



CUADRO SINÓPTICO

NOMBRE DEL ALUMNO: MILKA GEORGINA DE LEON MENDEZ

PARCIAL: 1

MATERIA: ENFERMERIA CLINICA 2

NOMBRE DEL PROFESOR: LIC. ERVIN SILVESTRE CASTILLO

LICENCIATURA: ENFERMERIA

CUATRIMESTRE: 5TO

VENTILACIÓN MECÁNICA

-DEFINICIÓN

Es un procedimiento de respiración artificial que sustituye o ayuda temporalmente a la función ventilatoria de los músculos inspiratorios, y no es una terapia, es una intervención de apoyo. se clasifica en 2, y son:

INVASIVA

Es el procedimiento de respiración artificial, el cual se conectan a un respirador al paciente a través de un tubo endotraqueal.

NO INVASIVA

Es la administración del soporte ventilatorio sin la colocación de una vía aérea artificial.

- FASES DEL CICLO VENTILATORIO

INSUFLACIÓN

Insuflación: El aparato genera una presión sobre un volumen de gas y lo moviliza insuflándolo en el pulmón.

MESETA

DEFLACIÓN

Meseta: El gas introducido en el pulmón se mantiene en él (pausa inspiratoria) durante un tiempo para que se distribuya por los alvéolos.

DEFLACIÓN: El vaciado del pulmón es un fenómeno pasivo, sin intervención de la máquina, causado por la retracción elástica del pulmón insuflado.

La función del respirador a través de tres variables:

Trigger: responsable de iniciar la inspiración.

Ciclado: responsable de finalizar la inspiración.

Límite o control: responsable de controlar la entrega de gas e interrumpe la inspiración.

TIPO DE RESPIRACIÓN

1. **Controlada:** disparada, limitada y ciclada por el ventilador.
2. **Asistida:** disparada por el paciente y limitada y ciclada por el ventilador.
3. **De soporte:** disparada y ciclada por el paciente y limitada por el ventilador.
4. **Espontánea:** el control de la respiración recae en el paciente.

-INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

Implica la presencia en la tráquea de un tubo con balón inflado.

Tipos:

- Tubo Orotraqueal

- Tubo Nasotraqueal.

Técnica de Intubación Orotraqueal

1. Buena ventilación y oxigenación.
2. Verificar balón del tubo endotraqueal y laringoscopio.
3. Inmovilización manual de la cabeza y cuello.
4. El laringoscopio debe ser empuñado con la mano izquierda
5. Insertar la hoja del laringoscopio a nivel de la comisura labial derecha.

VENTILACIÓN MECÁNICA

-PREDICTORES ANATÓMICOS DE UNA INTUBACIÓN DIFÍCIL

- Clasificación de Cormack y Lejano.
- Clasificación de Mallampati.
- Distancia tiromentoniana.
- Distancia esternomentoniana.
- Distancia Interincisivos.

Grado I: Cuerdas vocales son visibles en su totalidad. **Grado II:** Cuerdas vocales visibles parcialmente. **Grado III.** Sólo se observa la epiglotis. **Grado IV.** No se ve la epiglotis.

Grado I: paladar blando + pilares + úvula. **Grado II:** paladar blando + pilares + base de úvula. **Grado III:** sólo se ve el paladar blando. **Grado IV:** no se logra ver el paladar blando.

Grado I: > 6.5cm

• **Grado II:** 6.0 – 6.5cm

• **Grado III:** < 6.0cm

Distancia de ≤ 12.5 cm predice una intubación difícil.

Clase I: > 3cm

• **Clase II:** 2.6 - 3cm

• **Clase IV:** 2.0 - 2.5cm

• **Clase IV:** < 2cm

-ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

Es una serie de maniobras que se realiza para extraer secreciones de las vías respiratorias a través de una sonda o catéter conectado a una máquina de aspiración.

Objetivos

- Movilizar las secreciones que obstruyen las vías aéreas.
- Favorecer la ventilación respiratoria.
- Prevenir la infección.

TÉCNICAS DE ASPIRACIÓN

ASPIRACIÓN OROFARÍNGEA Y NASOFARÍNGEA:

Consiste en eliminar mediante aspiración, las secreciones de boca, nariz y faringe.

ASPIRACIÓN ABIERTA: Se refiere a la aspiración en la que, para realizar la técnica, se precisa desconectar el circuito del respirador.

ASPIRACIÓN CERRADA: Aspiración de secreciones en pacientes sometidos a ventilación mecánica, en la que no se precisa desconectar el circuito del respirador.