



Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y Control de IAAS

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT

Norma de Prevención de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (VM) e Infección respiratoria baja


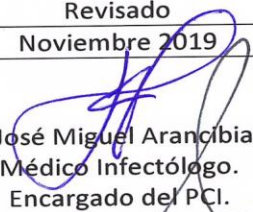
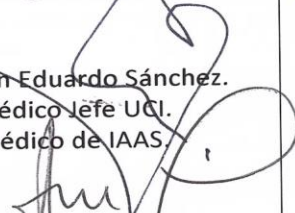
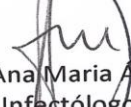
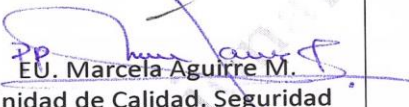
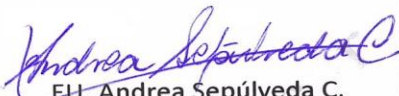
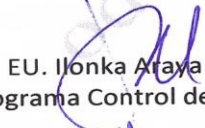

Código: DOC – UCSP 32
GCL 3.3

Edición: 4

Elaboración: Mayo 2009

Página 1 de 14

Vigencia: Diciembre 2024


Aprobado Diciembre 2019	Revisado Noviembre 2019	Elaborado Mayo 2009
<p> Dra. Midori Sawada T. Directora Hospital San Juan de Dios – CDT.</p>	<p> Dr. José Miguel Arancibia H. Médico Infectólogo. Encargado del PCI.</p> <p> Dr. Juan Eduardo Sánchez. Médico Jefe UCI. Médico de IAAS.</p> <p> Dra. Ana Maria Alvarez. Médico Infectólogo pediatra Médico de IAAS.</p> <p> EU. Marcela Aguirre M. Unidad de Calidad, Seguridad del Paciente y Control de IAAS.</p>	<p> EU. Andrea Sepúlveda C. Encargada Programa Control de IAAS.</p> <p> EU. Ilonka Araya F. Programa Control de IAAS</p> <p> EU. Joselyn Maldonado M. Programa Control de IAAS</p>
Rs. Exenta N°5177 del 11 de Diciembre del 2019.		

1. Objetivo:

Establecer recomendaciones que permitan prevenir la Neumonía asociada a Ventilación Mecánica invasiva mediante la estandarización de prácticas clínicas en relación con seguridad de la atención.


2. Alcance:

Esta norma se aplica a todos los pacientes adultos, pediátricos y neonatales, que por su condición clínica requieren el uso de ventilación mecánica invasiva en el Hospital San Juan de Dios.

 Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y Control de IAAS	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT Norma de Prevención de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (VM) e Infección respiratoria baja	Código: DOC – UCSP 32 GCL 3.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2009
		Página 2 de 14
		Vigencia: Diciembre 2024

3. Responsabilidades:

Responsables	Actividades
Dirección y Subdirección administrativa	Dotar de los recursos necesarios para el cumplimiento del protocolo.
Equipo IAAS	Actualización de la norma y difusión Realizar vigilancia activa de los pacientes sometidos a ventilación mecánica Supervisar el cumplimiento de los Bundles de intubación y mantención Participar en la implementación de estrategias preventivas de NAVM
Unidad de Calidad, seguridad del paciente y control de IAAS.	Difusión y gestión documental del documento
Jefaturas de unidades clínicas Adulta, Pediátrica y Neonatal	Conocer y difundir la presente norma Velar por el cumplimiento de la presente norma. Dotar con materiales e insumos necesarios para el cumplimiento de la Norma Supervisar el cumplimiento de esta norma
Médico tratante Unidad de Paciente Crítico	Conocer y aplicar la presente Norma Realizar Indicación y retiro de la VM Realizar procedimiento de Intubación endotraqueal en forma segura Instalación de traqueotomía percutánea
Enfermero(a)/Matrón(a) Unidad de Paciente Crítico	Conocer y aplicar la presente Norma Asistencia en procedimientos Supervisión de técnicas y precauciones Mantención y cuidados de vía aérea artificial en VM
Kinesiólogo(a) Unidad de Paciente Crítico	Conocer y aplicar la presente Norma Asistencia en procedimientos Mantención y cuidados de vía aérea artificial en VM
Técnicos paramédicos Unidad de Paciente Crítico	Conocer y aplicar la presente Norma Asistencia en procedimientos Cuidados de vía aérea artificial en VM: higiene bucal
Becados y/alumnos	Conocer la norma y aplicarla Velar por el cumplimiento de las medidas de prevención de NAVM

