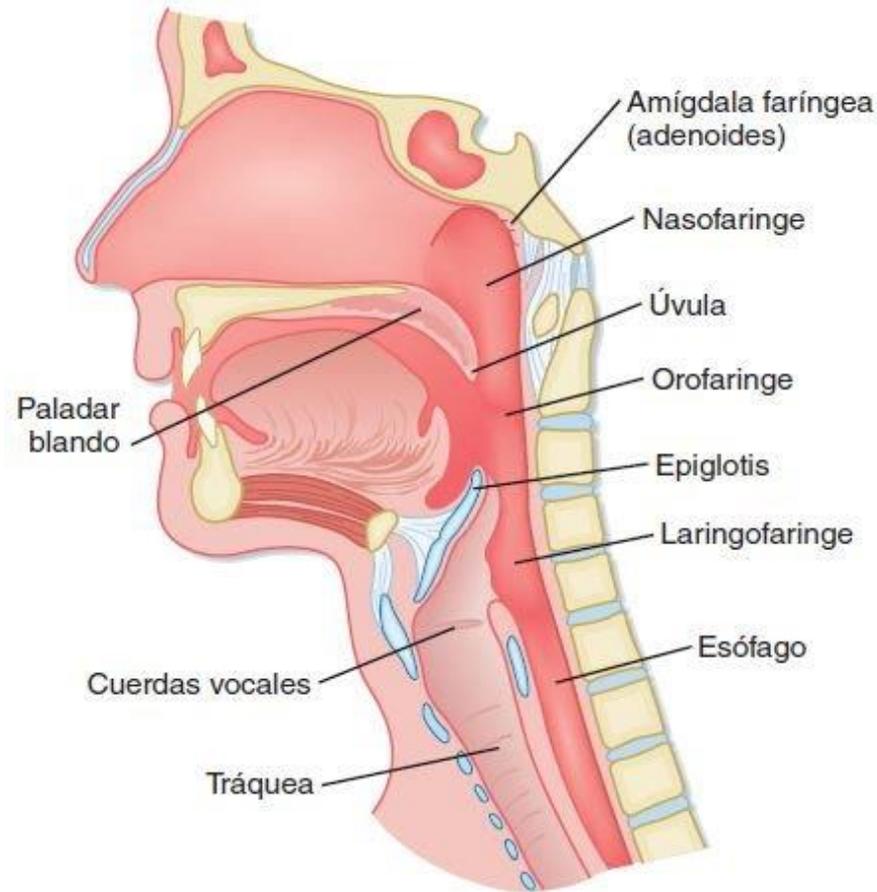




CUIDADOS DE LA TRAQUEOSTOMÍA

Anatomía y fisiología del sistema respiratorio



Vías respiratorias:

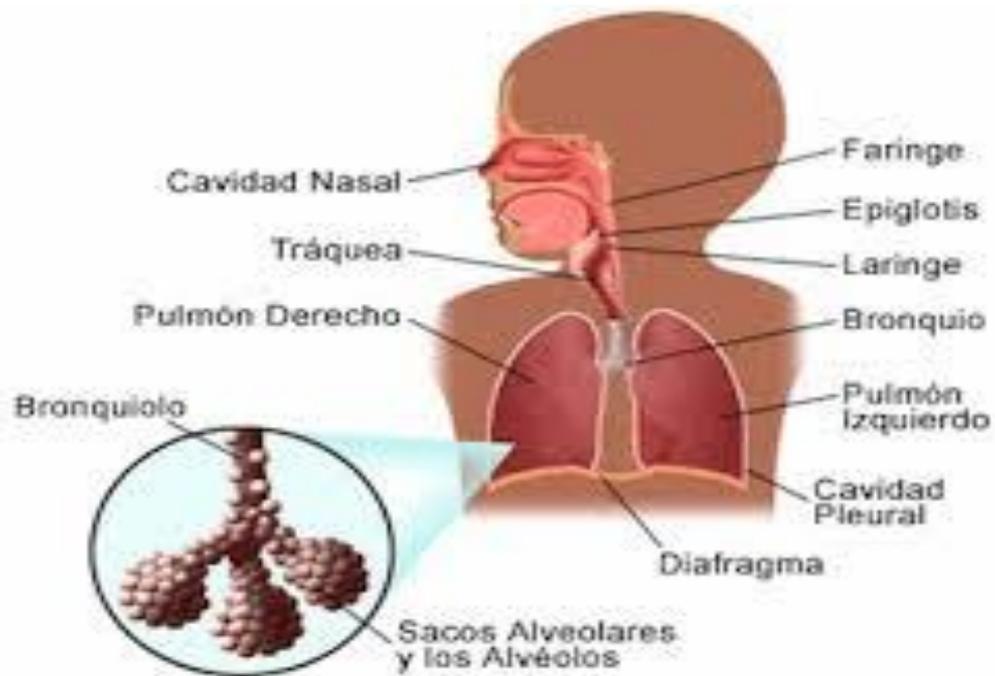
Superiores:

- Nariz
- Cavidad nasal
- Cavidad de la sinus

Inferiores:

- Laringe
- Tráquea
- Carina
- Bronquios derecho e izq.
- Pulmones
- Mediastino: un área que separa los pulmones y que contiene el corazón y venas, la tráquea y el esófago.

