

INTERPRETACIÓN CURVAS EN VENTILACIÓN MECÁNICA. UTILIDAD PARA ENFERMERÍA

Arencibia Villagrà Maria Luisa
Pírez Díaz Joana
Rolle Fernández Patricia Maria
Montejano Cloute Pilar M.
González Arjona Lourdes.



OBJETIVO

- Analizar e interpretar la información que nos proporcionan las curvas del respirador
- Detectar y corregir problemas en los pacientes con VM

METODOLOGÍA

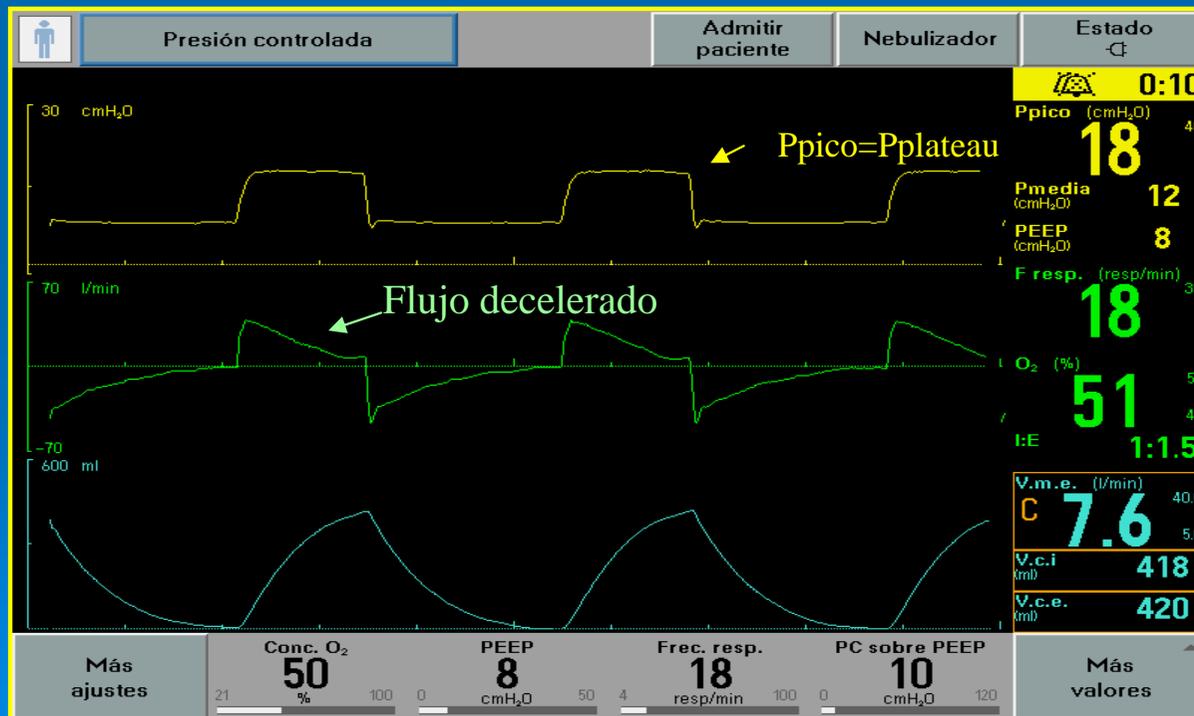
- Estudio morfológico de las curvas respiratorias en distintas modalidades de VM (controlada y asistida)
- Análisis de las variables
- Recogida de registros obtenidos de la pantalla del ventilador (Servo-*i*, Maquet)

MORFOLOGÍA CURVAS RESPIRATORIAS

➤ Modo controlado

Existen tres modalidades principalmente:

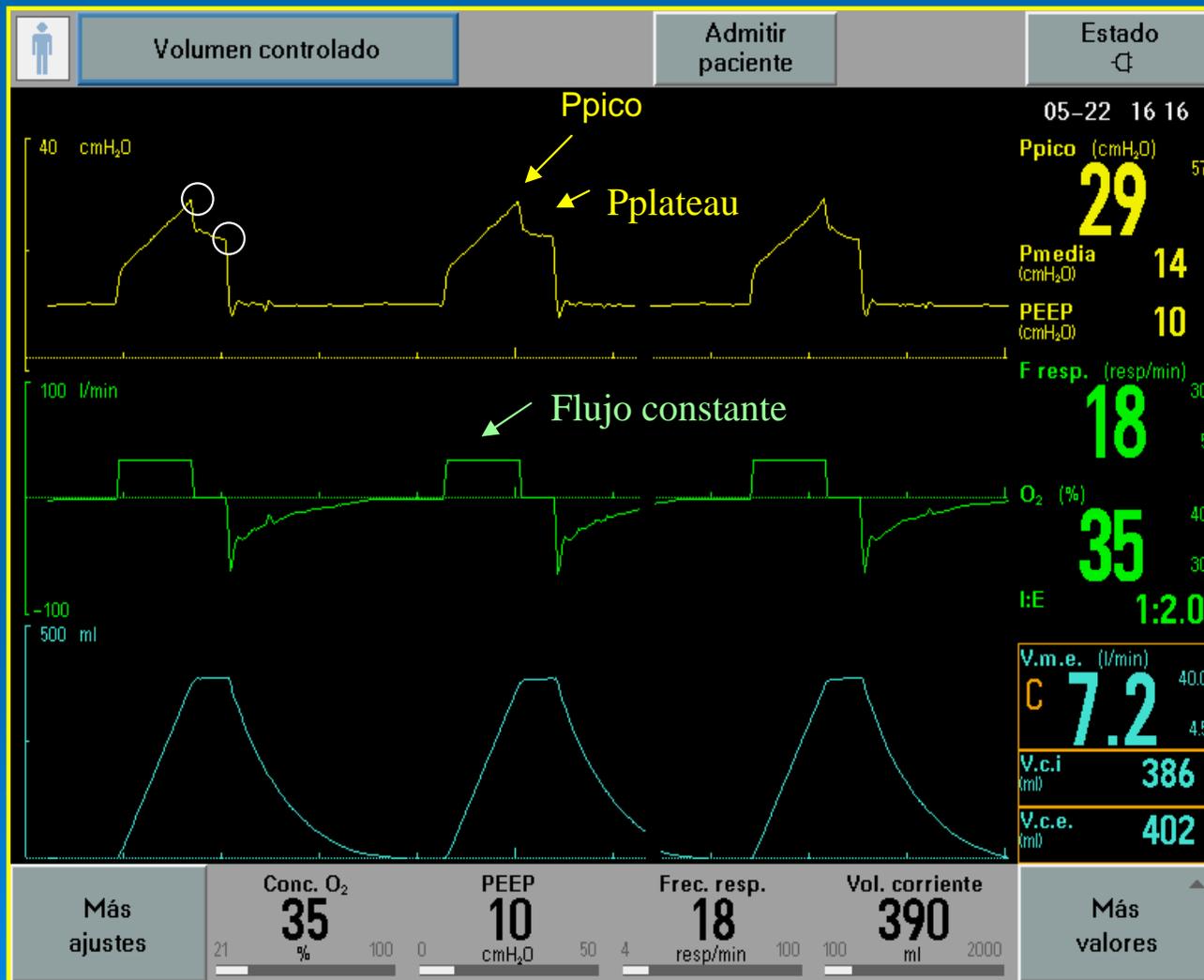
1. Presión control (PC)