 <p>Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Norma de Prevención de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (VM) e Infección respiratoria baja</p>	Código: DOC – UCSP 32 GCL 3.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2009
		Página 3 de 14
		Vigencia: Diciembre 2024

4. Definiciones:

4.1 Neumonía: Inflamación del parénquima pulmonar que pudiese ser ocasionado por un proceso infeccioso.

4.2 Neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM): Complicación pulmonar que se desarrolla en pacientes sometidos a ventilación mecánica después de las 48 Hrs. de la intubación endotraqueal y hasta las 24 horas después de la suspensión de la ventilación mecánica. El cuadro debe cumplir con el criterio epidemiológico de NAVM definidas por Ministerio de Salud de acuerdo a última circular vigente de “Definiciones y Criterios de Notificación de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) para la Vigilancia Epidemiológica”. (Ver PCI)

4.3 Neumonía Nosocomial o Intrahospitalaria: Inflamación del parénquima pulmonar ocasionado por un proceso infeccioso, adquirido después de 48 Hrs. de hospitalización y que no se encontraba en proceso de incubación en el momento del ingreso y que puede manifestarse hasta las 72 Hrs. después del egreso hospitalario.

5. Desarrollo:

La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) es una de las causas más comunes de infección en unidades de pacientes críticos (UPC), es una complicación que ocurre en alrededor de 20 a 25% de los pacientes en ventilación mecánica (VM) por más de 48 horas representando la sexta infección más frecuente en Chile de acuerdo al estudio de prevalencia de IAAS del año 2016. Se estima que el riesgo de tener neumonía es 21 veces mayor en los pacientes en VM.

La mortalidad atribuible que provoca la NAVM ha sido estudiada observándose un amplio rango que va desde 30 a 70%, prolongando significativamente la estadía hospitalaria (4 a 13 días), aumentando el uso de antimicrobianos y generando un incremento de los costos.

Es por esta razón que el desarrollo, ejecución y supervisión de medidas de prevención adecuadas son indispensables para disminuir la morbimortalidad asociada extendiéndose su aplicación a todo paciente adulto, pediátrico y neonatal sometido a ventilación mecánica invasiva.

5.1 Definiciones y criterios de notificación de Neumonía asociada a ventilación mecánica: de acuerdo a última Circular emitida por Infecciones Asociadas a la Atención de Salud de Minsal.

5.2 Factores de Riesgo que inciden en la aparición de NAVM:



Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y Control de IAAS

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT

Norma de Prevención de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (VM) e Infección respiratoria baja

Código: DOC – UCSP 32
GCL 3.3

Edición: 4

Elaboración: Mayo 2009

Página 4 de 14


Vigencia: Diciembre 2024

Factores de riesgo extrínseco

<p>Relacionados con la atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrición enteral • Sonda nasogástrico • Posición decúbito supino • Presencia de monitorización de la PIC • Aspiración secreciones • Tratamiento barbitúrico • Antiácidos o Inhibidores H2 • Otoño o invierno • Relajantes musculares • Broncoscopía • Antibióticos previos • Intubación urgente después de un traumatismo • Transporte fuera de la UCI
<p>Relacionados con la VM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ventilación mecánica (VM) • Duración de la VM • Presión del cuff < 20 cm H2O • Re intubación o autoextubación • Cambio de los circuitos de VM en intervalos menor de 48 horas • Traqueotomía • Ausencia de aspiración su glótica • Instrumentalización de vías respiratorias • Cabeza en decúbito supino (<30º)


Factores de riesgo intrínsecos

<ul style="list-style-type: none"> • Edad extrema (>65 años) • Obesidad- Desnutrición • Gravedad de la enfermedad • Hipoproteinemia • Enfermedad cardiovascular crónica. • Corticoterapia e inmunosupresores • Enfermedad respiratoria crónica • Alcoholismo • SDRA Tabaquismo • Cirugía torácica y de abdomen superior 	<ul style="list-style-type: none"> • Coma/Trastornos de conciencia • Colonización orofaríngea • TEC/politraumatismos • Infección vías respiratorias bajas • Neurocirugía • Broncoaspiración • Grandes quemados • Diabetes • FMO, Shock, • Cirugía Maxilofacial y ORL
--	--


 Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y Control de IAAS	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT Norma de Prevención de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (VM) e Infección respiratoria baja	Código: DOC – UCSP 32 GCL 3.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2009
		Página 5 de 14
		Vigencia: Diciembre 2024

5.3 Estrategias para Prevenir Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica:

Formación y entrenamiento apropiado en el manejo de la vía aérea (Nivel de evidencia alto. Recomendación fuerte)	Aspiración de secreciones bronquiales: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Uso de guantes estériles ➤ Utilización de mascarilla ➤ Uso de gafas ➤ Utilización de sondas desechables ➤ Manipulación aséptica de las sondas de aspiración
	Hiperoxigenación en pacientes hipoxémicos antes, entre aspiración y aspiración y al final del procedimiento: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hiperoxigenación con FIO₂ ≥ 85% ➤ Resucitador con reservorio, O₂=15 l/minuto Frecuencia insuflación: 12 resp/min (1 cada 5 seg)
	Evitar la instilación rutinaria de suero fisiológico a través del tubo endotraqueal (TET) antes de la aspiración de secreciones bronquiales
	Aspiración de secreciones: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sonda atraumática. ➤ Diámetro máximo de la sonda la mitad de la luz interna del tubo. ➤ Aspiración al retirar la sonda ➤ Tiempo de permanencia en el TET ≤ 15 seg. ➤ N° de aspiraciones ≤ 3 ➤ Aspiración orofaríngea al terminar el procedimiento
Higiene estricta de manos en el manejo de la vía aérea y uso de guantes cuando se entre en contacto con secreciones (Nivel de evidencia alto. Recomendación fuerte)	El lavado de manos se realizará con agua y jabón antiséptico si las manos están manchadas o con alcohol gel si están visiblemente limpias
	Uso correcto de guantes <ul style="list-style-type: none"> ➤ No reemplaza el lavado de manos ➤ No evita la transmisión de microorganismos ➤ Sólo deberíamos usar guantes cuando este indicado. ➤ Su uso inadecuado aumenta el riesgo de transmisión de microorganismos

 <p>Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Norma de Prevención de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (VM) e Infección respiratoria baja</p>	Código: DOC – UCSP 32 GCL 3.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2009
		Página 6 de 14
		Vigencia: Diciembre 2024

<p>Utilizar vía de intubación orotraqueal</p> <p>(Nivel de evidencia alto. Recomendación fuerte)</p>	<p>Intubación orotraqueal mejor que la nasotraqueal ya que la segunda puede producir sinusitis y esta es un factor de riesgo de desarrollar NAVM, sobre todo en pacientes en los que se espera una ventilación de largo tiempo dada su gravedad.</p>
<p>Higiene bucal con Clorhexidina (0,12-0,2%)</p> <p>(Nivel de evidencia alto. Recomendación fuerte).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Previo a la higiene bucal, control de la presión del Cuff > 20 cm H2O ➤ Mantener la cabecera elevada para realizar la higiene bucal ➤ Realizar un lavado de la cavidad bucal prolijo, por todas las zonas (encías, lengua, paladar etc.) irrigando la cavidad bucal mediante una jeringa con clorhexidina 0,12-0.2%, aspirando posteriormente ➤ Frecuencia de la higiene bucal c/ 6-8 horas
<p>Evitar los cambios programados de los circuitos, humidificadores y tubos traqueales</p> <p>(Nivel de evidencia alto. Recomendación fuerte)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No realizar cambios rutinarios de circuitos ni tubos endotraqueales. ➤ No se aconseja el cambio de humidificadores antes de 48 horas, excepto si está sucio
<p>Implementación de procedimientos destinados a disminuir el tiempo de ventilación mecánica</p> <p>(Nivel de evidencia alto. Recomendación fuerte)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valoración diaria de la retirada de la sedación, en pacientes estables ➤ Valoración diaria de la posibilidad de extubación ➤ Uso de protocolos de desconexión de la ventilación mecánica ➤ Uso de VM no invasiva cuando este indicado
<p>Control y monitorización de la presión del cuff.</p> <p>(Nivel de evidencia moderado. Recomendación fuerte)</p>	<p>Presión del Cuff entre 20-30 cm H2O:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Presión Cuff < 20 cm H2O: Riesgo NAV ➤ Presión Cuff > 30 cm H2O: Lesiones mucosa traqueal ➤ En recién nacidos y lactantes no se usa cuff
<p>Posición Angulo 30-45º</p>	