Respiración:



Respiración:

Es el acto de inhalar y exhalar. Al inhalar se aspira oxígeno, al exhalar se espira CO₂. El aire entra en el cuerpo por medio de la nariz o de la boca. Viaja hacia abajo por la garganta y pasa por la laringe y la tráquea.

La laringe contiene las cuerdas vocales, que actúan como válvulas para controlar el flujo de aire, y usan este flujo para el habla.

El aire entra en los pulmones y pasa por los bronquios los cuales se dividen en bronquiolos, éstos en otros más pequeños y así hasta llegar a los alveolos.

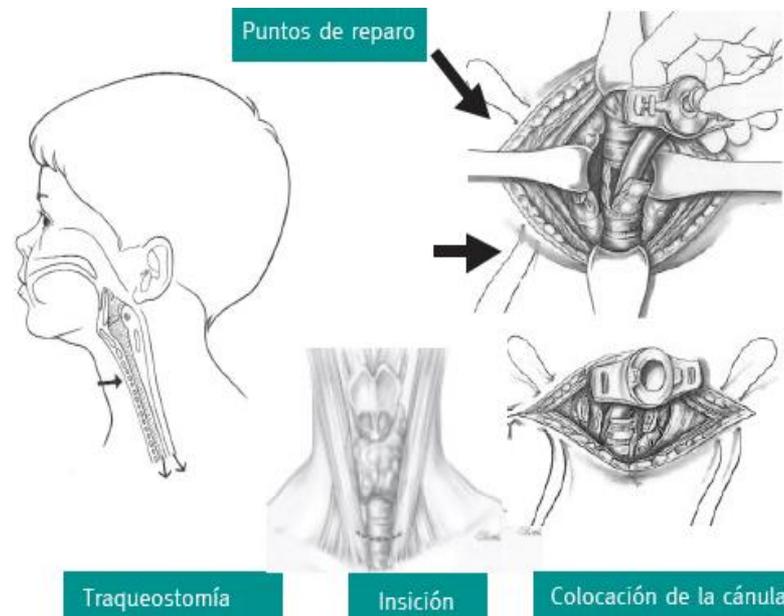
Cambios que se producen con la traqueostomía

- Cambio en el flujo normal del aire que va a los pulmones
- Alteración en el proceso de humidificación, filtración y calentamiento del aire a los pulmones
- Alteración de la mucosa de los pulmones y cómo se eliminan las secreciones
- Interferencia en el habla

La traqueostomía es un procedimiento quirúrgico realizado en la región anterior del cuello (entre el 2º y 3º anillo traqueal) y tiene como fin mantener la permeabilidad de la vía aérea, mediante la colocación de una cánula traqueal.

Cambios que se producen con la traqueostomía.

La vía aérea de un neonato es más pequeña que la de un adulto. La tráquea es un órgano en forma de tubo de unos 10-12 cm de diámetro. El diámetro de la luz subglótica de un recién nacido a término es de 4,5-5,5mm, la de un prematuro es de unos 3,5mm aproximadamente.

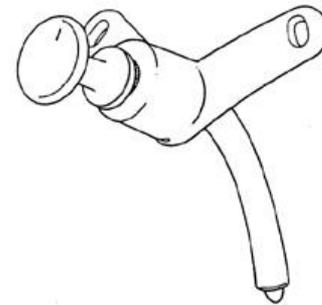


Cánulas de traqueostomía

En el niño los cartílagos, músculos, membranas mucosas y tejidos del cuello son mucho más blandos que en el adulto. Las estructuras traqueales se adaptan totalmente a la cánula que, al mismo tiempo ocupa la mayor parte de la luz traqueal. Debido a ello estas cánulas carecen de manguito, de camisa interna dado su reducido tamaño interno.

Las cánulas utilizadas en neonatos tienen sólo dos componentes, una cánula madre y el obturador (guía)

En menores de 1 año se utilizan cánulas neonatales. El tamaño adecuado de la cánula se calcula teniendo en cuenta el nº del último tubo endotraqueal usado más 0,5mm más. La cánula debe extenderse al menos 2cm más allá del estoma y 1-2cm sobre la carina de la bifurcación traqueal.



