

PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL DESTETE

Servicio: Dirección de Enfermería
Fecha de entrega: Diciembre 2009
Destinatario: Unidad de Cuidados Intensivos
Reg: PCE PT 025

CONTROL DE MODIFICACIONES		
DESCRIPCION	Nº Edición	Fecha Edición
-Carolina Blanco Martín -Cristina Cid Ferrero -Fátima Trinidad Sepúlveda -Francisca Gracia Puerto -Isabel González Alcalde -Irene Llorente Fernández -Rosario Morales Hernández -Javier Gasco Ortega -Sonia Patiño Freire -Paula Peinado Montellano	1	03/10/2009

Revisado: Grupo de Respiratorio Fecha: 03/10/2009 Firma	Aprobado: Dirección de Enfermería Fecha: Diciembre 09 Firma
--	--

A) Introducción

Proceso de adaptación progresiva del paciente a la reducción del soporte ventilatorio hasta lograr la independencia del ventilador que termina con la extubación y normalización del eje faringe-laríngeo-traqueal.

B) Ámbito y alcance

Aplicación de cuidados de enfermería en el destete del paciente intubado.

C) Objeto

- Recuperar la ventilación espontánea.
- Reducir las complicaciones inherentes de la VM.
- Retirar el tubo endotraqueal (extubación).
- Aumentar el confort del paciente.
-

D) Desarrollo

Recursos materiales

Según el método de destete:

- Tubo en T.
- Ventilador con la modalidad de soporte elegida

Recursos humanos

- Médico
- Enfermera
- Auxiliar de Enfermería

Procedimiento

1. Valoración inicial del paciente: si cumple los criterios de destete:

Nivel de conciencia.

Relación con el medio.

Ausencia de dolor.

- Necesidad de sedación.
 - Nivel de descanso.
 - Uso de musculatura accesoria.
 - Manejo eficaz de las secreciones.
 - Valores gasométricos.
2. Monitorización de las constantes vitales:
- Fc cardiaca.
 - TA
 - Modalidad de ventilación.
 - Monitorización de la Sat. O2 y Fr.
 - Control del color y humedad de la piel y mucosas.
3. Explicación del procedimiento al paciente:
- Explicarle los pasos del proceso, incluyendo la opción de retroceder si no es tolerado, disminuyendo así su ansiedad.
 - Mostrar confianza, tanto en su capacidad, como en el manejo de la situación, reforzando su conducta si avanza y favoreciendo su autopercepción de eficacia.
 - Estar visible y responder con prontitud para proporcionar la seguridad de nuestra presencia.
 - Proporcionar un ambiente adecuado y tranquilo.
4. Fisioterapia respiratoria:
- Incentivada o pasiva (drenaje postural, aerosoles, estimulación de la tos, ejercicios inspiratorios...).
 - Aspiración de secreciones siempre que sea preciso.
 - Adecuar la postura del paciente para optimizar su esfuerzo. Si es posible incorporado o sentado.
 - Comprobar la presión del neumotaponamiento del TET y las fijaciones del mismo. Un exceso de presión irrita la tráquea y produce tos.

5. Humidificación del aire inspirado utilizando los sistemas descritos en el procedimiento indicado (oxigenoterapia), con el fin de fluidificar las secreciones y mantener la vía aérea permeable.

6. Desconexión progresiva del paciente mediante el método elegido por el médico responsable.

7. Valoración del paciente durante la desconexión; vigilancia de
Constantes vitales.

Disminución del nivel de conciencia.

Aparición de agitación y diaforesis.

Intervalo del tiempo de desconexión para la obtención de valores gasométricos, a petición médica, que justifiquen el éxito o fracaso del intento de destete.

Registro de las analíticas extraídas.

Aparición de signos de cansancio, informar al médico y proceder según sus instrucciones;

- Fatiga.

- Aumento de utilización de músculos accesorios.

- Aumento de la Fr.

- Disminución del volumen corriente.

- Aparición de cualquier otro criterio de intolerancia al destete.

Esperar, si el estado del paciente lo permite, el resultado de la gasometría extraída, valorando a su recepción nuevamente el estado clínico y hemodinámico del paciente.

Registrar cada prueba de destete, también las reconexiones y causas de ésta.

Extubación:

Si el paciente tolera la desconexión se procederá a la extubación (ver procedimiento de extubación), valorando continuamente tras el procedimiento:

- Sat O2.
 - Fr.
 - Aparición de diaforesis, cianosis, agitación, aleteo nasal, incoordinación toracoabdominal, etc.
- Ante la sospecha de fracaso en la extubación.

Registrar el procedimiento, parámetros respiratorios y nuevo método de oxigenación a emplear.

E) Incidencias

-Complicaciones:

El porcentaje de pacientes que precisa reincubación en las siguientes 48 horas oscila entre el 4-19% según los estudios realizados. Algunos de los motivos que provocan dicha reincubación son:

- Espasmo laríngeo.
- Edema de glotis.
- Broncoespasmo.
- Fatiga muscular.
- Dificultad para la expectoración y secreciones poco fluidas.
- Necesidad de utilización de sedantes que deprimen el nivel de conciencia y disminuyen la colaboración del paciente.
- Actitud pasiva del paciente.

