



**2<sup>DA</sup>  
EDICIÓN**

Tarjetas digitales

# **VENTILACIÓN MECÁNICA**

para áreas críticas

Orlando Pérez-Nieto • Eder Zamarrón  
Ernesto Deloya • Raúl Soriano • Salvador Sánchez-Díaz  
Raymundo Flores • Luis Morgado • Gabriela Bautista  
Paola Villa • Manuel Guerrero • Marian Phinder-Puente  
Diego Escarramán • Ignacio Rodríguez-Guevara • Gabriel Cruz  
Jorge López-Fermín • Luis Guerrero-Vega • Jesús Rodríguez-Jurado  
Adrian Herrera • Christian Herrera-Venegas • Ricardo Mancinas



## Indicaciones para iniciar Soporte Respiratorio

### Falla Respiratoria Aguda:

- PaO<sub>2</sub> <60 mmHg o SpO<sub>2</sub> <90%, PaCO<sub>2</sub> >50 mmHg con pH <7.35

*Signos y síntomas:* Disnea, uso de músculos respiratorios accesorios, aleteo nasal, taquipnea (FR >30 rpm), cianosis, deterioro neurológico

### Indicaciones p/ Intubación por Protección de la Vía Aérea:

- Apnea
- Obstrucción de la vía aérea
- Deterioro neurológico que condicione hipoxemia o hipoventilación
- Alta probabilidad de obstrucción, aspiración o falla ventilatoria
- TCE Severo
- Trauma Facial con compromiso de la vía aérea
- Trauma Cervical con compromiso de la vía aérea
- Quemadura de vía aérea o sospecha

### Indicaciones neurológicas:

- Escala de Glasgow ≤ 8 puntos
- Disminución de 2 puntos del puntaje inicial en 1-2 h

### Otras Indicaciones:

- Anestesia, analgesia y sedación en pacientes de cirugía mayor
- Transporte de un paciente en riesgo de compromiso respiratorio grave
- Tórax inestable o síndrome compartimental abdominal con falla respiratoria aguda
- Enfermedad neuromuscular con falla respiratoria aguda

### Peso Ideal (pacientes sin SDRA):

Talla (m)<sup>2</sup> x 23 (*masc*)

Talla (m)<sup>2</sup> x 21.5 (*fem*)

### Peso Predicho para pacientes c/ SDRA:

[Talla (cm) - 152.4] x 0.91] + 50 (*masc*)

[Talla (cm) - 152.4] x 0.91] + 45.5 (*fem*)



## SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA

<b>Preparación</b>	<b>Monitorización</b> (telemetría, pulsoximetría, capnografía, etc.) Equipo para la intubación: laringoscopio (video), hojas 3 y 4, tubos orotraqueales, mascarilla laríngea, fármacos, etc.).
<b>Preoxigenación</b>	<b>Mantener SpO<sub>2</sub> &gt;90%</b> con cualquier dispositivo, elevación de cabeza, posición en rampa (obesidad). Usar presión positiva si SpO <sub>2</sub> <90%.
<b>Analgesia</b>	<b>Lidocafina</b> 1-2 mg/kg <b>Fentanilo</b> 0.5-3 mcg/kg
<b>Sedación</b>	<b>Propofol</b> 1-3 mg/kg <b>Ketamina</b> 1-3 mg/kg (inestabilidad hemodinámica o broncoespasmo)
<b>Parálisis</b>	<b>Rocuronio</b> 1.2 mg/kg <b>Succinilcolina</b> 1-2 mg/kg (evitar en pacientes con riesgo de hiperkalemia, ej. rabdomiólisis; hipertensión intracraneal y glaucoma)
<b>Intubación</b>	Laringoscopia y paso del tubo orotraqueal, preferentemente >7.5 fr, tenga disponible mascarilla laríngea y equipo de VAD. Si en 2-3 intentos no logra intubación pida ayuda de un experto o coloque un dispositivo supraglótico.
<b>Comprobación</b>	Capnografía o capnometría Auscultación en epigastrio y pulmones Visualización de la expansión del tórax Deslizamiento pleural por USG Punta del tubo orotraqueal 2 cm arriba de la carina en Rx. tórax
<b>Cuidados postintubación</b>	Mantener SpO <sub>2</sub> >90%, ETCO <sub>2</sub> 35-45 mm Hg, TA adecuada, inicie VM protectora de acuerdo al contexto del paciente.
<b>Nota:</b> Siga la secuencia en este orden. Del inicio de la analgesia a la intubación se recomienda sea en 45-60 s. En caso de hipotensión, priorice iniciar vasopresor en lugar de fluidos IV.	