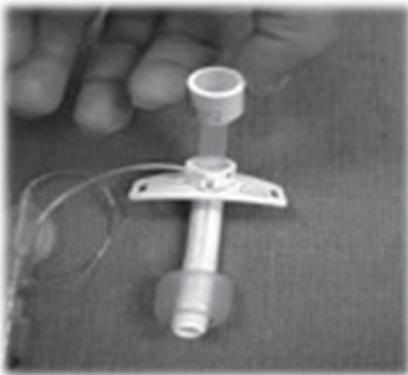
Partes de una cánula:



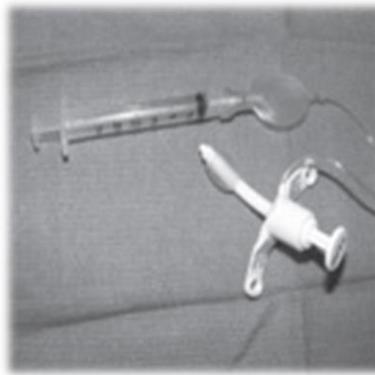
Cánula y obturador



Adaptador universal



Camisa interna



Cánula con manguito



Cánula fenestrada

Partes de una cánula:

- Cánula madre (neonatal): es de un solo cuerpo; se encuentra en contacto directo con la pared traqueal, presenta una aleta de fijación a través de la cual puede fijarse al cuello del niño, en ella se encuentra identificado el nº de la cánula. Algunas cuentan con el obturador que facilita su colocación y evita así lesiones traqueales; su longitud es algo mayor a la cánula interna con un extremo distal romo
- Camisa interna: consiste en un dispositivo hueco que se coloca en el interior de la cánula madre para asegurar la permeabilidad de la vía aérea. Esta reduce el diámetro interno de la cánula, pero evita el recambio de cánula en caso de tapones de mucosos
- Cánula con manguito: es un dispositivo que se encuentra por encima de la luz distal y que permite sellar completamente la tráquea al inflarlo
- Cánula fenestrada : incorpora en la cánula madre aberturas que permiten pasar el aire a través de la cánula desde la vía superior y permite el habla.

Tamaños de la cánula neonatal:

Cánula neonatal	Diámetro interno	Diámetro externo mm	Longitud en mm
3.0 NEO	3,0	4,5	30
3.5 NEO	3,5	5,2	32
4.0 NEO	4,0	5,9	34
4.5 NEO	4,5	6,5	36

Cuidados de la traqueostomía:

Aspiración de secreciones:

Tiene como objetivo mantener la vía aérea permeable, con una ventilación y oxigenación eficaz. Es común que los pacientes presenten mayor número de secreciones.

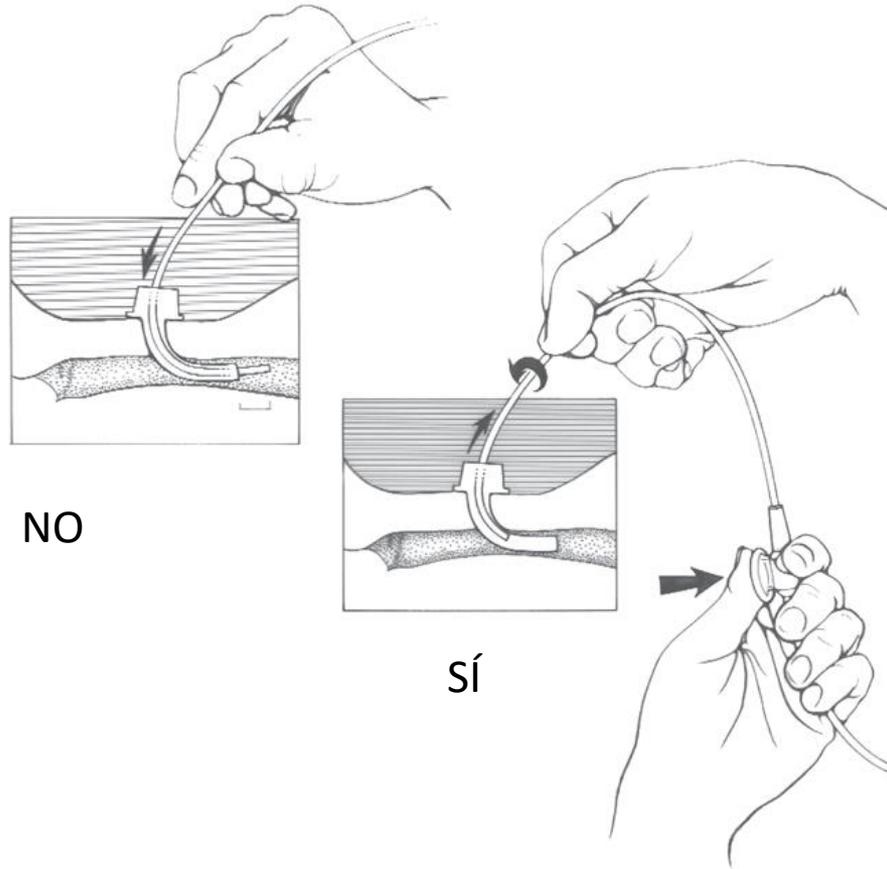
Para la aspiración de secreciones deben utilizarse sondas que ocupen el 75% del diámetro de la cánula. Será necesario utilizar la cánula de repuesto para medir la longitud a introducir, que será la medida hasta el extremo distal de la cánula sin sobrepasar la misma, para evitar daños en la mucosa traqueal.

