

RESUMEN ACTA SESIÓN TÉCNICAS RESPIRATORIAS EN CUIDADOS INTENSIVOS

1, ASPIRACIÓN SUBGLÓTICA

- Realizar técnica con jeringa de 20 cc. (no menor capacidad, por riesgo de lesión de mucosa traqueal) o con aspiración suave < 100 mmHg. (sistemas de BAJO VACÍO: ESFERAS BLANCAS) (SISTEMAS DE ALTO VACÍO: ESFERA AMARILLA)
- Cuando sistemas de aspiración subglótica se llenan de secreciones, se **LIMPIAN CON AIRE**, aproximadamente 2 cc. (NUNCA CON AGUA O SUERO FISIOLÓGICO)

2, ASPIRACIÓN FARINGEA/OROFARINGEA/NASOFARÍNGEA

- Colocar paciente con cuello en hiperextensión (siempre que no este contraindicado) y cabeza hacia el lado.
- Realizar el aspirado de orofaringe siempre tras aspirado endotraqueal.
- Desde las zonas más limpias a las más sucias: primero nariz y después boca (altamente contaminada)

3, ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL ABIERTA:

- **Técnica estéril** (también para TRAQUEOSTOMIA)
- Realizar de forma intermitente y girando la sonda de aspiración dal mismo tiempo que se va extrayendo la sonda de vía aérea
- Tener precaución de retirar la sonda unos mm antes de iniciar aspiración para no dañar mucosa traqueal.
- **Hiperoxigenar al paciente con fiO2 al 100%:** los ventiladores poseen un boton de O2 100% que se activa y ofrece durante 2 min O2 al 100%. botones dedicados a ello, tanto en Puritan benett como en Servo-i.
Esta hiperoxigenación siempre debe ser PREVIO A LA ASPIRACIÓN: previene colapso alveolar y riesgo de atelectasia. Asi el paciente se recupera en 15 segundos; si no se realiza este paso, la recuperación se retrasa 15 minutos.
- No realizar aspiraciones innecesarias. Recomendación NEUMONIA ZERO.

3.ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL CERRADA

- El sistema de aspiración cerrada se debe cambiar cada semana.
- Se identificara el sistema con las pegatinas que vienen en el sistema correspondiente al día de la semana.
- Cuidado que la sonda del sistema de aspiración del circuito cerrado no obstaculice el TET.

- Tras aspiración, cerrar conexión entre sonda y tubo, para impedir que al lavar por sistema de irrigación y aspirar continuamente durante la instilación, pase suero al árbol respiratorio.
- Si se detecta aire en el sistema que cubre la sonda de aspiración, el circuito se ha roto, y habría que cambiarlo.
- Cerrar las válvulas tras aspiración .

3. PRECAUCIONES DURANTE LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DE VÍA AÉREA ARTIFICIAL

- Solo aspirar cuando sea necesario
- No realizar lavados bronquiales de rutina por TET. Recomendación protocolo NEUMONIA ZERO.
- No prolongar las aspiraciones a mas de 15 segundos.
- Técnica esteril.
- NO Aspirar con los mismos guantes ni la misma sonda más de una ocasión. Si es necesario continuar aspirando cambiarse el guante estéril y la sonda.

4. DRENAJE PLEURAL

Existen dos tipos de drenajes torácicos. Si queremos drenar aire de la pleura, se utiliza un drenaje tipo **Pleurecath**, mientras que para drenar sangre o pus se utiliza un drenaje **tipo Argyll**. Se diferencian en el diámetro y en la técnica de insercción.

Insercción del Drenaje torácico.-

- No colocar el sistema Pleurevac en el suelo. Usar los soportes para anclar en la cama.
- Mantener durante el tiempo que permanezca el drenaje colocado, pinzas de hemostasia en el box del paciente hasta su retirada, por seguridad para pinzar el drenaje si hubiera una desconexión accidental.
- Cuando sea necesario pinzar el drenaje tipo Argyll, se hará colocando las pinzas en el tubo torácico trasnverslamente entre si. Proteger los dientes de las pinzas con fragmentos de sondas de aspiración o con compresas, para que no erosionen ni corten los tubos torácicos donde se colocan. En caso de drenaje tipo Pleurecath, pinzaremos cerrando la llave de 3 pasos con la que viene provisto el sistema.
- La conexión del tubo con sistema se hará de forma que visualicemos siempre las conexiones .

