

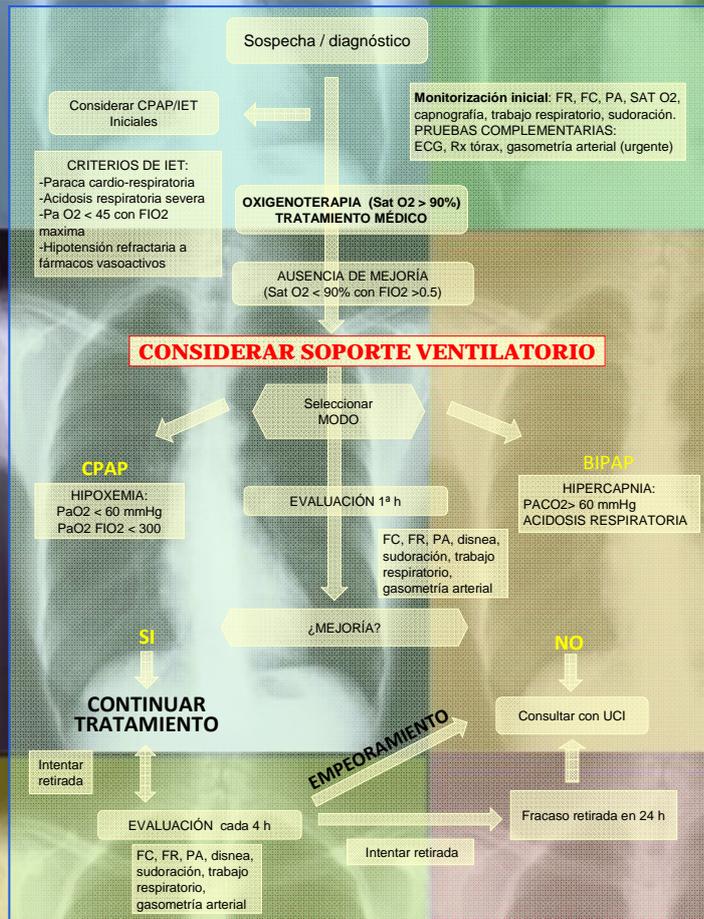
VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

Introducción:

La seguridad del paciente es el componente clave de la calidad asistencial y dado la gran relevancia adquirida en los últimos años es de gran interés asociar esto al hecho de que la ventilación mecánica no invasiva es un soporte ventilatorio de fácil aplicación y rápido que mantiene las vías aéreas intactas, y al no precisar intubación endotraqueal (IOT), ni traqueotomía, evita el riesgo de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) y por la tanto contribuyendo a la seguridad del paciente.

Objetivos:

Los objetivos de la VMNI son corregir el intercambio de gases y proporcionar descanso a la musculatura respiratoria, mientras el tratamiento farmacológico corrige la causa subyacente.



INDICACIONES

- EAP:

- Clínicas:
 - Disnea moderada – grave
 - Uso de ms accesoria
 - Descoordinación toracoabdominal
 - FR > 30 rpm
- +
- Hipoxemia:
 - PaO₂/FIO₂ < 300
 - PaO₂ < 60 MM hg
 - Sat O₂ < 90% con FIO₂ > 0.5

- EPOC:

- Igual que en EAP
- +
- Acidosis Respiratoria: pH < 7,30

Clasificación de las complicaciones asociadas a VMNI

- Sobre el paciente

- Efecto de la presión positiva:
 - Alteraciones hemodinámicas.
 - Complicaciones digestivas.
 - Complicaciones respiratorias

- Infecciones:

- Neumonía
- Sinusitis

- Alteraciones en el circuito e interfase (mascarilla):

- Fuga de aire: hipoventilación y/o hipoxemia.
- Hipercapnia por reinspiración ("rebreathing")
- Irritación ocular
- Necrosis cutánea
- Problemas de acceso y protección de la vía aérea:
 1. Incapacidad para aspiración de secreciones
 2. broncoaspiración
- Pérdida de calor y deshidratación.

- Problemas de sincronización:

- Programación
- Alteraciones neurológicas
- Respuesta subjetiva

Cuidados de Enfermería:

Control de signos y síntomas que nos indiquen dificultad respiratoria.

Monitorizar constantes vitales.

Vigilar signos de distensión abdominal, colocando SNG en el caso que dicha distensión dificulte el trabajo respiratorio.

Valorar posibles molestias torácicas y de intolerancia a la técnica (avisar MG).

Vigilar los cambios en el estado mental del paciente (confusión, agitación, inquietud, etc.) que pueden dificultar la consecución de la técnica.

Educar al paciente en todo lo relacionado con la eliminación activa de secreciones.

Atención a las alarmas que aparezcan en el respirador y corregir su causa.

Vigilar apósitos para prevención de UPP y reemplazarlos si procede, controlar las zonas de mayor fricción y presión del amés e intentar cambiar si se puede las zonas de sujeción.

Intentar agrupar actuaciones enfermeras con el fin de realizar las mínimas desconexiones del aparato. Para la ingesta de alimentos y administración de aerosoles, colocar gafas nasales.

Si precisa, aplicar lágrimas artificiales para evitar sequedades debido a posibles fugas.

Bibliografía:

Gubeli M, Pons M. Indicaciones y contraindicaciones de la ventilación no invasiva en el paciente agudo. Capítulo 3: 11-17

Ventilación Mecánica no invasiva en UCI. Sociedad Española de Cuidados Respiratorios y Tecnologías Aplicadas. www.seccar.org

Blasco Morilla J, Ortega Vimesa FJ, Lucena Calderón F. Ventilación no invasiva. EN Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. Página Web. Consultado [Marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.unmsm.edu.pe/02051.html>