



Ministerio de Salud  
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio  
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio  
LEC/OPG/DIB/dlp



## RESOLUCIÓN EXENTA N° 2005 \*20.08.2021

**SAN ANTONIO,**

**VISTOS:** Recomendaciones para el manejo del destete de la ventilación mecánica invasiva en sujetos con coronavirus (COVID 19) SOCHIMI, División Kinesiología, 2020; Las disposiciones contenidas en Ley 19.937 del 24 de Febrero 2004 del Ministerio de Salud; Decreto con Fuerza de Ley N°1, 2005, del Ministerio de Salud que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763 de 1979 ; D.S. N° 38 / 2005, que Aprueba el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos Autogestionados en Red y en lo previsto en la Resolución Exenta N° 06 / 2019 de la Contraloría General de la República, la Resolución Exenta N° 3416 25-05-2006 y Resolución Exenta N° 318 02-09-2019 del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

### CONSIDERANDO:

Unificar criterios para comenzar a realizar el proceso de "weaning" seguro y basado en evidencia actual, para optimizar la extubación del paciente conectado a ventilación mecánica

### RESUELVO:

**APRUEBESE;** "Protocolo clínico de Ventilación Mecánica Invasiva y proceso de Weaning", en su primera edición.

Notifíquese y difúndase



**LILIANA ECHEVERRÍA CORTES**  
**DIRECTORA**  
**HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA**

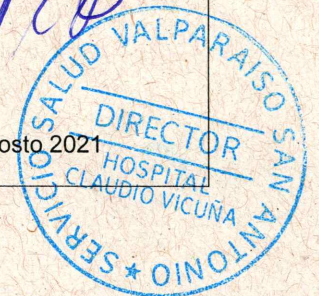
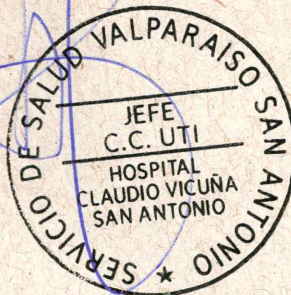
### DISTRIBUCIÓN:

Dirección	Of. De Calidad y Seg del Paciente	Asesoría Jurídica	Sub Dirección Gestion del Cuidado de Enfermería
SGA	Oficina de Partes	Unidad Control de Gestion	Gestion de Cuidado Matronería
CC SAMU	CC Urgencia Adulto Infantil	CC UTI	CC Medicina
CC UCM	CC Pabellon	CC URA	




## Protocolo clínico de Ventilación Mecánica Invasiva y proceso de Weaning

<b>Elaborado por:</b> Fabián Gonzalez V. Cargo: Médico Cirujano  Daniel Vargas de la P. Kinesiólogo  Fecha: Agosto 2021	<b>Revisado y Autorizado por:</b> Dr. Javier Zomosa M. Jefe UTI  Fecha: Agosto 2021	<b>Aprobado por:</b> Liliana Echeverria C. Directora Hospital Claudio Vicuña  Fecha: Agosto 2021
--	---	---






	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 44
	Protocolo clínico de Ventilación Mecánica Invasiva y proceso de Weaning	Edición: Primera
		Página: 2 de 14
		Fecha: Agosto 2021

## Índice:

Ítem	Contenido	Página
1.	Objetivos	3
2.	Alcance	3
3.	Documentos relacionados	3
4.	Responsables	3
5.	Definiciones	3
6.	Desarrollo	5
6.1	Indicaciones de VMI	5
6.2	Metas de VMI	5
6.3	Manejo de drogas vasoactivas en VMI	6
6.4	Proceso de Weaning	6
6.5	Extubación	7
7.	Criterios de calidad	8
8.	Flujograma	8
9.	Indicadores y Umbral de Cumplimiento	10
10.	Distribución	10
11.	Anexo	11
12.	Formulario de control de cambio	14

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 44
	Protocolo clínico de Ventilación Mecánica Invasiva y proceso de Weaning	Edición: Primera
		Página: 3 de 14
		Fecha: Agosto 2021

**1. Objetivo:**

Unificar criterios para comenzar a realizar el proceso de "weaning" seguro y basado en evidencia actual, para optimizar la extubación del paciente conectado a ventilación mecánica.

