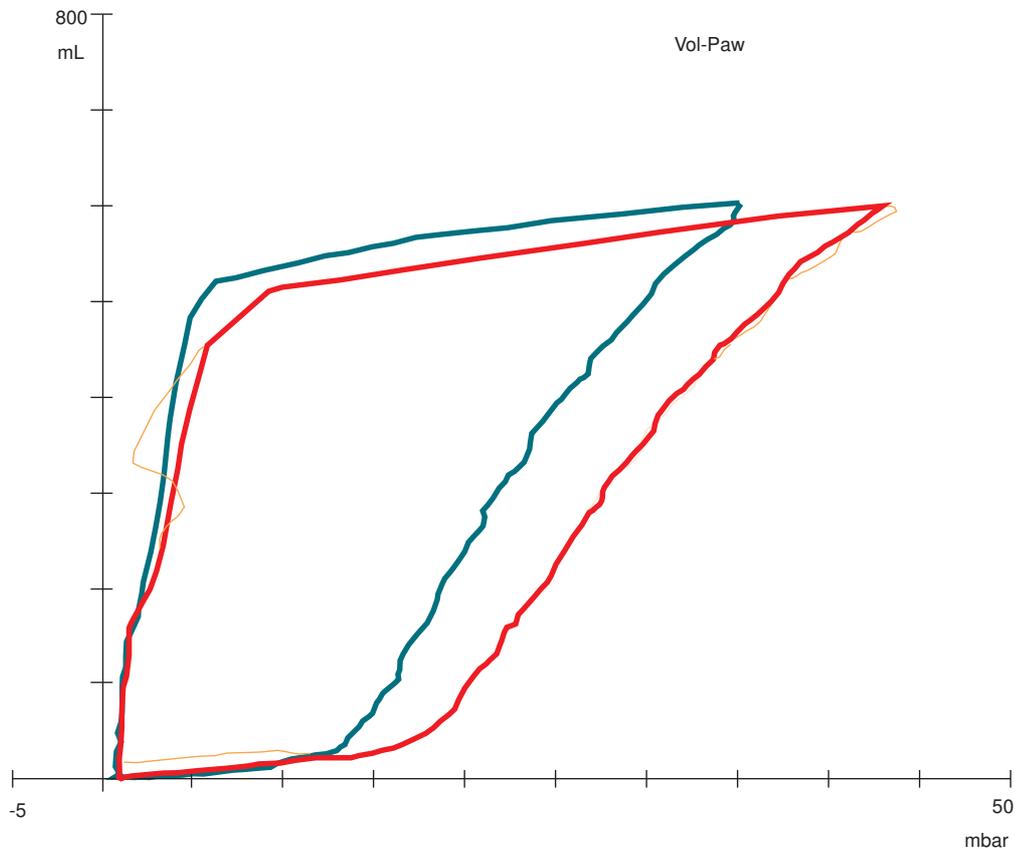


Imágenes en Medicina Intensiva



Paciente de 66 años con antecedentes de hepatopatía crónica por virus C, que ingresa en nuestra unidad por hemorragia digestiva alta secundaria a varices esofágicas grado IV/IV, precisando intubación orotraqueal urgente durante la endoscopia por aspiración hemática masiva. En la evolución desarrolla un cuadro séptico, con encefalopatía hepática, descompensación hidrópica y criterios de síndrome de distrés respiratorio agudo, con aparición de infiltrado alveolointerstitial bilateral y $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ menor de 100 (puntuación de Murray 3,5). Se realiza monitorización hemodinámica mediante catéter de Swan-Ganz, descartándose insuficiencia cardíaca izquierda. Se realiza curva de presión-volumen bajo sedorrelajación, con volumen tidal de 10 ml/kg, flujo inspiratorio de 10 l/min, frecuencia respiratoria de 5 lat/min y tiempo inspiratorio de 5 s. En la figura se observa (en rojo en situación basal, en azul tras paracentesis) cómo al realizar la curva en situación basal y posteriormente tras paracentesis evacuadora de 1 l (cambio de la presión intraabdominal de 21 a 12 mmHg) se aprecia un cambio evidente en el punto de inflexión inferior (de 18 a 12 mbar) y en la distensibilidad pulmonar, que sugiere un reclutamiento alveolar. Este ejemplo demuestra cómo, en pacientes con presión intraabdominal elevada, este factor debe ser tenido en cuenta a la hora de valorar estudios de mecánica pulmonar. En nuestra paciente, la elevación de la PEEP a 14 mbar se acompañó del ascenso de la $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ de 110 a 285 mmHg. La paciente evolucionó favorablemente, siendo extubada 10 días después.

F. GORDO Y A. NÚÑEZ

Unidad de Cuidados Críticos. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón. Madrid.