

PATOLOGÍA RESPIRATORIA URGENTE

Paula Fernández de la Mata
Adjunto Servicio de Urgencias CAULE

12/02/2024

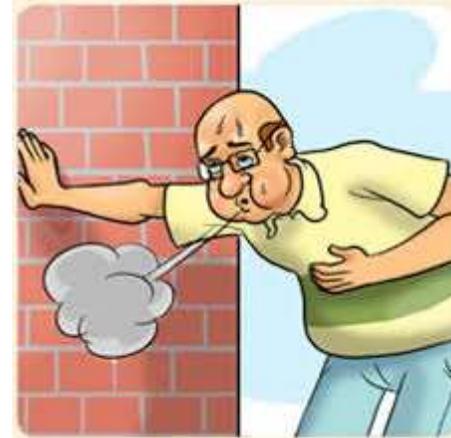
VALORACION EN ATENCION PRIMARIA

- Varón de 68 años que acude por DISNEA a su centro de salud
- Según informe se objetiva SaO₂ del 86% por lo que se pauta tratamiento broncodilatador y corticoide y se decide traslado en SVB
- Antecedentes:
 - EPOC severo
 - Enfisema pulmonar
 - Insuficiencia respiratoria crónica en tratamiento con OCD

VALORACION EN URGENCIAS

- Valoración inicial en triaje:
 - Mal estado general, importante trabajo respiratorio
 - SaO₂ 66% TA 164/95 mmhg FC 94 lpm T^a 36°C

BOX 0



Caso clínico

- Valoración inicial del paciente: Anamnesis y exploración física
 - Importante trabajo respiratorio
 - No somnolencia
 - AC: rítmico sin soplos AP: roncus, sibilantes e hipofonía
 - EEII: edemas bilaterales con fóvea hasta raíz de muslos
 - Monitorización y pruebas complementarias
 - Antecedentes patológicos
 - EPOC AR no agudizador, OCD desde 2019, no hipercapnia previa. En seguimiento por neumología
 - Últimas PFR 23: FVC 89%, FEV1 46%, **FEV1/FVC 41,13%** → obstrucción severa
- Oxigenoterapia
 - Tratamiento broncodilatador
 - Tratamiento corticoide
 - Tratamiento depletivo
 - Sondaje vesical

Caso clínico

- Pruebas compleme
- ECG
- Gasometría art
- pH 7.27 pO
- Rx tórax



- Pruebas complementarias:

- ECG

- Gasometría arterial:

- pH 7.27 pCO₂ 70,5 pO₂ 35.8 Sa 68.6% HCO₃ 32

- Rx tórax

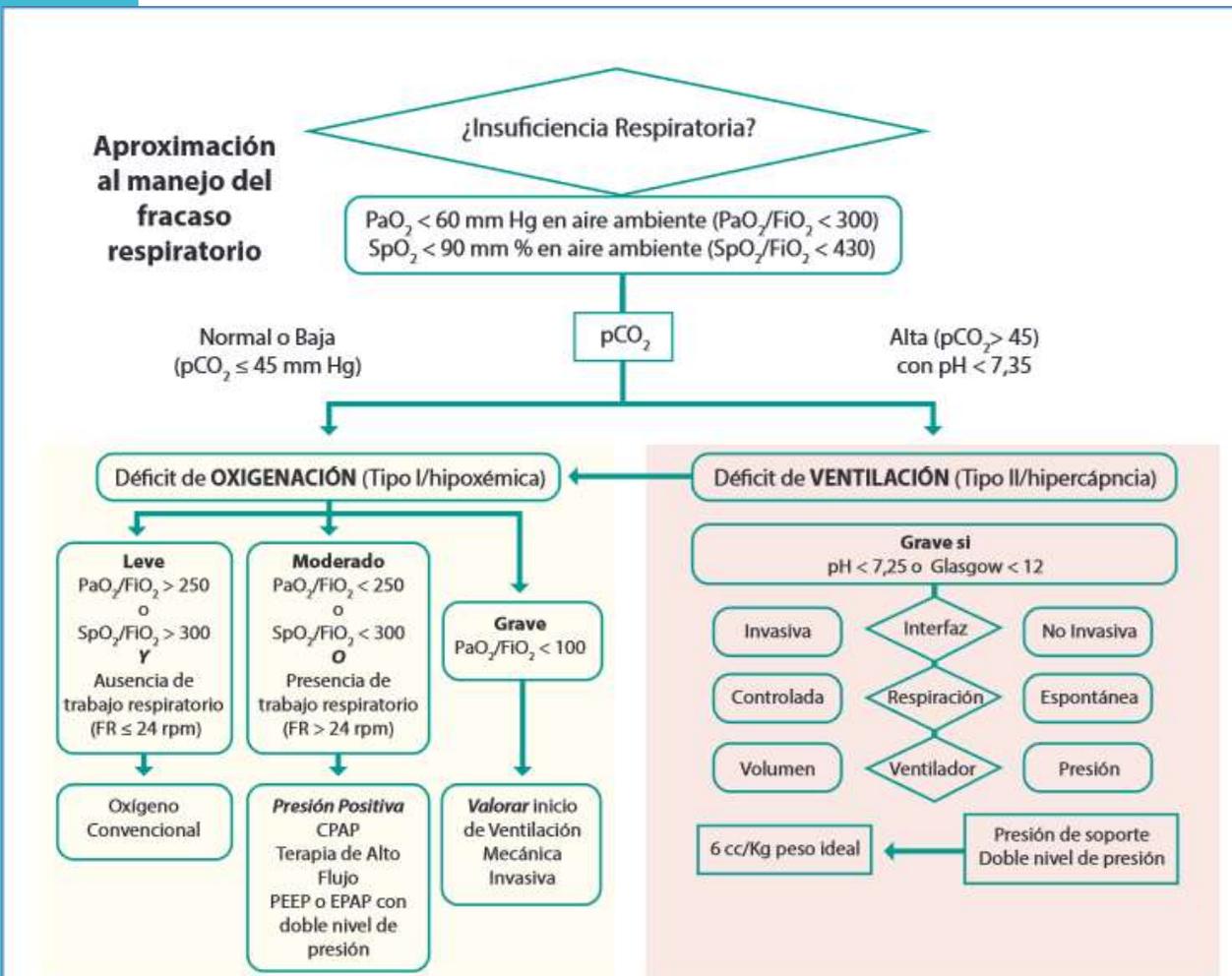
- Analítica sanguínea:

