



Por un niño sano
en un mundo mejor

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA

Comité nacional de Estudios Fetoneonatales (C.E.F.E.N.)

4 ° CONGRESO ARGENTINO DE NEONATOLOGIA

10 ° Jornadas Interdisciplinarias de Seguimiento de Alto Riesgo

4 ° Jornada de Perinatología

4 ° Jornada de Enfermería Neonatal

22, 23 y 24 de mayor de 2019

Panamericano Hotel & Resort - EXE Hotel Colon

Taller teórico práctico

Ventilación No Invasiva en Neonatología

- Coordinador: Dr. Jorge Zapata Barrios
- Secretario: Dr. Guatavo Romero
- Docentes: Dra. Inés Espelt
Dra. Carolina Cribioli
Klga. Andrea Canepari
Lic. Natalia Canteros

Introducción

- En las últimas décadas la incidencia de nacimientos de RNPT extremos se mantuvo estable¹, aumentando su sobrevivencia^{2,3}, con importantes morbilidades a corto y largo plazo^{4,5}.
- Aun con mejora de la calidad de atención perinatal, el aumento de la utilización del CPAP⁶, la incidencia de DBP se mantuvo estable^{5,6}, evidenciando que su etiología es multifactorial.
- La utilización de Ventilación no invasiva, en sus diferentes modalidades, se asoció con disminución de DBP⁷, de ahí la importancia de la comprensión de este taller.

1. Hamilton BE, Osterman MJ, Driscoll AK, Rossen LM. Births: Provisional data for 2017. 2018.

2. Zeitlin J, Mortensen L, Cuttini M, et al. Declines in stillbirth and neonatal mortality rates in Europe between 2004 and 2010: results from the Euro-Peristat project. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70(6):609-615.

3. Ancel P-Y, Goffinet F, Kuhn P, et al. Survival and morbidity of preterm children born at 22 through 34 weeks' gestation in France in 2011: results of the EPIPAGE-2 cohort study. *JAMA pediatrics*. 2015;169(3):230-238.

4. Pierrat V, Marchand-Martin L, Arnaud C, et al. Neurodevelopmental outcome at 2 years for preterm children born at 22 to 34 weeks' gestation in France in 2011: EPIPAGE-2 cohort study. *Bmj*. 2017;358:j3448.

5. Horbar JD, Carpenter JH, Badger GJ, et al. Mortality and neonatal morbidity among infants 501 to 1500 grams from 2000 to 2009. *Pediatrics-English Edition*. 2012;129(6):1019.

6. Stoll BJ, Hansen NI, Bell EF, et al. Trends in care practices, morbidity, and mortality of extremely preterm neonates, 1993-2012. *Jama*. 2015;314(10):1039-1051.

7. Isayama T, Iwami H, McDonald S, Beyene J. Association of noninvasive ventilation strategies with mortality and bronchopulmonary dysplasia among preterm infants: a systematic review and meta-analysis. *Jama*. 2016;316(6):611-624.

Presentación de un caso...

- Josefina de 24 años cursa su primer embarazo de 28 semanas.
- Hoy consulta a la guardia por cefalea y epigastralgia y se detectan registros de hipertensión arterial.
- Debido a que la hipertensión es de difícil manejo, se decide internar, indicar betametasona para maduración pulmonar y sulfato de magnesio para neuroprotección.
- No hay antecedentes de infección. Serologías negativas, bolsa íntegra, sin signos de corioamnionitis.
- Dado el empeoramiento clínico de Josefina, se decide finalizar el embarazo y nace Simón por cesárea electiva a las 28,2 semanas.

Continuación...

- Al nacer, Simón presenta adecuado esfuerzo respiratorio, se introduce en bolsa de polietileno para prematuros, y se clampea cordón a los 45 segundos de nacimiento.
- Se coloca bajo fuente de calor radiante, con monitoreo de oximetría en miembro superior derecho y se constata saturación de 75% a los 3 minutos de vida.
- Debido a quejido y tiraje, se administra CPAP (PEEP 6 cm H₂O y FiO₂ 0,4) con reanimador de pieza en T. Se titula oxígeno según objetivos de saturación en sala de partos.
- Simón pesa 840 gramos y su Apgar es 6/8
- Hablamos con Josefina y su pareja, llevamos a Simón a UCIN en incubadora de transporte con Blender.

1.¿Consideraría colocar al recién nacido en CPAP nasal? Por qué?

- a) Si, continuaría administrando CPAP
- b) No, colocaría al bebé en CAF
- c) No, Intubaría por su prematurez y peso para ingresarlo en ARM.
- d) No, Intubaría para administrar surfactante profiláctico.

PEDIATRICS®

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Do Clinical Markers of Barotrauma and Oxygen Toxicity Explain Interhospital Variation in Rates of Chronic Lung Disease?


Linda J. Van Marter, Elizabeth N. Allred, Marcello Pagano, Ulana Sanocka, Richard Parad, Marianne Moore, Mervyn Susser, Nigel Paneth, Alan Leviton and the Neonatology Committee for the Developmental Epidemiology Network
Pediatrics 2000;105:1194
 DOI: 10.1542/peds.105.6.1194

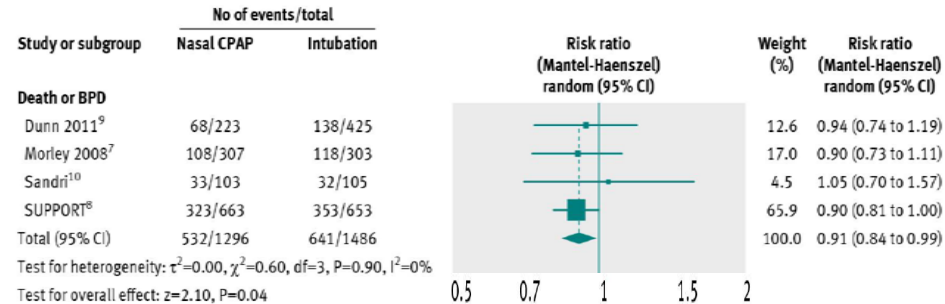
Van Marter et al. *Pediatr* 2000; 105 (6):1194–1201

- Estudio de Cohorte
442 RN 500- 1500 gramos
 - **DBP en Columbia: 4% y Boston: 22%**
 - CPAP: 63 % vs 11%
- OR DBP- ARM de 13,4 (IC 95% 5,9-30,7) al día de nacimiento**

BMJ

Non-invasive versus invasive respiratory support in preterm infants at birth: systematic review and meta-analysis

 OPEN ACCESS



BMJ 2013;347:f5980 doi: 10.1136/bmj.f5980 (Published 17 October 2013)

META ANÁLISIS

PEDIATRICS®

OFFICIAL JOURNAL

Avoiding Endotracheal

Hen

DOI: 10.1542/peds.20

1. Uso de CPAP de Inicio en menores de 30 semanas con SDR que no requieran tubo endotraqueal para su estabilización (A1)

2. La interfase debería ser cánula binasal corta (short binasal prongs) o máscara. Comenzando con PEEP entre 6 y 8 cm H2O (A2)

3. Considerar CPAP con administración de Surfactante temprano

RECOM

Neon

Euro

Man

Sync

4. La VNI sincronizada administrada con respirador puede disminuir la falla a la extubación, pero no disminuye el riesgo de DBP

