

PAUTAS PARA EL USO DE OXÍGENO Y SUS DISPOSITIVOS

VENTILACIÓN MECÁNICA

MANEJO S.D.R.A.

VENTILACIÓN /PROTECCIÓN PULMONAR

POSICIÓN PRONO

SEDOANALGESIA EN PACIENTE CON VMI

RELAJANTES NEUROMUSCULARES

MANEJO S.D.R.A.

Definición SDR de Berlín Opcional
< recursos: Def. Kigali
Ecografía reemplaza TAC – Oximetría reemplaza gases arteriales – SAFI reemplaza PAFI

Definición de Berlín

Temporalidad	Aparición del cuadro clínico o de nuevos síntomas respiratorios o empeoramiento, menor a 1 semana.
Radiografía	Opacidades bilaterales no totalmente explicadas por derrames, colapso lobar o pulmonar, o nódulos.
Origen de edema	Insuficiencia respiratoria que no es totalmente explicada por una insuficiencia cardíaca o sobrecarga de fluidos. Necesita evaluación objetiva (p.e. ecocardiografía) para excluir edema hidrostático si no existe ningún factor de riesgo presente.
Oxigenación	Leve: 200 mmHg < PaO ₂ /FiO ₂ ≤ 300 mmHg, con PEEP/CPAP ≥5 cmH ₂ O Moderado: 100 mmHg < PaO ₂ /FiO ₂ ≤ 200 mmHg, con PEEP ≥5 cmH ₂ O Severo: PaO ₂ /FiO ₂ ≤ 100 mmHg, con PEEP ≥5 cmH ₂ O

La VMI es el tratamiento indicado en los pacientes con SDR moderado – severo.

Es recomendable, no retrasar la IOT

No se recomienda el uso de Ventilación mecánica No Invasiva previa a IOT e inicio de VMI

La IOT debe ser realizada por la persona más experta del equipo y la secuencia rápida e invertida será preferible en el caso del paciente con insuficiencia respiratoria severa

Debe existir una evaluación de la vía aérea para determinar posibles rutas de acción en caso de una vía aérea difícil predicha

Inicio temprano de la sedoanalgesia según protocolos institucionales (Garantizar control del dolor, confort del paciente y acople a la ventilación mecánica)

VENTILACIÓN /PROTECCIÓN PULMONAR

Volumen corriente 6-7 ml/kg peso predicho

Presión meseta (plateau) < 30 cm H₂

PEEP >8 cmH₂O

Hipercapnia permisiva

Driving pressure (presión de conducción alveolar) < 15 cmH₂O. (Driving pressure = Presión meseta - PEEP)

FiO₂ mínima necesaria con un objetivo de metas de saturación según nivel de altura

Hipoxemia en escenario de Covid

Altura sobre el nivel del mar	Valores normales de PaO ₂	Valores normales de SaO ₂	Objetivo SaO ₂
<2.000 metros	80 mmHg	92% - 96%	>90-96%
>2.000 metros	60 mmHg	90% -94%	>88-93%

La ventilación mecánica invasiva debe ser administrada con circuitos cerrados para disminuir el intercambio de aerosoles y el riesgo de contaminación en el personal asistencial.

POSICIÓN PRONO

POSICIÓN PRONO EN PACIENTE CON VMI:

- En SDR severo (Pa/FiO₂ menor a 150 por al menos 18 horas continuas): Pronación temprana en las 1ras 24-36 horas
- Primeras 24/36 horas de iniciada la VM
- Ciclos de pronación mínimo de 18 horas y en paciente hemodinámicamente estabilizado.
- El protocolo debe garantizar medidas de seguridad para:
 - Evitar lesiones de piel
 - Evitar riesgo de contaminación del personal de salud
 - Evitar complicaciones hemodinámicas mayores
 - Evitar infecciones nosocomiales

PRONACIÓN PACIENTE DESPIERTO:

- Herramienta útil para mejorar la oxigenación y disminuir el esfuerzo respiratorio en pacientes con COVID-19 moderado o severo.
- Cualquier paciente con COVID-19 con dificultad respiratoria lo suficientemente grave como para ser ingresado en el hospital debe ser considerado para rotación y pronación.
- Independientemente de la modalidad de oxigenación pero vigilando que no se interrumpa el flujo de oxígeno durante la rotación del paciente.
- Duración: 30-120 minutos en decúbito prono, seguidos de 30-120 minutos en decúbito lateral izquierdo, decúbito lateral derecho y posición sentada vertical.
- Considerar los deseos del paciente. El beneficio se percibe dentro de los 5-10 minutos en una nueva posición; no mantenga una posición que no mejore la respiración y la comodidad del paciente.

Basado en: la Guía clínica rápida para la atención de personas con infección por SARS CoV2/COVID-19, IGEC-Keralty y en las pautas para el uso de oxígeno y sus dispositivos: racionalidad y seguridad en tiempos de pandemia en Colombia; RGC.