**2. Alcance:**

Aplicar en toda unidad donde se manejen pacientes críticos que están conectados a ventilación mecánica.

**3. Documentos relacionados:**

- Protocolo manejo de enfermería en paciente con ventilación mecánica invasiva y no invasiva.
- Recomendaciones para el manejo del destete de la ventilación mecánica invasiva en sujetos con coronavirus (COVID 19) SOCHIMI, División Kinesiología, 2020.
- Protocolo local para la prevención de neumonías asociadas a la atención de salud en pacientes en ventilación mecánica invasiva.

**4. Responsables:**

Responsable	Actividad
Medico jefe	Ejecución y supervisión de cumplimiento del protocolo.
Médicos, Enfermeras, Kinesiólogos, Fonoaudiólogos, Técnicos en enfermería	Cumplir con el protocolo de Ventilación Mecánica Invasiva y proceso de Weaning, mostrando actitud receptiva y proactiva, cumpliendo con las normas de la unidad.

**5. Definiciones:**

**VMI:** Ventilación mecánica invasiva

**PVE:** Prueba ventilación espontanea


**SAS:** Escala de sedación agitación

**PaO2:** presión arterial de oxígeno

**PaCO2:** Presión arterial de dióxido de carbono

**SDRA:** Síndrome de Distres Respiratorio Agudo.

**VILI:** Injuria o daño por ventilación mecánica invasiva.

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 44
	Protocolo clínico de Ventilación Mecánica Invasiva y proceso de Weaning	Edición: Primera
		Página: 4 de 14
		Fecha: Agosto 2021

**Gasometría arterial:** La medición intermitente de los gases en sangre arterial es un aspecto básico del cuidado del paciente ventilado mecánicamente, y se considera el método de referencia para valorar el intercambio gaseoso, ya que permite evaluar: La oxigenación, La ventilación y El balance ácido-base. Los parámetros medidos directamente por el gasómetro son la PaO<sub>2</sub>, la PaCO<sub>2</sub> y el pH.

**Presión Pico:** Es la presión máxima registrada al final de la inspiración y está determinada fundamentalmente por:

- Flujo inspiratorio
- La resistencia de las vías aéreas (incluida la del tubo endotraqueal).
- Presión intratorácica
- Volumen circulante
- Nivel de PEEP
- Distensibilidad toracopulmonar

**Presión meseta o Plateau:** Permite el cálculo de la distensibilidad estática del sistema respiratorio, ya que refleja el retroceso elástico pulmonar y de la caja torácica frente al volumen de Pausa de 2-3 seg. Si la pausa es lo bastante prolongada, se aproxima a la presión alveolar. Está influenciada por el volumen circulante, la distensibilidad toracopulmonar y la PEEP total

**PEEP:** La presión al final de la espiración (PEEP) es la presión más baja medida en la fase espiratoria. Pausa de 2-3 seg. Proporciona una estimación de la presión alveolar al final de la espiración.

**Presión media de la vía aérea:** Representa bastante bien la presión media alveolar. Sin embargo, en la gran mayoría de los pacientes con falla respiratoria, la presión de la vía aérea media representa la intensidad del soporte ventilatorio, y por ende los efectos de la terapia ventilatoria sobre la oxigenación arterial y la función cardiovascular.


**Driving Pressure:** La presión de distensión está condicionada por la complacencia respiratoria y nos habla de la presión ejercida intralaveolar. Se busca un valor bajo a 13 cm.

$P_{\text{plateau}} - \text{PEEP} = \text{DRIVING PRESSURE}$

**Distensibilidad pulmonar estática (Compliance):** Se puede definir como la relación entre presión y volumen, es decir la relación que existe entre el cambio de volumen de gas intrapulmonar y el incremento de presión necesario para producir este cambio de volumen, y se expresa en ml/cm H<sub>2</sub>O.