5. Durante el destete puede utilizarse Cánula de Alto Flujo como alternativa para disminuir el trauma nasal.



on the
press


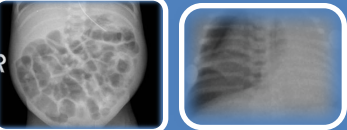
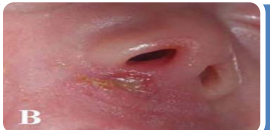
David G. Sweet^a Virgilio Carnielli^b Gorm Greisen^c Mikko Hallman^d
Eren Ozek^e Arjan te Pas^f Richard Plavka^g Charles C. Roehr^h Ola D. Saugstadⁱ
Umberto Simeoni^j Christian P. Speer^k Maximo Vento^l Gerhard H.A. Visser^m
Henry L. Hallidayⁿ

Neonatology 2019;115:432-451
DOI: 10.1159/000499361

Efectos Positivos del CPAP:



Efectos Negativos del CPAP:

	DISMINUYE RETORNO VENOSO PULMONAR Y GASTO CARDÍACO AUMENTA RESISTENCIA VASCULAR PERIFÉRICA
	DISTENSIÓN ABDOMINAL ALTERACIÓN DE LA PERFUSIÓN INTESTINAL NEUMOTORAX
	LESIÓN DE TABIQUE NASAL

Indicaciones:

1. Tratamiento **inicial** del Síndrome de Dificultad respiratoria en el recién nacido prematuro
2. Tratamiento de apneas del prematuro
3. Prevención de falla a la extubación

2. Con qué dispositivo administramos VNI?

En sala de partos

- Reanimador con pieza en T
- Bolsa autoinflable con válvula de PEEP
- Cpap Burbuja
- Respirador incorporado a servocuna

En internación

CPAP



Flujo continuo

Peep medida
CPAP
CPAPn
burbuja

Bajo / Alto flujo*
(Nasal High Flow)

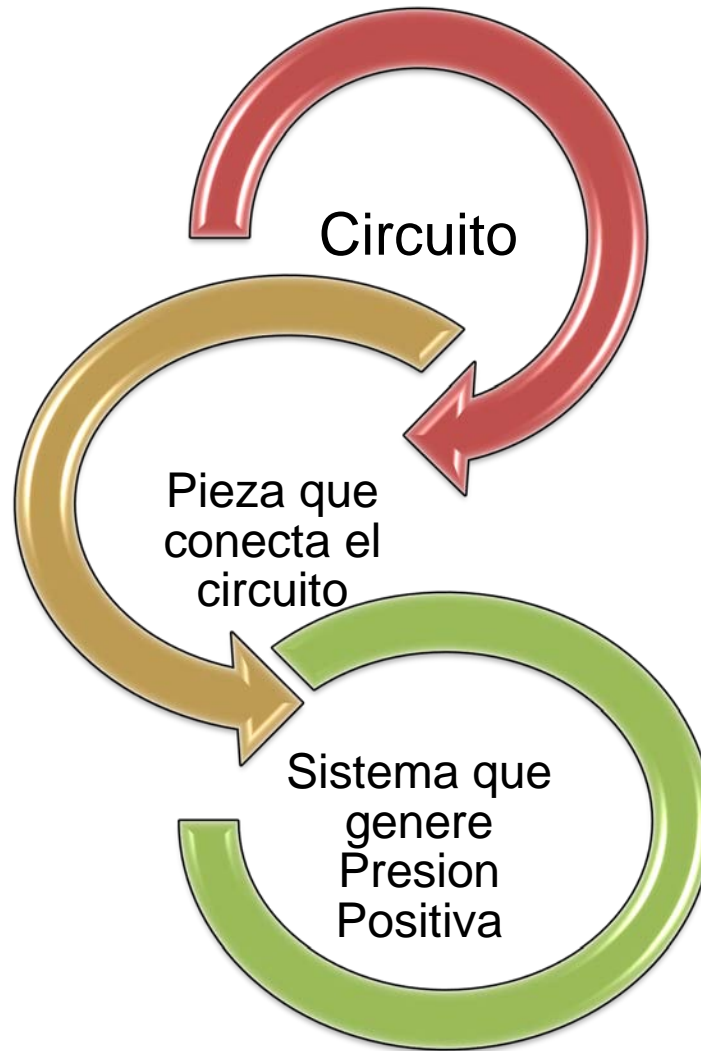
Flujo variable

Infant Flow / Benveniste

NIPPV*

SNIPPV*, PS-VNI y SiPAP

Formas de administrar CPAP:



Sistemas que generan presión positiva o PEEP

CPAP Burbuja



CPAP Circuito Cerrado



Circuito



Mezcla de gases

Calentador

Humedificado



MATERIALES

Gorro

Bandas elásticas

Duoderm Extra thin

Ganchos

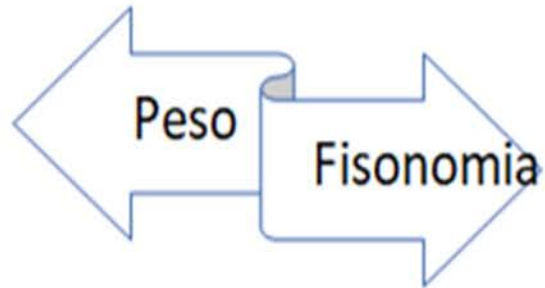
Hilo, Abrojos

SOG

Cánula/ Máscara



Pieza adecuada



No. de canula	Diametro de canula (mm)	Peso de RN (g)
00	2,70	<1000
01	3,30	1000-1500
02	4,00	1500-2000
03	5,00	>2000

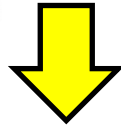


3. Qué tipo de pieza nasal es mejor?



REVIEW

Effectiveness and safety of nasal mask versus binasal prongs for providing continuous positive airway pressure in preterm infants—A systematic review and meta-analysis



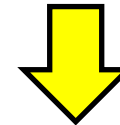
La máscara Nasal presentó:

- Disminución en riesgo de **falla del CPAP** (ARM dentro de las 72 hs): 459 pacientes **RR 0,63 (IC 95% 0,45-0,88) p: 0,007**
- Disminución en **lesión** del tabique nasal: **RR: 0,41 (IC 95%: 0,24-0,72) p: 0,002**
- Sin diferencias en otros resultados (Días de CPAP, Neumotorax, HIC Severa, DBP y Mortalidad)



RESEARCH ARTICLE

'Nasal mask' in comparison with 'nasal prongs' or 'rotation of nasal mask with nasal prongs' reduce the incidence of nasal injury in preterm neonates supported on nasal continuous positive airway pressure (nCPAP): A randomized controlled trial



La lesión del tabique nasal fue menor en el grupo de uso de máscara continua vs uso de cánulas continuas y del grupo de Rotación. (p: 0,001)

- 33% Máscara continua
- 91% Cánula continua
- 57% Rotación de máscara y cánula.

