



Mi Universidad

ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: maría Daniela Hernández briones

TEMA: ventilación mecánica

PARCIAL: I

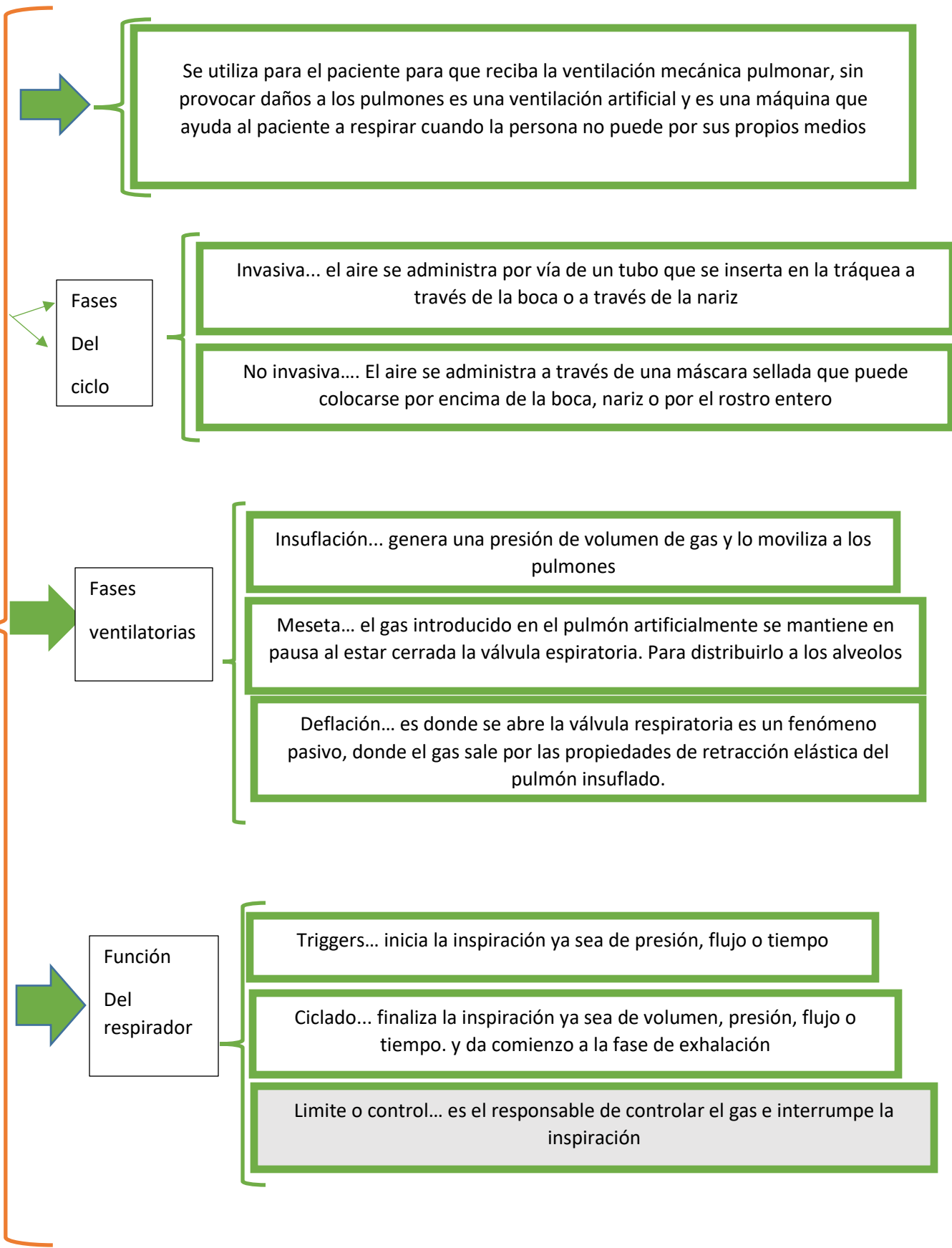
MATERIA: enfermería clínica II

NOMBRE DEL PROFESOR: Ervin silvestre castillo

LICENCIATURA: Lic. en enfermería

CUATRIMESTRE: 5to cuatrimestre

Ventilación mecánica



Tipos
De
respiración

Controlada es limitada por el ventilador

Asistida disparada por el paciente y limitada y ciclada por el ventilador

De soporte disparada y ciclada por el paciente y limitada por el ventilador

Espontanea el control de la respiración recae en el paciente

funciones
básicas para
realizar la
función

Fracción inspiratoria de oxígeno (FiO_2): Se ajusta para alcanzar $PaO_2 > 60$ mmHg o $SaO_2 > 90\%$.

Frecuencia respiratoria (FR): Entre 8 y 15 ciclos/minuto. Se ajusta para mantener la pCO_2 adecuada

Volumen corriente (V_c): es el volumen de gas que insuflamos en cada ciclo. Suele estar en torno a los 8 ml/Kg de peso, pero puede modificarse en dependencia de la patología del enfermo.