**Distensibilidad dinámica:** Este parámetro valora en conjunto el impacto de la caja torácica, el parénquima pulmonar y la resistencia de la vía aérea. Sus valores oscilan entre 10 y 20% menos que la compliancia estática, estando influidos por la edad y el peso

**P01:** La presión de oclusión (P0.1) es la presión observada en la vía aérea a 100 milisegundos (ms) después del inicio de un esfuerzo inspiratorio, mientras se mantiene

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 44
	Protocolo clínico de Ventilación Mecánica Invasiva y proceso de Weaning	Edición: Primera
		Fecha: Agosto 2021

ocluida la válvula inspiratoria del ventilador, refleja el impulso respiratorio así como la fortaleza de la musculatura respiratoria. (Valor referencia  $> -2$  CmH<sub>2</sub>O)

**NIF:** Fuerza inspiratoria negativa o PIM, nos proporciona un valor de fuerza global de la musculatura respiratoria, que se puede asociar a la vez con la capacidad de tos y expectoración. Valores inferiores a  $-30$  (o más negativos) se relacionan con éxito de la extubación.

## 6. Desarrollo

### 6.1 Indicaciones de VMI

Respecto a la VMI, la indicación de intubar y ventilar artificialmente a un paciente es una decisión médica individualizada a cada paciente, sin embargo, es posible establecer algunas indicaciones específicas que se detallan a continuación:


1. Depresión de los centros respiratorios (origen neurológico, farmacológico).
2. Disfunción de los músculos respiratorios.
3. Descompensaciones de neumopatías y broncopatías.
4. SDRA.
5. Descompensación respiratoria postoperatoria.
6. Situación de shock establecido.

#### Además deben valorarse los siguientes criterios:

1. Estado mental: agitación, estupor, coma (escala de coma de Glasgow menor de 8).
2. Trabajo respiratorio excesivo: taquipnea ( $>30$  respiraciones/minuto), bradipnea, tiraje.
3. Fatiga de los músculos inspiratorios manifestada como asincronía toracoabdominal.
4. Hipoxemia:  $PaO_2 >60$  mmHg o  $SatO_2 <90\%$  con aporte de oxígeno.
5.  $PaO_2/FiO_2 <200$ .
6. Hipercapnia progresiva ( $PaCO_2 >50$  mmHg) o acidosis ( $pH < 7.25$ ).
7. Capacidad vital baja menor de 10 mL/kg de peso.
8. Fuerza inspiratoria disminuida menor de 25 cmH<sub>2</sub>O.

### 6.2 Metas de la VMI

1. Mejorar la oxigenación. Metas de saturación que varí de 92 a 96%
2. Disminuir el trabajo respiratorio y gasto energético del paciente
3. Mantener la ventilación (niveles de CO<sub>2</sub> adecuados), sin embargo, es posible que se requieran niveles de hipercapnia permisiva, intentado mantener  $PH \geq 7.25$  como parte de las estrategias de protección pulmonar.
4. Proteger el pulmón de VILI (ventilator-induced lung injury), aplicando estrategias de protección pulmonar con presión plateau  $< 30$  CmH<sub>2</sub>O y presión de conducción  $< 15$  CmH<sub>2</sub>O.

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 44
	Protocolo clínico de Ventilación Mecánica Invasiva y proceso de Weaning	Edición: Primera
		Página: 6 de 14
		Fecha: Agosto 2021

5. Procurar la sincronía ventilador paciente, de ser necesario recurrir a sedación profunda y bloqueadores neuromusculares según lo establecido en la institución.
6. Reconocer las indicaciones de retirada del ventilador para evitar tiempos prolongados innecesarios de ventilación mecánica.

### 6.3 Manejo de drogas vasoactivas en VMI

Para facilitar la ventilación mecánica y hacer más confortable este soporte, muchas veces es necesario hacer uso de medicamentos sedantes en bolos IV o infusión continua, en combinación con analgésicos (sedoanalgesia), los que se detallan a continuación:

**Midazolam:** es una benzodiazepina de acción rápida, su inicio de acción es de 2-3 minutos, y la duración de su efecto de 0,5-2 horas. Dosis de carga: 0,1 mg/kg IV, repetir hasta conseguir nivel de sedación adecuado. Después seguir en infusión IV continua a la dosis de 0,045 a 0,4 mg/kg/hora.

