

La cánula Blue Line Ultra® Suctionaid® tiene como característica un lumen de succión integrado que ayuda a eliminar las secreciones por encima del balón. Cánula de PVC termosensible que proporciona suficiente rigidez para la inserción inicial y que con la temperatura corporal se adapta a la anatomía de cada paciente.

- Ángulo de 105° para el confort in-situ
- Cánula radiopaca para la confirmación de la posición correcta bajo Rx.
- Balón Soft-Seal® – suave y aterciopelado;

El sistema cerrado de ventilación-aspiración Portex® SuctionPro 72™ es un dispositivo de aspiración de varios usos un solo paciente para la aspiración de secreciones del árbol traqueobronquial de los pacientes adultos conectados a un respirador – uso hasta 72 horas.

- Duración recomendada de uso hasta 3 días.
- Puerto de canal de succión transparente.

- PressureEasy® está diseñado para supervisar continuamente la presión del balón traqueal. Su señal indicadora de color verde visible en la ventana transparente indica que la presión del balón se mantiene entre 20-30cm/H2O. Además, gracias a su característica de autorregulación de la presión de la vía aérea permite aumentar la presión del balón asegurando un adecuado sellado cuando existe una alta presión durante la ventilación.

1. Giron E, Stephan F, Novara A, Safar M, Fagon J. Risk factors and outcome of nosocomial infections: results of a matched case-control study of ICU patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998;157:151-55.
2. Bueno-Cavallera A, Delgado-Rodriguez M, Lopez-Luque A, Schaffino-Cano S, Galvez-Vargas R. Influence of nosocomial infection on mortality rate in an intensive care unit. *Crit Care Med*. 1994;22:55-60.
3. de Clercq H, De Becker G, Alexander JP, Huyghe L. Cost evaluation of infections in intensive care. *Acta Anaesthesiol Belg*. 1983;34:179-89.
4. Vincent JL, Bihari DJ, Suter PM, Bruening HA, White N, Baron R, et al. The National Nosocomial Infection Study (NNIS). International Advisory Committee. *JAMA*. 1995;274:439-44.
5. Polgater PD, Linton DM, Oliver S, Forde AA. Nosocomial infections in a respiratory intensive care unit. *Crit Care Med*. 1987;15:495-8.
6. Kerver AJ, Rommes JH, Meiswein-Verhage EA, Hulstaeft PF, Vos A, Verhoef J, et al. Colonization and infection in surgical intensive care patients—a prospective study. *Intensive Care Med*. 1987;13:347-51.
7. Rello J, Quintana E, Ausina V, Castella J, Luquin M, Net A, et al. Incidence, etiology, and outcome of nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients. *Chest*. 1991;100:439-44. [PMID: 1664118]
8. Celsi R, Torres A, Gatell JM, Almela M, Rodriguez-Rosin R, Agustí-Vidal A. Nosocomial pneumonia. A multivariate analysis of risk and prognosis. *Chest*. 1988;93:318-24.
9. Craven DE, Archer G, Archer R, Archer J, Archer J, Archer J, et al. Nosocomial pneumonia in intensive care: a prospective study. *Intensive Care Med*. 1987;12:385-9.