- Cre 0,78 FG 93 Na 119 Cl 82 Tn 20 ProBNP 1023 PCR 0,07 Leucos 14200 (N 95% L2%)

- Hb 15,9 Pla_q 278000 TTPa 34 TP 92% INR 1,06

- Virus respiratorios: NEGATIVOS

VENTILAR



VMI

**INTUBACION
OROTRAQUEAL**

VMNI

CPAP

BIPAP

OBJETIVOS

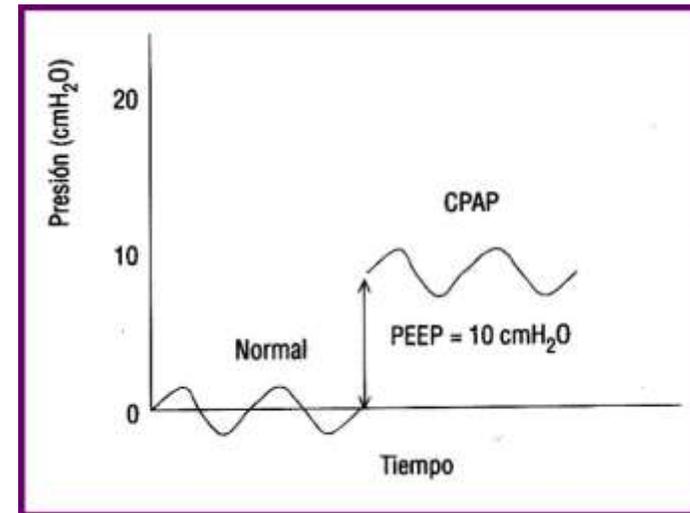
- Mejorar el intercambio gaseoso
- Disminuir el trabajo respiratorio
- Evitar la fatiga muscular
- Aumentar el volumen corriente

CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS	RELATIVAS
Parada cardiorrespiratoria	Traumatismo facial
Obstrucción o compromiso de la vía aérea	Riesgo de broncoaspiración
Necesidad de intubación orotraqueal urgente	Neumotórax
Hemorragia digestiva alta activa	Agitación
Cirugía gastroesofágica	Mal manejo de secreciones
	Coma
	Shock

CPAP

- Presión continua en la vía aérea del paciente, por encima de la atmosférica, y se le deja respirar espontáneamente.
- PEEP: 8-15 mmHg



EFFECTOS

- Oxigenación
- Reclutamiento alveolar

- Co

- Disminu

EDEMA AGUDO DE PULMON

- Su principal indicación es corregir la hipoxemia.
- Disminuye la carga de los músculos respiratorios
- A nivel hemodinámico: aumenta la presión intratorácica → disminuye pre y poscarga → disminuye la TA y el gasto cardiaco