**Propofol:** es un anestésico intravenoso, su inicio de acción es de 15 a 45 segundos y la duración de su efecto de 55 minutos. Dosis de carga 1 mg/Kg IV y luego infusión IV continua a 1-8 mg/Kg /hora.

**Fentanilo:** es un narcótico con efecto analgésico y sedante. El efecto inicial se desarrolla en 60 a 90 segundos y tiene una duración de 45 a 60 minutos luego de un bolo inicial de 5-10 microgramo/Kg. BIC 0.6 a 6 gama/kg /hrs.

**Rocuronio:** agente bloqueador neuromuscular no despolarizante. La dosis inicial 1-2 mg/kg y en infusión IV continua va de 0.3 a 0.4 mg/kg/hr.

**Atracurium:** agente bloqueante neuromuscular no despolarizante con metabolismo independiente hepático y renal, la dosis inicial es de 0,5 mg/Kg y la dosis en infusión IV continua va de 0.3 a 0.4 mg/kg/hr


Como punto importante al momento de iniciar la VMI se debe mantener al paciente en SAS 1 y según evolución ajustar drogas para SAS 3-4

### 6.4 Proceso del Weaning

El proceso de liberación de la ventilación mecánica, extubación o más conocido como "weaning" se define como: "El período de transición del soporte ventilatorio total a la respiración espontánea". El proceso puede durar casi la mitad del tiempo que el paciente crítico esta ventilado y es de vital importancia saber en qué momento exacto realizarlo.

En la literatura se pueden evidenciar variadas técnicas de destete y se han demostrado las más efectivas actualmente, al igual que factores predictivos de éxito y fracaso donde el equipo debe prestar mayor atención y evaluar minuciosamente el retiro del soporte ventilatorio.

El destete se puede clasificar en: simple, cuando se supera la PVE al primer intento (69%); dificultoso, cuando se requieren hasta 3 intentos, o si han pasado hasta 7 días desde la primera PVE (20%); y prolongado, cuando han fallado al menos 3 PVE, o requiere más de 7 días desde la primera PVE no logrando la extubación (11%).

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 44
		Edición: Primera
	Protocolo clínico de Ventilación Mecánica Invasiva y proceso de Weaning	Página: 7 de 14
		Fecha: Agosto 2021

### Criterios clínicos para inicio de destete

1. Mejoría en la condición que causó la insuficiencia respiratoria o necesidad de intubación
2. Estabilidad hemodinámica en ausencia o mínima asistencia de drogas vasoactivas
3. Presión parcial de oxígeno arterial (PaO<sub>2</sub>) superior a 60 mmHg, con fracción de oxígeno inspirado (FIO<sub>2</sub>) inferior a 0.4 y presión positiva espiratoria final (PEEP) menor o igual 10 cm H<sub>2</sub>O, es decir, relación PaO<sub>2</sub>/ FiO<sub>2</sub> > 150 mmHg.
4. Volumen corriente mayor a 5 ml / kg de peso ideal o ventilación espontánea que no genere esfuerzos inspiratorios deletéreos en el paciente (contracción activa de los músculos espiratorios, movimientos asincrónicos de la caja torácica y el abdomen o la contracción activa del esternocleidomastoideo)
5. Volumen minuto menor a 15 L/min.
6. Nivel neurológico adecuado que le permita estar vigil y proteger vía aérea. Asimilable a SAS 3 o 4, RASS 0 o -1, Escala de coma de Glasgow (ECG), mayor a 9, considerando que la presencia de TET podría alterar el ítem de respuesta verbal.
7. Capacidad del paciente para iniciar un esfuerzo inspiratorio que le permita sostener una ventilación en modalidad espontánea.
8. Balance hídrico neutro o en vías de corrección.
9. Estabilidad metabólica con parámetro de microcirculación, electrolitos y equilibrio ácido-base normal, o en vías de normalización.