## Sedantes e hipnóticos recomendados p/ sedación en SIR

Fármaco	Dosis	Inicio y duración	Observaciones / Precauciones
<b>Fentanilo</b> (opiáceo sintético)	1-3 mcg/kg IV para Inducción Sedación 50-100 mcg IV 0.7- 10 mcg/kg/h Infusión continua	1-2 min dura 30 a 40 min	Gran variabilidad de la dosis. Dependencia física a los 3 - 5 días. Infusión IV rápida puede provocar rigidez de músculos y pared torácica, hipotensión arterial, bradicardia. Considerar dosis mayores en pacientes con uso crónico de opioides. Clase B en el embarazo
<b>Ketamina</b> (anestésico disociativo)	1-2.5 mg/ kg IV Inducción 0.5-1mg/ kg IV Sedación 0.7-3 mcg/kg/hr Infusión continua	30 s dura por 5 a 15 min IV	Mantiene reflejos de vía aérea, produce broncodilatación, broncorrea, analgesia, nistagmos y midriasis. Posible apnea e hipotensión en pacientes depletados de catecolaminas. Clase C en el embarazo
<b>Propofol</b> (hipnótico sedante)	1.5- 2mg/kg IV Inducción 1-5mg/kg/hr Infusión	20-40 s dura 8 a 15min	Inicio de efecto hipnótico rápido, de corta duración, efecto antiemético, no analgésico, reduce presión arterial, produce amnesia, apnea e hipotensión. Una adecuada dosis de opioides reduce sus requerimientos. Clase B en embarazo
<b>Tiopental</b> (barbitúrico de acción ultracorta)	3-5 mg/kg Inducción 0.5-1 mg/kg Sedación	30 s dura por 3 a 5 min	Hipnosis rápida, amnesia retrograda, no provee analgesia, reduce PIO, PIC, TA. Dolor en sitio de administración y broncoespasmo. Clase D en embarazo.

**Nota:** Calcular la dosis con el peso ideal del paciente (especialmente con el Propofol). En caso de hipotensión o riesgo de la misma, priorice vasopresor (norepinefrina o efedrina) en lugar de bolo de fluidos IV.



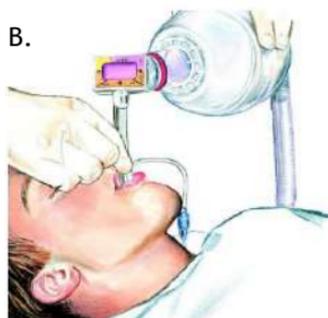
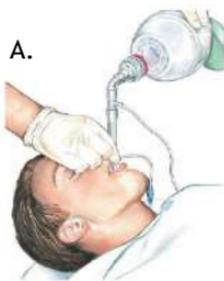
Secuencia rápida de intubación en el servicio de urgencia.