10. Jimenez P, Torres A, Rodriguez-Rosin R, de la Bellacasa JP, Aznar R, Gatell JM, et al. Incidence and etiology of pneumonia acquired during mechanical ventilation. *Crit Care Med*. 1989;17:882-5.
11. Fagon JP, Chastre J, Vuagnat A, Trouillet JL, Novara A, Gibert C. Nosocomial pneumonia and mortality among patients in intensive care units. *JAMA*. 1996;275:866-9. [PMID: 8592625]
12. Cook DJ, Kollef MH. Risk factors for ICU-acquired pneumonia. *JAMA*. 1989;279:1605-6.
13. Cook DJ, Walter SD, Cook RJ, Griffith LE, Guyatt GH, Leasa D, et al. Incidence of and risk factors for ventilator-associated pneumonia in critically ill patients. *Ann Intern Med*. 1992;117:33-40.
14. Cook DJ, Walter SD, Cook RJ, Griffith LE, Guyatt GH, Leasa D, et al. The attributable morbidity and mortality of ventilator-associated pneumonia in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med*. 1994;150:122-7.
15. Cook DJ, Walter SD, Cook RJ, Griffith LE, Guyatt GH, Leasa D, et al. Nosocomial pneumonia in ventilated patients: a cohort study evaluating attributable morbidity and hospital stay. *Am J Med*. 1993;94:281-8.
16. Baker AM, Meredith JW, Haponik EF. Pneumonia in intubated trauma patients. Microbiology and outcomes. *Am J Respir Crit Care Med*. 1996;153:343-9.
17. Cunioon KM, Connelly DJ, Broadhead WE, Hanson LC, Pieper CF, Rutala WA. Risk factors for nosocomial pneumonia: comparing adult critical-care populations. *Am J Respir Crit Care Med*. 1996;153:158-62.
18. Craig CP, Weber SJ. Effect of intensive care unit nosocomial pneumonia on duration of stay and mortality. *Am J Respir Crit Care Med*. 1996;153:163-7.
19. Kappela P, Kappela P, Kappela P, Kappela P, Kappela P, Kappela P, et al. Nosocomial pneumonia in intensive care unit. *Eur J Crit Care Med*. 1997;12:349-54.
20. Papazian L, Bregeon Thirion J, Gregoire R, Sarda Denys JP, et al. Nosocomial pneumonia in ventilator-associated pneumonia: a systematic review. *Crit Care Med*. 2005 Oct;33(10):2184-93.
21. Dodek P, Keenan S, Cook DJ, Heyland D, Jackson V, Muscedere J, Foster D, Mehta N, Hall R, Brun-Buisson C. Canadian Critical Care Society. Evidence-based clinical practice guideline for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Ann Intern Med*. 2006;144:305-13.
22. Massanari RM, Trakls Group. Nosocomial pneumonia in intensive care. *Crit Care Med*. 1994;22:55-60.
23. Smulders K, van de Hoven H, Weers-Pothoff J, Vandenbroucke-Grauls C. A randomized clinical trial of intermittent subglottic secretion drainage in patients receiving mechanical ventilation. *Crit Care Med*. 2002;Mar;30(3):858-62.
24. Kollef MH, Skubas NJ, Sundt TM. A randomized clinical trial of continuous aspiration of subglottic secretions in cardiac surgery patients. *Chest*. 1999;Nov;115(5):1339-46.

