

Servicio de Terapia Intensiva
Algunas recomendaciones y sugerencias respecto al manejo de los pacientes con
Neumonía por influenza H1N1 que requieran cuidados críticos
20 de julio de 2009

La aplicación de soporte ventilatorio en los pacientes con neumonía por influenza que evolucionan a SDRA, debe seguir estrictamente los principios de la ventilación protectora, consistente en:

- Estricta selección de Vt bajos (6ml/k peso teórico y si fuera necesario hasta 4 ml/k)
- Medir la altura del paciente para obtener una valoración más confiable del peso predictivo por tablas, con el que se ajustará el Vt).
- Siguiendo este parámetro los Vt obtenidos en la mayoría de la población seguramente rondarán entre 250-450 ml.
- Selección de PEEP inicialmente de por lo menos 10 cmH₂O y luego ajustarla según algunos de las maniobras disponibles. La más sencilla y rápida para instrumentar al lado de la cama del paciente es la utilizada en el ExPress trial donde luego de la aplicación del Vt 6 ml/k, se comienza a subir el valor de PEEP hasta llegar a 28-30 cm H₂O de presión meseta.
- Si al alcanzar esa presión meseta, el PaO₂/Fio₂ es menor a 200 puede incrementarse la PEEP hasta alcanzar 32 cmH₂O de presión meseta.
- Para poder incrementar más el valor de PEEP considere reducir el Vt hasta 4 ml/k.
- Recuerde que al aplicar estos Vt bajos para evitar una hipercapnia importante se deberá aumentar la frecuencia respiratoria. Hemos observado que estos pacientes toleran frecuencias de hasta 35 por minuto sin significativo atrapamiento aéreo, siempre y cuando se apliquen Vt bajos. De todas maneras monitoree la PEEP intrínseca frecuentemente y la Presión meseta.
- Si luego de la selección de PEEP por este método, el PaO₂/Fio₂ es menor a 200, puede aplicarse una maniobra de reclutamiento de la manera en que esté más familiarizado. Puede aprovecharse la maniobra de reclutamiento para seleccionar el nuevo nivel de PEEP luego de la maniobra.
- La aplicación de la maniobra de reclutamiento debe estar precedida de una valoración del status de volumen intravascular, para realizar la maniobra con adecuado margen de tolerancia.
- Tenga presente que para muchos de estos pacientes dado la gravedad del SDRA el valor de PEEP promedio en los primeros días estará seguramente alrededor de los 18 cm H₂O (en algunos caso hasta 24 cmH₂O).
- Si luego de la optimización de la PEEP y el reclutamiento, el PaO₂/Fio₂ fuera menor a 150 y más aún si fuera menor a 100, cuando sea factible considere colocar al paciente en decúbito prono.
- Si luego de la pronación la relación PaO₂/Fio₂ fuera menor a 200, efectúe una maniobra de reclutamiento en prono.
- Si luego del prono + reclutamiento en esta posición, el PaO₂/Fio₂ fuera menor a 150, o si no es factible la posición prona y el PaO₂/Fio₂ está en esos valores, considere utilizar medidas adjuvantes para la hipoxemia refractaria: óxido nítrico, ECMO.
- Otra indicación para estas medidas adjuvantes será la imposibilidad de obtener presiones mesetas inferiores a 32 cmH₂O, pH consistentemente < a 7,20 debido a hipercapnia y presencia de barotrauma pulmonar

Por toda otra información y observación de experiencias de nuestro Servicio y de otras Unidades de Terapia Intensiva del país, respecto al tratamiento de los cuadros críticos asociados a infección pulmonar por H1N1 puede dirigirse la página web de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (www.sati.org.ar)