Ppico=Pplateau

Flujo decelerado

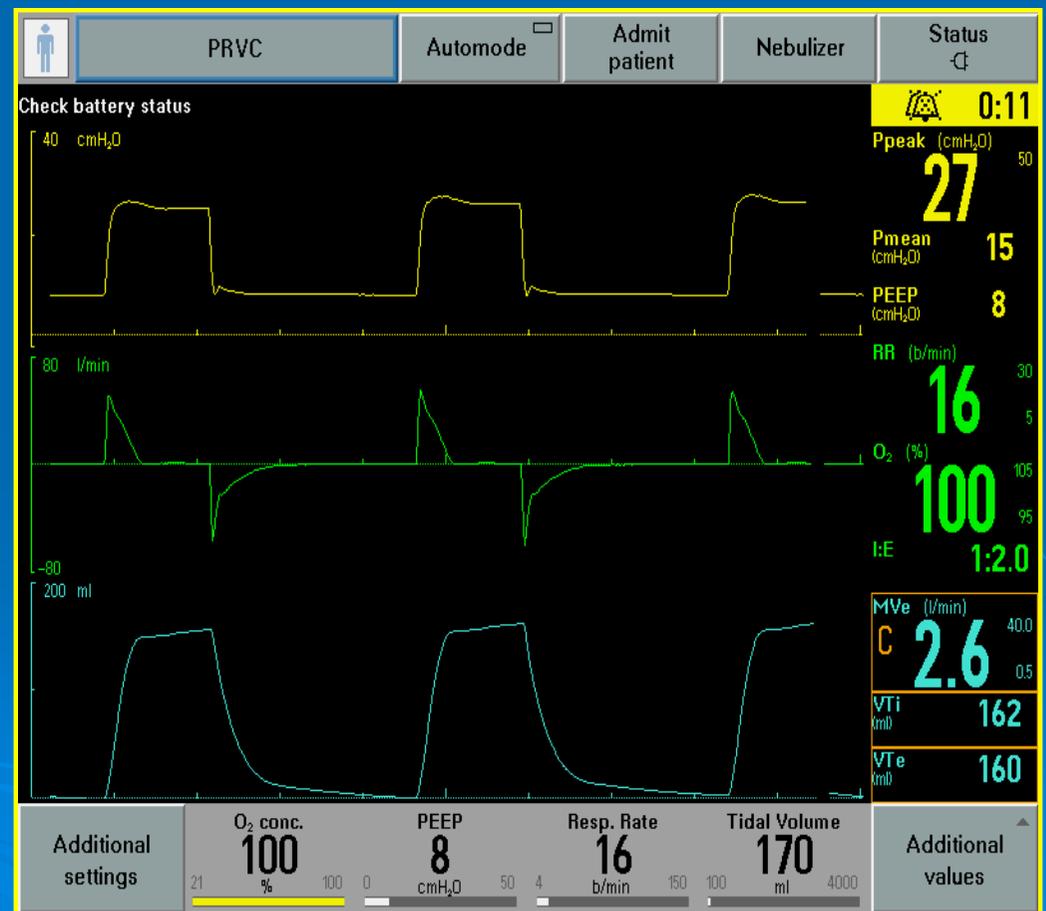
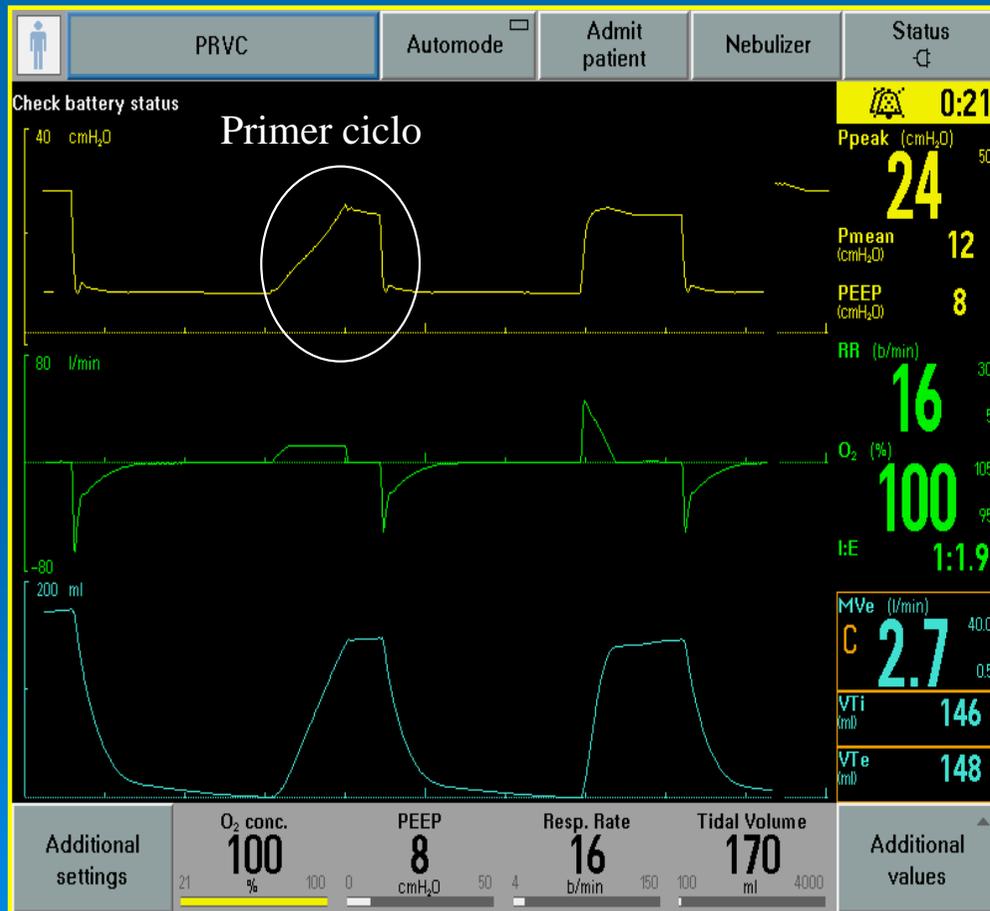
2. Volumen control (VC)