### Prueba de Ventilación Espontánea


El método óptimo para determinar la interrupción de la VM son las pruebas de ventilación espontánea (PVE), existen variados métodos, pero hay 2 que son los más estudiados e implementados: La desconexión del ventilador a Tubo T (con oxígeno si requiere, actualmente en pandemia COVID-19 realizado con Filtro HMEF) y el otro método es mantener conectado el paciente al ventilador en modo CPAP + PS con parámetros 5/5 cmH<sub>2</sub>O (recomendado para pacientes EPOC, Obesos Mórbidos y/o cardiopatas) hasta 0/0 cmH<sub>2</sub>O (más parecido en exigencia a tubo T) esto tiene algunas ventajas en generar menos riesgo de aerosolización y permitir monitorizar parámetros que nos da el ventilador.

Una vez elegida la prueba a utilizar, se realizará la prueba con una duración de una hora realizando un control de signos vitales, algunos indicadores de éxito o fracaso de las PVE (IRRS, CORE, NIF y P0.1) y evaluación de deglución por fonología (si hay disponibilidad) y así poder realizar o no la extubación. Se evaluará el éxito o fracaso según parámetros en tabla. (Anexo N° 5) y el registro se deberá llevar a cabo en hoja de PVE (Anexo N° 6)

### 6.5 Extubación

Una vez realizadas y aprobadas con éxito las PVE se reconectará al paciente o se volverá a parámetros anteriores durante una hora para dar un descanso post PVE.



	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 44
	Protocolo clínico de Ventilación Mecánica Invasiva y proceso de Weaning	Edición: Primera
		Página: 8 de 14
		Fecha: Agosto 2021

### Pasos para realizar la extubación:

- Utilización de EPP correspondiente para los funcionarios.
- Explicar procedimiento al paciente.
- Paciente en sedente cama al menos 45°
- Aspirar secreciones de cavidad bucal y endotraqueal con el circuito de aspiración cerrada
- Retirar la fijación del TET y desinflar el "Cuff"
- Colocar el VM en "stand by" si amerita.
- Realizar aspiración mientras se retira el TET.
- Administrar oxigenoterapia convencional o la elegida según paciente.
- Eliminación de desechos según normativa.

Una vez realizada la extubación monitorizar al paciente continuamente para evaluar algún signo de falla y tomar muestra de gases arteriales posterior a una hora para evaluar respuesta.

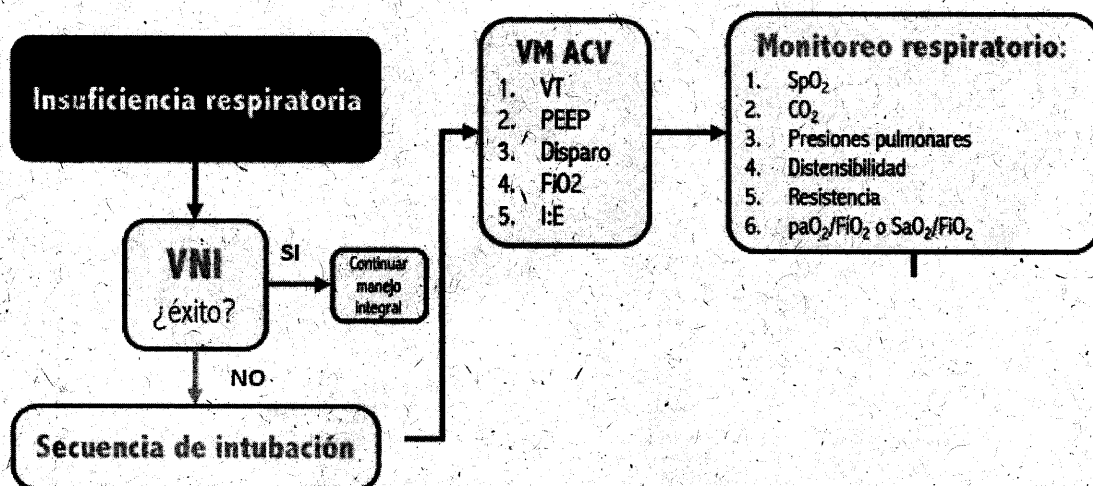
Sera decisión médica el soporte de oxigenación a elección una vez extubado al paciente, igualmente se recomienda uso de VMNI en pacientes con patologías cardiacas, obesos, SAHOS, EPOC, Edema pulmonar secundario a extubación, falla de extubación anterior.

