

INTRODUCCIÓN

Los dos pilares fundamentales del tratamiento ventilatorio adecuado del paciente pediátrico crítico son la ventilación de alta frecuencia oscilatoria, sobre todo, para el distress neonatal, y la ventilación no invasiva para evitar la intubación o para facilitar el destete de la ventilación invasiva en todas las edades pediátricas (66).

Sin embargo, no hay que despreciar el tratamiento ventilatorio con ventilación mecánica convencional que es la pieza angular del soporte ventilatorio del paciente crítico. Al hablar de los objetivos de la ventilación mecánica invasiva convencional nosotros hablamos del concepto de ventilación mecánica equilibrada, que consistiría en sumar las estrategias de “protección pulmonar” para evitar la lesión inducida por la ventilación mecánica (LIVM), unidas y no enfrentadas a las estrategias de “pulmón abierto” para conseguir oxigenar y ventilar a nuestros pacientes lo mejor posible. (Tabla 3 y 4)

Bibliografía:1. Garcia Fernandez J, Llorens J, Soro M, Suárez F, Belda J Respiradores y modos ventilatorios. En: García Fernández J, Goldman L y Belda J. editores. Ventilación no invasiva en el paciente quirúrgico pediátrico. Madrid: CERSA S.A. Ed. 2006; p.21-33.2. García-Fernández J, Castro Parga L, Sanabria P. Ventilación Mecánica en cirugía pediátrica. En: J Belda y J Llorens editores. Ventilación Mecánica en Anestesia y Cuidados Críticos. 1ª edición. Madrid. ARAN ediciones SL. 2009. P 705-740.3. Garcia-Fernandez J. Ventilación mecánica: aprendiendo de los neonatos. (EDITORIAL). Rev Española de Anestesiología y Reanimación 2008; 55: 1-3.