Se debe aspirar cuando haya secreciones visibles o signos de obstrucción de la cánula o dificultad respiratoria: aléteo nasal, respiración más rápida, el niño está inquieto, tose, pálido o azulado.

No es necesario ventilar previamente y así evitaremos la introducción más profunda de las secreciones. Tampoco es necesario instilar suero fisiológico si las secreciones son fluidas, si se instila será (0,1 ml/kg) aproximadamente.



Aspiración de secreciones:



Pasos a seguir en la aspiración de secreciones:

- Lave sus manos con agua y jabón para reducir la posibilidad de infecciones
- Tenga todo el material preparado y conecte la máquina de aspiración
- Conecte el catéter a la máquina
- Procure no tocar el extremo del catéter que entra en la cánula ni que roce con nada, debe estar lo más estéril posible
- Si hace falta eche unas gotas de suero fisiológico.
- Suavemente introduzca la sonda hasta el final de la cánula y cuando llegue retire un poco y comience a aspirar
- Cubra el agujero de la conexión en “ y ” para poder aspirar
- Vaya retirando el catéter aspirando, debe durar escasos segundos
- Cuando lo necesite para seguir aspirando lave el catéter con agua
- Observe en todo momento a su hijo por si precisa ventilar con el ambu si le cuesta recuperarse
- Permita que descanse y se recupere entre una aspiración y otra



Material para aspiración de secreciones:



Aspiración manual:



En caso de que no dispongamos de un aspirador

Cambio de cánula de traqueostomía:

- El primer cambio tras la cirugía será aproximadamente a las dos semanas, tiempo en el que la fístula se ha completado; posteriormente se sugiere que se cambie cada semana o cuando sea necesario, basados en la necesidad de disminuir riesgos de obstrucción. El cambio debe realizarse entre dos personas.
- Material que debemos tener preparado para el cambio y siempre por cualquier emergencia:
 - 1) Cánula de TQT del mismo tamaño con collarín y babero
 - 2) Cánula o tubo endotraqueal 0,5mm más pequeño del que tenemos por si ésta no entrara
 - 3) Ambu con su mascarilla
 - 4) Oxígeno, aspiración central, sondas de aspiración
 - 5) Suero fisiológico, jeringas de 1-2cc, guantes estériles
 - 6) Gasas, tijeras, solución antiséptica: clorhexidina acuosa



Introduzca la cánula con el obturador



Siga la curvatura hacia abajo



Retire el obturador sin soltar la cánula ya introducida



Sujete la cánula hasta que anude el collarín

Material para el cambio de cánula:



Cambio de cánula de TQT

El niño debe colocarse en decúbito supino (boca arriba) con la cabeza en hiperextensión y una almohadita debajo de los hombros.

Procedemos a la aspiración de secreciones previo al cambio.

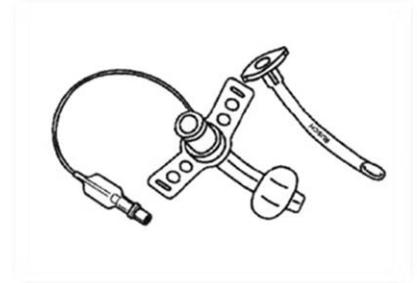
Cortamos las cintas de sujeción de la cánula y retiramos ésta. A continuación tendremos la cánula de repuesto preparada con su guía puesta e introducimos suavemente la cánula en el estoma siguiendo la curvatura de la guía y una vez introducida en su totalidad retiramos la guía inmediatamente. Mientras uno sujeta la cánula para que no se salga, el otro ventila con el ambu para comprobar que el tórax se expande y la cánula está bien colocada.

La técnica debe ser lo más aséptica posible sin tocar la curvatura de la cánula

A continuación se coloca el collarín y se atan las cintas por las orejuelas de la cánula (dos o tres nudos). La correcta fijación de la cánula es muy importante para que ésta no se salga, se debe poder introducir un dedo entre el collarín y el cuello del niño.