Revista Chilena de Medicina Intensiva 2015; vol. 30(1): 23-32 23

## Paralizantes musculares más utilizados

Relajante muscular	Dosis iv (Mg/kg)	Inicio de efecto (s)	Recuperación (min)
Rocuronio	1.2	45 - 60	40 - 150
Succinilcolina	1 - 2	45 - 60	4 - 6
Vecuronio	0.1 - 0.15	120 - 180	25 - 40

**Nota:** El Rocuronio es el paralizante muscular de elección debido a que tiene menos efectos adversos y puede ser revertido con Sugammadex. Succinilcolina está contraindicada en pacientes con riesgo de hiperkalemia, glaucoma e hipertensión intracraneal. **Calcular con el peso ideal.**



Imágenes: AHA 2005

Confirmación de intubación orotraqueal mediante

A. Capnografía, B. Capnometría



# PROGRAMACIÓN EN VENTILACIÓN MECÁNICA

## Ventilación Mecánica No Invasiva con Presión Soporte y CPAP

Parámetro	Valor
FI02	21-100% la necesaria p/ SpO2 de 94 a 98% 88 a 92% (en pacientes con EPOC)
PS	La necesaria p/ un Vt 6 a 10 (~8) ml/kg de peso ideal (sin SDRA) o Vt 4 a 8 (en promedio 6) ml/kg/pp en SDRA Utilice máximo 12 a 15 cm H <sub>2</sub> O de PS
Disparo	1 a 3 L/min (por flujo) ó -0.5 a -2 cm H <sub>2</sub> O (por presión)
CPAP	5-8 cm H <sub>2</sub> O

## Ventilación Mecánica en Asisto-Control por Volumen

Parámetro	Valor
FI02	21-100% la necesaria p/ SpO2 de 94 a 98% 88 a 92% (en pacientes con EPOC o ARDS)
Vt	6 a 10 ml/kg de peso ideal (sin SDRA, ej. 8 ml/kg) 4 a 8 ml/kg de peso predicho (con SDRA, iniciar con 6)
Disparo	1 a 3 L/min o -0.5 a -2 cm H <sub>2</sub> O.
PEEP	5-8 cm H <sub>2</sub> O (considere 10 cm H <sub>2</sub> O en obesidad mórbida)
FR	La necesaria para un CO <sub>2</sub> normal o deseado.
Pausa inspratoria	0.2-0.3 s para monitorear la presión meseta al menos c/ 12 h
Flujo	20 a 60 L/min Ajustar p/ relación I:E de 1:2 a 1:3.



## Ventilación Mecánica Invasiva por Presión Soporte

Parametro	Valor
FI02	21 a 50%
PS	La necesaria para un Vt 6 a 10 (en promedio 8) ml/kg de peso ideal (sin SDRA) o Vt 6 a 8 (en promedio 6) de peso predicho (con SDRA), maximo 15 cm H <sub>2</sub> O
Disparo	1 a 3 L/min (por flujo) ó -0.5 a -2 cm H <sub>2</sub> O (por presión)
CPAP	5 a 8 cm H <sub>2</sub> O

### Ajuste de CO<sub>2</sub> en Acidosis o Alcalosis Metabólica

**1. Se recomienda programar Volumen minuto (FR x Vt) para obtener el PaCO<sub>2</sub> esperado acorde a HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>**

**2. Formulas para obtener el PaCO<sub>2</sub> esperado (CO<sub>2</sub>e):**

CO<sub>2</sub>e para **acidosis metabólica**= (HCO<sub>3</sub> x 1.5) + 8 = Rango ±2

CO<sub>2</sub>e para **alcalosis metabólica**= (HCO<sub>3</sub> x 0.7) + 21 = Rango ±2

**3. Ajustar el Volumen minuto para CO<sub>2</sub>e:**

FR = (Fr act x CO<sub>2</sub> act) / eCO<sub>2</sub> (recomendada)