Armado y colocación del CPAP:



Protección de la piel:



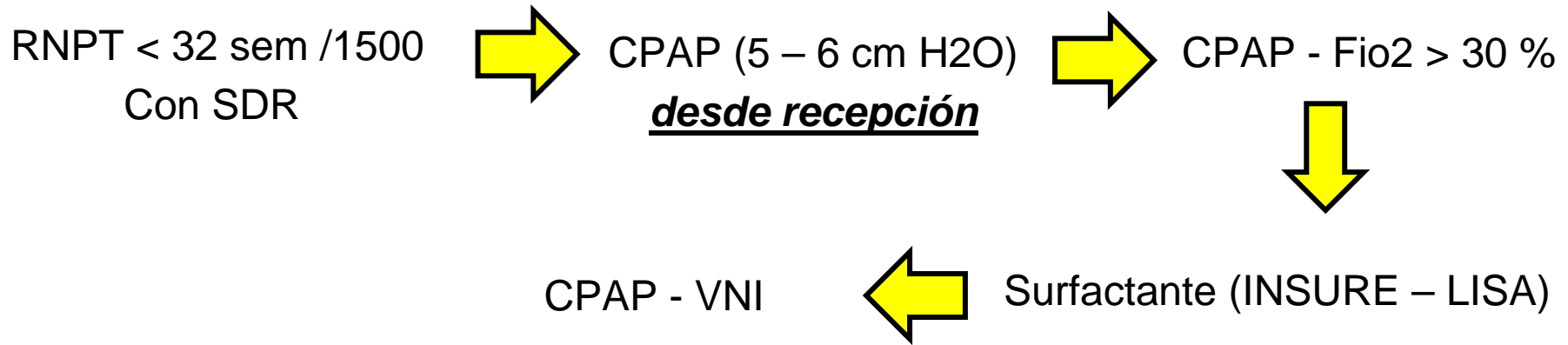
4. CPAP y VNI: ¿Como iniciamos CPAP ?

PEEP de inicio: 5 a 6 mmHg

Máximo: 8 mmHg

Guías Europeas 2019

UNA PROPUESTA LOCAL:



Normas de manejo de SDR – HOSPITAL SARDA E ITALIANO



Continuamos con el caso clínico:

- A las 2 hs de vida Simón está en CPAP (PEEP: 6 y FiO₂: 0,4 %).
- Ud. solicita Radiografía de tórax:
y EAB: 7,19/PCO₂: 60/PO₂45/20/-3
FIO₂: 0,5



5. ¿Continuamos con CPAP?

- No, indica halo cefálico para efectivizar el tratamiento.
- Si, continuo con CPAP y le sube PEEP a 8.
- No, ingreso a ARM y administro Surfactante.
- No, decide indicar VNI (VNI: 15/5/0.45/30/50%) .

Existen predictores de fracaso de CPAP?

Continuous Positive Airway Pressure Failure in Preterm Infants: Incidence, Predictors and Consequences

Dargaville P et al. Neonatology 2013;104:8-14

- Edad Gestacional
- Cesárea
- Peso de nacimiento
- Requerimiento de oxígeno las primeras dos horas

VARIABLES ASSOCIATED WITH THE EARLY FAILURE OF NASAL CPAP IN VERY LOW BIRTH WEIGHT INFANTS

AMER AMMARI, MB, BS, MANDHIR SURI, MD, VLADANA MILISAVLJEVIC, MD, RAKESH SAHNI, MD, DAVID BATEMAN, MD, ULANA SANOCKA, MD, CARRE RUZAL-SHAPIRO, MD, JEN-TIEN WUNG, MD, AND RICHARD A. POLIN, MD

EG (c/sem)	0,53 (0,43-0,65)
VPP en S de P	2,37 (1,02-5,52)
AaPO ₂ > 180 mmHg	2,91 (1,30-6,55)
SDR grave en Rx	6,42 (2,75-15)

J Pediatr 2005;147:341-7

Early prediction of nasal continuous positive airway pressure failure in preterm infants less than 30 weeks gestation

Anne P De Jaegere (a.p.dejaegere@amc.nl)¹, Johanna H van der Lee², Caroline Canté¹, Anton H van Kaam¹

El fracaso a CPAP puede predecirse por:

- Requerimiento de **oxígeno** ≥ 0.3 en las primeras horas de vida
- Sexo **masculino**
- **Cesárea**
- Peso de nacimiento **menor a 800 gramos**
- **a/A menor a 0,3:**

Presión arterial / Presión Alveolar: Evalúa la hematosis

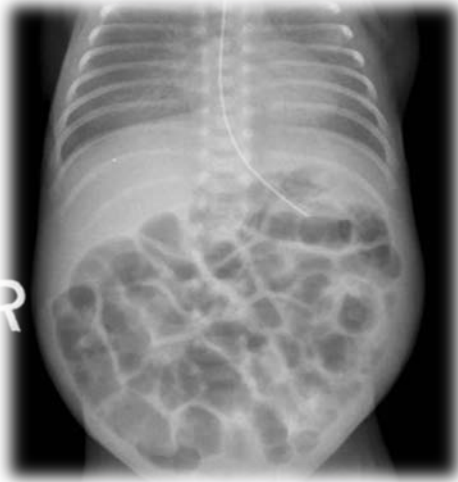
PaO₂ (obtenida del EAB)

(713 x FiO₂) - (CO₂/0,8)

(713 mmHg: presión atmosférica a nivel del mar 0,8: coeficiente)

Complicaciones más frecuentes con el uso de CPAP:

Distensión Abdominal



Neumotórax



Lesiones del Tabique:



Eritema



Erosión



Necrosis



- Simón, que aún está en CPAP, requiere más oxígeno, por lo que usted decide administrar surfactante

6. Cómo lo hará?

- ARM y administración de surfactante.
- INSURE (intubación, administración de surfactante y extubación).
- Métodos mínimamente invasivos.

Qué dice la evidencia?

Generalidades respecto del uso de surfactante:

- RNPT menores de 30 semanas de EG que necesiten ARM debido a SDR severo, deberían recibir surfactante luego de la estabilización inicial (Nivel de evidencia 1, recomendación FUERTE). 8
- El uso de CPAP en RNPT inmediato al nacer con la administración subsecuente de surfactante selectivo debería ser considerado como alternativa a la intubación de rutina con posterior empleo de surfactante profiláctico o precoz (Nivel de evidencia 1, recomendación FUERTE). 8
- El empleo de surfactante de rescate debería ser considerado, tal vez, en infantes con falla respiratoria hipóxica atribuible a deficiencia de surfactante 2ria (Ej: SALAM, sepsis, neumonía). (Nivel de evidencia 2, recomendación). 8

8. Richard A. Polin, Waldemar A. Carlo and COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN: Surfactant Replacement Therapy for Preterm and Term Neonates With Respiratory Distress. Pediatrics 2014; 133 (1): 156

Qué dice la evidencia? (cont.)*

INSURE

Muerte y/o DBP RR 0.88 (95% IC 0.76-1.02)
- Riesgo de prolongarse ARM.

Administración de surfactante durante ventilación espontánea atravesando glotis (métodos mínimamente invasivos)

Muerte y/o DBP RR 0.75 (95% IC 0.59-0.94)
- Sin sedación.

Surfactante de rescate **precoz** en paciente estabilizado en **CPAP** (dentro de las 2 hs.)

Otros métodos mínimamente invasivos

-Administración por máscara laríngea (sólo en RN mayores de 1000 g) y nebulizado: Muerte y/o DBP sin datos concretos aún.

* Gráfico modificado de: H.J. Niemarkt et als. Surfactant for Respiratory Distress Syndrome: New Ideas on a Familiar Drug with Innovative Applications. Neonatology 2017; 111:408–414.

