



Mi Universidad

Mapa Conceptual

Nombre del alumno: Castellanos Pacheco Diego Antonio

Tema: Ventilación Mecánica

Parcial: 1er. parcial

Nombre de la materia: Enf. Clínica II

Nombre del profesor: Arguello Gálvez Marcos Jhodany

Nombre de la licenciatura: Lic. En Enfermería

Cuatrimestre: 5to Cuatrimestre

VENTILACION MECANICA

VENTILACIÓN CONVENCIONAL

VENTILACIÓN ALTA FRECUENCIA

VAFO

-Es la generación de pequeños volúmenes de gas , inferiores al espacio muerto (<2.7 ml/kg) enviados a frecuencias suprafsiológicas (generalmente >180 ciclos por minuto) a un circuito que mantiene una presión continua de distensión de la vía aérea.

"Necesitan de un disparador o Trigger"

"Necesitan de un disparador o Trigger"

| TIPO DE VENTILACIÓN | TRIGGER (INSTRUMENTAL O NO) | ASISTENCIA ESCALONADA RESPIRACION | CIKLADO DE LA VENTILACION | TIEMPO INSERPIRATORIO | PEEP |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------------|-----------------------|----------|
| VMC/PPV | SI | NO | FIJO | FIJO | FIJO |
| SBV | SI | NO | FIJO | FIJO | FIJO |
| AC | SI | SI | VARIABLE | VARIABLE | FIJO |
| PBV | SI | SI | VARIABLE | VARIABLE | VARIABLE |
| NI | NO | SI | VARIABLE | VARIABLE | VARIABLE |

NI/PS/Adm

SI/MS

-ventilación a presión positiva intermitente nasal.

-ventilación a presión positiva intermitente nasal sincronizada.

INDICACION:

- Con técnica ENSURE en aumento de esfuerzo respiratorio.
- En destete de la VM convencional, con incremento del esfuerzo respiratorio.
- Manejo de apnea en PT, aún no estudios consistentes.

CONTRAINDICACION:

- Anomalías de la vía respiratoria superiores: *atresia de coanas, paladar hendido, fistula traqueo bronquial.*
- Inestabilidad cardiovascular severa.

TECNICA: Se recomienda Cánulas binasales cortas por su fácil colocación.

- PIP: 9-11 cmH2O
- FR: coordinada con la del bebe, aun en estudio
- PEEP: para CPAP.

VENTAJAS:

- Disminuye la asincronía toraco abdominal y resistencia a la cánula nasal.
- Mejor estabilidad de la pared torácica
- Mejor volumen tidal que el CPAP.
- Aumenta la Capacidad Residual Funcional
- Disminuye la resistencia a los flujos
- Disminuye el esfuerzo respiratorio.

SIVA

SI/MS

atoria

-Todas las respiraciones son programadas.
-El paciente no participa en forma activa.
-El ventilador inicia y termina la respiración.
-Paciente en sedación profunda o coma.
-No utilizar en pacientes despiertos por el riesgo de lucha con el ventilador.
-En cuanto inicie esfuerzo respiratorio pasar a otra modalidad.
-En VMC el ciclado es mayor que la FR del paciente (50-80/min)

-Respirador sincroniza su *ciclo programado* con el inicio de inspiración espontánea del paciente (es la señal).
-Apoya solo los ciclos programados (respiraciones).
-Si paciente deja de respirar, el respirador asume con los ciclos programados.

-Respirador sincroniza sus ciclos con cada una de las respiraciones espontáneas del paciente.
-Apoya todas las respiraciones del paciente.
-Si el paciente deja de respirar el control total de las respiraciones.

-Limitada por presión y ciclada por flujo.
-Es disparada por el paciente: el neonato inicia la inspiración y espiración por lo tanto controla el TI, FR y Vm.
-El flujo inspiratorio es variable.
-Objetivo: intenta compensar el trabajo añadido por el TET, el circuito del respirador y la válvula.
-Se puede usar con SIMV, generalmente la mitad de PIP programado.
-El broncoespasmo y la falta de respiración espontánea son contraindicaciones.
-En neonatos con esfuerzo respiratorio disminuido le brinda el TI programado.

-Se programa Vt (Vc), el ventilador cicla por presión desacelerante, funciona sólo en respiraciones espontáneas del paciente.
-El ventilador realiza una presión de soporte variable hasta alcanzar el Vt programado.
-Si el paciente realiza un Vt y Vm mayor del programado el ventilador no le ayuda, se queda en CPAP.
-Se programa el Vt.
-Si Vt es diferente del programado, el ventilador ofrece una PS para alcanzar el volumen programado.
-La presión que se da varía de respiración a respiración de acuerdo al esfuerzo del paciente.
Ciclo a ciclo se incrementa en forma progresiva la presión de soporte hasta alcanzar el volumen programado