

CASO CLINICO:

Lo nuevo no es siempre lo mejor

Lactante de 4 meses con peso actual de 4'8 kg que ingresa en UCIP procedente de planta por empeoramiento de insuficiencia respiratoria secundaria a bronquiolitis aguda VRS positiva.

Antecedentes: Pretérmino 29 SG (PN: 940 gr). Preciso CPAPn (FIO₂ 0'25) retirandose a la hora de vida. No otros problemas salvo los relacionados con la prematuridad. Ha recibido profilaxis con Palivizumab (Synagis®).

Gasometria capilar (ingreso) con FiO₂ = 1: pH 6'9; pCO₂ 107 mmHg; pO₂ 220 mmHg; CO₃H⁻ 20'7 mM/l; EB -14'1 mM/l.

Se procede a sedo-analgesia, parálisis farmacológica e intubación NT. Se conecta a VM en modo Volumen Controlado/Asistido con los siguientes parámetros: FR 45 rpm, VC 70 cc, T_{insp} 0'26 segs, TP_{ausa} 0'06 segs, PEEP 4 cmH₂O y FiO₂ 0'4. La radiografía de tórax muestra hiperinsuflación bilateral y múltiples atelectasias perihiliares bilaterales. Se objetiva: Pr Pico 40 cmH₂O, Pr Pausa Insp 26 cmH₂O y Pr Pausa Esp (AutoPEEP total) 8 cmH₂O. El flujo espiratorio se hace cero al final de la espiración y la gasometría capilar a la hora del ingreso es (FiO₂ 0'45): pH 7'23; pCO₂ 60'4 mmHg; pO₂ 62 mmHg; CO₃H⁻ 24'8 mM/l; EB -3'2 mM/l.

Por precisar presiones de pico muy elevadas, a las 4 horas del ingreso se cambia a modo Control Volumen Regulado por Presión [CVRP] con: FR 40 rpm, VC 70 cc, I:E = 1:3, PEEP 6 cmH₂O y FIO₂ 0'35. Se objetiva PIP 35 cmH₂O y el flujo espiratorio se hace cero al final de la espiración pero la gasometría capilar empeora (FiO₂ 0'35): pH 7'06; pCO₂ 92'8 mmHg; pO₂ 62 mmHg; CO₃H⁻ 25'5 mM/l; EB -7'5 mM/l. Se administran 2 bolos de bicarbonato y se decide hipercapnia permisiva durante las siguientes 24 horas.

Preguntas:

- 1.- ¿Puedes hacer algo más en CVRP para mejorar el lavado de carbónico?
- 2.- ¿Cambiarías el modo o la técnica de ventilación?