Administración de surfactante durante ventilación espontánea (métodos mínimamente invasivos):



LISA – MIST (Dargaville – Göpel – Kanmaz – Bao) *

HMIRS

Surfactant Administration via Thin Catheter During Spontaneous Breathing: Randomized Controlled Trial

Impact of Minimally Invasive Surfactant Therapy in Preterm Infants at 29–32 Weeks Gestation

Peter A. Dargaville^{a,b} Sanoj K.M. Ali^a Hamish D. Jackson^a
Christopher Williams^a Antonio G. De Paoli^a

^aDepartment of Paediatrics, Royal Hobart Hospital, and ^bMenzies Institute for Medical Research, University of Tasmania, Hobart, TAS, Australia

Less invasive surfactant administration is associated with improved pulmonary outcomes in spontaneously breathing preterm infants

Wolfgang Göpel¹ MD, Angela Kribs² MD, Christoph Härtel¹ MD, Stefan Avenarius³ MD, Norbert Teig⁴ MD, Peter Groneck⁵ MD, Dirk Olbertz⁶ MD, Claudia Roll⁷ MD, Matthias Vochem⁸ MD, Ursula Weller⁹ MD, Axel von der Wense¹⁰ MD, Christian Wieg¹¹ MD, Jürgen Wintgens¹² MD, Michael Preuss¹³, Andreas Ziegler^{13,14} Bernhard Roth² MD, and Egbert Herting¹ PhD, for the German Neonatal Network (GNN)

AUTHORS H. Goede Kanmaz MD,* Omer Erdevic MD,* F. Emre Caglar MD,* G. G. Utku MD,* and Ugur Dilmen MD**

*Dagarville P. et al. Impact of Minimally Invasive Surfactant Therapy in Preterm Infants at 29-32 Weeks Gestation. Neonatology 2018; 113: 7-14.
*Göphel W. et al. Less invasive surfactant administration is associated with improved pulmonary outcomes in spontaneously breathing preterm infants. Acta Paediatr. 2015 ;104(3):241-6.
*Kanmaz H. et al. Surfactant Administration via Thin Catheter During Spontaneous Breathing: Randomized Controlled Trial. PEDIATRICS 2013; 131(2): e502–e509.



Continuamos, Simón mejora...

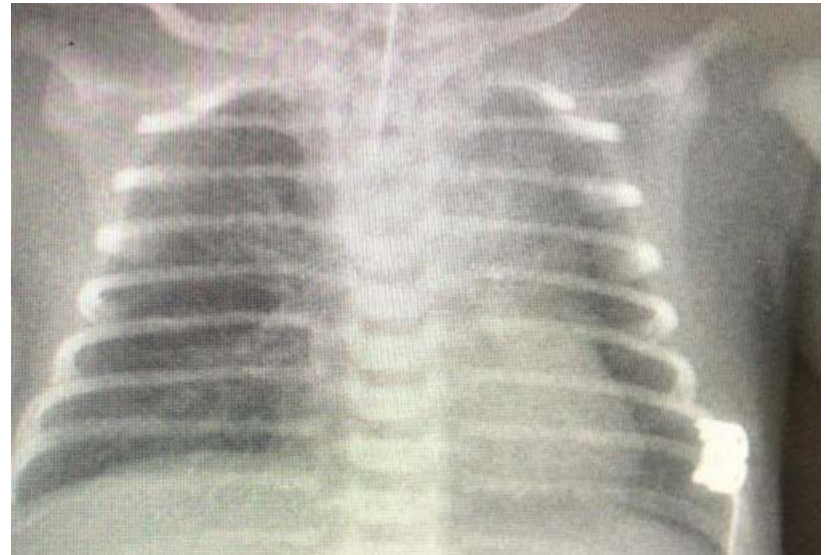
Nuestro paciente se intubó, ingresó en ARM y se administró surfactante. Responde favorablemente.

Se descende setting de ARM. Saturación entre 90-94% con FIO₂: 0,21

- ARM setting 12/5/0.40/25/21%
- Solicita:
 - RX torax
 - EAB: 7,30/45/70/22/-1/60%

7. ¿Cómo continuamos?

- Aire ambiente
- Cánula de alto flujo.
- Continuar en ARM es lo más seguro por peso y EG
- Extubar a VNI (VNI: 15/5/0.45/30/25%) .



¿Por que es mejor VNI para extubar ?



Cochrane Database of Systematic Reviews

Nasal intermittent positive pressure ventilation (NIPPV) versus nasal continuous positive airway pressure (NCPAP) for preterm neonates after extubation (Review)

Lemyre B, Davis PG, De Paoli AG, Kirpalani H

- VNI (NIPPV) presentó 30% menos riesgo de falla respiratoria post extubación que CPAP **RR:0.70 (95% CI) [0.60, 0.80]**
- VNI (NIPPV) presentó 24% menos riesgo de reintubación que CPAP **RR: 0.76 (95% CI) [0.65, 0.88]**



Comparison of three non-invasive ventilation strategies (NSIPPV/BiPAP/NCPAP) for RDS in VLBW infants

La incidencia de fracaso de extubación con VNI fue menor que con CPAP:

(22/66) vs VNI-BiPAP (11/62, 11/63) (P < 0,05)

Nov 2018;31(21):2832-2838.

¿Qué setting de VNI se recomienda para extubación?

	PEEP(cmH2O)	PIP(cmH2O)	TI	FR (Respx Min)	FLUJO (Lt/min)	Fio2
Salvo*	4-6	15-20	0.3-0.4	30-40	6-10	-

*Comparison of three non-invasive ventilation strategies (NSIPPV/BiPAP/NCPAP) for RDS in VLBW infants. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine Nov 2018.

Janasi**	= PreExtubacion	4+ PreExtubacion	-	= PreExtubacion	8-10	FiO2 88-93%
----------	-----------------	------------------	---	-----------------	------	-------------

**Comparison of non-synchronized nasal intermittent positive pressure ventilation versus nasal continuous positive airway pressure as post-extubation respiratory support in preterm infants with respiratory distress syndrome: a randomized controlled trial. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine*. 2016.

Kahramaner***	6	2+ PreExtubacion	-	25	-	40%
---------------	---	------------------	---	----	---	-----

Unsynchronized nasal intermittent positive pressure versus nasal continuous positive airway pressure in preterm infants after extubation. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine* 2014

Jobe****	≤ 5	2-4+ Pre extub.	0.3-0.5	10-25	8-10	-
----------	-----	-----------------	---------	-------	------	---

****Noninvasive strategies for management of respiratory problems in neonates. *NeoReviews*. 2013.

Continuamos con el caso de Simón...

- Permanece en VNI durante una semana, se suspende el mismo y se indica CPAP (5/21%).
- A los 21 días (quince días en CPAP) y aporte enteral exclusivo Simón pesa 960 gramos y desmejora clínicamente. Presenta taquicardia, disregulación térmica y apneas que resuelven con bolseo.
- Por apneas reiteradas se decide cambiar de CPAP a VNI 18/5/0.45/30/30%
- Solicita laboratorio:
 - EAB 7.25/66/12/-10/56% (venoso)
 - Hemograma[Hto:30%.Bcos:23000/mm³ – Plaquetas: 88000/mm³]
 - PCR 20
- Se asume el cuadro como sospecha de Sepsis y se medica con ATB.
- Posteriormente presenta apnea severa por lo que se decide reintubar

Cont.