Uso de cánula nasal de alto flujo en paciente con hipoxemias leves; u oxigenoterapia convencional en caso de pacientes estables con PAFI mayor a 200 o 250 sin alguna otra complicación.

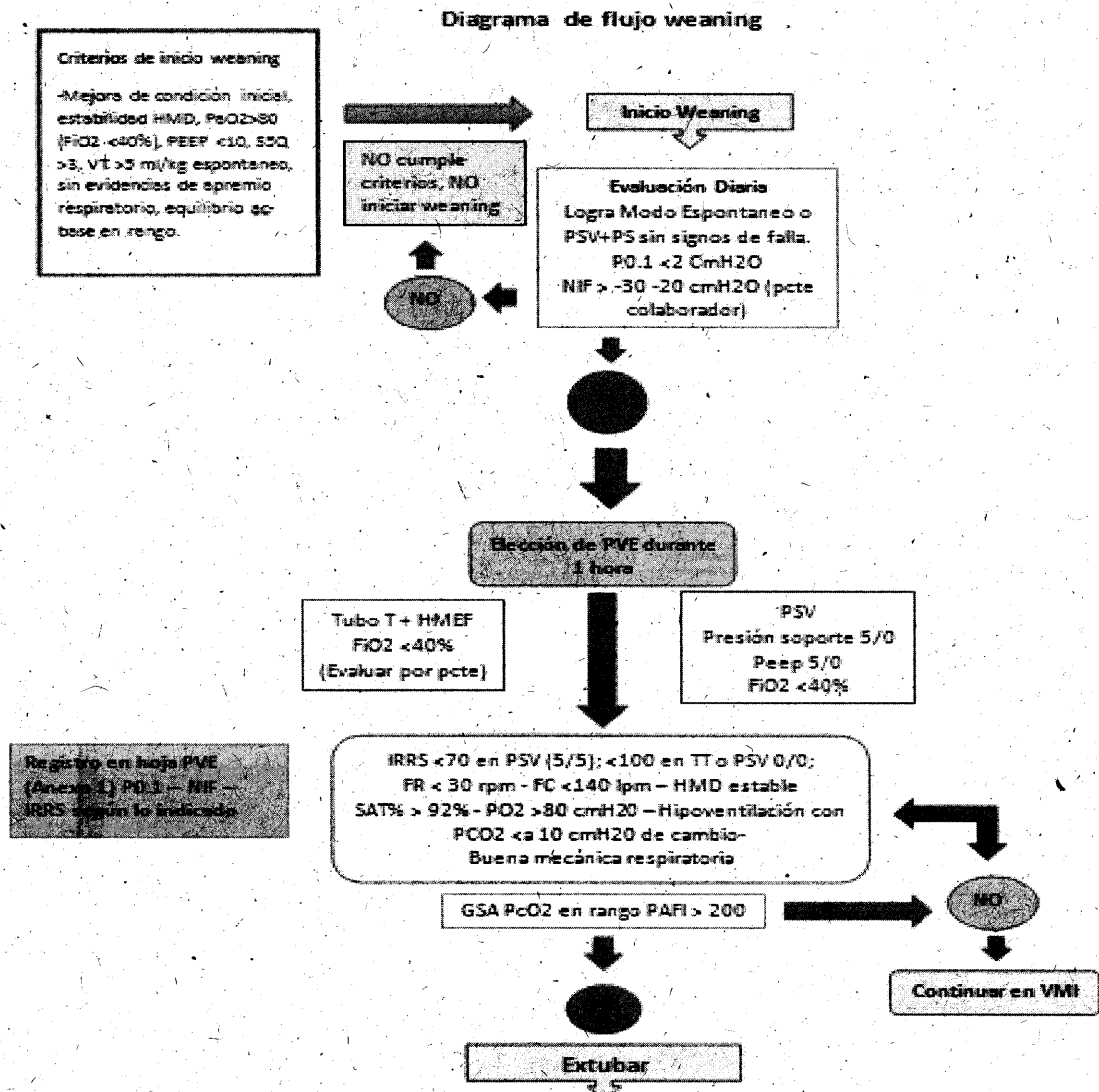
7. Criterio de calidad: N/A

8. Flujiograma:


#### 8.1 Ventilación Mecánica Invasiva



## 8.2 Proceso de Weaning



Definir soporte ventilatorio VMNI, CNAF u Oxigenoterapia convencional  
 Evaluar respuesta a extubación: Fatiga muscular, hemodinamia, capacidad de proteger vía aérea, saturación y GSA

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 44
		Edición: Primera
	Protocolo clínico de Ventilación Mecánica Invasiva y proceso de Weaning	Página: 10 de 14
		Fecha: Agosto 2021

**9. Indicadores y umbral de cumplimiento: N/A**

**10. Distribución.**

- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente
- Dirección
- UTI
- UCM
- CC SAMU
- CC Urgencia Adulto Infantil
- CC Medicina
- CC Pabellon
- CC URA



## 11. Anexos:

### Anexo 1

#### Indicaciones de la ventilación mecánica

##### Mecánica respiratoria

- Frecuencia respiratoria > 35 por minuto
- Fuerza inspiratoria negativa < -25 cm H<sub>2</sub>O
- Capacidad vital < 10 ml/Kg
- Ventilación minuto < 3 lpm o > 20 lpm

##### Intercambio gaseoso

- PaO<sub>2</sub> < 60 mm Hg con FiO<sub>2</sub> > 50%
- PaCO<sub>2</sub> > 50 mm Hg (agudo) y pH < 7,25


##### Indicaciones clínicas

- Falla de la ventilación alveolar o IRA tipo II
- Hipertensión endocraneana