 <p>Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Norma de Prevención de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (VM) e Infección respiratoria baja</p>	Código: DOC – UCSP 32 GCL 3.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2009
		Página 7 de 14
		Vigencia: Diciembre 2024

(Nivel de evidencia moderado. Recomendación fuerte)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Siempre que sea posible y evitar la posición de decúbito supino a 0°C. ➤ Mantener la cabecera de la cama elevada, entre 30 a 45°, sobre todo en los pacientes con nutrición enteral, salvo contraindicación. ➤ Comprobar cada 8 horas y tras los cambios posturales.
Aplicar Paquete de medidas BUNDLE (Nivel de evidencia moderado. Recomendación fuerte)	<p>el cumplimiento del Bundle es involucrar a :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicos ▪ Enfermeras ▪ TENS ▪ Kinesiólogos


5.4 Otras medidas de prevención

- Descontaminación selectiva del tubo digestivo
- Aspiración continua de secreciones subglóticas
- Antibióticos sistémicos en pacientes con disminución del nivel de consciencia.
- Cumplir normas de precauciones estándar.
- Usar técnica aséptica al acceder a la vía aérea:
 - Lavado de clínico quirúrgicos
 - Insumos y soluciones estériles
 - Uso de barreras mecánicas:
 - a) Gorro, Mascarilla.
 - b) Guantes estériles.
 - c) Gafas si se prevén salpicaduras.
- Utilizar precauciones específicas si corresponde.
- Tener presente los “Criterios de intubación y retiro de procedimientos de ARM” (asistencia respiratoria mecánica). (Ver Norma de Indicación y Retiro de Dispositivos Invasivos de alto riesgo)

6. Flujograma: N/A.

7. Indicador y Método de evaluación: N/A

Ver documento “Indicadores de Calidad Hospital San Juan de Dios - CDT”.


 <p>Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Norma de Prevención de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (VM) e Infección respiratoria baja</p>	Código: DOC – UCSP 32 GCL 3.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2009
		Página 8 de 14
		Vigencia: Diciembre 2024

8. Distribución del documento:

- 8.1 Subdirección Médica
- 8.2 Subdirección de Enfermería.
- 8.3 Gestión de cuidados de Matronería
- 8.4 Subdirección de Apoyo Clínico.
- 8.5 Servicios y Unidades clínicas.
- 8.6 Unidades de apoyo.
- 8.7 Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS.

9. Referencias bibliográficas:



- 9.1 Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia 2014. Update Clin. Infect. Dis.2014, 35(8):915-936.
- 9.2 Ventilator-Associated Pneumonia Int. Care Med. 2015,41:34-48.
- 9.3 A care Bundle approach for prevention of Ventilator-Associated Pneumonia. Clin. Microbial Infect. 2013, 19:363-369.
- 9.4 Strategies to enhance Adoption of Ventilator-Associated Pneumonia. Prevention Intervention Clin. Infect. Dis. 2014, 35:998-1005.
- 9.5 Eight initiatives that misleading lower Ventilator-Associated Pneumonia rates. Am J. Infec. Control. 2012, 40:40810.
- 9.6 Antibiotic treatment of Ventilator-Associated tracheobronchitis: to treat or not to treat Curr. op crit. Care 2014, 20:532-541.
- 9.7 Descriptive Epidemiology and Attr. Butable morbidity of Ventilator Associated events. Clin. Infect. Dis. 35, 2014:502-510.
- 9.8 Actualización Consenso Neumonía asociada a ventilación mecánica. Segunda parte. Prevención. Rev. chil. infectol. vol.28 no.4 Santiago ago. 2011.
- 9.9 (Martindale RG et al. 2009, SCCM-ASPEN.2009).
- 9.10 (*Grap et al. 2003; CDC, 2005 ; Koeman et al. 2006; Halm & Armola, 2009; AACN, 2010; Diaz et al. 2010*).
- 9.11 (Pobo et al. 2009; AACN Practice Alert. American Association of Critical-Care Nurses 2010) (*Blackwood B, et al. Cochrane 2010, Burns KE et al. Cochrane 2010*)
- 9.12 Documento de Consenso: Prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica del adulto; Revista Chilena de Medicina Intensiva 2018; Vol 33(1): 15-28


 Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y Control de IAAS	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT Norma de Prevención de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (VM) e Infección respiratoria baja	Código: DOC – UCSP 32 GCL 3.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2009
		Página 9 de 14
		Vigencia: Diciembre 2024

10. Anexos:

- 10.1 Anexo N°1: Bundle “Prevención de NAVM”.
- 10.2 Anexo N°2: Técnica de intubación oro traqueal
- 10.3 Anexo N°3: Técnica de aspiración de secreciones en pacientes con ventilación mecánica.
- 10.4 Anexo N°4: Técnica de higiene bucal el pacientes con ventilación mecánica.

Anexo N°1: Bundle “Prevención de NAVM”.

		BUNDLE : Prevención NAVM											
Servicio:.....		Pje.											
Evaluador:		CUMPLE : 1 punto											
		NO CUMPLE : 0 punto --> DEBE CORREGIRSE MEDIDA AL MOMENTO DE LA SUPERVISION											
		FECHA											
		Identificación del supervisado											
		Rut Paciente											
	Medidas a evaluar	Pje.	Pje.	Pje.	Pje.	Pje.	Pje.	Pje.	Pje.	Pje.	Pje.	Pje.	Pje.
1	Se realiza higiene de manos antes y después de la realización de procedimientos al paciente en ventilación mecánica.												
2	Paciente se encuentra en posición 30° - 45° (a menos que exista contraindicación).												
3	Se realiza higiene oral cada 6 horas (2 de ellas con aplicación de Clorhexidina 0,12%, excepto en neonatos).												
4	Se realiza aspiración de hipofarínge y orofarínge previo a realizar aspiración de secreciones / movilización del paciente.												
5	Existe evaluación diaria de la posibilidad de extubación del paciente y disminución transitoria de la sedación programada.												
		TOTAL											
		SE CORRIGIERON QUIEBRES PESQUISADOS (SI/NO)											

 <p>Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Norma de Prevención de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (VM) e Infección respiratoria baja</p>	Código: DOC – UCSP 32 GCL 3.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2009
		Página 10 de 14
		Vigencia: Diciembre 2024

Anexo N°2: Técnica de intubación oro traqueal

Responsable: Médico y profesional de enfermería.

La intubación endotraqueal es un procedimiento médico que consiste en introducir una cánula o tubo en la traquea a través de la boca o nariz para permeabilizar la vía respiratoria con el fin de conservar o restablecer el medio interno mediante la optimización de la oxigenación que permita conservar o mejorar la perfusión a órganos vitales.

Recomendaciones Generales:

Elección del tamaño del TET: Es recomendable en la medida de lo posible utilizar TET de tamaño:

- Adultos: 8.0 - 8.5 Fr. introduciendo 22cm.
- Mujer: 7-.7.5 – 8 introduciendo 20cm
- Pediátricos: el tamaño del TET depende de la edad del paciente.
- *Para TET sin cuff:*
- Menor de 1 año: 3.5 - 4.0 Fr
- Mayor de 1 año : según la fórmula → $Edad / 4 + 4$
- *Para TET con cuff:* al resultado de la fórmula se le resta 0.5
- Neonatos: 2.5 a 4.0 Fr

-Revisar indemnidad y esterilidad de material a utilizar.


-Verificar la presencia y funcionamiento del equipo de aspiración, fijar presión de aspiración, conexión de resucitador (AMBU®) a fuente de Oxígeno.

