

## **Recomendaciones para el manejo de pacientes adultos con insuficiencia respiratoria aguda fuera de las áreas de Terapia Intensiva - Terapia Intensiva Adultos - 02/07/09**

Ante la necesidad de atención de pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica relacionada con la presencia de neumonías bilaterales por probable infección con influenza A (H1N1) fuera de los sectores de Terapia Intensiva, se recomienda:

### **Evaluación y manejo inicial** (¡Cuidar de mantener las medidas de bioseguridad!)

Además de la evaluación clínica general, que incluirá la presencia de comorbilidades, se prestará atención a la presencia de los siguientes parámetros

- Frecuencia cardíaca > 120/min, hipotensión arterial
- Frecuencia respiratoria (FR) > 30/min
- Utilización de músculos respiratorios accesorios / respiración paradójica
- Saturoimetría de pulso (SpO<sub>2</sub>) respirando aire < 90-92% / cianosis

A los pacientes que presenten alguno de estos síntomas se les tomará una muestra de sangre arterial para gases y se les administrará oxígeno con máscara o cánula nasal. Si se requiere administrar broncodilatadores, utilizar puffs y evitar las nebulizaciones.

Los enfermos que no estabilicen su situación y persistan con dificultad respiratoria significativa son candidatos a recibir soporte ventilatorio con intubación orotraqueal (IOT) y ventilación mecánica invasiva (VM). En algunos pacientes se podría intentar ventilación no invasiva (VNI).

### **VNI** (¡Cuidar de mantener las medidas de bioseguridad!)

La VNI será reservada a los pacientes lúcidos que mantengan capacidad de colaboración, toleren la máscara y se adapten al procedimiento. Son signos de respuesta favorable: reducción de la FR, y de la oxigenación y –en caso que estuvieran alterados- disminución de la PaCO<sub>2</sub> y aumento del pH.

Comenzar programando 4-6 cmH<sub>2</sub>O de presión espiratoria y 6-8 cmH<sub>2</sub>O de presión inspiratoria. En los minutos siguientes se podrá aumentar 2 cmH<sub>2</sub>O por vez en uno y otro parámetro, evaluando la respuesta (frecuencia respiratoria, oxigenación). Evitar presiones superiores a 10-12 de espiratoria y 14-16 de inspiratoria.

Es de resaltar la importancia de

- Tomar en cuenta las contraindicaciones de la VNI: gravedad extrema, inestabilidad hemodinámica, arritmias, incapacidad para proteger la vía aérea, imposibilidad de lograr buen ajuste de la máscara, etc.
- Asegurar la vigilancia y el monitoreo durante su uso (incluyendo SpO<sub>2</sub> continua y determinación de gases sanguíneos a la 1-2 hs de iniciada la VNI).
- No insistir con la aplicación de VNI ante el fracaso del método: falta de mejoría en las primeras 2 hs de tratamiento, imposibilidad de mantener una saturación de oxígeno mayor a 90-92%.

### **IOT** (¡¡¡Cuidar de mantener las medidas de bioseguridad!!!)

En el caso de que el paciente requiera ser intubado, asegurar la preoxigenación del paciente con Ambu mientras la sedación hace efecto. Utilizar las medidas de bioseguridad indicadas, incluyendo el uso de antiparras. Es conveniente que durante el procedimiento esté presente un operador experimentado.

### **VM** (¡¡Cuidar de mantener las medidas de bioseguridad!!)

Sometido el paciente a VM, comenzar la ventilación con

- Ventilación controlada por volumen (VCV)
- Oxígeno: 100%
- Volumen corriente: 350-450 ml (de acuerdo a la altura del enfermo)
- FR: 18-25/min
- PEEP: 5-8 cmH<sub>2</sub>O.

Se evitará superar una presión pico en la vía aérea de 35 cmH<sub>2</sub>O. Las alarmas se programarán en valores operativos para cumplir adecuadamente su función.

Se mantendrá al paciente sedado para facilitar su adaptación al respirador (por ej., midazolam + fentanilo).

### **Advertencias**

¡Cuidar el mantenimiento de las medidas de bioseguridad en todas las situaciones!

Proveer humidificación pasiva con dispositivo HME y filtros bacteriano/viral en la rama espiratoria del circuito, tanto en VM como en VNI; también se puede utilizar en la rama inspiratoria. Utilizar sistema cerrado de aspiración.