fueron terapeutas respiratorios, el 24,5 % (n = 13) licenciados en enfermería y el 15,1 % (n = 8) médicos. La mediana de edad fue de 35 años (RIQ: 28–44), siendo menor en los terapeutas

respiratorios en comparación con otros profesionales ($p = 0,02$). La mayoría de los encuestados fue de nacionalidad ecuatoriana (96,2 %) y el 69,9 % labora en instituciones públicas.

Figura 1

Diagrama de flujo de participantes



Nota: UCI: unidad de cuidados intensivos.

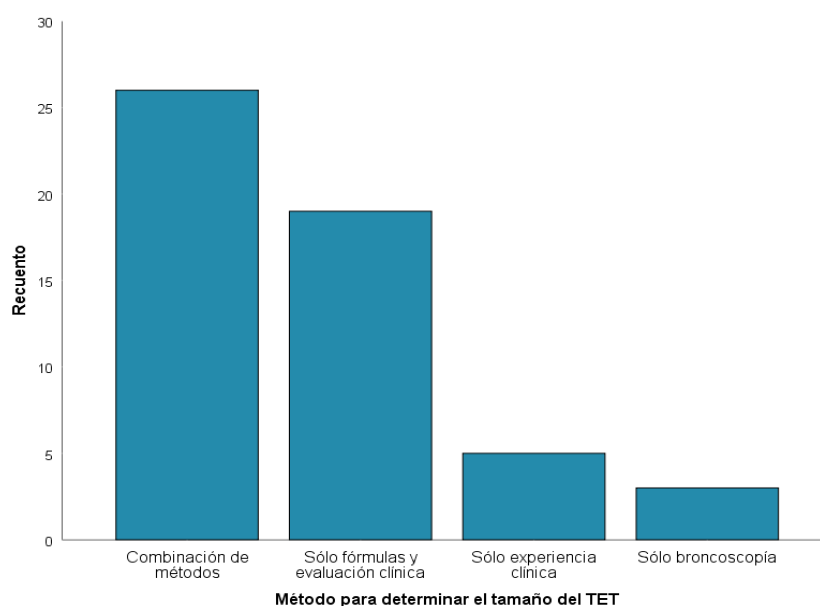
Fuente: elaboración propia.

Manejo de la vía aérea artificial y aspiración de secreciones endotraqueales

En relación al método que se utiliza para determinar el tamaño adecuado del tubo endotraqueal (TET), el 49,1 % ($n=26$) de los encuestados respondió emplear una combinación de determinaciones, que contemplan: fórmulas basadas en la edad, peso o talla del paciente; evaluación de las características anatómicas específicas (diámetro del dedo meñique, diámetro traqueal estimado, etc.); tablas o guías clínicas estandarizadas; experiencia clínica y juicio profesional; broncoscopía. No se encontraron diferencias entre las profesiones (gráfico 2).

Gráfico 1

Método para determinar el tamaño adecuado del tubo endotraqueal



Nota: TET: tubo endotraqueal.

Fuente: elaboración propia.

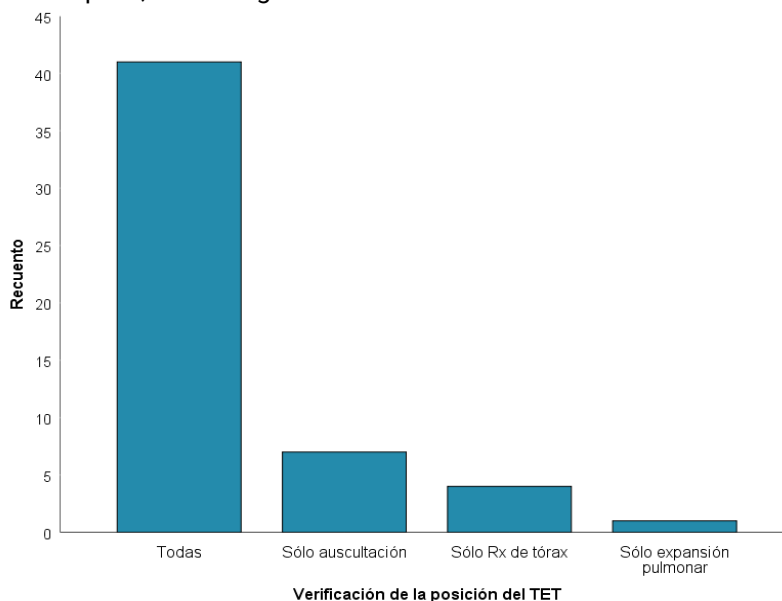
Para la determinación de la longitud óptima de inserción del TET, el 50,9 % (n=27) respondió basarse en valores preestablecidos de 21 centímetros para las mujeres y de 23 centímetros para los hombres, mientras que el 47,2 % (n=25) utiliza la fórmula de la talla y la distancia boca-carina. Un participante (1,9 %) respondió emplear ambos métodos. No se encontraron diferencias entre las profesiones.

