

## Ventilación no Invasiva y Enfermería

Tabla 1. Principales asincronías VMNI

Esfuerzos ineficaces	El trigger inspiratorio no detecta el esfuerzo del paciente al principio de la inspiración
Inspiraciones prolongadas	El flujo de la fuga supera el umbral de trigger espiratorio, por lo que el ventilador no inicia la espiración.
Doble trigger	Activación de una nueva inspiración antes de que termine el esfuerzo inspiratorio por parte del paciente en un mismo ciclo.
Autotrigger	Descenso en la presión del sistema por fugas o por EPAPs elevadas que se interpreta como el final de una espiración.
Asincronía de ciclo corto	Inicio precoz de la espiración, inspiración acortada.
Demanda ventilatoria	Esfuerzo adicional del paciente durante la inspiración.

Tabla 2. Diagrama de flujo

<b>Actividad</b>
Revisión bibliográfica
Formulación de hipótesis y objetivos
Redacción de las conclusiones

Tabla 3. Valores de referencia de fugas en la vía aérea.

0- 6 L/min	Interfaz muy apretada
7-25 L/min	Correcto
26-60 L/min	Ajuste, conseguir menor fuga.
>60 L/min	Precaución, riesgo de hipoventilación

Tabla 4. Tipos de Ventiladores.

Ventilador tipo UCI	Portátil limitado por presión	limitado por volumen
Permiten VMNI y VMI en modo presión o volumen.	VMNI, programamos presión	VMNI programamos volumen
FiO2 exacta	FiO2 no exacta	FiO2 no exacta
Tubuladura doble	Circuito único	Circuito único o doble
Trigger de flujo o presión ajustable	Trigger de flujo no regulable	Trigger de presión regulable externamente
Control de fugas difícil	Compensación de fugas entre 20-25L/min	No compensación de fugas
Para todo tipo de pacientes	Precisan control de respiración por parte del paciente	Pacientes con alta dependencia