

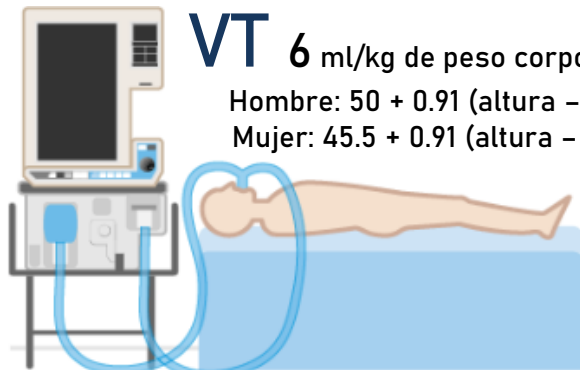


OBJETIVO PROTECCIÓN PULMONAR

P.Plat < 28
DP < 15

SpO₂ 88-92%
PaO₂ 55 - 85

PaCO₂ < 60
pH > 7.20



VT 6 ml/kg de peso corporal ideal.

Hombre: 50 + 0.91 (altura - 152,4)

Mujer: 45.5 + 0.91 (altura - 152,4)

FR para mantener PH objetivo.

Iniciar 25, adaptar según PCO₂.

FiO₂ 100%. Descenso progresivo.

PEEP Inicial 8-12.

I:E Inicialmente 1-2

Si PAFI < 200
DP > 15 mmHg.

PASO 2: PEEP OPTIMA +/-RECLUTAMIENTO + CONSIDERAR RNM

1

PRIMERA MANIOBRA

Ventilación en presión Control PCV con Pi 15 cmH₂O
FR 15 // I:E 1:2 // PEEP igual

2

INCREMENTO PEEP de 5 en 5 cada 30 s hasta PEEP 25-30 (**VIGILA! Tolerancia Hemodinámica**).
Mantener ultimo paso 2 minutos.

3

CALCULO PEEP OPTIMA

1. Ajustar parámetros ventilatorios previos (VC) y mantener PEEP 18.
2. Descenso progresivo PEEP 2-2
PEEP Optima es aquella con mejor compliance + 2
Utilizar compliance dinámica. (P.pico-PEEP) mejor.

4

SEGUNDA MANIOBRA

Cambio a PCV con Pi 15 cmH₂O
FR 15 // I:E 1:2 // PEEP 20 durante 30 s

ASEGURAR

- 1 Estabilidad Hemodinámica
- 2 Sedación correcta.
- 3 Relajación NM
4. FiO₂ 100%



RECUERDA!

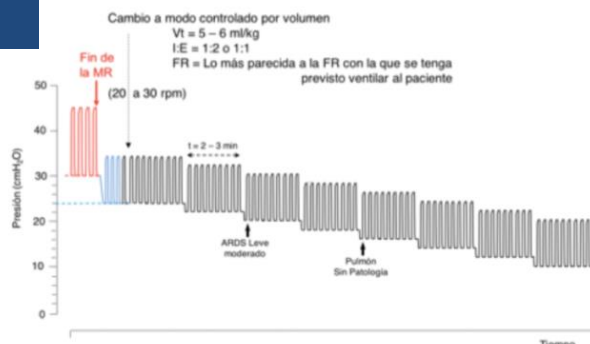
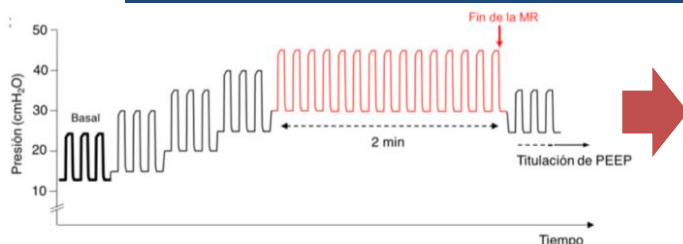
Revalorar cada 24h necesidad de RNM
Evita Balance positivo



DOSIS RECOMENDADAS RNM

Rocuronio:
Bolo IOT 0,6 mg/kg
Perfusión: 0,3-0,6 mg/kg/h.
Cisatracurio (IR):
Bolo IOT : 0,15 mg/kg IOT
Perfusión 0,03-0,6 mg/kg/h

AJUSTAR PARAMETROS PREVIOS Y PEEP OPTIMA CALCULADA



¿ PRONO CUANDO ?

Si 4-6 H posterior a PASO 1 y 2 NO Conseguimos objetivos de ventilación protectora o PAFI < 150



PASO 1: ¿EXISTE CONTRAINDICACIÓN ? VALORAR RIESGO BENEFICIO

Relativas:

- ✓ Fracturas faciales o pélvicas
- ✓ Quemados o heridas abiertas en abdomen, cirugía abdominal, estereotomía reciente.
- ✓ Hipertensión endocraneal
- ✓ Shock

Absolutas:

- ✓ Embarazo
- ✓ Inestabilidad espinal
- ✓ Tórax abierto
- ✓ Cirugía cardiaca < 24h
- ✓ ECMO/BiVAD
- ✓ Arritmias malignas Sangrado agudo