- Hipoxemia severa o IRA tipo I
- Profilaxis frente a inestabilidad hemodinámica
- Aumento del trabajo respiratorio
- Tórax inestable
- Permitir sedación y/o relajación muscular
- FR > 30 a 35/minuto

### Anexo 2

#### Metas Ventilatorias de Protección Pulmonar

<b>Volumen corriente</b>	6-8 ml/kg de peso ideal (Sin SDRA) 4-8 ml/kg de peso predicho (Con SDRA, iniciar con 6)
<b>PEEP</b>	5 a 8 cm H <sub>2</sub> O
<b>FiO<sub>2</sub></b>	21 a 60%
<b>SaO<sub>2</sub></b>	Sin SDRA 94-96%, Con SDRA 88-94%
<b>paO<sub>2</sub></b>	55 a 80 mm Hg
<b>paCO<sub>2</sub></b>	35 – 48 mm Hg
<b>Presión de distensión</b>	<14 cm H <sub>2</sub> O
<b>Presión meseta</b>	<28 cm H <sub>2</sub> O
<b>Presión máxima de la vía aérea</b>	<35 cm H <sub>2</sub> O

	Hospital Claudio Vicuña	- Código: GD 44
	Protocolo clínico de Ventilación Mecánica Invasiva y proceso de Weaning	Edición: Primera
		Página: 12 de 14
		Fecha: Agosto 2021

### Anexo 3

#### Escala de sedación-agitación SAS

1	No despierta	Mínima o nula respuesta al dolor. No obedece órdenes
2	Muy sedado	Despierta al estímulo táctil. No se comunica o mueve espontáneamente
3	Sedado	Despierta al estímulo táctil o verbal suave. Obedece órdenes simples
4	Calmo	Tranquilo, despierta fácil, obedece órdenes
5	Agitado	Ansioso, leve agitación. Intenta sentarse. Calma con instrucciones
6	Muy agitado	No se calma a la orden verbal frecuente. Muerde el tubo
7	Agitación peligrosa	Tira TOT, trata de removerlo. Agrede al staff. Se mueve de lado a lado

