



3100A HFOV GUIA RAPIDA



Ajustes iniciales

- 1. Flujo Base:** Su ajuste afectará a la Presión Media en Vía Aérea (MAP).
 - Prematuros: 8 a 15 l/min • Pretérmino: 10 a 15 l/min
 - Niños Pequeños: 15 a 25 l/min • Niños Grandes: 20 a 30 l/min
 - Rango: 0-40 l/min.
 - Un flujo base bajo puede disminuir el Trabajo Respiratorio y facilitar el destete.
- 2. Presión Media en Vía Aérea (MAP):** Dependiente del Flujo Base (Flujo Continuo). Mayor Flujo --> Mayor MAP. Rango: 3-45 cm H2O.
 - La MAP es la presión de inflado del pulmón (CDP).
 - Este control influye de forma directa en el reclutamiento alveolar e intercambio gaseoso.
 - Ajuste inicial ligeramente superior al de ventilación convencional.
 - MAP + FiO2: Control de la Oxigenación.
- 3. Potencia (Amplitud):** Controla la potencia de desplazamiento del pistón del oscilador.
 - Permite regular el Volumen Tidal. Controla la Ventilación. $VCO_2 = VT^2 \times F$.
 - Comenzar con un ajuste de 2.0 y reajustar en función del movimiento desde el pecho a la zona umbilical. Rango: 0-90 cm H2O.
 - Regular la Amplitud (Delta P) hasta conseguir la PaCO2 deseada.



4. Tiempo Inspiratorio %: Ajustar al 33% en la mayoría de aplicaciones neonatales (previene el atrapamiento aéreo). Relación I:E = 1:2.

- En determinados pacientes, su aumento hasta el 50 %, puede mejorar la ventilación e incrementar el reclutamiento alveolar.
- Una vez ajustado, normalmente no se cambia.
- Rango: 30-50 %.

5. Frecuencia: Control secundario de la CO₂. Permite controlar el volumen tidal.

- Expresada en Hertzios (Hz). Un hertzio: 60 ciclos por minuto.
- Ajustes iniciales más frecuentes: 12-15 Hz en prematuros, 10-12 en bebés a término, 8-10 Hz en niños pequeños.
- Los ajustes iniciales de la frecuencia dependen del peso del paciente y de la fisiopatología del pulmón. Por lo general, a menor peso del paciente, mayor frecuencia. Las Frecuencias más bajas se usan en niños mayores y en estrategias ventilatorias que minimicen en lo posible el atrapamiento aéreo.
- Rango: 3-15 Hz.
- A menor frecuencia mayor volumen tidal.
- A mayor frecuencia menor volumen tidal.
- Una vez ajustada, normalmente no se cambia.

Guía para el Weaning

Mientras estemos en HFOV:

- Disminuir FiO₂, si es tolerada por el paciente, hasta la FiO₂ objetivo.
- Una vez que la FiO₂ es igual o menor que la FiO₂ objetivo, empezar a bajar la MAP en decrementos de 1 a 2 cm H₂O.
- Asegurar el adecuado inflado del pulmón con Rayos X y control de la PaO₂.
- Controlar la correcta oxigenación con pulsioximetría.

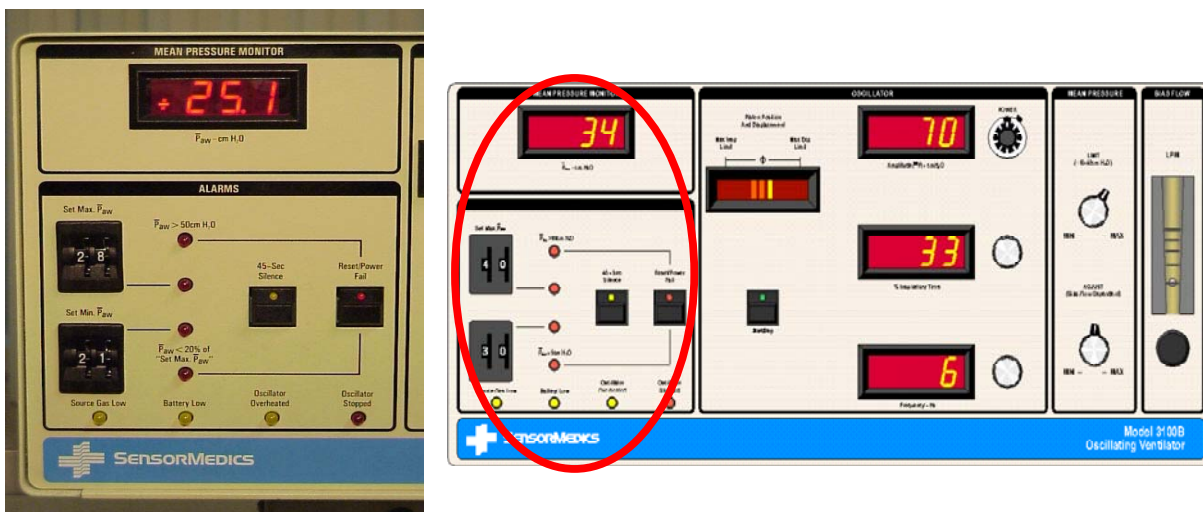


En el Síndrome de Fuga Aérea: MAP como en ventilación convencional.
 FiO2 mayor que en ventilación convencional.

El tránsito a ventilación convencional, CPAP nasal o cánula nasal, es mejor tolerado cuando se cumplen los siguientes requisitos:

1. La MAP es estable y adecuada para la patología en curso.
2. El paciente tolera cambios posturales sin problemas.
3. El intercambio gaseoso y los volúmenes pulmonares son estables y aceptables.

Sección de Alarmas



Programación de Alarmas: MAP Máxima y Mínima.

Indicadores Visuales:

- Fuente de gas baja
- Batería baja
- Oscilador sobrecalentado
- Oscilador parado

Botón Silenciar Alarma: Silencia las alarmas durante 45 s.

Botón Reset: Apertura de la válvula si falla la corriente eléctrica o en los siguientes casos:
 MAP > 50 cmH2O o MAP < 20% del límite superior de la MAP programada.