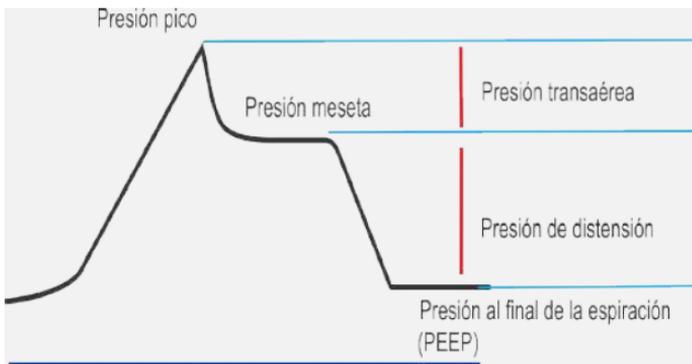
Vt = (Vt act x CO<sub>2</sub> act) / eCO<sub>2</sub> esp

**Nota:** Existen varias formas de ajustar el Volumen Minuto para PaCO<sub>2</sub> deseado, se recomienda ajustar inicialmente la FR y de no alcanzarse, usar el Volumen Tidal, pero manteniendo en rangos de protección.



# MONITOREO EN VENTILACIÓN MECÁNICA

## Curva de Presión / Tiempo en modo Controlado por Volumen



### Fórmulas para el Monitoreo de la Ventilación Mecánica

**Presión de distensión pulmonar (*Driving pressure*) =**

Presión meseta - PEEP

Meta  $\leq 12$  a  $15$  cm H<sub>2</sub>O

**Presión transaérea=**

Presión máxima - Presión meseta

Normal  $< 2.5$  a  $4$  cm H<sub>2</sub>O

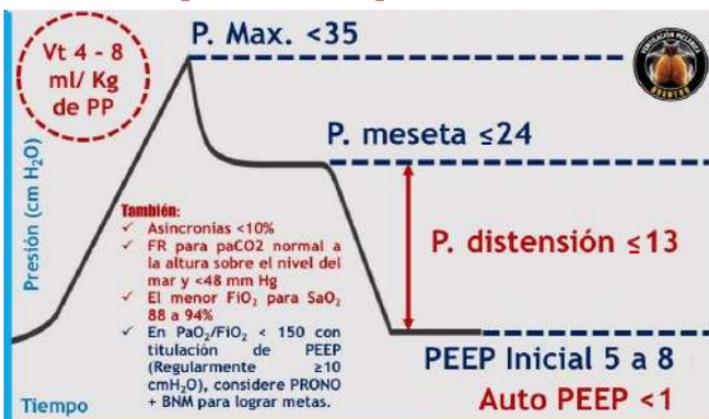
**Distensibilidad estática del sistema respiratorio (Cst) =**