### Anexo 4

Tabla 1. Criterios Clínicos Para el Inicio del Destete<sup>14</sup>

1.	Mejoría en la condición que causó la insuficiencia respiratoria o necesidad de intubación.
2.	Estabilidad hemodinámica en ausencia o mínima asistencia de drogas vasoactivas.
3.	Presión parcial de oxígeno arterial (PaO <sub>2</sub> ) superior a 60 mmHg, con fracción de oxígeno inspirado (FiO <sub>2</sub> ) inferior a 0.4 y presión positiva espiratoria final (PEEP) menor o igual 10 cmH <sub>2</sub> O. Es decir, relación PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> > 150 mmHg.
4.	Volumen corriente (Vt) mayor a 5 ml / Kg peso ideal o ventilación espontánea que no genere esfuerzos inspiratorios deletéreos en el paciente (contracción activa de los músculos espiratorios, movimiento asincrónico de la caja torácica y el abdomen o la contracción activa del esternocleidomastoideo.)
5.	Volumen minuto menor a 15 L/min.
6.	Nivel neurológico adecuado que le permita estar vigil y proteger vía aérea. Asimilable a SAS 3 o 4, RASS 0 o -1, Escala de Coma de Glasgow (ECG) mayor a 9, considerando que la presencia de TET podría alterar el ítem de respuesta verbal.
7.	Capacidad del paciente para iniciar un esfuerzo inspiratorio que le permita sostener una ventilación en modalidad espontánea.
8.	Balance hídrico neutro o en vías de corrección.
9.	Estabilidad metabólica con parámetros de microcirculación, electrolitos y equilibrio ácido-base normal, o en vías de normalización.

Recomendaciones para el manejo del destete de la ventilación mecánica invasiva en sujetos con COVID 19 (SOCHIMI)

### Anexo 5

1.	IRRS > 75 (r/min/L) para PSV o IRRS > 100 (r/min/L) para TI
2.	FR mayor a 30 (respiraciones/minuto)
3.	Frecuencia cardíaca (FC) > (140 latidos/minuto)
4.	Presión arterial sistólica mayor a 180 o menor a 90 mmHg
5.	Saturación de oxígeno menor de 90% con oxígeno suplementario
6.	PaO <sub>2</sub> igual o menor de 60 mmHg
7.	Relación PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> igual o menor de 150 mmHg (Si cuenta con GSA durante la PVE)
8.	Hipoventilación aguda con aumento de PaCO <sub>2</sub> en al menos 10 mmHg ( Si cuenta con GSA durante la PVE)
9.	Respiración difícil similar a la observada durante la actividad vigorosa (p. ej. retracciones de músculos accesorios o un patrón de respiración abdominal paradójal)

### Anexo 6

#### REGISTRO PRUEBA DE VENTILACION ESPONTANEA



NOMBRE:

ANTECEDENTES MORBIDOS:


CAMA:

FECHA DE VM:

HORA		FI O <sub>2</sub>	
MODO (TI O PSV)		PAFE PRE/POST	
PARAMETROS		SSQ	

SIGNOS VITALE	BASAL	15 MIN	30 MIN	60 MIN
FC				
PA				
SAT%				
FR				
VOLUMEN CORRIENTE				
IRRS (ti < 100 / psv < 75)				
NIF (-20/ -30)				
P9.3 (0.3)				
AGITACION				
RESPIRACION PARADOJICA				
SECRECIONES				
Observaciones				



	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 44
		Edición: Primera
	Protocolo clínico de Ventilación Mecánica Invasiva y proceso de Weaning	Página: 14 de 14
		Fecha: Agosto 2021

## 12. Formulario de control de cambios

Número de edición	Cambios	Fecha	Firma