SACETT™	D.I.(mm)	D.E(mm)	Balón en reposo diam.(mm)
100/189/060	6.0	9.0	23.0
100/189/065	6.5	9.7	23.0
100/189/070	7.0	10.4	30.0
100/189/075	7.5	11.1	30.0
100/189/080	8.0	11.9	30.0
100/189/085	8.5	12.4	30.0
100/189/090	9.0	12.8	30.0



Guía de enfermería de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAVM)

LOS DETALLES DADOS EN ESTE CATÁLOGO SON VÁLIDOS EN EL MOMENTO DE SU IMPRESIÓN. LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE INTRODUCIR CAMBIOS DE MEJORA.

Portex, Soft-Seal, SuctionPro 72, SACETT, Trac-Wedge, PressureEasy, Suctionaid, Blue Line Ultra y las marcas de diseño Smiths son marcas registradas de la familia de compañías de Smiths Medical. El símbolo ® indica que la marca está registrada en la oficina de marcas y patentes de EEUU y de otros países. © 2011 Smiths Medical familia de compañías. Todos los derechos reservados.
Nº de catálogo: LIT/AM2765ES

smiths medical

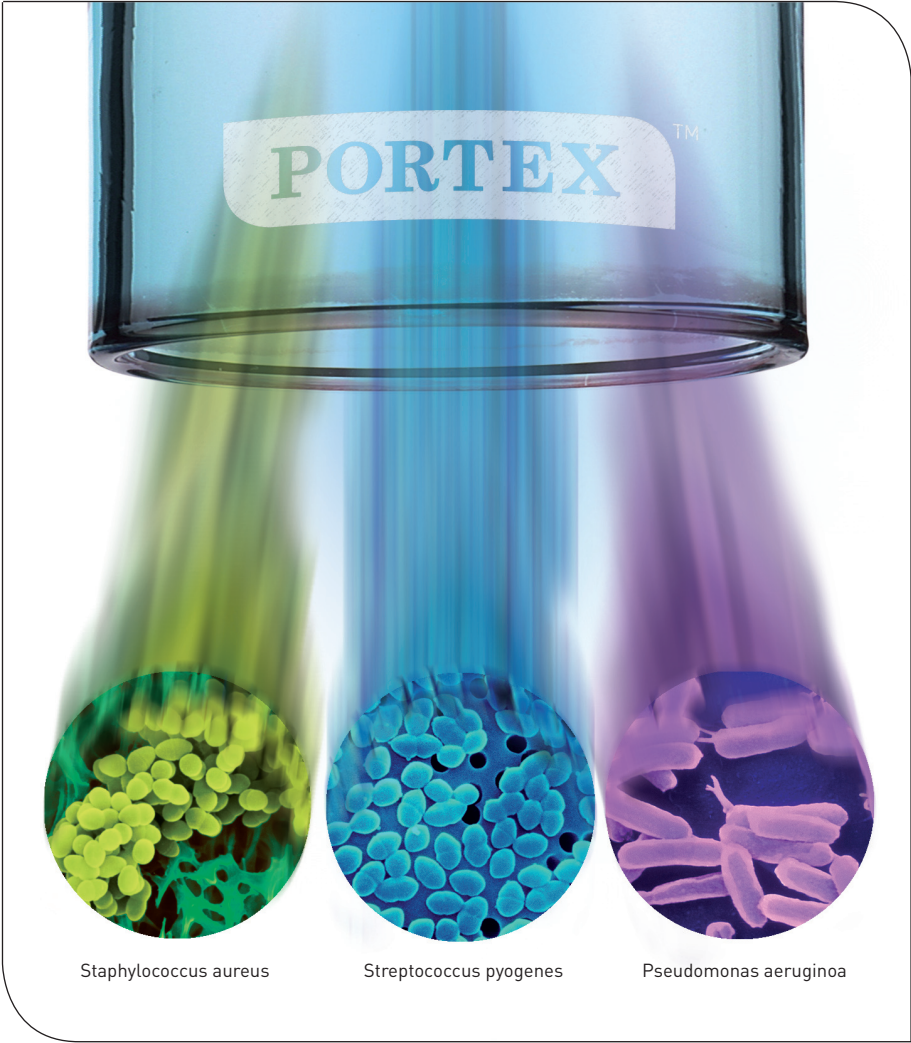
SACETT™ - Una parte crítica de su protocolo de NAVM



MANEJO DE LA VÍA AÉREA

PORTEXTM

Entendiendo el problema



Entendiendo el problema

La necesidad de ventilación mecánica con frecuencia es la principal razón para la admisión en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Aunque la ventilación en estos casos es esencial para la preservación inmediata de la vida, esto puede llevar consigo un elemento de riesgo. Los pacientes críticos en UCI tienen un alto riesgo de infecciones asociadas con una mayor morbilidad, mortalidad con altos costes de salud¹⁻³. La tasa de infección general en pacientes críticos es aproximadamente del 40% y puede ser tan alta como el 50% o 60% en los pacientes que permanecen en la UCI durante más de 5 días^{4,5}. Los rangos de incidencia de neumonía adquirida en UCI oscilan entre un 10% a un 65%⁶⁻¹¹. Entre los

pacientes con alto riesgo de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM) están aquellos que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica, quemaduras, condiciones neuro-quirúrgicas, síndrome de distrés respiratorio y presencia de aspiraciones, los pacientes que son re-intubados y aquellos que reciben agentes paralizantes o nutrición enteral^{12,13}. La morbilidad y mortalidad atribuida a NAVM es clínicamente importante. En un estudio prospectivo, de cohorte coincidente, pacientes con NAVM permanecieron en la UCI 4,3 días [95% IC, días de 1.5 a 7.0] más que pacientes que no tuvieron NAVM y había una tendencia hacia un mayor riesgo de muerte (aumentando el riesgo absoluto, 5,8% [IC, -2.4% a 14,0%])¹⁴. En otros seis estudios, utilizando una estrategia de pareamiento encontraron permanencias prolongadas en UCI asociadas con NAVM (rango, 5 a 13 días) y de la mortalidad atribuible, que van desde un aumento de riesgo absoluto del 0% al 50%¹⁵⁻²⁰.