$V_t / (\text{Presión meseta} - \text{PEEP})$

Normal  $60$ - $100$  ml/cm H<sub>2</sub>O

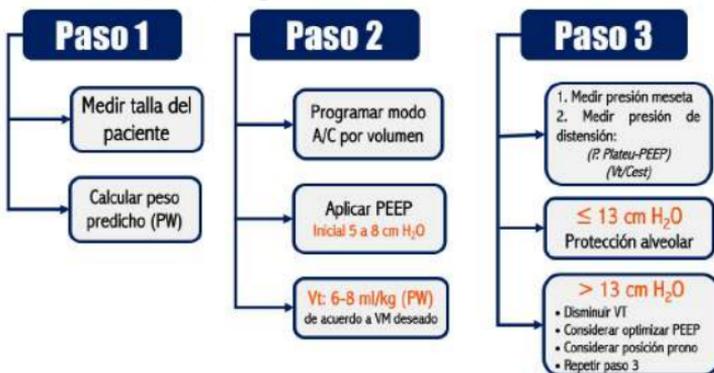


# Metas de protección pulmonar en SDRA

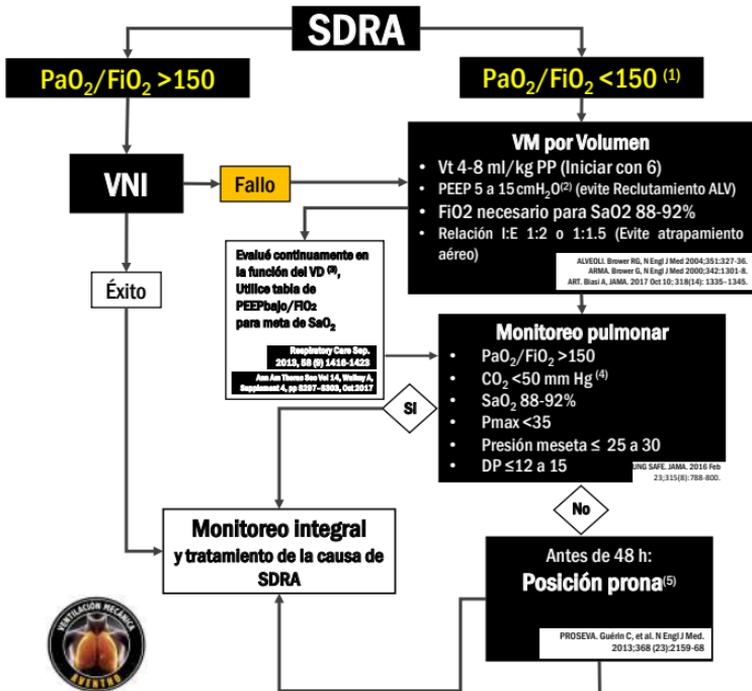


Manual básico VENTILACIÓN MECÁNICA PARA AREAS CRÍTICAS  
Primera edición, 2019 ISBN: 978-607-7566-55-7

## Pasos para programación inicial AC-V en SDRA



# Algoritmo AVENTHO para Ventilación Mecánica en SDRA



- VNI=Ventilación no invasiva, VM= Ventilación mecánica, Vt= Volumen tidal, PP= peso predicho, PEEP= Presión positiva al final de la inspiración, ALV= Alveolar FIO<sub>2</sub>= Fracción inspirada de oxígeno, SaO<sub>2</sub>= Saturación arterial de oxígeno, IE= Inspiración/expiration, Cest= Compliamente estática, Pmax= Presión máxima o pico, Pps= Presión plateau o meseta, DP= Driving pressure o presión de distensión, VD= Ventrículo derecho, BNM= Bloqueo neuromuscular.
- (1) Mantenga PEEP 5 a 8 hasta lograr estabilización hemodinámica.
  - (2) Mantenga Sedo analgesia grado 5 de escala de AVENTHO
  - (3) Insonación cardíaca. Disfunción del VD: Relación VI:VD=1:1 o 1:2
  - (4) Busque rango mínimo acorde a altitud de su ciudad en Rev Inst Nat Enf Resp Mex Volumen 13 - número 1 Enero - marzo 2000 Págs. 06-13
  - (5) Regularmente requiere menos PEEP que el previo, pero no baje <10 cm H<sub>2</sub>O



## Interpretación Acido-Base

Trastorno	pH	PCO <sub>2</sub>	HCO <sub>3</sub> o Base
Acidosis respiratoria aguda	↓	↑	Normal
Acidosis respiratoria crónica	↓	↑	↑
Alcalosis respiratoria aguda	↑	↓	Normal
Alcalosis respiratoria crónica	↑	↓	↓
Acidosis metabólica	↓	↓	↓
Alcalosis metabólica	↑	↑	↑