Para la verificación de la posición del TET, el 77,4 % (n=41) de los encuestados respondió emplear todas las opciones de métodos de corroboración, entre las que se incluyen la radiografía de tórax, la auscultación y la expansión pulmonar (gráfico 2). No se encontraron diferencias entre las profesiones.

Gráfico 2

Método para verificar la posición del tubo endotraqueal

Nota: TET: tubo endotraqueal; Rx: radiografía.



Fuente: elaboración propia.

Cuarenta profesionales (75,5 %) reportaron realizar la aspiración de secreciones, siendo la prevalencia mayor en los terapeutas respiratorios, de los cuales 31 (96,9 %) indicaron llevar a cabo este procedimiento, en comparación con 9 de 21 profesionales de otras disciplinas (42,9 %). Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0.001$).

Protocolos institucionales

El 64,2 % ($n=34$) de los encuestados afirmó disponer de algún protocolo de guía para el manejo de la presión del balón de neumotaponamiento en su lugar de trabajo, con un cumplimiento del mismo del 94,1 % ($n=32$). Casi la totalidad de los encuestados, correspondiendo a un 98,1 % ($n=52$), considera importante la implementación de un protocolo, siendo los fundamentos más reportados por los profesionales evitar complicaciones y mejorar la calidad y seguridad del paciente crítico.

DISCUSIÓN

El presente estudio permitió describir los conocimientos y prácticas del personal de salud de las Unidades de Cuidados Intensivos en Ecuador respecto al manejo del balón de neumotaponamiento en pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva. Los resultados evidencian que, aunque existe un conocimiento general adecuado acerca de los rangos seguros de presión del balón, persisten deficiencias en la práctica clínica diaria y una variabilidad significativa en el monitoreo sistemático de la presión.

Uno de los hallazgos más relevantes fue que la mayoría de los participantes identificó al Terapeuta Respiratorio como el principal responsable del manejo del balón de neumotaponamiento de la UCI. Este resultado concuerda con la literatura internacional, que reconoce al Terapeuta Respiratorio como un profesional clave en el manejo de la vía aérea artificial y la ventilación mecánica. Sin embargo, a pesar de este reconocimiento, no todos los profesionales reportaron una medición regular de la presión del balón, lo que evidencia una brecha entre el rol asignado y la práctica efectiva.

Si bien la mayoría de los encuestados identificó correctamente el rango recomendado de presión entre 20 y 30 cmH₂O, solo cerca de dos tercios afirmó medir la presión del neumotaponador. Este hallazgo coincide con estudios previos que reportan una dependencia persistente de métodos subjetivos, como la palpación del balón piloto o la insuflación con jeringa, prácticas que han demostrado ser poco confiables y asociadas a mayores tasas de complicaciones traqueales y pulmonares.

La variabilidad observada en la frecuencia del monitoreo de la presión del balón representa un aspecto crítico, dado que la presión puede fluctuar en función de múltiples factores, como los cambios de posición del paciente, la tos, la aspiración de secreciones y las variaciones en la presión de la vía aérea. La ausencia de mediciones regulares incrementa el riesgo de microaspiración y de lesión de la mucosa traqueal, lo que puede prolongar la estancia en UCI y aumentar la morbilidad asociada a la ventilación mecánica.

En cuanto a los protocolos institucionales, aunque una proporción considerable de los participantes reportó la existencia de guías para el manejo del balón de neumotaponamiento, su disponibilidad no garantiza una aplicación uniforme. La percepción generalizada de la necesidad de protocolos estandarizados sugiere una conciencia creciente sobre la importancia del monitoreo sistémico y del uso de dispositivos objetivos, como los manómetros, en la práctica clínica diaria.

Este estudio presenta algunas limitaciones. La recolección de datos mediante encuestas autoadministradas puede introducir sesgos de memoria o deseabilidad social. Asimismo, el tamaño de la muestra y su carácter no probabilístico limitan la generalización de los resultados a todas las UCI del país. No obstante, los hallazgos aportan información relevante sobre la realidad del manejo del neumotaponamiento en Ecuador y constituyen una base para futuras investigaciones multicéntricas.