- Durante su evolución, Simón presenta una extubación fallida y reingresa a respirador.
- Ya con 32 semanas y 1200 g de peso, se encuentra en ARM.
Setting: 12/5/0.45/20/25%
- Ud. decide extubar a Simón nuevamente.

8. A qué lo extuba?

- Halo cefálico
- Coloca en CAF
- Coloca en VNI
- Coloca en CPAP
- Aire ambiente

Por qué decidimos utilizar CAF en esta instancia?

High flow nasal cannula for respiratory support in preterm infants

Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD006405.
DOI: 10.1002/14651858.CD006405.pub3.

Dominic Wilkinson^{1,2}, Chad Andersen^{2,3}, Colm PF O'Donnell⁴, Antonio G De Paoli⁵, Brett J Manley^{6,7}

failure, death and CLD. Most evidence is available for the use of HFNC as post-extubation support. Following extubation, HFNC is associated with less nasal trauma, and may be associated with reduced pneumothorax compared with nasal CPAP. Further adequately

A Randomized Controlled Trial to Compare Heated Humidified High-Flow Nasal Cannulae with Nasal Continuous Positive Airway Pressure Postextubation in Premature Infants

Clare L. Collins, MBChB, FRACP¹, James R. Holberton, MBBS, FRACP¹, Charles Barfield, MBBS, FRACP¹, and Peter G. Davis, MD, FRACP²

Conclusions HHHFNC and NCPAP produced similar rates of extubation failure. (*J Pediatr* 2013;162:949-54).

European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome – 2019 Update

David G. Sweet^a Virgilio Carnielli^b Gorm Greisen^c Mikko Hallman^d
Eren Ozek^e Arjan te Pas^f Richard Plavka^g Charles C. Roehr^h Ola D. Saugstadⁱ
Umberto Simeoni^j Christian P. Speer^k Maximo Vento^l Gerhard H.A. Visser^m
Henry L. Hallidayⁿ

Neonatology

2019

Non-Invasive Respiratory Support

Recommendations

- 5 During weaning, HFNC can be used as an alternative to CPAP for some babies with the advantage of less nasal trauma (B2).

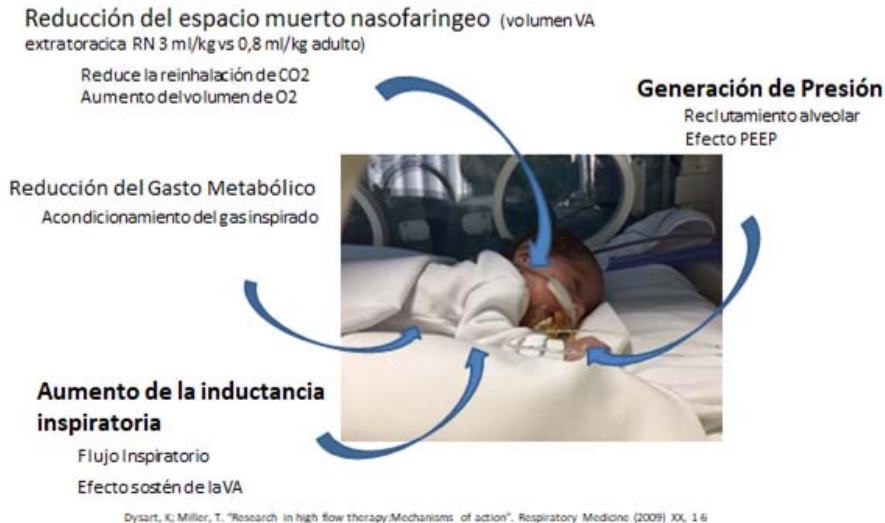
Qué diferencia presenta con los sistemas de CPAP?

Nasal high flow treatment in preterm infants

Roberts and Hodgson *Maternal Health, Neonatology, and Perinatology*
(2017) 3:15
DOI 10.1186/s40748-017-0056-y

Calum T. Roberts^{1,2*} and Kate A. Hodgson¹

Mecanismo de funcionamiento:



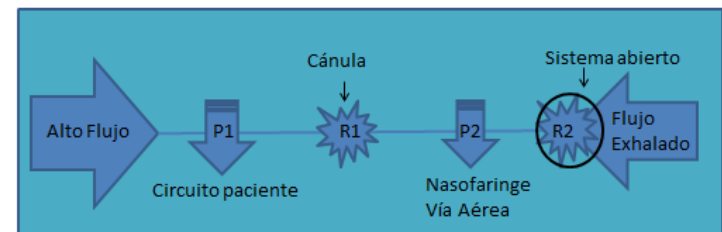
Definición:

- La Terapia de Alto Flujo es un **sistema abierto** de entrega de una mezcla de aire y oxígeno calentado y humidificado, a través de una cánula nasal, que **cubre las demandas de flujo inspiratorio** del paciente, entregando una **FiO₂ conocida** y constante.

Se considera TAF a la entrega de flujos $\geq 1-2$ L/min hasta 8 L/min en neonatos, ≥ 4 L/min hasta 25 L/min en niños y ≥ 6 L/min hasta 70 L/min en adolescentes y adultos.

- La oxigenoterapia de alto flujo (OAF) consiste en aportar un flujo de oxígeno, solo o mezclado con aire, **por encima del flujo pico inspiratorio del paciente**, a través de una cánula nasal. El gas se humidifica (humedad relativa del 95-100%) y se calienta hasta un valor cercano a la temperatura corporal (34-40 °C).

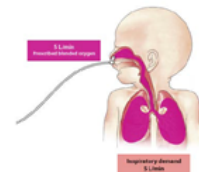
Generación de presión



La presión en la nasofaringe depende

- Flujo seleccionado
- Dimensiones anatómicas de la vía aérea
- Pérdida a través de la cánula y la boca

Se recomienda una relación cánula-narina del 50%



Porque no usamos CAF al inicio?

High flow nasal cannula for respiratory support in preterm infants

Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD006405.

DOI: 10.1002/14651858.CD006405.pub3.

Dominic Wilkinson¹ HFNC has similar rates of efficacy to other forms of non-invasive respiratory support in preterm infants for preventing treatment failure, death and CLD. Most evidence is available for the use of HFNC as post-extubation support. Following extubation, HFNC is

JAMA Pediatrics | Original Investigation

Heated, Humidified High-Flow Nasal Cannula vs Nasal Continuous Positive Airway Pressure for Respiratory Distress Syndrome of Prematurity: A Randomized Clinical Noninferiority Trial

Anna Lavizzari, MD; Mariaros Colnaghi, MD; Francesca Cluffini, MD; Chiara Veneroni, PhD; Stefano Musumeci; Ivan Cortinovis; Fabio Mosca, MD

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Nasal High-Flow Therapy for Primary Respiratory Support in Preterm Infants

Calum T. Roberts, M.B., Ch.B., Louise S. Owen, M.D., Brett J. Manley, Ph.D., Dag H. Frøisland, Ph.D., Susan M. Donath, M.A., Kim M. Dalziel, Ph.D., Margo A. Pritchard, Ph.D., David W. Cartwright, M.B., B.S., Clare L. Collins, M.D., Atul Malhotra, M.D., and Peter G. Davis, M.D., for the HIPSTER Trial Investigators*

High-Flow Nasal Cannula versus Nasal Continuous Positive Airway Pressure for Primary Respiratory Support in Preterm Infants with Respiratory Distress: A Randomized Controlled Trial

Srinivas Murki^a Jayesh Singh^a Chiragkumar Khant^b Swarup Kumar Dash^b Tejo Pratap Oleti^a Percy Joy^a Nandkishor S. Kabra^b

*Fernandez Hospital, Hyderabad, India; ^bSurya Hospital, Mumbai, India

Neonatology 2018;113:235–241
DOI: 10.1159/000484400

CONCLUSIONS AND RELEVANCE In this study, HHHFNC showed efficacy and safety similar to those of nCPAP/BiPAP when applied as a primary approach to mild to moderate RDS in preterm infants older than 28 weeks' GA.