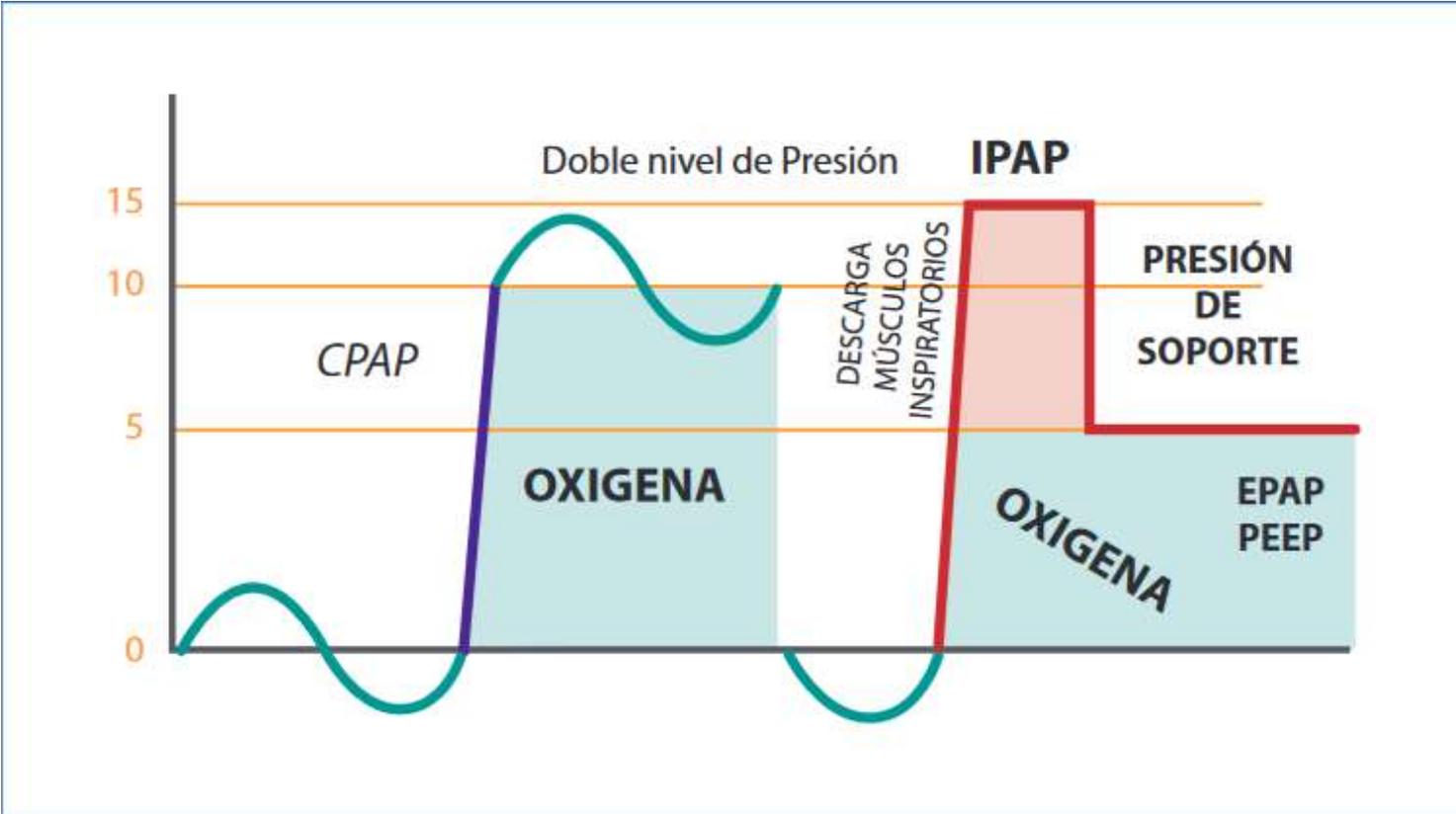
BIPAP

- Presión diferente en la vía aérea ya sea **Inspiración** o **Espiración**
- Programamos la presión que el equipo debe suministrar tanto en la fase inspiratoria como espiratoria
- El Volumen Corriente depende de la presión programada y de la mecánica torácica del paciente
- MODO S/T (VENTILADORES)
 - S: respiración espontánea del paciente
 - T: tiempo → FR rescate

CONCEPTOS

- IPAP: nivel de presión programado durante la inspiración
- EPAP: nivel de presión programado durante la espiración
- Trigger: sensor de tránsito entre inspiración y espiración espontánea
- Presión de soporte (PS)=IPAP-EPAP
 - La que realmente da el soporte ventilatorio al paciente
 - Si aumentamos la EPAP pero no la IPAP, estamos disminuyendo la ayuda al paciente
- Rampa (Rise Time): tiempo que tarda en alcanzar la IPAP programada

VMNI: CPAP/BIPAP



Cinesi Gomez, C. Resumen del efecto de la CPAP y un modo con doble nivel de presión. VENTILA. Ventilación mecánica no invasiva en el día a día

Caso clínico

pH 7.27 pCO₂ 70,5 pO₂ 35.8 Sa 68.6% HCO₃ 32

PARÁMETROS	VALOR APROXIMADO
IPAP	16 cmH ₂ O
EPAP	6 cmH ₂ O
FR	12 (Rescate)
T insp	1,2 s
Trigger	Automático
Rampa	Rápida

A la hora del ingreso, nueva gasometría...

- pH 7,36 pCO₂ 58,4 pO₂ 57,8 SaO₂ 92% HCO₃ 29

Al día siguiente...

- pH 7,46 pCO₂ 46,3 pO₂ 60 Sa 94% HCO₃ 31

- Del Castillo Otero D., Cortés Caballero A., García Cuesta A., De la Cruz Castro N. P., Ventilación mecánica no invasiva (VNI) en pacientes agudos y crónicos.
- Golpe Gómez R, Ventilación mecánica no invasiva en la exacerbación de la EPOC.
- Cinesi Gomez C., VENTILA. Ventilación mecánica no invasiva en el día a día.

 The picture can't be displayed.