CONCLUSIÓN

Los resultados del estudio evidencian que los terapeutas respiratorios desempeñan un rol fundamental en el manejo del balón de neumotaponamiento en las Unidades de Cuidados Intensivos del Ecuador. A pesar de que existe un conocimiento adecuado sobre los rangos de presión recomendados, persisten prácticas no estandarizadas y una medición irregular de la presión del balón en la práctica clínica.

La implementación de protocolos institucionales basados en evidencia científica, junto con programas de capacitación continua dirigidos al personal de salud, resulta esencial para mejorar la seguridad del paciente crítico y reducir la incidencia de complicaciones asociadas al manejo inadecuado del neumotaponamiento.

Finalmente, se recomienda promover el uso sistemático de dispositivos objetivos para el monitoreo de la presión del balón y fortalecer el rol del Terapeuta Respiratorio como líder en el manejo de la vía aérea artificial dentro del equipo multidisciplinario de las UCI.

REFERENCIAS

Branson RD, Gomaa D, Rodriguez D Jr.. Management of the artificial airway. Respir Care. 2014 Junio; 59(6): p. 974-90.

Nwosu ADG, Ossai EN, Onyekwulu FA, et al. Knowledge and practice and of tracheal tube cuff pressure monitoring: a multicenter survey of anesthesia and critical care providers in a developing country. Patient Saf Surg. Published. 2022 Jan 14.

Dr. Juan Zevallos ,Dr. Rodolfo Farfán,Ing. Jorge Mejía. Lineamientos para prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).Infección asociada a ventilación mecánica (VM): impacto, patogenia, criterios de vigilancia epidemiológica y recomendaciones. Ministerio de Salud Publica. 2020 Diciembre;(27).

Antonio Pisano, Luigi Verniero, Nicola Galdieri, Antonio Corcione. Monitoreo de presión de manguito. Revista Chilena de Anestesia. 2019;; p. 146-152.

Zhang S, Lin J, Diao X, Shi W, Huang L. Airway Management in Adult Intensive Care Units: A Survey of Two Regions in China. Biomed Res Int. 2022 Noviembre.

Winters RG, Reiff DA. Mechanical ventilation in adults who need respiratory assistance. 2010 Mayo; 23(5): p. 44-5.

Raúl Castro, Manuel Pazmiño, Cepeda, Raúl Peñaherrera. Manejo de la vía aérea artificial en pacientes COVID-19. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2020;; p. 207-215.

Marina Busico, Laura Vega, Gustavo Plotnikow, Norberto TiriBelli. Tubos endotraqueales: revisión. Revista Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. 2013; 30(1).

GP., López-Herranz.Intubación endotraqueal: importancia de la presión del manguito sobre el epitelio traqueal. Revista Medica Hospital General de Mexico. 2013 Marzo 26; 76(3): p. 153-161.

Intensiva, Sociedad Argentina de Terapia. CUIDADOS RESPIRATORIOS DEL PACIENTE CRÍTICO. Revista Argentina de Terapia Intensiva. 2022.

Mpasa F, van Rooyen DRM, Jordan PJ, Venter D, Ten Ham-Baloyi W. Malawian critical care nurses' views on the implementation of an educational intervention to enhance sustained use of an evidence-based endotracheal tube cuff pressure management guideline: A survey study. Southern African Journal of Critical Care. 2023 Abril; 39(1).

Henning J HL.The knowledge and skills of emergency department registered nursing staff at an academic hospital in South Africa, on endotracheal tube cuff manometry, before and after a training session. Afr J Emerg Med. 2024 Septiembre; 14(3): p. 156-160.

Abubaker J, Zia Ullah S, Ahmed S, Rehman Memon AU, Abubaker ZJ, Ansari MI, et al.; Evaluating the Knowledge of Endotracheal Cuff Pressure Monitoring Among Critical Care Providers by Palpation of Pilot Balloon and By Endotracheal Tube Cuff Manometer. Cureus. 2019 Julio 1; 11(7).

Bulamba F, Kintu A, Ayupo N, Kojjo C, Ssemogerere L, Wabule A, et al.; Achieving the Recommended Endotracheal Tube Cuff Pressure: A Randomized Control Study Comparing Loss of Resistance Syringe to Pilot Balloon Palpation. Anesthesiol Res Pract. 2017.

Burke N, Baba R, Moghal A, Hosahalli Vasappa C. National survey of the routine measurement of tracheal tube cuff pressure in ICU. Anaesthesia. 2007 Marzo; 63(3).