Ppico > Pplateau

Flujo constante

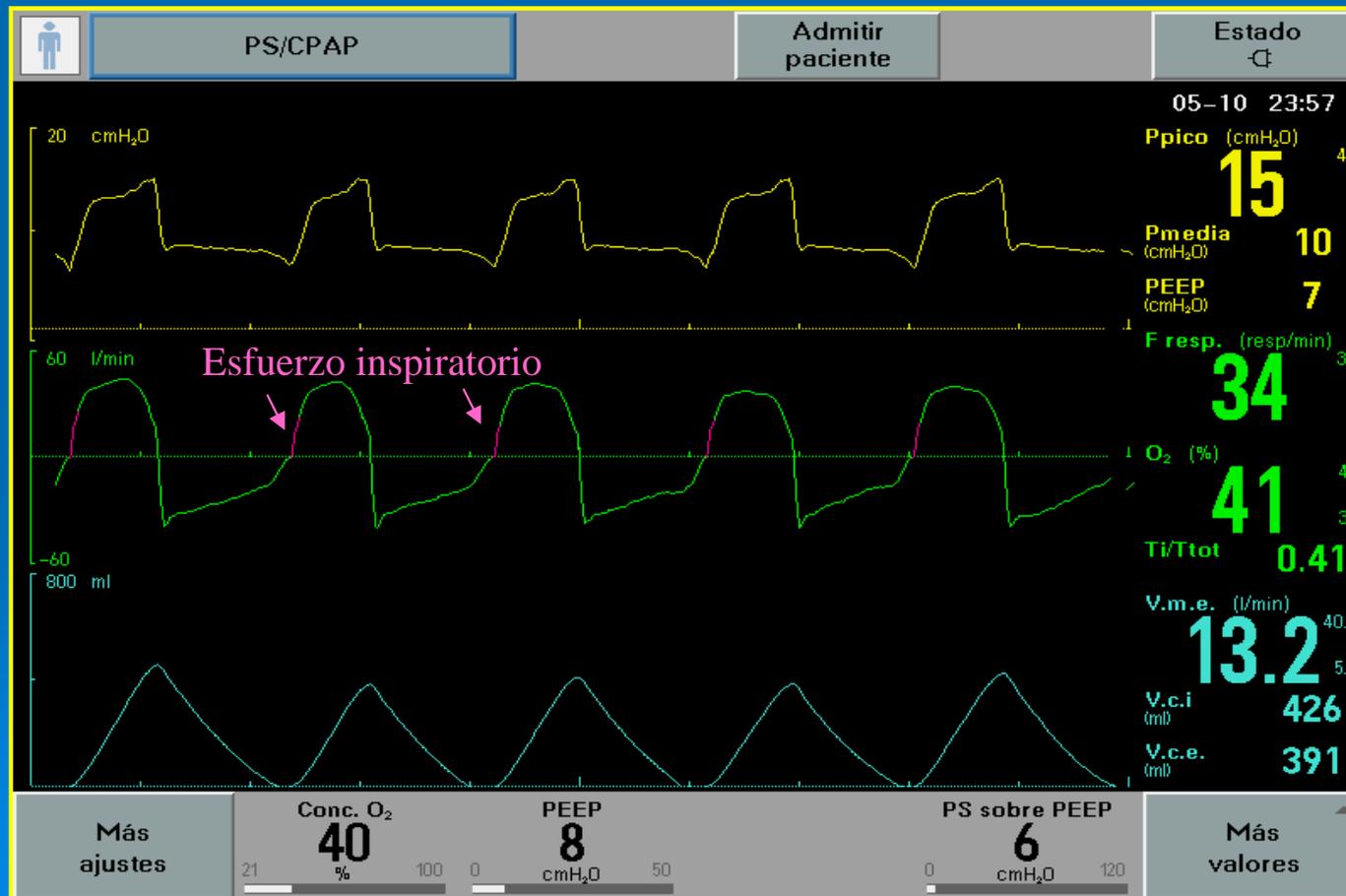
3. Volumen control regulado por presión (VCRP)