CONCLUSIONS

When used as primary support for preterm infants with respiratory distress, high-flow therapy resulted in a significantly higher rate of treatment failure than did CPAP. (Funded by the National Health and Medical Research Council and others; Australian New Zealand Clinical Trials Registry number, ACTRN12613000303741.)

clusions: When comparing HFNC to nCPAP as a primary noninvasive respiratory support in preterm infants with respiratory distress, HFNC is inferior to nCPAP in avoiding the need for a higher mode of respiratory support in the first 72 h of life.

© 2018 S. Karger AG, Basel

Por qué decidimos utilizar CAF en este momento del tratamiento de Simón?

- > 30 semanas EC al momento de colocar la CAF
- >1200 gr
- Prevención del fallo de extubación

Aspectos Positivos:

- Reestablece la CRF
- Mejora la Inductancia Inspiratoria
- Mejora el clearance de CO₂
- Evita la lesión del tabique nasal
- Favorece el neurodesarrollo

Aspectos Negativos:

- Aumenta la frecuencia de IOT en RNPT <28-30 SEG
- Aumenta los días de oxigenoterapia

9. Con cuánto empiezo? Titulación de CAF:

Evidence Support and Guidelines for Using Heated, Humidified, High-Flow Nasal Cannulae in Neonatology Oxford Nasal High-Flow Therapy Meeting, 2015



Charles C. Roehr, MD, PhD^{a,b,*}, Bradley A. Yoder, MD^c,
Peter G. Davis, MD^d, Kevin Ives, MD^a

KEY POINTS

- Current evidence suggests that nasal high-flow therapy (nHFT) at flows between 2 and 8 L/min is safe and efficacious for term and most preterm infants.
- When applying nHFT, allow for generous egress of gas by ensuring that the prong diameter is no more than half that of the nostril.
- The gas should be heated to between 34°C to 37°C and optimally humidified.
- A clear unit protocol for use of nHFT needs to be in place to ensure safe management of infants treated with nHFT.

Table 1
Consented guide to the initiation and alteration of nasal high flow therapy in neonates

Current Weight	Initiation of Flow	Escalation of Flow	Weaning Flow	Discontinuing nHFT
<1500 g	4–6 lpm	FiO ₂ >35% or ↑ RR, WOB	↓ by 0.5 lpm Q 12–24 h	Typically at flow = weight (kg)
1500–3000 g	5–7 lpm	FiO ₂ >35% or ↑ RR, WOB	↓ by 0.5–1 lpm Q 6–12 h	Typically at 2 lpm
> 3000 g	6–8 lpm	FiO ₂ >35% or ↑ RR, WOB	↓ by 0.5–1 lpm as indicated	Typically at 2 lpm
Comments	Max flow 8 lpm	↑ by 1–2 lpm Q 15–20 min PRN	Typically slower wean with BPD	—

Simón!!!

Iniciamos con

flujo de 4-6 l/m

FiO₂ : 0,25 - 0,3

Qué esperamos?

- Disminución de FiO₂ <25%
- Ausencia de eventos de apneas
- Patrón tóraco abdominal sincrónico

CANULAS



F&P OPTIFLOW JUNIOR NASAL CANNULA		
PRODUCT SIZE	ITEM CODE	APPROX WEIGHT (KG)
		2 4 6 8 10 12 14 16 18 20
 Premature	OPT312	 Max. flow 8 L/min
 Neonatal	OPT314	 Max. flow 8 L/min



Continuando con Simón...

Luego de 5 días en CAF se logra descenso de FiO₂ a 0,21 con saturaciones entre 92-95%, CO₂ transcutánea de 47, aumenta de peso adecuadamente y pensamos en discontinuar el soporte ventilatorio...

10. Cómo continuamos?

- Desciendo flujo
- Suspendo CAF

Escasa evidencia...

Si sabemos: 1ro descendemos FiO₂ y luego flujo hasta...2 l/m

European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome – 2019 Update

David G. Sweet^a Virgilio Carnielli^b Gorm Greisen^c Mikko Hallman^d
Eren Ozek^e Arjan te Pas^f Richard Plavka^g Charles C. Roehr^h Ola D. Saugstadⁱ
Umberto Simeoni^j Christian P. Speer^k Maximo Vento^l Gerhard H.A. Visser^m
Henry L. Hallidayⁿ

at flows of between 2 and 8 L/min, with weaning of flow rate determined clinically by FiO₂ remaining low and judgement of work of breathing [101]. Whilst an amount

Otros usos de CAF neonatal:

Positive Airway Pressure Versus High-Flow Nasal Cannula for Prevention of Extubation Failure in Infants After Congenital Heart Surgery