Crimlisk JT, Horn MH, Wilson DJ, Marino B. Artificial airways: a survey of cuff management practices. Heart Lung. 1996 Mayo - Junio; 25(3): p. 225-35.

Harm F, Zuercher M, Bassi M, Ummenhofer W. Prospective observational study on tracheal tube cuff pressures in emergency patients--is neglecting the problem the problem. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2013 Diciembre.

Seyed Siamdoust SA, Mohseni M, Memarian A. Memarian A. Memarian A. Endotracheal Tube Cuff Pressure Assessment: Education May Improve but not Guarantee the Safety of Palpation Technique. *Anesth Pain Med*. 2015 Junio 22; 5(3).

Talekar CR, Udy AA, Boots RJ, Lipman J, Cook D. Tracheal cuff pressure monitoring in the ICU: a literature review and survey of current practice in Queensland. *Anaesth Intensive Care*. 2014 Noviembre; 42(6).

RES. Quispe. COMPETENCIAS COGNITIVAS Y PRÁCTICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA VALORACIÓN SUBJETIVA Y OBJETIVA DE LA PRESIÓN DEL NEUMOTAPONAMIENTO, UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA CAJA NACIONAL DE SALUD. La Paz: Universidad Mayor de San Andres; 2022.

Laksono BH, Isngadi I, Wicaksono SJ. Passive Release Technique Produces the Most Accurate Endotracheal Tube Cuff Pressure Than Manual Palpation and Minimum Occlusive Volume Technique in the Absence of Manometer. *Turk J Anaesthesiol Reanim*. 2021 Abril; 49(2): p. 114-117.

Murugiah UR, Ramoo V, Jamaluddin MFH, Yahya A, Baharudin AA, et al.; Knowledge acquisition and retention among nurses after an educational intervention on endotracheal cuff pressure. *Nurs Crit Care*. 2021 Septiembre; 26(5).

Das Sambhunath, Profesor Adicional, Kumar Pankaj. Comparación de la prueba de fugas mínimas y el método de medición manual de la presión el manguito para inflar el manguito del tubo endotraqueal. *Revista India de Anestesia*. 2015; 2(2): p. 78-81.

Félix-Ruiz R, López-Urbina DM, Carrillo-Torres O. Evaluar la precisión de las técnicas subjetivas de insuflación del globo endotraqueal. *Rev Mex Anest*. 2014; 37(2): p. 71-76.

Mary Lou Sole RPC, Su DX, Steve Talbert RP, Daleen Aragón Penoyer RP, Kalita DS, Jiménez DE, et al.; Evaluación de una intervención para mantener la presión del manguito del tubo endotraqueal dentro del rango terapéutico. *American Journal of Critical Care*. 2011 Marzo; 20(2).

Sole ML, Penoyer DA, Su X, Jiménez E, Kalita SJ, Poalillo E, et al.; Evaluación de la presión del manguito endotraqueal mediante monitorización continua: un estudio piloto. *Am J Crit Care*. 2009; 18(2): p. 133-43.

Ahmed RA, Boyer TJ. Tubo endotraqueal. *StatPearls*. 2024 Enero.

Ban MG, Kim SY, Kim MS, Park WK, Kwon YI, Kim HJ. Accuracy of pilot balloon palpation for cuff pressure assessment in small versus large sized tubes: a prospective non-randomized observational study. *Sci Rep*. 2023 Abril 5; 13(1).

Farré R, Rotger M, Ferrer M, Torres A, Navajas D. Automatic regulation of the cuff pressure in endotracheally-intubated patients. *Eur Respir J*. 2002 Octubre; 20(4): p. 1010-3.

F., Rosales. Cuestionario sobre el uso de técnicas y manejo de presión del cuff en usuarios adultos con vía aérea artificial por parte de profesionales de salud en Chile. *Rev. Chil. Fonoaudiol*. 2019 Noviembre; 18(1): p. 1-14.

Lillo, Felipe Gonzalo Rosales. Revisión literaria del rango apropiado de la presión del cuff para el manejo de usuarios adultos con vía aérea artificial. Revista de Investigación en Logopedia. 2019; 9(1).

Gomez JC, Pérez LM, Rodríguez AC, Martínez DJ. Estimation of the optimum length of endotracheal tube insertion in adults. Revista Colombiana de Anestesiología. 2016 Junio 11; 44(3): p. 228-234.

Lizy C, Swinnen W, Labeau S, Poelaert J, Vogelaers D, Vandewoude K, et al.; Cuff pressure of endotracheal tubes after changes in body position in critically ill patients treated with mechanical ventilation. Am J Crit Care. 2014 Enero; 23(1).

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) .