Entubación traqueal



Se coloca una sonda en la tráquea a través de la boca o la nariz

presencia de un tubo con balón inflado en la tráquea

Puede ser por, Tubo Oro traqueal o Tubo Naso traqueal



Indicaciones

Presencia de apnea.

Incapacidad para mantener una vía aérea por otros medios

Protección de la aspiración de sangre o de vómito

Compromiso inminente o potencial de la vía aérea

Presencia de lesión craneoencefálica que requiera de ventilación asistida
(ECG \leq 8 puntos)

la necesidad de ventilación mecánica por insuficiencia respiratoria



Materiales

Cánula de Rush, cánula interna, cañuela externa, y fiador

Cánula de Guedel Tubo orofaríngeo curvo y semirrígido, que se usa para mantener expedita la vía aérea, impidiendo que la lengua y la musculatura faríngea la obstruyan

El ventilador mecánico

Tipo de técnica de la intubación traqueal

Se lleva a cabo con facilidad en la mayoría de los casos Este procedimiento asegura la libertad y hermeticidad de las vías aéreas y permite la ventilación mecánica

se Verifica el balón del tubo endotraqueal y laringoscopio

El laringoscopio debe ser empuñado con la mano izquierda

Insertar la hoja del laringoscopio a nivel de la comisura labial derecha del paciente, desplazando la lengua hacia la izquierda en dirección a la línea media.

Elevar el laringoscopio en una dirección de 45° en relación a la horizontal, sin presionar sobre los dientes o tejidos orales.

- Visualmente identificar la epiglotis y luego cuerdas vocales.
- Con la mano derecha insertar el tubo endotraqueal en la tráquea.

- Continuar hasta atravesar las cuerdas vocales, el manguito debe pasar de 1 a 2,5cm dentro de la tráquea. Esto colocara el extremo proximal del tubo, al nivel de los dientes entre 19 y 23cm, en la mayoría de los adultos.

Anatómicos de una intubación difícil

Clasificación de Cormack y Lehane...

Valora el grado de dificultad para la intubación endotraqueal y al realizar la laringoscopia directa, las estructuras anatómicas que se visualicen.

Grado I. Se observa el anillo glótico en su totalidad (intubación muy fácil).

Grado II. Sólo se observa la comisura o mitad posterior Del anillo glótico (cierto grado de dificultad).

Grado III. Sólo se observa la epiglotis sin visualizar orificio glótico (intubación muy difícil pero posible).

Grado IV. Imposibilidad para visualizar incluso la epiglotis (intubación sólo posible con técnicas especiales).

Clasificación de Mallampati.....

Se valora la visualización de estructuras anatómicas faríngeas de la vía aérea con el paciente en posición sentada y la boca completamente abierta y sin fonar

Clase I: visibilidad Del paladar blando, úvula y pilares amigdalinos,

Clase II: visibilidad del paladar blando y úvula,

Clase III: visibilidad del paladar blando base de la úvula,

Clase IV: imposibilidad para ver el paladar blando.

Distancia tiromentoniana...

se mide entre la línea media inferior del mentón y la escotadura superior del cartílago tiroideos en un individuo en posición sentada, boca cerrada, con la cabeza y el cuello en extensión completa.

Grado I: Laringoscopia e intubación endotraqueal sin dificultad. > 6.5cm

Grado II: Laringoscopia e intubación endotraqueal con cierta dificultad. 6.0 – 6.5cm

Grado III: Intubación endotraqueal muy difícil o imposible < 6.0cm

Distancia Esternomentoniana...

Valora la distancia de un línea recta que va del borde superior del manubrio esternal a la punta del mentón, cabeza en completa extensión y boca cerrada

Clase I. Más de 13 cm.

Clase II. De 12 a 13 cm.

Clase III. De 11 a 12 cm.

Clase IV. Menos de 11 cm.

Distancia Interincisivos....

Distancia existente entre los incisivos superiores y los inferiores, con la boca completamente abierta. Si el paciente presenta adoncia se medirá la distancia entre la encía superior e inferior a nivel de la línea media.

Clase I. Más de 3 cm.

Clase II. 2,6 a 3 cm.

Clase IV. De 2 a 2,5 cm.

Clase IV. Menos de 2 cm

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. Se utilizan sondas de aspiración de un solo uso

Aspiración cerrada

Aspiración de secreciones en pacientes sometidos a ventilación mecánica,
Facilita la ventilación mecánica y la oxigenación

La aspiración produce aumento de la presión intracraneal (PIC). Es necesario valorar el adecuado nivel de sedación y relajación antes de aspirar a enfermos con PIC elevada
La aspiración de secreciones puede producir bradicardia e hipotensión arterial por estimulación vagal.

Los síntomas que indican la necesidad de aspiración en pacientes no ventados Aumento de la frecuencia respiratoria. → Hipotensión. → Intranquilidad y ansiedad. → Secreciones visibles.