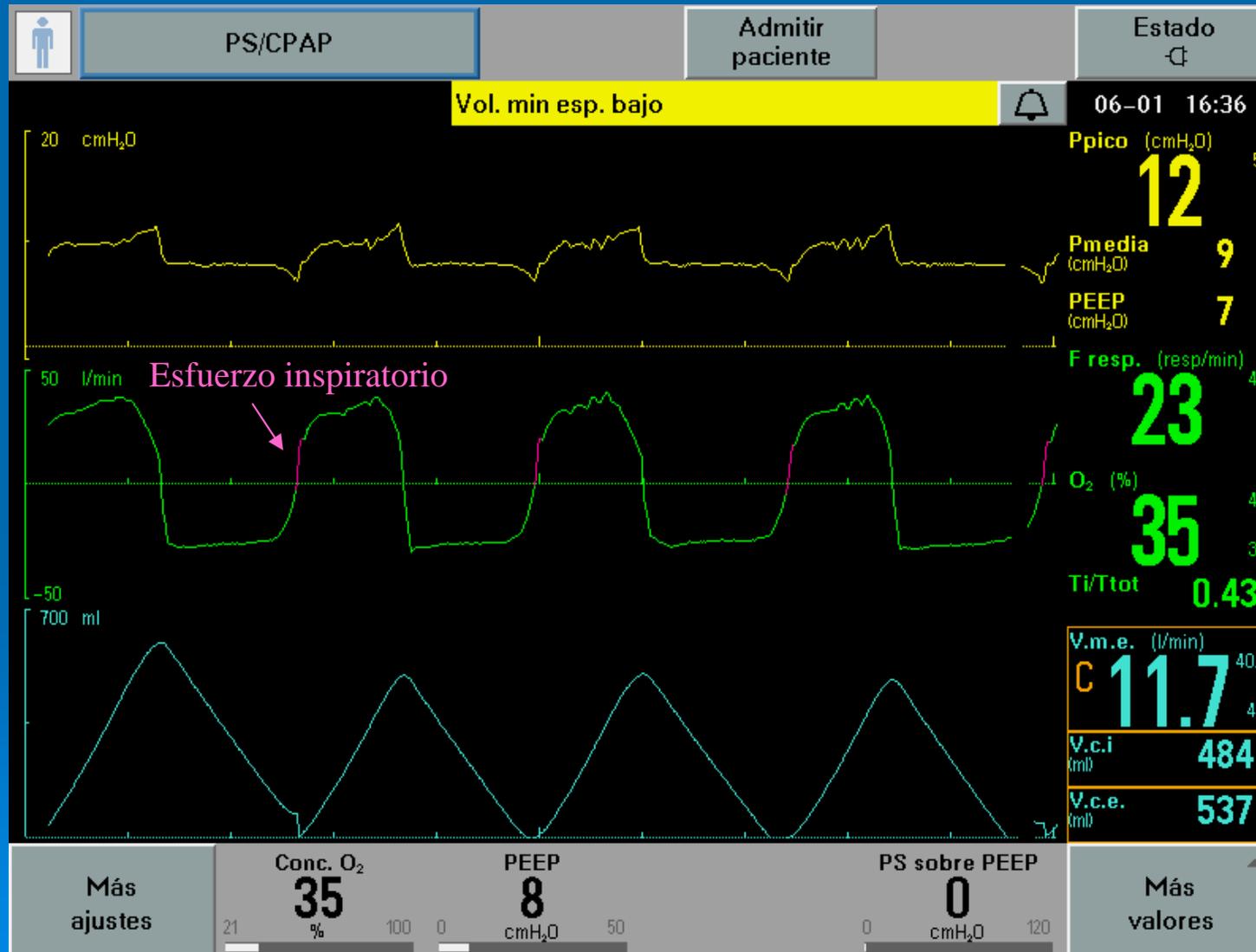
➤ Modo asistido

Diferenciamos dos modalidades:

1. Presión soporte (PS)



2. Cpap



INTERVENCIONES

- Incluir observación y monitorización gráfica de las curvas respiratorias en nuestra práctica habitual.
- Detectar y registrar problemas relacionados con la VM para intervenir de manera adecuada.

Los problemas más frecuentes que nos encontramos son:

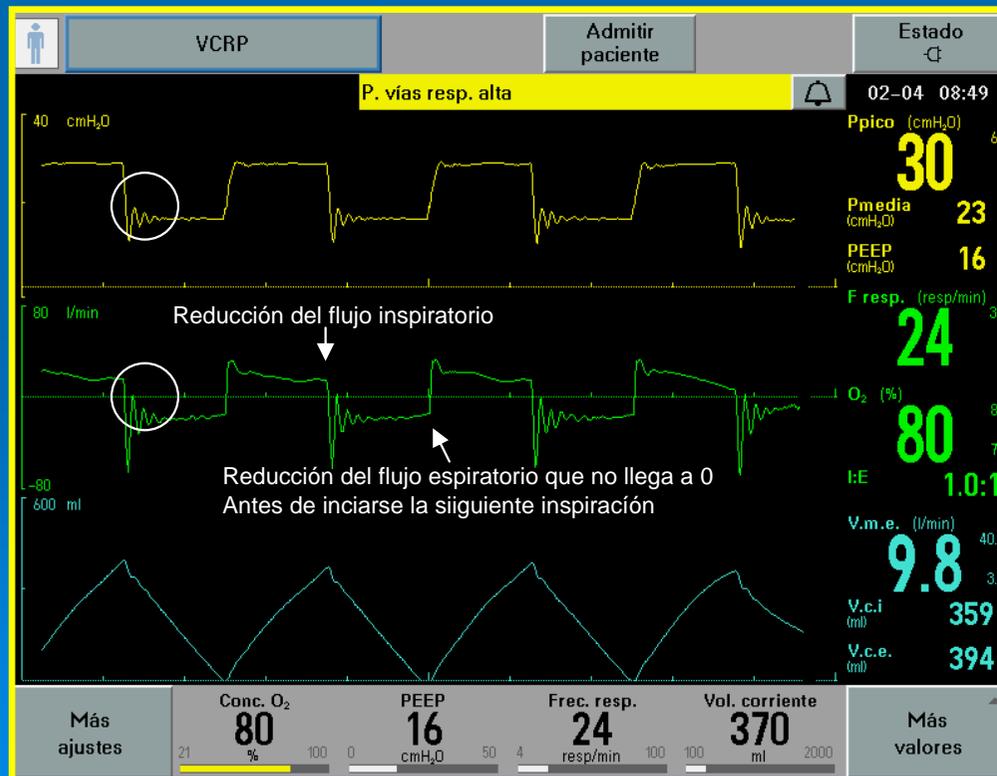
- Acúmulo de secreciones
- Desconexión ventilador-paciente
- Obstrucción espiratoria
- Desadaptación del paciente
- Fugas
- Golpe de tos

