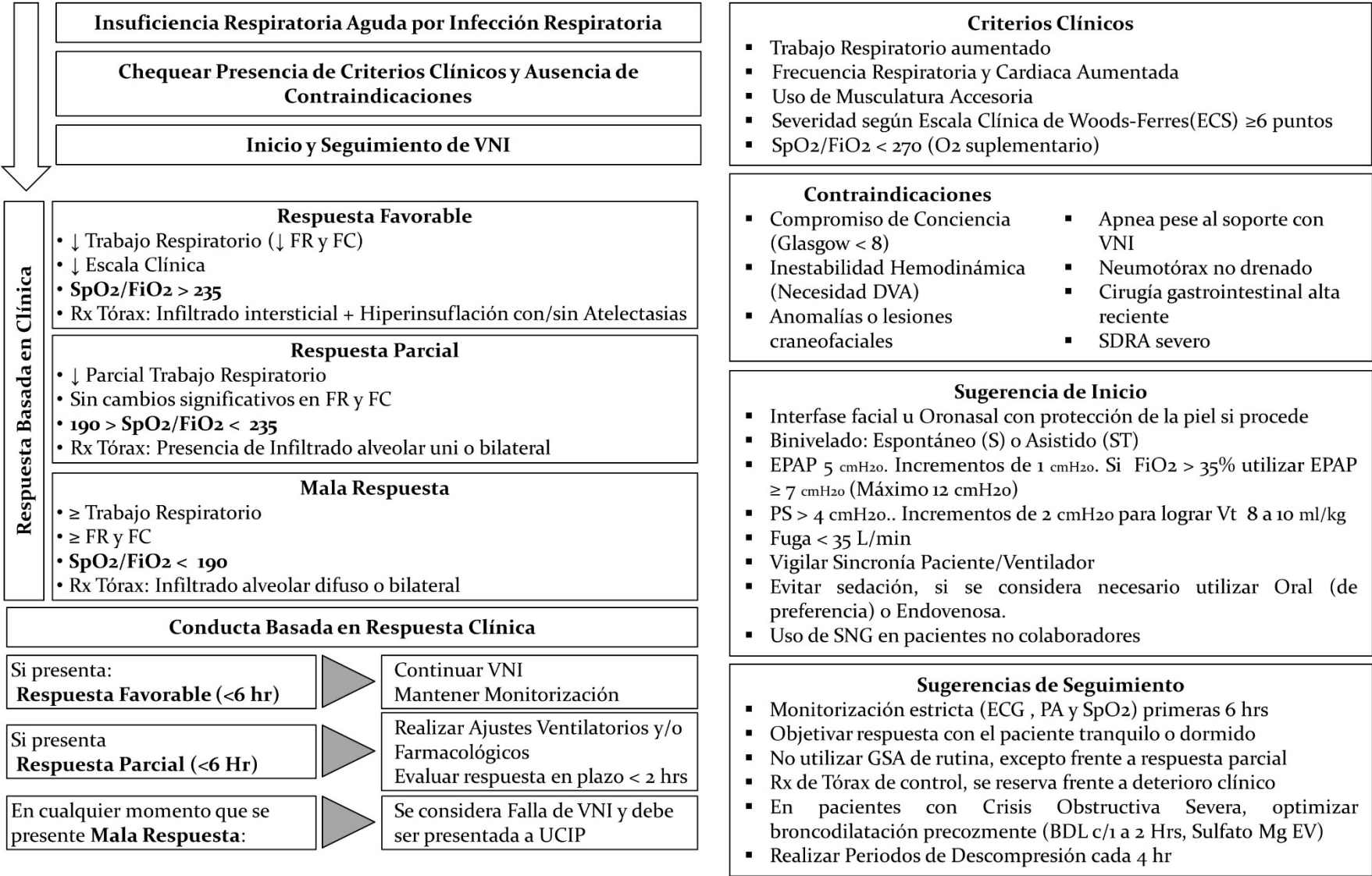


MATERIAL SUPLEMENTARIO

Figura 1. Resumen de Manejo de VNI en IRA.



Trabajo Respiratorio aumentado

Frecuencia Respiratoria y Cardíaca Aumentada

Uso de Musculatura Accesorias

Severidad según Escala Clínica de Woods-Ferres(ECS) ≥6 puntos

SpO₂/FiO₂ < 270 (O₂ suplementario)

Compromiso de Conciencia (Glasgow < 8)

Inestabilidad Hemodinámica (Necesidad DVA)

Anomalías o lesiones craneofaciales

Apnea pese al soporte con VNI

Neumotórax no drenado

Cirugía gastrointestinal alta reciente

SDRA severo

Interfase facial u Oronasal con protección de la piel si procede

Binivelado: Espontáneo (S) o Asistido (ST)

EPAP 5 cmH₂O. Incrementos de 1 cmH₂O. Si FiO₂ > 35% utilizar EPAP ≥ 7 cmH₂O (Máximo 12 cmH₂O)

PS > 4 cmH₂O.. Incrementos de 2 cmH₂O para lograr Vt 8 a 10 ml/kg

Fuga < 35 L/min

Vigilar Sincronía Paciente/Ventilador

Evitar sedación, si se considera necesario utilizar Oral (de preferencia) o Endovenosa.

Uso de SNG en pacientes no colaboradores

Monitorización estricta (ECG , PA y SpO₂) primeras 6 hrs

Objetivar respuesta con el paciente tranquilo o dormido

No utilizar GSA de rutina, excepto frente a respuesta parcial

Rx de Tórax de control, se reserva frente a deterioro clínico

En pacientes con Crisis Obstructiva Severa, optimizar broncodilatación precozmente (BDL c/1 a 2 Hrs, Sulfato Mg EV)

Realizar Periodos de Descompresión cada 4 hr