



Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA)

- Hallazgos clínicos
- Rx infiltrado bilateral
- Déficit oxigenación (Si PaO₂ no disponible SaO₂/FiO₂ ≤ 315):
 - Leve 200 mmHg < PaO₂/FiO₂ ≤ 300
 - Moderado 100 < PaO₂/FiO₂ ≤ 200
 - Grave PaO₂/FiO₂ ≤ 100



Oxigenoterapia

- Oxigenoterapia con mascarilla con reservorio, flujo mínimo 10-15 L/min, FiO₂ 0,60-0,95, si SaO₂ <92% aire ambiente (mantener SaO₂ ≥90)

Cánulas O₂ alto flujo

- Reservado para pacientes concretos.
- Cánulas de O₂ alto flujo pueden suministra hasta 60 L/min
- Comparado con oxigenoterapia convencional disminuye la necesidad de intubación.
- No recomendado en hipercapnia, inestabilidad hemodinámica y fallo multiorgánico.
- Monitorizar estrechamente y preparar entorno para posible intubación.

Ventilación mecánica no invasiva (VNI)

- Reservado para pacientes concretos.
- No debe retrasar intubación
- Fallo tratamiento elevado
- Monitorizar estrechamente y preparar entorno para posible intubación.



Ventilación mecánica invasiva (VMI)

- Intubación por **personal experto**, tomando todas las **precauciones para evitar la transmisión** por vía aérea del virus
- Aplicar VMI de forma **protectora para el pulmón**:
 - volúmenes corrientes bajos (4 a 6 mL/Kg de peso)
 - evitar presiones plateau por encima de 30 cm de H₂O.
 - Mantener una driving pressure (Presión plateau-PEEP) por debajo de 15 cm de H₂O (menor mortalidad)
- Decúbito prono** al menos 16 horas, si Pa/FiO₂ <150, a pesar de administrar altas concentraciones de O₂. **Balances hídricos negativos** para evitar un exceso de líquidos en el pulmón
- Considerar sedorrelajación** en casos de asincronías. Valorar curarización (aunque menor mortalidad está cuestionada)
- Titulación PEEP** en función de la compliancia, oxigenación, espacio muerto y estado hemodinámico. También puede titularse la PEEP mediante la estimación de la presión transpulmonar con catéter esofágico o tomografía de impedancia eléctrica.

Membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO)

- Pacientes con SDRA en los persisten con insuficiencia respiratoria grave e importantes dificultades de ventilación
- ECMO venovenosa, a excepción que exista fallo cardiaco asociado valorándose entonces utilizar la técnica venoarterial.
- En caso de que el centro no disponga de tratamiento con ECMO debe valorarse su traslado a un centro de referencia.

ECMO venovenosa

Insuficiencia respiratoria que cumpla los siguientes criterios	Potencialmente reversible	Grave: <ul style="list-style-type: none"> PaO₂/FiO₂ <60 mmHg con FiO₂ >0,9 durante >3 horas a pesar de medidas de rescate de hipoxemia refractaria. PaO₂/FiO₂ <80 mmHg con FiO₂ >0,9 durante >6 horas a pesar de medidas de rescate de hipoxemia refractaria.* Hipercapnia descompensada (PaCO₂ > 80 mmHg y pH <7,25) durante >6 horas a pesar de medidas de rescate.* 	Refractaria: <ul style="list-style-type: none"> Hipoxemia PaO₂ no mejora >20% con decúbito prono.* Hipercapnia: refractaria ECL5-removal CO₂.*
--	---------------------------	---	---

* Soporte respiratorio e insuficiencia respiratoria, contactar de forma precoz con centro con ECMO si no se dispone ella.

ECMO venoarterial

Shock que cumpla los siguientes criterios	Potencialmente reversible	Grave: <ul style="list-style-type: none"> PAS <90 mmHg durante >30 minutos, con índice cardiaco <2,2 L/min por m². ** 	Refractaria: <ul style="list-style-type: none"> Evidencia de aporte tisular de oxígeno insuficiente (hiperlactacidemia, oliguria, alteración nivel conciencia, congestión pulmonar, SvO₂ <65%) a pesar de medidas convencionales**: Drogas vasoactivas <ul style="list-style-type: none"> Dobutamina >20mcg/Kg/min Noradrenalina >0,5 mcg/Kg/min Balón de contrapulsación, si indicado.
---	---------------------------	--	---

** Soporte circulatorio y shock, contactar de forma precoz con centro con ECMO si no se dispone ella. En casos refractarios si dosis creciente de drogas vasoactivas.