Puede medirse con un metro el trayecto del cuello desde una orejuela a otra de la cánula y dejar anotado para hacer los collarines.

Cambio de la cánula con manguito



- Compruebe la cánula nueva a insertar. Pruebe el globo si se infla correctamente al llenarlo con aire para asegurarse de que funcione y luego vacíelo.
- Lubrique la cánula con un poco de agua estéril y acueste al niño con una almohadita debajo de los hombros
- Desinfe el globo de la cánula que su hijo tiene puesta para no dañar la vía respiratoria. Conecte una jeringa al final del globo y vacíelo. A continuación retire la cánula mientras su hijo echa el aire
- Inserte la nueva cánula con la guía u obturador puesta y el globo desinflado. Oriente la cánula hacia adentro y, a continuación hacia abajo
- Retire rápidamente la guía y compruebe con el ambu que el aire entra en los pulmones
- Infle el globo (según prescripciones médicas), si el globo tiene demasiado aire puede dañar la vía respiratoria.
- Anude el collarín

Cuidados del estoma y de la piel

- La zona alrededor del estoma debe mantenerse limpia y seca. Puede limpiarse con suero fisiológico , clorhexidina acuosa, o agua y jabón; se colocara un babero para proteger de la humedad y las secreciones. Deben observarse si hay signos de infección como irritación de la zona, inflamación, dolor, supuración, olor fétido. Consultar con un profesional en estos casos.
- La sujeción insuficiente de la cánula puede llevar a que se salga ésta o provocar traumatismos por el movimiento continuo de la cánula. Un sujeción fuerte puede provocar eritema y úlceras por presión.
- El uso de gasas en el sitio de la traqueostomía no es recomendado debido a que se puede crear más humedad, ya que la gasa la absorbe, y puede haber crecimiento de bacterias.

Equipo para el cuidado de la traqueostomía en casa

El equipo que se lleve a casa estará disponible antes que se vaya a su casa para permitirle que pueda aprender a usarlo. El proveedor le informará cómo cuidar el material y cómo limpiarlo.

Material de traqueostomía:

- Cánula de traqueostomía del mismo nº y otra más pequeña o tubo endotraqueal más pequeño.
- Ambu con adaptador para tráquea
- Cintas y collarín
- Pinzas, tijeras de puntas redondas
- Gasas, suero fisiológico, clorhexidina acuosa.
- Almohadita o toalla para debajo de los hombros

Equipo para el cuidado de la traqueostomía en casa:

Equipo de aspiración:

- Máquina de succión eléctrica fija
- Máquina portátil o móvil
- Catéteres de succión (nº que vaya a la cánula actual) punta roma y punta cortada
- Viales de suero fisiológico.
- Perilla de succión, jeringa de 50cc (de alimentación)
- Catéteres de succión oral
- Vasija con agua para lavar sonda de aspiración

Equipo para el cuidado de la traqueostomía en casa

Tubo corrugado



Sistema de humidificación:

- Compresor de aire
- Agua destilada para la humidificación
- Mascarilla para la traqueostomía o sistema de aerosoles para traqueo
- Tubo corrugado
- Filtros o intercambiadores de humedad

El aire normalmente entra por la nariz y boca donde es filtrado, calentado y humidificado para proteger el recubrimiento de los pulmones y evitar que la mucosa se seque. Una traqueostomía no permite que el aire pase por la nariz y boca. Por lo tanto necesita agregar humedad. El niño precisará un intercambiador de calor y humedad (nariz artificial) y cuando las secreciones sean más espesas necesitará humedad extra con aerosoles.

Material de humidificación

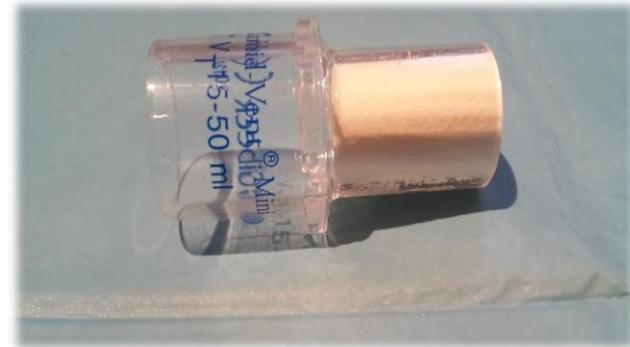


Compresor de aire para aerosoles

Material de humidificación:

Consejos:

- El niño necesitará humedad los días calientes y secos
- Si está enfermo y tiene las secreciones más espesas
- Cuando la nariz esté llena de secreciones tírela y use otra
- el filtro de papel se hinchará al mojarse y el niño no podrá respirar
- Puede ocurrir que no se pueda retirar la "nariz" de la cánula, por ejemplo en caso de un tapón y sea una emergencia aspirar. Valiéndose de una pinza u otro utensilio quitar el filtro de papel quedando entonces una abertura que permite aspirar y el paso del aire.