Acúmulo de secreciones

“Dientes de sierra” (oscilaciones de alta frecuencia en la fase espiratoria de las curvas de presión-tiempo y flujo-tiempo)

Presencia de PEEP intrínseca de 4 cmH₂O

Disminución del flujo inspiratorio y expiratorio



Tras aspiración

Normalización de las curvas de flujo
presión ins y expiratorias

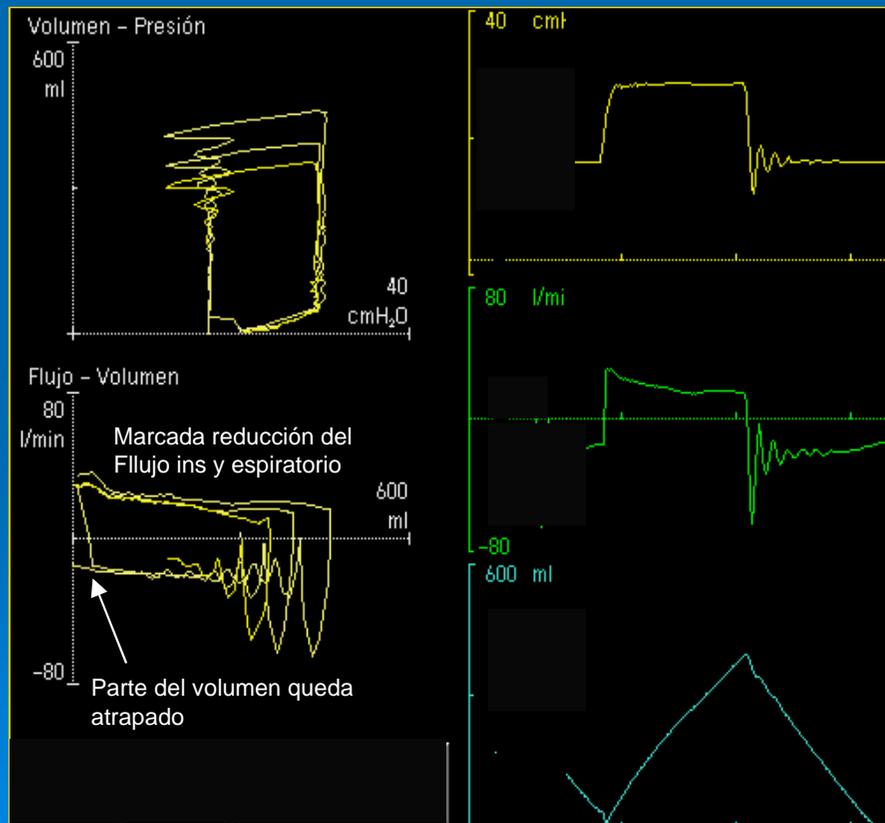
Corrección de PEEP intrínseca



Acúmulo de secreciones

Bucles flujo Volumen