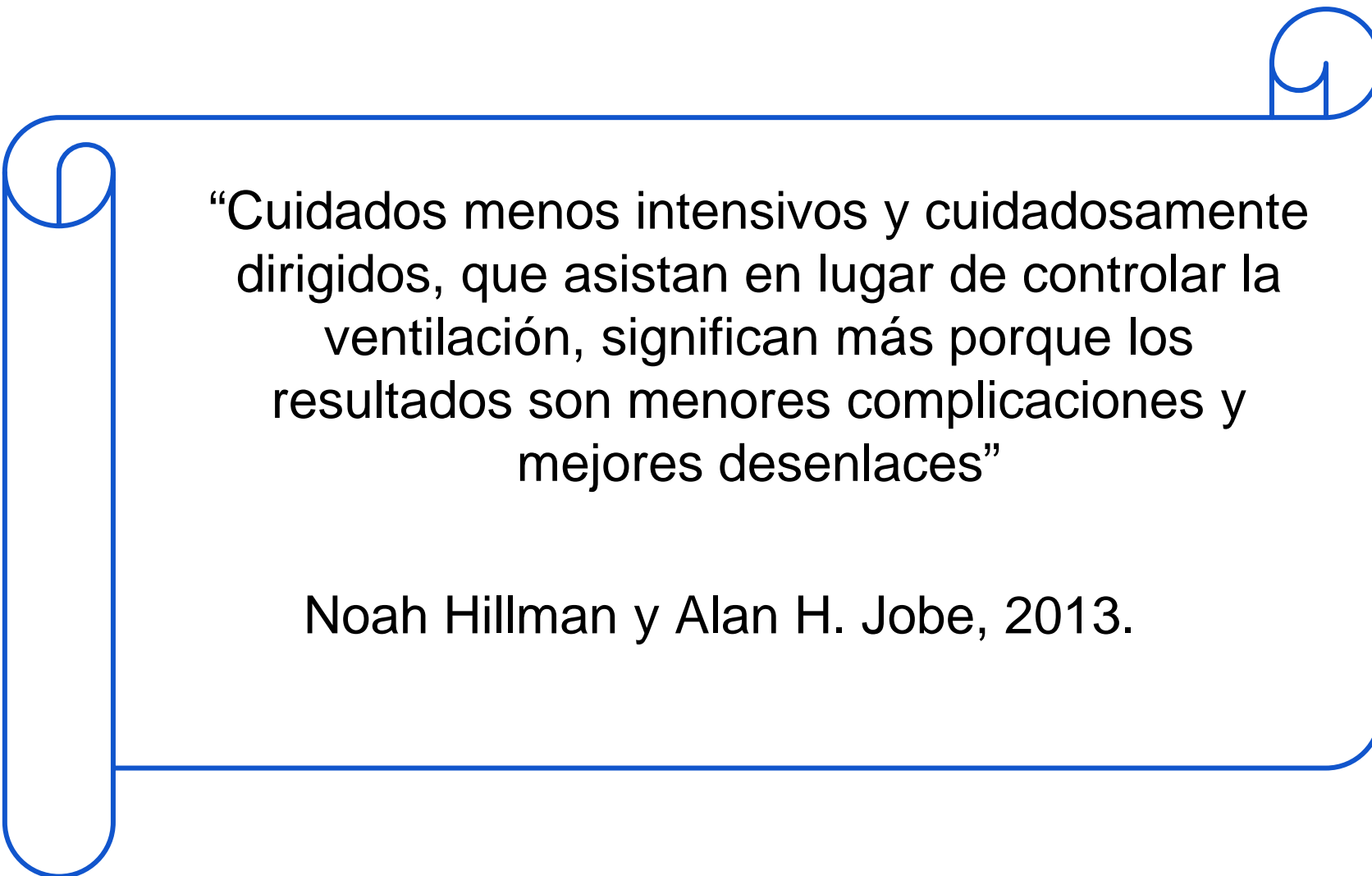
Robert P. Richter, MD¹; Jeffrey A. Alten, MD²; R. Wilson King, BS³; Asaf D. Gans, MD⁴;
Fazlur Rahman AKM, PhD⁵; Yuvraj Kalra, MD⁶; Santiago Borasino, MD, MPH⁷

The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

A Randomized Trial of High-Flow Oxygen Therapy in Infants with Bronchiolitis

Donna Franklin, B.N., M.B.A., Franz E. Babl, M.D., M.P.H.,
Luregn J. Schlapbach, M.D., Ed Oakley, M.B., B.S.,
Simon Craig, M.B., B.S., M.H.P.E., M.P.H., Jocelyn Neutze, M.B., Ch.B.,
Jeremy Furyk, M.B., B.S., M.P.H.&T.M., John F. Fraser, M.B., Ch.B., Ph.D.,
Mark Jones, Ph.D., Jennifer A. Whitty, B.Pharm., Grad.Dip.Clin.Pharm., Ph.D.,
Stuart R. Dalziel, M.B., Ch.B., Ph.D., and Andreas Schibler, M.D.



“Cuidados menos intensivos y cuidadosamente dirigidos, que asistan en lugar de controlar la ventilación, significan más porque los resultados son menores complicaciones y mejores desenlaces”

Noah Hillman y Alan H. Jobe, 2013.



SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

Comité nacional de Estudios Fetoneonatales (C.E.F.E.N.)

4 ° CONGRESO ARGENTINO DE NEONATOLOGIA

Jornadas Interdisciplinarias de Seguimiento de Alto Riesgo

4 ° Jornada de Perinatología

4 ° Jornada de Enfermería Neonatal

22, 23 y 24 de mayor de 2019

Panamericano Hotel & Resort - EXE Hotel Colon



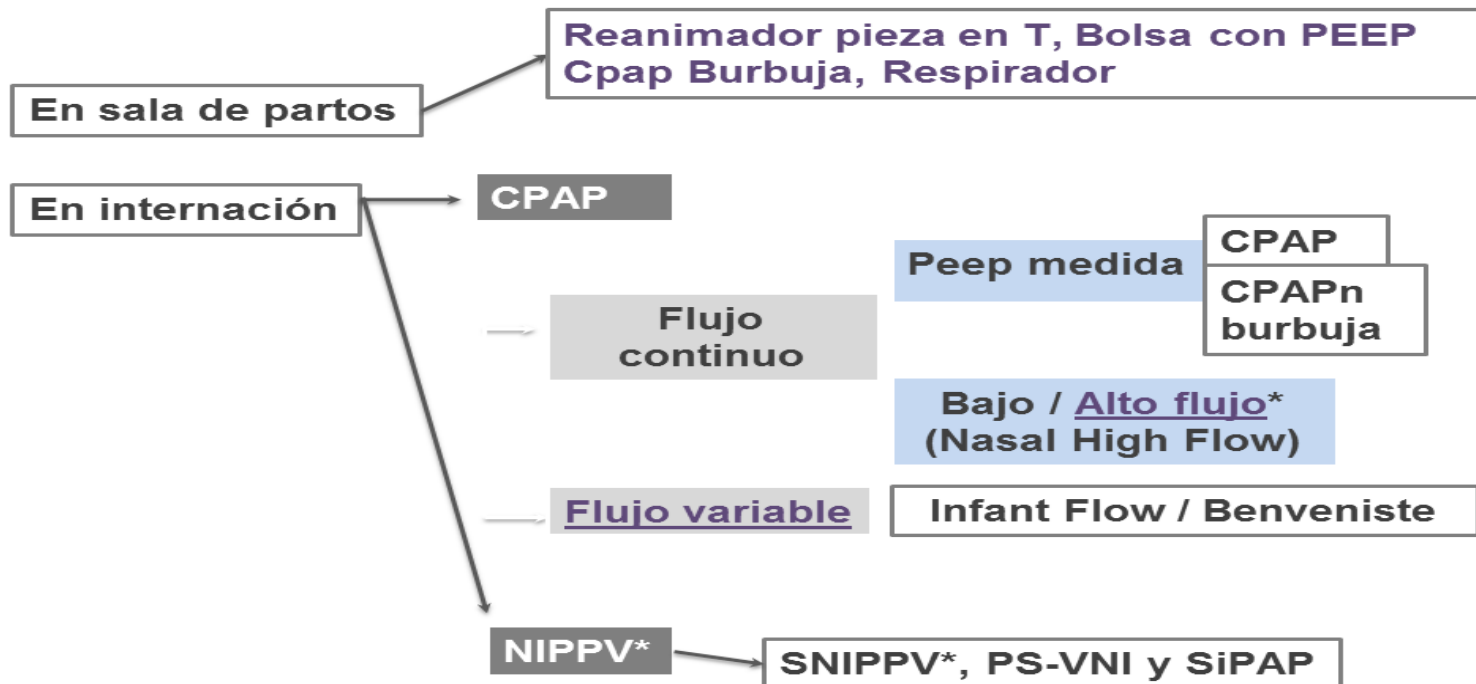
Taller teórico práctico

Ventilación No Invasiva en Neonatología

1. ¿Consideraría colocar al recién nacido en CPAP nasal? Por qué?