Material de humidificación:





Preparación de los nebulizadores

1. Lávese las manos
2. Prepare el equipo

Compresor o fuente de oxígeno

Mascarilla para nebulización de traqueostomía

Micronebulizador

Suero fisiológico al 0,9%

Jeringa de 3ml

Medicamento a nebulizar

Preparación de los nebulizadores

- Con una jeringa mida 3cc de suero fisiológico y colóquelos en la cámara del micronebulizador, esta cantidad va a depender de la viscosidad del medicamento. Su médico se lo indicará
- Agregue el medicamento utilizando la dosis exacta prescrita
- Conecte el nebulizador a la toma de aire utilizando un flujo de 6 a 8 litros/minuto; este es el flujo que habitualmente se utiliza para nebulizar las micropartículas. Si no tolera con aire consultar con su médico si usar oxígeno
- Si utiliza un compresor de aire, simplemente enciéndalo
- Ponga al niño en posición incorporada



Uso de inhaladores

Un inhalador es un dispositivo utilizado para suministrar un medicamento en forma de polvo o líquido a través de los pulmones. La forma de administrarlos en neonatos es a través de las cámaras de inhalación o con nebulizadores, que pueden ser neumáticos o ultrasónicos. Los neumáticos nebulizan peor los medicamentos que el ultrasónico



Nebulizador neumático



Nebulizador ultrasónico



Aero Trach plus: cámara espaciadora
Para pacientes con traqueostomía. No
requieren coordinación entre la
pulsación y la inspiración gracias a una
válvula unidireccional que tienen



Aero Chamber 15/22 para pacientes con
ventilación mecánica.
Compatible con el circuito del respirador



Adaptador para inhalador en
ventilación mecánica

Administración de inhaladores pasos a seguir

- Aspirar secreciones de la cánula de traqueostomía
- Agitar el inhalador
- Colocar el inhalador en la cámara espaciadora en la ranura adaptada para este en el caso de que se haga uso de esta
- Conectar la cámara directamente a la cánula de traqueostomía
- Administrar el inhalador a la dosis recomendada, recordando esperar unos 20 seg entre dosis
- En caso de tener ventilación mecánica conectar el adaptador en la rama inspiratoria (entrada de aire)
- No hace falta apagar la humidificación del respirador
- Coordine el disparo del inhalador con el ciclo inspiratorio, justo al iniciarse. Espere unos 20 segundos para el siguiente disparo o puff

Equipo en casa para la traqueostomía:

Artículos diversos:

- Clorhexidina acuosa
- Suero salino
- Cánulas y sondas de aspiración
- Collarín y cintas
- Babero
- Nariz o humidificador
- Pinzas hemostáticas
- Vasos de papel y estériles

Posibles materiales necesarios:

- Monitor de apnea
- Oxímetro
- Oxígeno
- Ambu
- Equipo de nebulización
- Respirador si precisa
- Máquina de aspiración
- Detectores de humo y extintores de fuego
- Considere un generador si tiene fallos de luz frecuente

Limpieza de la cánula de traqueostomía Bivona :

No se recomienda reutilizar la cánula Bivona. Sin embargo es posible que necesite reusarla.

Materiales necesarios:

- Cánula usada y obturador
- Jabón suave y agua o clorhexidina acuosa
- Un recipiente para hervir agua
- Agua destilada
- Bolsa, toallas de papel y cinta adhesiva

Limpieza de la cánula de traqueostomía Bivona :

Pasos a seguir:

1. Limpie la cánula ayudándose del obturador para desprender la mucosidad de dentro del tubo, mientras lo limpia observe que no está rota. Enjuague muy bien todo
2. Hierva agua, use agua destilada, nunca hierva la cánula. Deje los tubos en agua caliente reposar hasta que se enfríe
3. Deje secar en un papel limpio protegiendo del polvo toda una noche y guarde en una bolsa limpia, ponga la fecha en la que se limpió

Limpieza de las sondas de aspiración:

Pasos a seguir:

- Enjuague la sonda en agua para quitar las secreciones en el tubo
- Coloque las sondas en un recipiente con agua y clorhexidina acuosa
- Enjuague con agua destilada
- Sumerja las sondas en solución con clorhexidina unos 30 minutos, asegurándose que las sondas están totalmente cubiertas por la solución
- Enjuague con agua destilada
- Sacúdalas para sacarles el agua y séquelas entre dos toallas
- Cuando estén secos , guardar en un recipiente de plástico

Preparar agua salina y agua destilada:

Agua destilada:

1. Coloque dos tazas de agua hervida en una jarra de vidrio
2. Tape la jarra
3. Tírela después de tres días

Agua salina:

1. Llene la jarra de vidrio con dos tazas de agua hervida y agregue una cucharadita de sal de mesa
2. Tape la jarra y agite la solución para que se mezcle totalmente
3. Guarde el agua salina en el frigo
4. Puede usar jeringas pequeñas o goteros para echar el agua salina en la tráquea
5. Tírela después de tres días

Bolsa de viaje y equipo:

Los siguientes materiales se necesitarán cuando salga de casa:

Lleve la máquina de aspiración, tubos de conexión, sondas de aspiración y suministro de oxígeno.