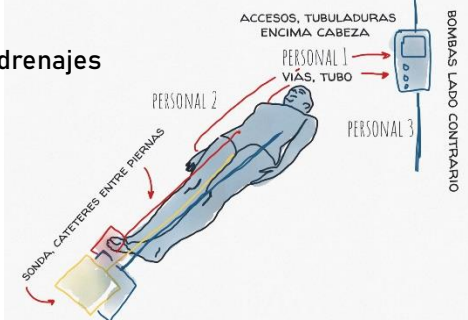
PASO 2: PREPARACIÓN → CHECK LIST

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. STOP NE 1h SNG declive | <input checked="" type="checkbox"/> 2. Tubos de drenaje | <input checked="" type="checkbox"/> 3. Higiene, Cura heridas, Cambio apósitos | <input checked="" type="checkbox"/> 4. Fijar catéteres, drenajes, tubo endotraqueal |
| <input checked="" type="checkbox"/> 5. Ojos, limpiar, lubricar, cubrir | <input checked="" type="checkbox"/> 6. Aspirar boca secreciones | <input checked="" type="checkbox"/> 7. Sedo-analgesia RNM | <input checked="" type="checkbox"/> 8. Mantener mínima monitorización necesaria |

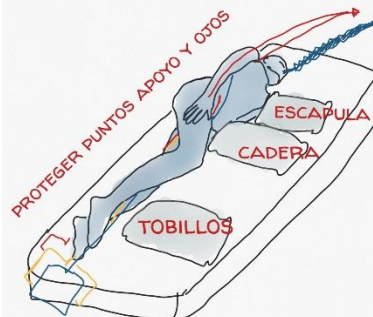


PASO 3: TÉCNICA

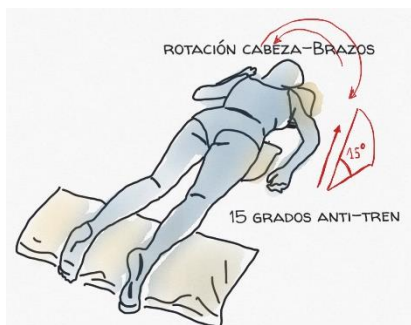
1. Colocar vías/sondas/drenajes /Tubuladuras



2. Rol: 3 personas → 1 en cabeza (Control vías i tubo) 2 (una en cada lateral)



3. Desplazar al lado contrario del giro Posición brazos aducción y palma arriba Girar al lateral.



4. Colocar almohadas (Escapula, Cadera, Tobillos)

5. Girar prono + Comprobar correcta protección zonas declives y genitales

6. Brazo declive palma hacia arriba, brazo contrario a la cabeza. Cabeza posición fisiológica. (Cambio brazos idealmente cada 4 horas, mínimo cada 8 horas).

7. Colocar cama anti-trendelemburg 10-15 grados



COMPROBAR: TUBO/ CONSTANTES/ ACCESOS

PASO 4: MANTENIMIENTO Y OBJETIVOS

TANDAS 16 h. prono / 8 Supino → Valorar deteste si se cumplen objetivos en supino

PASO 1: Estabilidad para iniciar deteste?

- Estabilidad radiológica (descarta consolidaciones → sobreinfección y neumotórax)
- Mejoría respiratoria: PaO₂ > 55-60 mmHg con FiO₂ 0.4 (PaO₂/FiO₂ > 150) con PEEP ≤ 10 cmH₂O.
- Soporte vasopresor estable (FC < 120 lpm, noradrenalina < 0.2-0.5 mcg/kg/min) → tendencia!
- Ausencia de fiebre alta (>38.5-39° C) o acidosis metabólica importante.
- Ausencia de otros procesos activos no controlados (p.e: hipertensión intracraneal).

Aunque no cumpla criterios, si estabilidad clínica intenta favorecer respiración espontánea (Sedación ligera RASS-1, 0, Modo ventilatorio en PS).

Evalúa cada 24 h!

**PASO 2: Preparar para deteste**

- ✓ Reduce sedación > 50%
- ✓ Modo ventilatorio PSV (PS 8-12, PEEP igual, FiO₂ igual, Trigger 1,5-3 L/min.

Conciencia adecuada?
Rass- 2 a 0



Respiratorio?
FR < 30/ Sat > 90%.



Ausencia trabajo : Musculatura accesoria o abdominal, diaforesis.

Hemodinámico?

Ausencia de Inestabilidad hemodinámica importante o HTA > 180

**PASO 3: Prueba de ventilación espontánea**
PS 5, PEEP 5, FiO₂ 40% → Evalúa durante **35-40 minutos!****EXTUBACIÓN**

Valora LAF si alto riesgo fracaso!

**Fracaso extubación!****Re-IOT precoz!**

Tras varios fracasos, realizar prueba respiración espontánea

PS 0 y PEEP 0

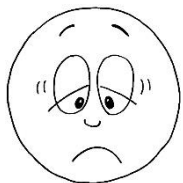
Fracaso!

- SpO₂ <90%, taquipnea > 30rpm, uso de musculatura accesoria, incoordinación toracoabdominal.
- Inestabilidad hemodinámica (marcada).
- Agitación psicomotriz (RASS >0).
- Acidosis respiratoria.

**Que hacer si fracasa prueba de ventilación espontánea?**

Mantener si posible...

- ✓ Sedación ligera.
- ✓ PS moderada 8-12 → Modificar en función de FR si < 17 disminuir soporte.
- Si deterioro PAFI < 150 → Sedación profunda y VC
- Reevaluación diaria.

**¿Cuándo traqueotomía?**

7-10 día no éxito weaning (PEEP altas, FiO₂ > 60%)