Antes de aspirar



Después de aspirar



Desconexión ventilador-paciente



Revisar conexiones del circuito

Obstrucción espiratoria

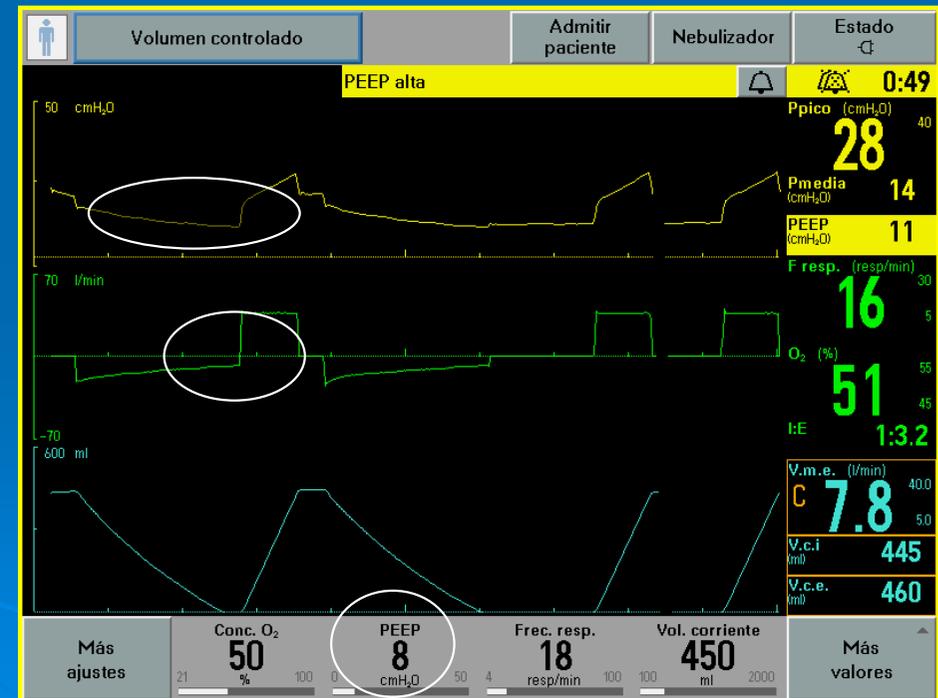
Broncoespasmo

- > grad de P entre Ppico y Pplateau
- > resitencia vía aérea



Avisar al facultativo

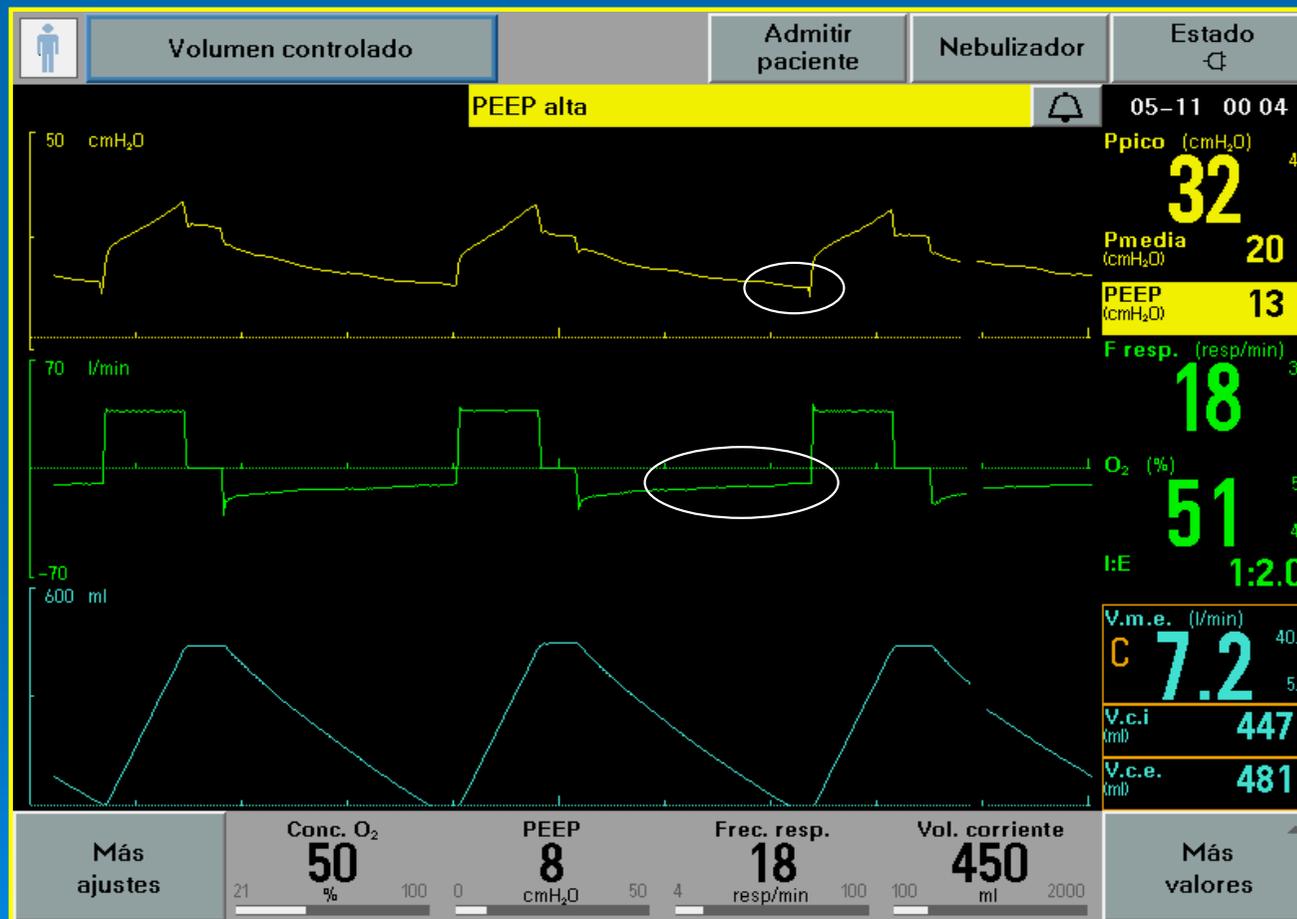
Acodamiento tubuladura



Revisar tubuladuras

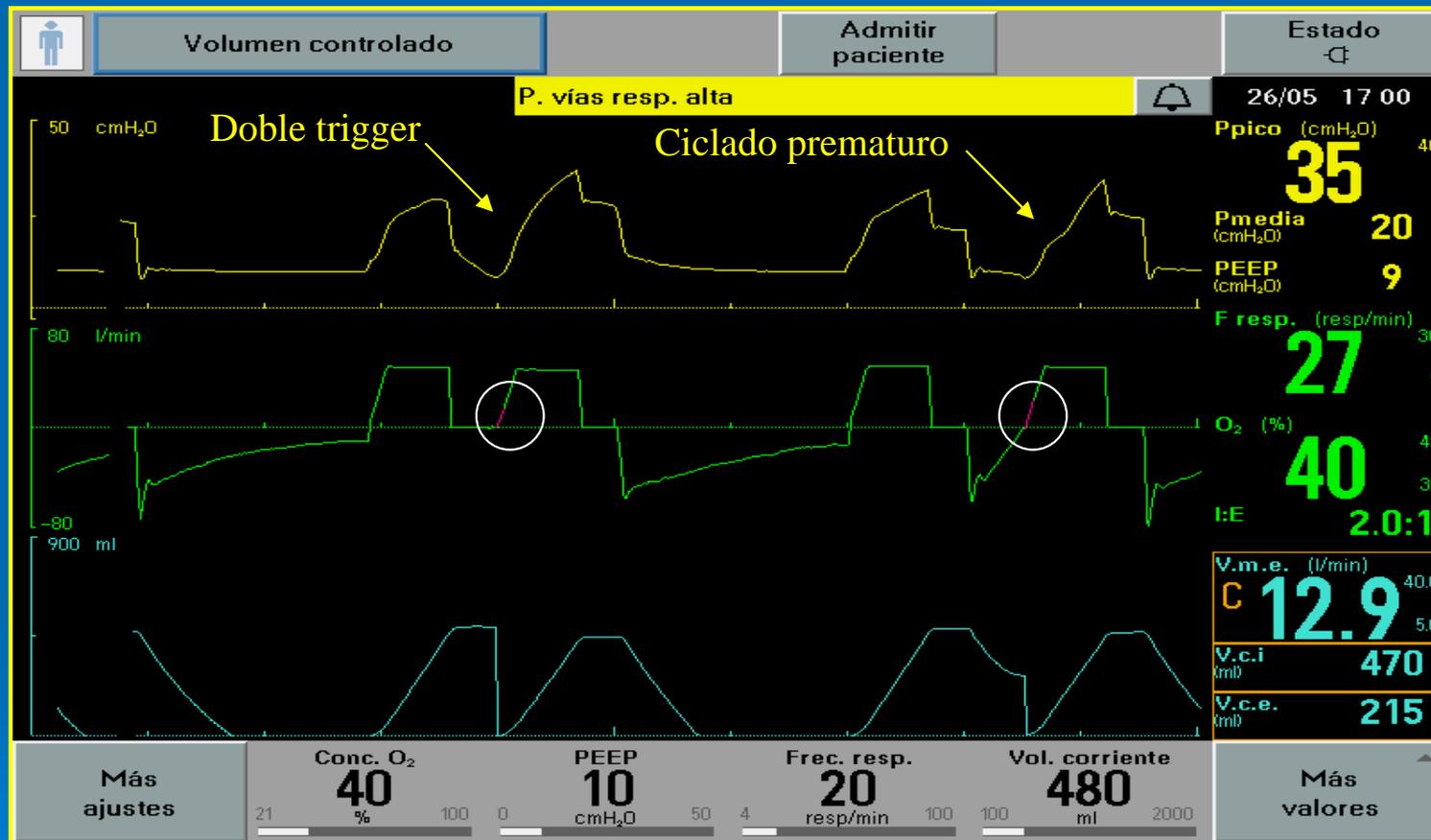
Obstrucción espiratoria Atrapamiento aéreo