F) Bibliografía

-Arbosa San Martín B, Bonilla Ramos MA, Rodríguez Camilleri M. Actuación de enfermería en el proceso de desconexión y destete en el TCE. En libro de comunicaciones para la ventilación asistida. En:

D'Angelo HH, Chapman M, Cilling JA, McVan B, editores. Manual de cuidados respiratorios. Barcelona: Doyma, 1991;p.312-38

ANEXO

a) Criterios de Destete:

Para iniciar el test de ventilación espontánea el paciente debe cumplir unos requisitos que deben ser comprobados diariamente:

- Evolución favorable de la patología que provocó la necesidad de VM.

Mecánica respiratoria: no se utilizan los músculos accesorios; ausencia de retracciones, de respiraciones alternantes y de movimientos paradójicos de los músculos respiratorios.

Ausencia de disnea.

Frecuencias respiratorias dentro de las pautas terapéuticas (< 24 r.p.m.).

Volumen corriente espontáneo y volumen minuto aceptables.

- Oxigenación:

Saturación de oxígeno en sangre arterial entre 95% - 100%.

Gasometría normal sin empleo de peep: PO₂ > 60 mmHg con Fio₂ < 0,4 y peep < 5 cm. H₂O.

En Los pacientes con retención de anhídrido carbónico comprobar que se encuentra al mismo nivel, o ligeramente por encima del valor basal.

Relación PaO₂/ Fio₂ >200.

Ausencia de cianosis.

- Permeabilidad de la vía aérea:

Ausencia de sonidos respiratorios anormales, como broncoespasmo.

Determinar la presencia de secreciones y sus características: cantidad, consistencia, color, olor, etc.

Capacidad del paciente para toser y movilizar secreciones.

- Estabilidad hemodinámica y cardiovascular en ausencia de fármacos vasoactivos, salvo dopamina a dosis renales.

No es aconsejable comenzar con frecuencia cardiaca mayor de 110 lpm o cifras de hemoglobina de 10 gr/dl.

Ausencia de signos de sepsis.

Temperatura corporal menor de 38,5° C.

- Nutrición:

Estado de hidratación y nutrición; la desnutrición tiene un efecto negativo en la función respiratoria.

Valores de electrolitos séricos.

Sonidos y movimientos intestinales, la distensión abdominal por gases, íleo o estreñimiento impide el adecuado funcionamiento del diafragma.

- Nivel de conciencia adecuado:

Ausencia de dolor.

Determinar Glasgow, en un paciente intubado un Glasgow de 11 es el punto ideal.

Determinar orientación personal y temporo-espacial.

Capacidad del paciente para comprender y colaborar.

El delirio y la sedación profunda, así como la falta de sueño, desaconsejan el inicio de la desconexión.

b) Test de Ventilación Espontánea:

Si el paciente cumple los anteriores criterios, se le realizará una prueba de ventilación espontánea, con oxígeno suplementario. Durante este periodo de prueba se monitorizará la presencia de alguno de los siguientes criterios de intolerancia:

- Frecuencia respiratoria >35 resp/min.
- Frecuencia cardiaca >110 lat/min.
- TA sistólica >180 mmHg.
- Sat O₂ $< 90\%$
- Agitación, diaforesis o bajo nivel de conciencia.

El periodo durante el cual el paciente debe permanecer estable en ventilación espontánea oscila, según estudios, entre media hora y dos horas, pasado el cual sin presentar ninguno de los criterios de intolerancia puede procederse a la extubación.

Si se presenta alguno de los anteriores criterios el paciente debe reconectarse a la V.M. En este caso habrá que proceder a una desconexión lenta con algún método de destete.

c) Métodos de destete

El objetivo de los distintos métodos es adaptarse a las características individuales de cada paciente. Son los siguientes:

A) Destete con soporte ventilatorio parcial:

IMV (o SIMV): en esta modalidad la cantidad de respiraciones fijadas se va reduciendo paso a paso según la tolerancia del paciente. Actualmente su uso está en disminución ya que no es más efectiva que

los demás métodos y aumenta el proceso de desconexión, según recientes estudios.

PSI: Se ajusta el nivel de presión para asegurar que el paciente realiza un mínimo apropiado de respiraciones por minuto y se disminuye progresivamente.

CPAP: permite al paciente el control de la respiración, pero le aporta una presión continua en la vía aérea que se puede ir disminuyendo entre 3 y 5 cm. de H₂O cada vez.

B) Destete con respiración espontánea:

Tubo en T:

- Periodos múltiples de Tt en los que la duración se incrementa progresivamente y se alternan con VM asistida/controlada cuyos periodos tendrán varias horas de duración para permitir la recuperación del paciente.
- Prueba única diaria de Tt de 30 min. de duración, si los tolera se podrá proceder a la extubación, si no es así se conectará a VM durante 24h antes de repetir la prueba.