- Cánula del tamaño que esté usando y otra más pequeña
- Suero salino
- Tijeras y pinzas hemostáticas
- Ambu
- Narices o humidificadores para la traqueo
- Toallas desechables
- Toalla para los hombros
- Desinfectante de manos
- Lista de teléfonos de emergencia
- Una nota con historial médico resumido y los medicamentos
- Collarín, babero

Bolsa de viaje:

Para los viajes más largos, guarde todos los artículos de arriba así como una solución para limpiar el equipo.

Para los viajes de una noche incluya:

- Artículos de cuidado de tráquea
- Cargador de baterías para la máquina de succión
- Tubos adicionales para la máquina de nebulización
- Agua o suero salino adicional para el vapor

Cuando planee irse a viajes largos, pídale al vendedor del equipo médico que le recomiende otro vendedor en el lugar al que vaya en caso de que necesite ayuda

Además pídale a su médico que se ponga en contacto con el centro de salud de dicha zona.

Bolsa de viaje:



Métodos para administrar el oxígeno:

- Bolsa de resucitación o Ambu



- Tubo en "T"



Al oxígeno hay que añadirle humidificación si sobrepasa los 2l/min. En traqueostomía humidificar siempre

Medidas de seguridad para el oxígeno:

- Nunca fume en casa cuando se esté usando el oxígeno
- No cocine llevando a su hijo en brazos
- No le aplique aceite de bebé o vaselina
- No use secador de pelo, calentador o cualquier otro producto eléctrico cerca de su hijo debido a que puede iniciar un fuego
- No use grasa o aceite en el equipo de su hijo
- Mantenga a su hijo fuera de chimeneas o estufas que usan madera
- Tenga un detector de humo que funcione y un extintor

Cuando salga de casa lleve oxígeno suficiente. Recuerde que no debe almacenar tanques de oxígeno en el coche o dejarlo en un vehículo caliente. Si sale de viaje llame con anticipación a su proveedor para que le envíen oxígeno a su destino. Si va a coger un avión llame a la compañía aérea para ver cuáles son las condiciones para los pasajeros que llevan oxígeno.

Cómo usar el ambu:



Las indicaciones para usarlo son cuando su hijo muestre signos de dificultad respiratoria: color pálido o morado alrededor de los labios y cara, dificultad para respirar o deja de respirar.

- Abra el oxígeno y conéctelo al ambu
- Con un mano oprima el ambu y el aire entra en los pulmones. Después deje de apretar y se re-inflará con más aire
- Cuando oprima el ambu observe que el pecho del niño se levanta, si no es así no le está entrando aire puede que haya un tapón mucoso o que la cánula se haya salido. Retire la cánula y cambíela
- Continúe ventilando al niño hasta que esté mejor. Si no mejora iniciar maniobras de RCP y avisar al 061

Accesorios del ambu



- El Ambu Mark IV Baby, es utilizado en neonatos y niños de hasta 20 kg de peso. Tiene un volumen de bombeo de 300 ml.



- **Válvula PEEP** Mantiene en los recién nacidos una presión positiva para que no se colapsen los alveolos. Si se utiliza la válvula de adultos es preciso limitar la presión a 4-5 cm de H₂O en neonatos.



- **Manómetro de presión** Ayuda a evitar insuflaciones excesivas, que podrían dañar los pulmones del niño provocando un neumotórax, limitando la presión de las mismas.
- Para la limpieza del ambu consultar la pág: www.ambu.es

Desmontaje de las piezas del ambu



*Nota: No desmontar las piezas más que lo mostrado.
La figura muestra el desmontaje del resucitador para la limpieza, desinfección y esterilización.*

Neonatal



Retirar la válvula de paciente del resucitador.

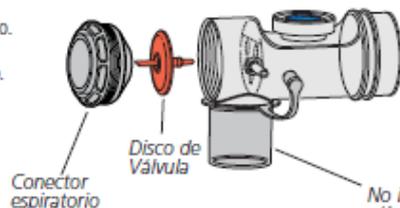


Desenroscar la cubierta de la válvula de entrada.



Sacar la carcasa de la válvula de entrada del resucitador.