**Valores normales a nivel del mar:**  
pH: 7.35-7.45 (7.4), PCO<sub>2</sub> 35-45 mm Hg, HCO<sub>3</sub> 22-28 mEq/dL



## ESCALA DE SEDACIÓN RASS (RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE)

<b>+4</b>	<b>Combativo</b>	Ansioso, violento
<b>+3</b>	<b>Muy agitado</b>	Intenta retirarse los catéteres, el tubo orotraqueal, etc.
<b>+2</b>	<b>Agitado</b>	Movimientos frecuentes, lucha con el respirador
<b>+1</b>	<b>Ansioso</b>	Inquieto, pero sin conducta violenta ni movimientos excesivos
<b>0</b>	<b>Alerta y tranquilo</b>	
<b>-1</b>	<b>Adormilado</b>	Despierta a la voz, mantiene los ojos abiertos y sigue con la mirada más de 10 segundos
<b>-2</b>	<b>Sedación ligera</b>	Despierta a la voz, mantiene los ojos abiertos y sigue con la mirada menos de 10 segundos
<b>-3</b>	<b>Sedación moderada</b>	Movimiento o apertura ocular a la llamada (pero sin seguimiento con la mirada)
<b>-4</b>	<b>Sedación profunda</b>	Sin respuesta a la voz, pero movimiento o apertura ocular al estímulo fijo
<b>-5</b>	<b>Sin respuesta</b>	Sin respuesta a la voz ni estimulación física



# Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)

Escala Critical-Care Pain Observation Tool-CPOT	Puntaje
<b>EXPRESIÓN FACIAL</b>	
Relajado neutral (sin tensión muscular)	0
Tenso (ceño fruncido, arrugas en la frente, tensión en orbiculares y elevadores de párpados)	1
Mueca de dolor (idem, mas párpados cerrados fuertemente)	2
<b>MOVIMIENTOS DE LOS MIEMBROS</b>	
No realiza movimientos	0
Protección (movimientos lentos, cautelosos, se toca o frota las zonas de dolor)	1
Agitación (tracciona del tubo, intenta sentarse o tirarse de la cama, mueve los miembros, no responde órdenes)	2
<b>TENSIÓN MUSCULAR (evaluado por flexo-extensión de MS)</b>	
Relajado (no se resiste a los movimientos pasivos)	0
Tenso, rígido (se resiste a los movimientos pasivos)	1
Muy tenso o rígido (resistencia muy fuerte a los movimientos pasivos, imposibilidad de completar el rango)	2
<b>ADAPTACIÓN AL VENTILADOR (Intubados) o</b>	
Bien adaptado al ventilador (alarmas no activadas, fácilmente ventilable)	0
Tose pero tolera la ventilación (las alarmas se detienen espontáneamente)	1
Lucha con el ventilador (asincrónica, impide la ventilación, alarmas frecuentemente activadas)	2
<b>VOCALIZACIÓN (extubados)</b>	
Habla en normal tono o no habla	0
Suspiros, gemidos	1
Gritos, sollozos	2

0 = Mínimo dolor

**>2 puntos: identifique y resuelva la causa del dolor y optimice analgesia**



# RETIRO DE VENTILACIÓN MECÁNICA

## Criterios para iniciar el retiro de la ventilación mecánica:

### Estado neurológico:

- Escala de Coma de Glasgow > 12
- 4 tareas: abrir los ojos, fijar y seguir con la mirada, apretar la mano observada y sacar la lengua
- Reflejos: Tusígeno, nauseoso y deglutorio
- Elevación y sostenimiento de cabeza y hombros

### Estado respiratorio:

- $PaO_2/FiO_2 > 200$  (mínimo >150)
- $SO_2 \geq 92\%$  con  $FiO_2 \leq 40$  a 50%
- $PEEP \leq 8$  a 10 cm  $H_2O$ .
- $PaO_2 > 60$  mm Hg
- $PCO_2 < 50$  mm Hg con  $pH > 7.3$
- $FR < 30$  a 35 rpm

### Estado hemodinámico:

- Estabilidad hemodinámica, ausencia de hipotensión clínicamente significativa (Sin Norepinefrina o infusión menor a 15mcg/min).
- Frecuencia cardíaca < 140 latidos por minuto
- Tensión arterial sistólica > 90 mm Hg y < 180 mm Hg
- Hemoglobina  $\geq 7 - 8$  gr/dl

### Otros:

- Temperatura  $\leq 38^\circ$
- Ausencia de desórdenes electrolíticos con repercusión clínica
- Sin desequilibrio ácido-base significativo