Safdar et al (2005)²¹, evaluando las consecuencias clínicas y económicas de la neumonía asociada a la ventilación mecánica concluye:

- a) Entre el 10 y el 20% de los pacientes que reciben ventilación mecánica durante más de 48 horas desarrollarán NAVM.
 - b) Los pacientes críticos que desarrollan NAVM pueden tener el doble de probabilidades de morir en comparación con pacientes similares sin NAVM (ratio prob. agrup; 2.03; IC 95%; 1.16-3.56).
 - c) Los pacientes con NAVM registran un aumento significativo de su estancia en la UCI (media = 6.10 días; IC = 95%, 5.32-6.87 días).
 - d) Los pacientes que desarrollan NAVM aumentan los costes adicionales hospitalarios hasta 10.019 \$ USA.
- Por lo tanto, las estrategias para disminuir la incidencia de NAVM podrían disminuir la morbilidad, mortalidad y los costos hospitalarios y mejorar la seguridad del paciente²².

Su Experiencia

Se ha demostrado que la mejor manera de lograr una profilaxis de NAVM es a través de una combinación de estrategias combinadas en un protocolo local viable. Los protocolos más comunes incluyen los siguientes elementos:

- Identificación de los pacientes de riesgo.
- Diagnóstico temprano y preciso.
- Interrupción de la sedación /extubación temprana.
- Posición semi-incorporada del paciente.
- Aspiración continua de secreciones subglóticas (ACSS).
- Sistema de aspiración cerrado.
- Rutina de higiene bucal.
- Minimizar la intubación /extubación nasogástrica.
- Reducción de los cambios de los circuitos del ventilador.
- Profilaxis de úlcera de stress.
- Rotación lateral continua.

Si se trabaja con los expertos de control de infecciones y microbiología locales estas estrategias pueden combinarse para reducir la incidencia de NAVM dentro de su centro hospitalario.

Nuestra Experiencia

La aspiración subglótica continua elimina las secreciones orofaríngeas y/o gástricas por encima del balón del tubo endotraqueal o cánula de traqueotomía que han podido ser contaminados / colonizadas por gérmenes patógenos. Se cree que la micro-aspiración de estas secreciones es un factor principal en el desarrollo de NAVM. Aunque la aspiración puede realizarse a través de una intervención programada (con el riesgo de dañar las cuerdas vocales o ser punto de entrada de una infección) Smiths Medical ha utilizado la experiencia adquirida con la cánula Blue Line Ultra® Suctionaid® para desarrollar SACETT™.

SACETT™

El tubo endotraqueal Portex® con aspiración por encima del balón (SACETT™) es una nueva incorporación a la gama de tubos traqueales Blue Line® específicamente diseñado para reducir la NAVM. SACETT™ combina todos los beneficios de las cánulas de la gama Blue Line® con la capacidad de extraer las secreciones por encima del balón del tubo in-situ. Esto se logra a través de la incorporación de un lumen adicional en la parte posterior del tubo con un orificio de evacuación por encima del balón para permitir una aspiración continua de las secreciones subglóticas (ACSS).