-Mantener carro de paro al lado del paciente

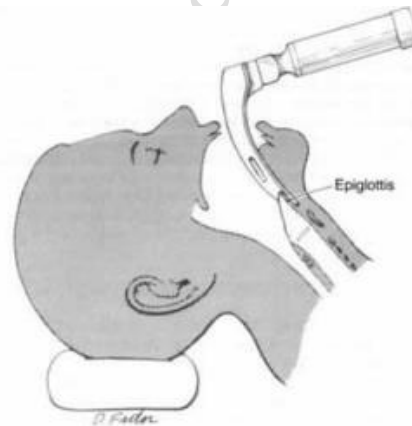
-Monitorización permanente del paciente si cuenta con equipos para monitorización. (Frecuencia cardíaca, respiratoria, presión arterial y saturación de oxígeno)

Procedimiento: Se debe realizar con ayudante

- Si el paciente está en condiciones, explique procedimiento.
- Realizar Lavado de mano del operador y ayudantes.
- Colocar al paciente en posición decúbito supino plano, cuello en hiper extensión excepto contraindicación
- Detener alimentación por vía nasogástrica (si corresponde) aspirar el contenido residual en vía digestiva.

 <p>Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Norma de Prevención de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (VM) e Infección respiratoria baja</p>	Código: DOC – UCSP 32 GCL 3.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2009
		Página 11 de 14
		Vigencia: Diciembre 2024


- Aspiración de cavidad nasal y bucal.
- Pre oxigenar previamente al paciente
- Presentar jeringa para probar cuff
- Presentar tubo traqueal al operador según tamaño solicitado y probar cuff
- Presentar laringoscopio armado con hoja indicada.
- Médico procede a intubar. Según se solicite, se facilitará Lidocaína gel para lubricación del tubo, pinza Magill o conductor.
- Si no se visualiza bien la glotis, el ayudante con el dedo índice, puede ayudar realizando la maniobra de Sellick, que consiste en deprimir la traquea con el dedo desde fuera, sobre el cuello.
- Comprobar por medio de auscultación correcta posición del tubo
- Se debe mantener técnica aséptica durante todo el procedimiento (tubo estéril, laringoscopio estéril, campo estéril)
- Aspire tubo traqueal si es necesario.
- Inmovilice tubo con gasa larga para fijar en forma efectiva.
- Conecte el sistema para administrar oxígeno sin contaminar
- Lávese las manos.
- Registre procedimiento y anote ubicación del tubo según corresponda en arcada dentaria o aleta nasal, y presión de cuff.
- Ordene materiales



Consideraciones:

* Si la intubación es fallida se debe cambiar el tubo endotraqueal y anotar el número de intentos si es más de uno

Anexo N°3: Técnica de aspiración de secreciones en pacientes con ventilación mecánica.


 <p>Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Norma de Prevención de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (VM) e Infección respiratoria baja</p>	Código: DOC – UCSP 32 GCL 3.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2009
		Página 12 de 14
		Vigencia: Diciembre 2024

Responsable: Profesional de Enfermería o Kinesiología

Consideraciones: En pacientes con ventilación mecánica la aspiración de secreciones debe realizarse siempre con operador y ayudante (a 4 manos). Se debe tener la bolsa de reanimación preparada y cercana a la unidad del paciente en caso de necesidad.


Técnica:

- (Ayudante) Verificar posición del paciente 30 - 45°.
- (Ayudante) Detener la nutrición enteral si está pasando por la sonda oro o nasogástrica, para evitar micro aspiraciones.
- (Operador y ayudante) Colocar EPP (pechera desechable, mascarilla desechable y antiparras)
- (Operador y ayudante) Realizar lavado de manos del antes del procedimiento.
- Operador debe utilizar guantes estériles y el ayudante debe utilizar guantes de procedimiento.
- (Ayudante) Conectar la sonda de aspiración estéril al sistema de aspiración. Es recomendable usar presión de aspiración de 100 – 150 cm. de agua.
- (Ayudante) Realizar aspiración orofaríngea con técnica limpia utilizando sonda aspiración.
- (Ayudante) Eliminar sus guantes, realizar higiene de manos y colocarse guantes de procedimiento.
- (Ayudante) Aumentar la FiO₂ al 100% durante el procedimiento por un minuto antes de iniciar la técnica.
- (Ayudante) Presentar la sonda de aspiración y posteriormente silenciar la alarma del ventilador mecánico.
- (Ayudante) Desconectar el circuito de ventilación mecánica y protegerlo sosteniéndolo con su mano y direccionándolo hacia abajo, sobre el tórax del paciente, cuidando de que el extremo del circuito no tome contacto con ninguna superficie.
- (Operador) Introducir suavemente la sonda por TET sin aspirar y cuidando de no sobrepasar el extremo distal del tubo.
- (Operador) Retirar la sonda aspirando con movimientos suaves de rotación. No demorar más de 15 segundos en el procedimiento de aspiración.
- (Ayudante) Conectar el circuito de ventilación mecánica al paciente cuando operador retira la sonda de aspiración completamente.
- (Ayudante) Si es necesario repetir la aspiración, oxigenar al paciente durante al menos 30 segundos y repetir el procedimiento.
- (Ayudante) Si es necesario lavar la sonda entre aspiraciones, depositar solución fisiológica estéril sobre una copela estéril y presentarla al operador.
- (Operador) Aspirar solución estéril de la copela para lavar la sonda de aspiración por su cara interna y externa.
- (Ayudante) Una vez terminado el procedimiento, reinstalar la ventilación mecánica con la FiO₂ indicada para el paciente.