- Los sistemas de fijación de seguridad al paciente: sobre el tórax y miembro inferior del lado inserto con esparadrapos de tela.

Traslados de pacientes con drenaje torácico.-

- Durante los traslados: asegurar fijaciones al paciente, evitar acodamientos, anclar sistema a la cama.
- Cuando pasemos al paciente de la cama a camilla de quirófano, tac, RM,... clampar sistema de drenaje solo en ese momento.
- Durante los traslados podemos usar la **Válvula de Heimlich** para no transportar el Pleurevac SOLO en pacientes con NEUMOTORAX, no en hemotorax, o empiemas. Y nunca se colocará bolsa de orina a la dicha válvula.

Cuidados y vigilancia del paciente.-

- Se realizará la cura del punto de inserción cada 48 horas: con fechas colocadas en los apósitos; salvo que estén sucios, no bien adheridos o mojados tras aseos.
- Registro de puntos de sutura en gráfica especificando localización de los mismos, además de días desde colocación.

-VIGILAR LAS CÁMARAS DE ASPIRACIÓN y EL SELLO DE AGUA A LA ENTRADA DE TURNO QUE ES TE RELLENAS DE AGUA (-15 o -20 cmH₂O), según prescripción, ya que estas suelen evaporarse con el burbujeo de la aspiración . REALIZAR ESTA COMPROBACIÓN CLAMPANDO LA ASPIRACIÓN.

- Anotar cada 12h el débito en la cámara de recolección del Pleurevac rotulando el nivel con fecha y hora a las 7h de la mañana. A las 20h sólo anotar la señal.

- Registrar en la gráfica la cantidad a las 7h y a las 20h y anotar las características del líquido. (ROJO – SANGRE, AZUL – LIQUIDO)

- Vigilar el sello de agua para valorar presencia de fuga aérea (si burbujea el sello de agua es que existe fuga aérea). Anotar en la gráfica cada hora (+) O (-).

- Si accidentalmente se vuelca el Pleurevac y las cámaras colectoras se mezclan, se debe cambiar sistema completo.

- NO ORDEÑAR LOS DRENAJES.

En caso de sistemas de recolección tipo “MACETAS”: DESCONTAR del débito el sello de agua de 300 CC. Con el que se rellena el dispositivo

Retirada del Drenaje torácico.-

- Para la retirada del drenaje pleural, se sellará con apósito impregnado en Betadine en crema (sella y protege infección). Colocar apósito transparente para así observar si hay salida de aire.
- Se retirara con el sistema cerrado y sin aspiración.
- Cuando el paciente está en respiración espontánea, se realizara la retirada pidiéndole al paciente que realice una inspiración profunda.

RECORDATORIOS GENERALES.-

- Cuando por algún motivo no se pueda realizar una RX cuando llega el técnico de rayos (por falta de celador, aseos, etc.) y el técnico se va sin realizar la RX, hay que estar pendiente de cuando se pueda hacer RECLAMARLA AL SERVICIO DE RX, tanto el enfermero como el auxiliar responsable del paciente o el personal que le haya dicho al técnico que no se puede hacer la placa.
- Registro de eventos adversos en caso de UPP grado II, Flebitis, salida accidental de dispositivos y caídas.
El registro de eventos adversos no tiene como fin culpabilizar a ningún profesional, solo como medida de análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente y planificar medidas de mejora.
- Registro en modulo de cuidados de las escalas de valoración del riesgo de UPP, riesgo de caídas, inserción y mantenimiento de accesos venosos. **Protocolo de GUÍAS FASE.**
- Registro del Dolor y Sedación a través de las escalas de valoración. EVA/ESCID para el dolor y Escala RICHMOND para la sedación. **Objetivo contrato-programa UGC Cuidados Intensivos 2019.**
- **Revisión de Carro de Paradas.** En cada carro de paradas existe un listado con todo el material especificado que debe estar en cada cajón. Por favor revisar que esté todo lo necesario y no acumular material que no pertenezca al carro.
- Mantener las unidades y los boxes ordenados y recogidos.
- **NO ACUMULAR MEDICACIÓN EN LOS MOSTRADORES.** Si existe medicación que no vayamos a utilizar, devolverlo a final del turno al dispensador.