El flujo no llega a cero en la espiración, PEEP > programada



Revisar tubuladuras, avisar facultativo

Desadaptación del paciente

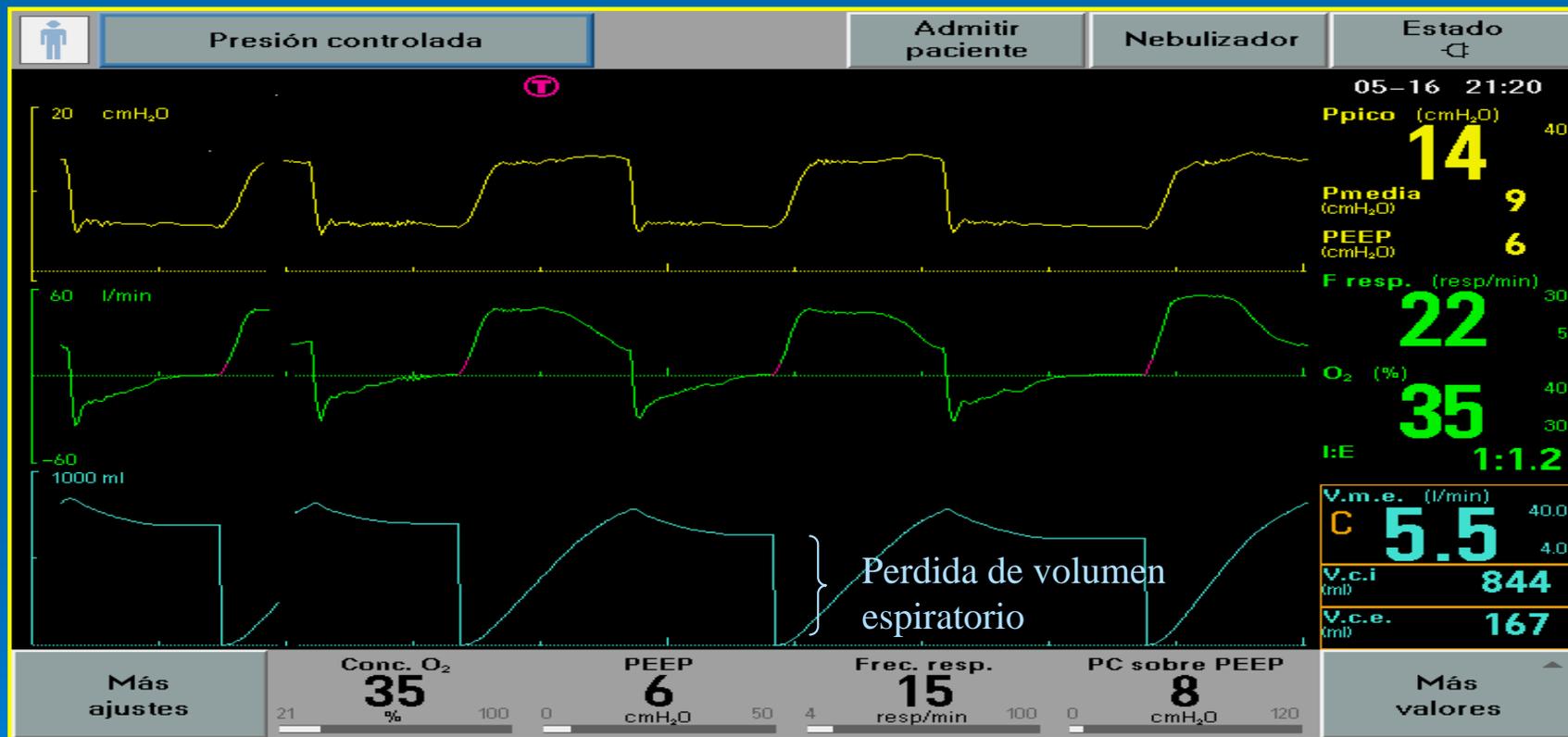


Avisar al facultativo. Valorar si sedación o cambio de modo

Fugas espiratorias

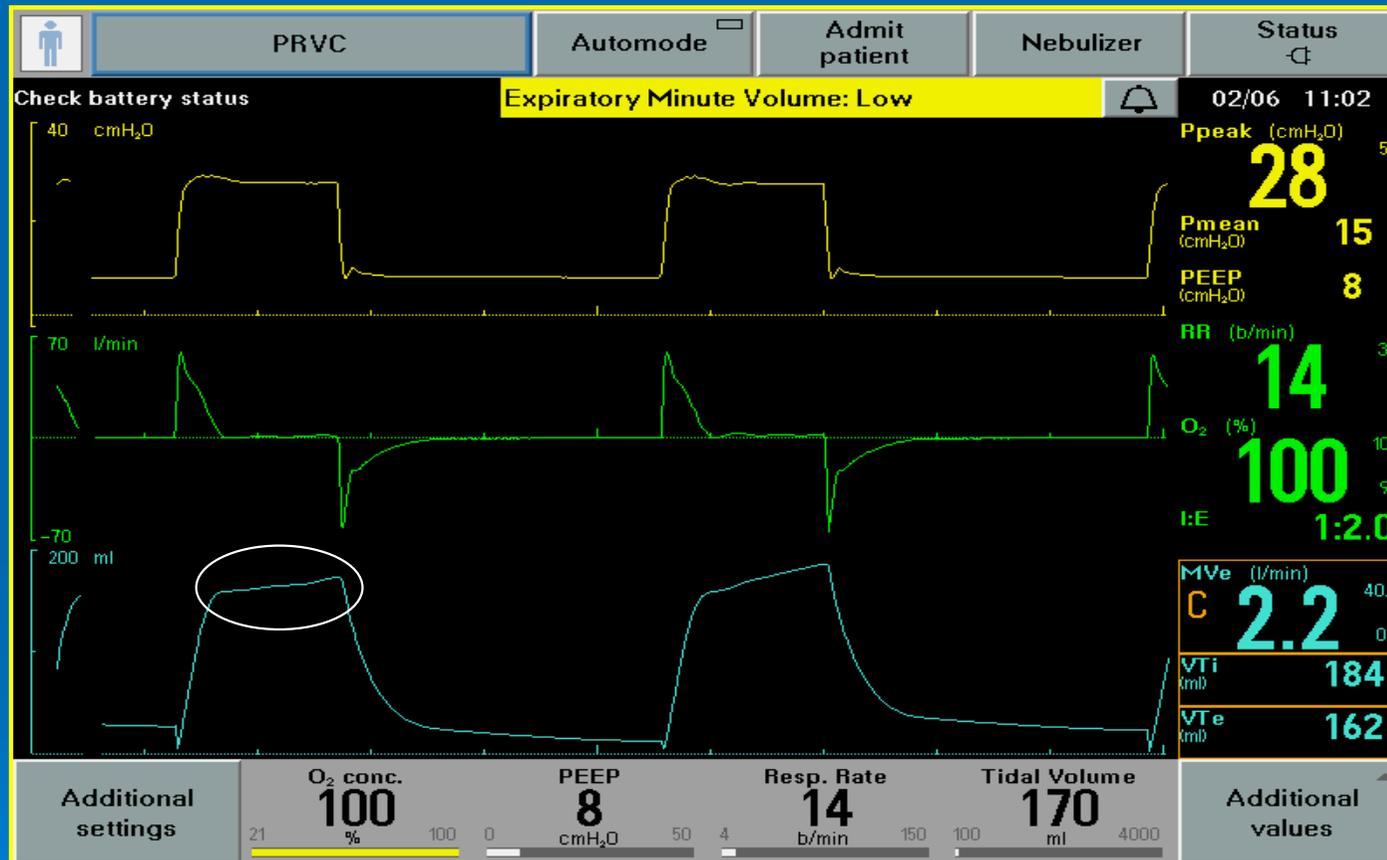
(Tanto del neumotaponamiento, circuito, o del parénquima pulmonar)

Pérdida de volumen, sobre todo espiratorio



Comprobar neumotaponamiento, conexiones del sistema, posibilidad de barotrauma (menor fuga)