 <p>Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Norma de Prevención de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (VM) e Infección respiratoria baja</p>	Código: DOC – UCSP 32 GCL 3.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2009
		Página 13 de 14
		Vigencia: Diciembre 2024

- (Operador y ayudante) Desechar la sonda y retirar el material.
- (Operador y ayudante) Dejar cómodo al paciente y en posición 30º - 45º, salvo que exista contraindicación para ello.
- (Ayudante) Reiniciar la alimentación enteral si corresponde.
- (Operador y ayudante) Retirar y eliminar los elementos de protección personal.
- (Operador y ayudante) Realizar higiene de manos.
- (Operador) Registrar en hoja de enfermería: tolerancia al procedimiento, característica y cantidad de secreciones, toma de muestra de secreciones en caso de haber sido realizada.

Documento Institucional No Modificar

 <p>Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Norma de Prevención de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (VM) e Infección respiratoria baja</p>	Código: DOC – UCSP 32 GCL 3.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2009
		Página 14 de 14
		Vigencia: Diciembre 2024

Anexo N°4: Técnica de higiene bucal el pacientes con ventilación mecánica.

Responsable: Técnico de Enfermería

Consideraciones:

- Debe realizarse 4 veces al día (cada 6 horas); 2 de ellas incluirán la aplicación tópica de clorhexidina 0,12%.
- Se debe evaluar la cavidad oral al ingreso de cada turno o cada 12 Hrs.
- Realizar aspiración orofaríngea cada vez que se requiera.
- El aseo bucal en neonatos se realiza con suero fisiológico o agua bidestilada.

Técnica:

- Realizar higiene de manos.
- Utilizar guantes de procedimiento.
- Verificar que el TET este bien posicionado y fijo.
- Comprobar que el cuff se encuentre inflado (adultos 20 - 30 mmHg, pediátricos 18 - 25 mmHg, neonatos utilizan TET sin Cuff).
- Retirar cánula Mayo si se encuentra presente en el paciente.
- Limpiar la cavidad bucal con un cepillo de diente suave de preferencia pediátrico o con hisopo utilizando pasta dental (cantidad del tamaño de una arveja).
- Cepillar los dientes del paciente suavemente para limpiar y quitar la placa dental; sostener el cepillo contra los dientes con las celdas a un ángulo de 45°.
- Mover las celdas de un lado a otro, de arriba hacia abajo y desde las encías hasta las coronas.
- Limpiar las superficies de masticación moviendo el cepillo de un lado a otro con movimientos cortos.
- Cepillar la lengua en forma suave (para evitar el reflejo nauseoso y el vómito).
- Realizar enjuague de la cavidad bucal irrigando agua lentamente y aspirando a la vez.
- Empapar hisopo solución de Clorhexidina al 0,12%.
- Realizar aplicación tópica de clorhexidina utilizando hisopo. Iniciar por las paredes posteriores del tubo de la parte más posterior hacia la parte anterior continuando con las paredes de cavidad oral desde atrás hacia adelante. (Cada 12 hrs.).
- Aplicar humectante bucal (vaselina estéril o protector labial).