### Pruebas predictoras de éxito al retiro de la ventilación mecánica

- Presión inspiratoria  $< 8$  cm H<sub>2</sub>O
- Índice de Respiraciones Rápidas Superficiales (Fr/Vt)  $< 100$
- Presión inspiratoria máxima (Pimax, NIF) mayor a  $-20$  a  $-30$  cmH<sub>2</sub>O
- Presión de Oclusión de la vía aérea en 0.1 s (PO.1) mayor a  $-3$  cmH<sub>2</sub>O
- Volumen minuto  $< 10$  L
- Capacidad vital pulmonar  $> 15$  a  $20$  ml/kg

### Prueba de Ventilación Espontánea

- Realizarla al menos c/ 24 h
- PS 8 a 0 cm H<sub>2</sub>O con PEEP 0 cm H<sub>2</sub>O por 30 min
- Prueba con Tubo "T" conectado con  $< 40\%$  de FiO<sub>2</sub> por 30 min

### Prueba de fuga

- Desinflar el globo del tubo orotraqueal
- Observar la curva de volumen/tiempo o el Vt exhalado
- Si el Vt exhalado es  $> 20\%$  del registrado previamente o  $> 110$  ml se asocia a bajo riesgo de estridor post-extubación

### Criterios de fracaso en el retiro ventilatorio

- |  |  |
|--|--|
| • Disnea, diaforesis o dolor torácico                    | • ETCO <sub>2</sub> o paCO <sub>2</sub> $> 8$ mmHg |
| • Deterioro neurológico                                  | • FR $> 30$ respiraciones por min                  |
| • TAS $> 180$ mm Hg o $> 20\%$ de la inicial             | • SaO <sub>2</sub> $< 90 - 92\%$                   |
| • Frecuencia cardiaca $> 20\%$ o $> 140$ latidos por min | • Arritmias  |
|  | • Hipotensión significativa clínicamente           |



## Valores normales del Taller Gasométrico

	Variable	Valor Normal
$PaO_2$	Presión parcial de $O_2$ arterial	80 - 100 mmHg
$PvO_2$	Presión parcial de $O_2$ venosa	40 mmHg
$PIO_2$	Presión Inspirada de $O_2$	149 mmHg a nivel del mar
PB	Presión Atmosférica	760 mmHg a nivel del mar
$PH_2O$	Presión de vapor de agua	47 mmHg a 37 °C
$SaO_2$	Saturación arterial de $O_2$	95 - 97%
$SvO_2$	Saturación venosa de $O_2$	75%
$FI_{O_2}$	Fracción inspirada de $O_2$	0.21 ó 21% a nivel del mar
$PAO_2$	Presión Alveolar de $O_2$	102 mmHg
$P(A-a)O_2$	Diferencia Alveolo-arterial de $O_2$	5 - 10 mmHg con $FI_{O_2}$ 21% 30 - 60 mmHg con $FI_{O_2}$ 100%
$P(a/A)O_2$	Relación arterio-Alveolar de $O_2$	0.75 - 1.0
$PaO_2/FI_{O_2}$	Relación de Oxigenación	350 - 475 mmHg
IO	Índice de oxigenación	0 cmH2O / mmHg
$Qs / Qt$	Cortocircuitos Intrapulmonares	2 - 5%

## Ventilación

	Variable	Valores Normales
$PaCO_2$	Presión parcial de $CO_2$ arterial	35 - 45 mmHg
$V_A$	Ventilación Alveolar	4 - 5 L/min
$V_D$	Volumen de espacio muerto	150 ml
$V_D / V_T$	Relación de espacio muerto	0.2 - 0.4