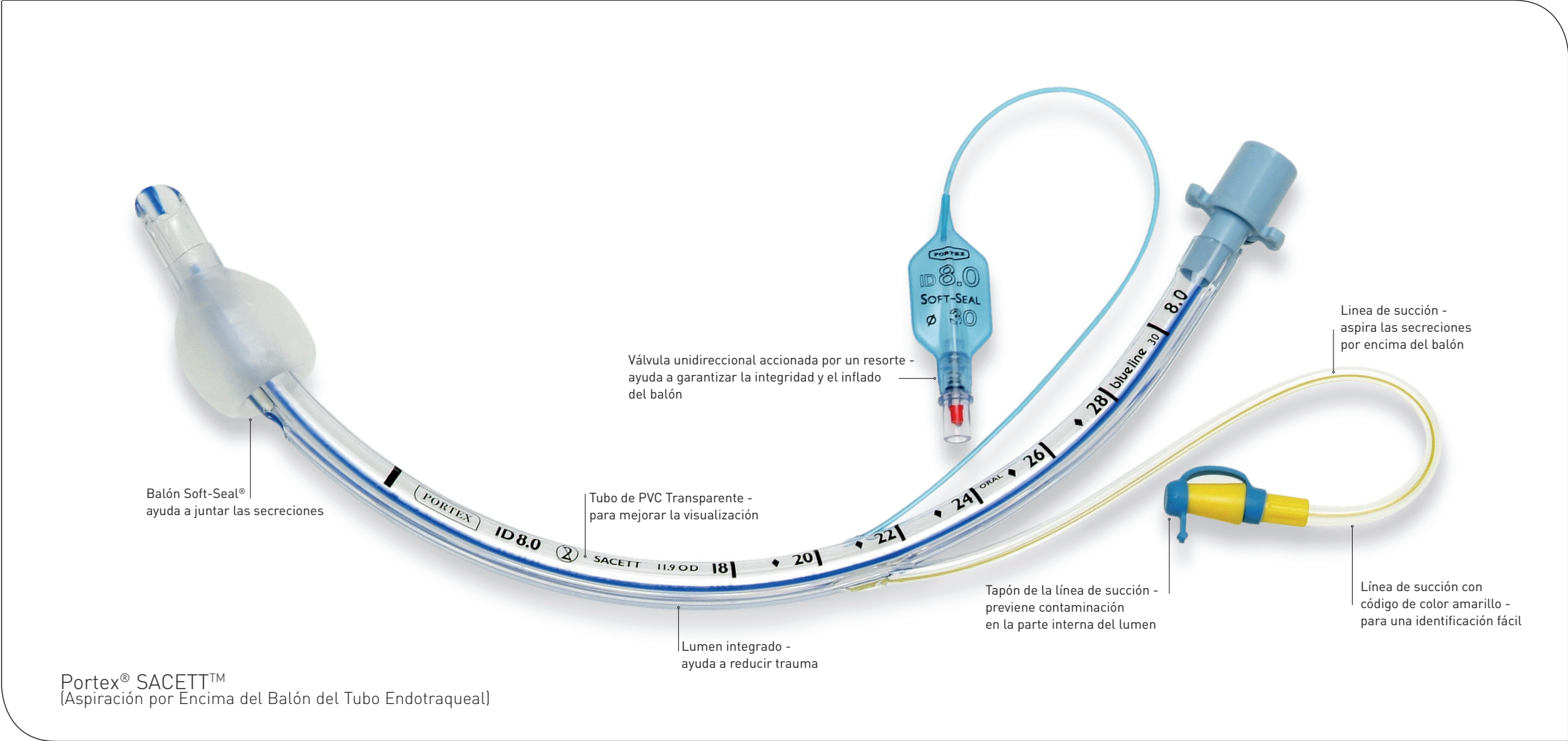
La característica única de SACETT™ es la incorporación de un balón de gran volumen y baja presión Soft-Seal® invertido que puede ayudar a aumentar la comodidad del paciente. La forma invertida del balón ofrece un sello seguro al mismo tiempo que ayuda a mantener las secreciones alrededor de la abertura de la evacuación.

Características principales de SACETT™

- Igual característica del balón de gran volumen y baja presión de las cánulas de la gama Blue Line®. El balón invertido puede incrementar el bienestar del paciente y ayuda a mantener las secreciones para la aspiración.
- La válvula unidireccional accionada por un resorte ayuda a garantizar el inflado del balón y su integridad. El gran balón piloto ergonómico hace más fácil la distinción entre el sonido de succión y el de una fuga del balón.

- Apertura en la parte posterior del tubo para la aspiración y lumen adicional que conducen a una línea proximal que permite la conexión a fuentes de succión. El lumen integrado reduce el riesgo de trauma potencial y el riesgo de infección asociada a la introducción de un catéter en la aspiración manual.
- PVC transparente que permite la clara visualización de condensaciones y confirmar la correcta posición del tubo.
- Línea de succión y conector amarillo para una identificación más fácil y prevenir el corte accidental.
- Tapón de la línea de succión para prevenir la contaminación dentro del lumen cuando no hay aspiración durante el traslado del paciente.

Utilizando ACSS (aspiración continua de secreciones subglóticas) como parte de un protocolo bien implementado, se ha demostrado la reducción de incidencia de NAVM²⁴⁻²⁷. El tubo de Portex® con aspiración por encima del balón se ha optimizado para la aplicación exitosa de ACSS para reduciendo la incidencia de NAVM.



Portex® SACETT™
 [Aspiración por Encima del Balón del Tubo Endotraqueal]