Fugas inspiratorias (fístula bronquial)



Avisar al facultativo

Golpe de tos



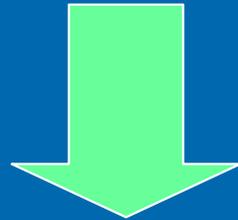
Aspirar secreciones

CONCLUSIONES

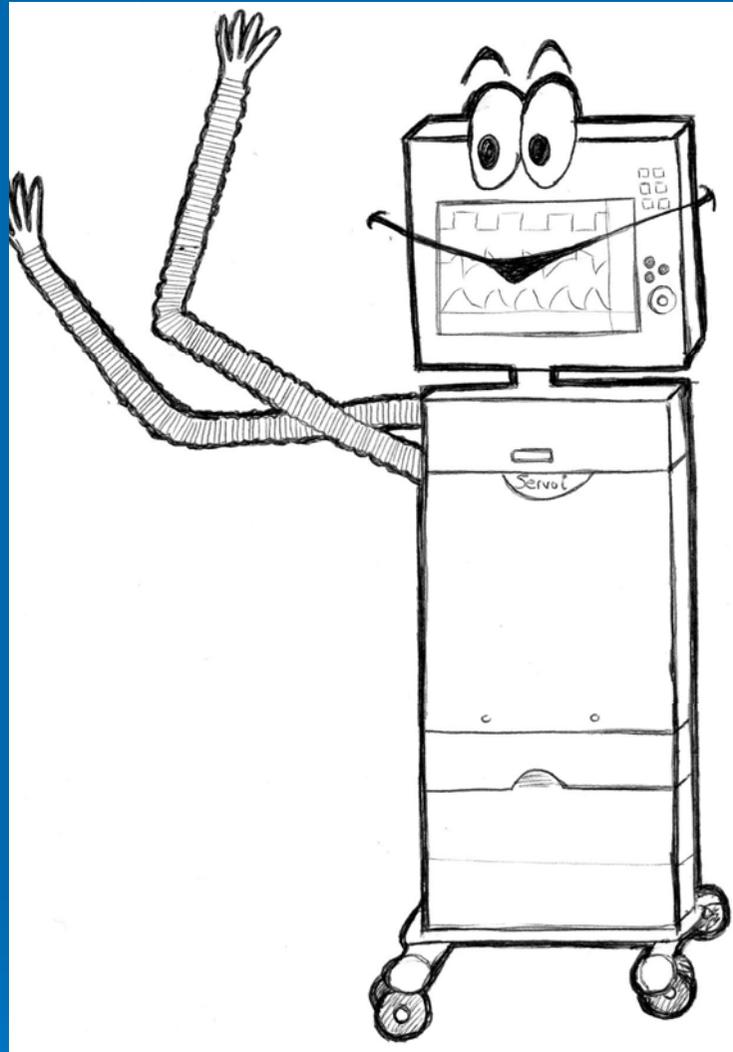
Con el conocimiento que nos aporta la morfología de la curvas y sus variaciones en las diferentes situaciones expuestas anteriormente, podremos detectar, prevenir y solucionar los problemas.

CONCLUSIONES

FORMACIÓN



SEGURIDAD DEL PACIENTE



**¡Muchas gracias por su
atención!**