## MECÁNICA RESPIRATORIA

	Variable Fisiológica	Valores Normales
<b>V<sub>T</sub></b>	Volumen corriente	6 - 8 ml/kg
<b>FR</b>	Frecuencia respiratoria	12 - 20 resp / min
<b>V<sub>M</sub></b>	Volumen minuto	5 - 6 L/min
<b>CV</b>	Capacidad vital	65 - 75 ml/kg
<b>CRF</b>	Capacidad residual funcional	2,300 - 3,000 ml
<b>CPT</b>	Capacidad pulmonar total	4,500 - 6,500 ml
<b>PI<sub>max</sub></b> <b>NI<sub>F</sub></b>	Presión inspiratoria máxima o fuerza inspiratoria negativa	- 80 a - 100 cm H <sub>2</sub> O
<b>PE<sub>max</sub></b>	Presión espiratoria máxima	100 cmH <sub>2</sub> O
<b>FEV<sub>1</sub></b>	Volumen espirado forzado en 1 segundo	50 - 60 ml/kg
<b>PEFR</b>	Flujo espiratorio pico	350 - 600 L/min
<b>P O. 1</b>	Presión de oclusión inspiratoria en 100 milisegundos	< 4 - 6 cmH <sub>2</sub> O

### Fórmulas del Taller Gasométrico

<b>Presión parcial de O<sub>2</sub> arterial (PaO<sub>2</sub>)</b>	PaO <sub>2</sub> = 104.2 - (0.27 x edad en años) PaO <sub>2</sub> = 105 - ¼ edad en años
<b>Presión Inspirada de O<sub>2</sub> (PIO<sub>2</sub>)</b>	PIO <sub>2</sub> = FiO <sub>2</sub> X (PB - PH <sub>2</sub> O)
<b>Presión alveolar de O<sub>2</sub> (PAO<sub>2</sub>)</b>	PAO <sub>2</sub> = PIO <sub>2</sub> - PaCO <sub>2</sub> / RE PAO <sub>2</sub> = PIO <sub>2</sub> - (PaCO <sub>2</sub> X 1.25)
<b>Diferencia Alveolo-arterial de O<sub>2</sub> [P (A-a) O<sub>2</sub>]</b>	P (A-a) O <sub>2</sub> = PAO <sub>2</sub> - PaO <sub>2</sub>
<b>Relación arterio-Alveolar de O<sub>2</sub> [P (a/A) O<sub>2</sub>]</b>	P (a/A) O <sub>2</sub> = PaO <sub>2</sub> / PAO <sub>2</sub>
<b>Relación de Oxigenación [PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub>]</b>	RO = PaO <sub>2</sub> / FiO <sub>2</sub>
<b>Índice Respiratorio (IR)</b>	IR = P (A-a) O <sub>2</sub> / PaO <sub>2</sub>
<b>Índice de oxigenación (IO)</b>	IO = (FiO <sub>2</sub> X Paw X 100) / PaO <sub>2</sub>
<b>Cortocircuitos Intrapulmonares (Qs / Qt)</b>	Qs / Qt = (CcO <sub>2</sub> - CaO <sub>2</sub> ) / CcO <sub>2</sub> - CvO <sub>2</sub>



## ABREVIATURAS:

PaO<sub>2</sub>: Presión parcial de Oxígeno

SpO<sub>2</sub>: Saturación arterial de Oxígeno

PaCO<sub>2</sub>: Presión arterial de Dióxido de Carbono

FiO<sub>2</sub>: Fracción inspirada de oxígeno

PS: Presión soporte

CPAP: Presión continua de la vía aérea

V<sub>t</sub>: Volumen Tidal o volumen corriente

SDRA: Síndrome de distrés respiratorio

PEEP: Presión positiva al final de la espiración

PI: Pausa inspiratoria



## VENTILACIÓN MECÁNICA

... para áreas críticas

Contáctanos para Cursos y Manuales:



[intensive.qare@gmail.com](mailto:intensive.qare@gmail.com)



Aventho



[www.intensiveqare.com](http://www.intensiveqare.com)



EDICIONES  
PRADO

[edicionesprado.com](http://edicionesprado.com)

Última actualización: 20-07-2023