- Menor intubación en UCIN
- Menor necesidad de ARM.
- Menor DBP
- Menor DBP o muerte.
- Sobrevida sin morbilidad al momento del alta

2. ¿Con qué dispositivo administramos VNI?



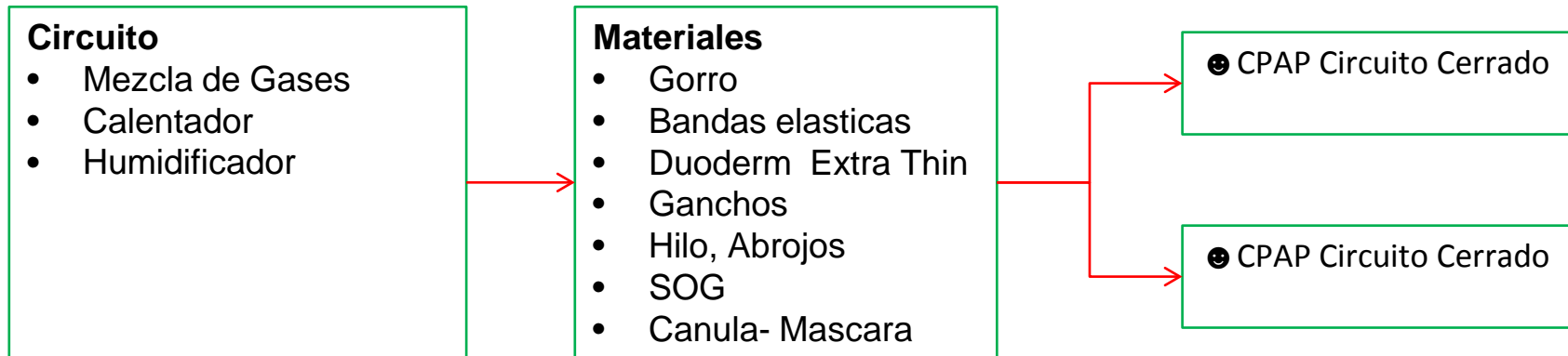
3. ¿Cuales son los sistema que genera presión positiva o PEEP?

☹ CPAP Burbuja

☹ CPAP Circuito Cerrado

4. Formas de administrar CPAP

Circuito → Pieza correcta → sistema que genere presión positiva



No. canula	Diametro de canula (mm)	Peso de RN (g)
00	2,70	<1000
01	3,30	1000-1500
02	4,00	1500-2000
03	5,00	>2000

5. Qué pieza nasal sería mejor colocar?

- Cánulas Binasales Cortas
- La mascararas, empiezan a tomar protagonismo
- No Utilizar Canular Unicas

6. CPAP y VNI: ¿Como seguimos en UCIN?

- En UCIN comenzar con PEEP 5 y maximo 8.
- Oxímetro de pulso en MSD ajustar FIO₂, saturación de Oxígeno 89% y 94%, y alarma 88% y 95%.
- Fio₂ > a 30% considerar surfactante.

7. ¿Existen predictores de fracaso de CPAP?

- Requerimiento de **oxígeno** ≥ 0.3 en las primeras horas de vida
- Sexo **masculino**
- **Cesárea**
- Peso de nacimiento **menor a 800 gramos**
- **a/A menor a 0,3:**

Presión arterial / Presión Alveolar: Evalúa la hematosis PaO_2 (obtenida del EAB)
 $(713 \times FiO_2) - (CO_2/0,8)$

8. Evidencia acerca de generalidades respecto del uso de surfactante

RNPT < de 30 semanas de EG que necesiten ARM debido a SDR severo, deberían recibir surfactante en forma precoz (Antes de las 2 hs) (Nivel de evidencia 1, recomendación FUERTE). *

El uso de CPAP en RNPT inmediato al nacer, y la administración posterior de surfactante selectivo debería ser considerado como alternativa a la intubación de rutina con posterior empleo de surfactante profiláctico o precoz (Nivel de evidencia 1, recomendación FUERTE). *

El empleo de surfactante de rescate debería ser considerado, tal vez, RN con falla respiratoria hipóxica atribuible a deficiencia de surfactante (Ej: SALAM, sepsis, neumonía). (Nivel de evidencia 2, recomendación).

Formas de administrar surfactante (INSURE , LISA, Mínimamente Invasivo)

9. ¿Por que es mejor VNI para extubar ?

- VNI disminuye, Falla respiratoria post extubacion extubacion dentro de los 7 dias y reintubacon.

10. ¿Qué setting de VNI al extubar ?

	PEEP(cmH2O)	PIP(cmH2O)	TI	FR (Respx Min)	FLUJO (Lt/min)	Fio2
Jobe	5	2-4+ Pre extub.	0.3-0.5	10-25	8-10	-

Noninvasive strategies for management of respiratory problems in neonates. *NeoReviews*. 2013.

11. Por qué decidimos utilizar CAF en este momento del tratamiento de Simón?

RNPT

- > 30 SEG
- > 30 semanas EC al momento de colocar la CAF
- >1200 gr
- Prevención del fallo de extubación

Aspectos Positivos CAF

- Reestablece la CRF
- Mejora la Inductancia Inspiratoria
- Mejora el clearance de CO₂
- Evita la lesión del tabique nasal
- Favorece el neurodesarrollo

Aspectos negativos CAF

- Aumenta la frecuencia de IOT en RNPT < 28-30SEG
- Aumenta los días de oxigenoterapia

12. Con cuánto empiezo? Titulación de CAF:

Evidence Support and Guidelines for Using Heated, Humidified, High-Flow Nasal Cannulae in Neonatology

Oxford Nasal High-Flow Therapy Meeting, 2015



Charles C. Roehr, MD, PhD^{a,b,*}, Bradley A. Yoder, MD^c,
Peter G. Davis, MD^d, Kevin Ives, MD^a

KEY POINTS

- Current evidence suggests that nasal high-flow therapy (nHFT) at flows between 2 and 8 L/min is safe and efficacious for term and most preterm infants.
- When applying nHFT, allow for generous egress of gas by ensuring that the prong diameter is no more than half that of the nostril.
- The gas should be heated to between 34°C to 37°C and optimally humidified.
- A clear unit protocol for use of nHFT needs to be in place to ensure safe management of infants treated with nHFT.

Table 1
Consented guide to the initiation and alteration of nasal high flow therapy in neonates

Current Weight	Initiation of Flow	Escalation of Flow	Weaning Flow	Discontinuing nHFT
<1500 g	4–6 lpm	FiO ₂ >35% or ↑ RR, WOB	↓ by 0.5 lpm Q 12–24 h	Typically at flow = weight (kg)
1500–3000 g	5–7 lpm	FiO ₂ >35% or ↑ RR, WOB	↓ by 0.5–1 lpm Q 6–12 h	Typically at 2 lpm
> 3000 g	6–8 lpm	FiO ₂ >35% or ↑ RR, WOB	↓ by 0.5–1 lpm as indicated	Typically at 2 lpm
Comments	Max flow 8 lpm	↑ by 1–2 lpm Q 15–20 min PRN	Typically slower wean with BPD	—

Simón!!!

Iniciamos con

flujo de 4-6 l/m

FiO₂ : 0,25 - 0,3

Qué esperamos?

- Disminución de FiO₂ <25%
- Ausencia de eventos de apneas
- Patrón tóraco abdominal sincrónico