Desenroscar el conector espiratorio.
Retirar el disco de válvula.
Retirar tapón de conector de tubo.



Carcasa de Válvula de Paciente

No intente separar el conector de paciente de la válvula de paciente (fijación permanente)

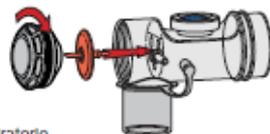
Montaje de las piezas del ambu

Neonatal

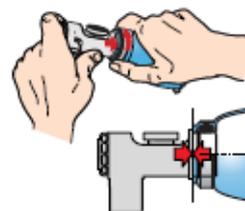


Presionar la brida de la envoltura de la válvula de entrada por la apertura de mayor diámetro del resucitador. Presionar la envoltura hacia la abertura, hasta que el borde encaje con un chasquido en la ranura de la brida. Enroscar la tuerca de mayores dimensiones a la envoltura de la válvula de entrada y apretarla contra la bolsa interna y la cubierta externa.

Insertar el disco de la válvula por el centro de la carcasa de la válvula de paciente con el saliente más largo. Enroscar el conector espiratorio. Cerrar la salida de tubo con la tapa gris.



Encajar la válvula de paciente en la apertura de menor diámetro del resucitador. Presionar hacia fuera hasta que se acople con un chasquido.



Prueba para un correcto funcionamiento y almacenaje

Adulto/Pediátrico/ Neonatal

Conectar una bolsa de respiración de 1.5-2 litros (adulto) o 0.5-0.75 litros (pediátrico), o 0.5 litros (neonato), al conector del paciente. Comprimir y soltar el resucitador varias veces y comprobar que la bolsa de prueba se llena. Durante una ventilación continuada se deberá observar la expansión y relajación de la bolsa de la prueba. Si no funciona adecuadamente, comprobar los discos de las válvulas.



Comprimir el resucitador y mantener la presión. De este modo, deberá crearse una presión positiva, que permanecerá en la bolsa de prueba hasta que se suelte el resucitador.



Cerrar la válvula del paciente, (por la parte de conexión a la mascarilla), con un dedo y comprimir fuertemente la bolsa para poder controlar la densidad y el ajuste de la válvula. **También debe llevarse a cabo inmediatamente antes de utilizar.**



Hacer la misma comprobación presionando a la vez la válvula paciente y la limitadora de presión con la otra mano. Al presionar se controla la densidad y el ajuste de las válvulas. Repetir proceso sin taponar el limitador de presión. Se debería escuchar la salida de aire extra por el limitador. **Debe llevarse a cabo inmediatamente antes de utilizar.**



Suministrar una corriente de gas de 10 litros/minuto (adulto/pediátrico) o 3 litros/minuto (neonato) al conector de entrada. Cerrar la salida con una mano.



Comprobar que la bolsa de oxígeno debería llenarse. Para neonatos verificar salida por el tubo de oxígeno. En caso contrario el comprobar si el tubo está obstruido.

Para el almacenamiento compacto del equipo, por ejemplo en caso de emergencia, podrá introducirse el extremo de entrada hasta la mitad de la bolsa (adulto), y la válvula de paciente igualmente (pediátrico/neonato).



Monitorización

Monitor de apnea-cardíaca: este monitor registra la frecuencia cardíaca y la respiración de su hijo. Este monitor se usa cuando el niño duerme y usted se encuentra cerca para oír la alarma

Pulsioxímetro: este monitor usa un sensor de oxígeno para determinar el nivel de saturación de oxígeno en la sangre. El médico determinará cual es la saturación adecuada.



Ventilación mecánica

El respirador ayudará cuando la respiración no sea lo suficientemente efectiva, se podrá usar todo el día o bien sólo de noche. El respirador hace que el oxígeno llegue a los pulmones y ayuda a eliminar el dióxido de carbono.

Parametros básicos del respirador:

- Oxígeno(si precisa) y aire.
- Número de respiraciones por minuto
- Volumen tidal: volumen del gas que el respirador manda en cada embolada
- Presión inspiratoria máxima, es la presión total necesaria para empujar el volumen de gas a los pulmones
- PEEP es una pequeña presión residual que queda al final de la espiración para que los alveolos no se colapsen
- La presión de soporte le proporciona ayuda al niño cuando está haciendo esfuerzo en una inspiración.

Ventilación mecánica

Alarmas posibles:

1. Alarma de presión baja

- Revisar si la cánula está conectada al respirador
- Si hay agua en los tubos
- La cánula está bien colocada

1. Alarma de presión alta:

- Si la cánula está obstruida
- Hay un tapón de moco y necesita aspiración
- Si los tubos están enrollados o doblados
- Si el niño está llorando o tosiendo

Si se fuera la electricidad en su casa ventile al niño con el ambu mientras se soluciona