

EL VOLUMEN DE NUTRICIÓN ENTERAL NO SE CORRELACIONA CON LAS INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA

A. Colomar, B. Guardiola, J.A. Llompert-Pou, I. Ayestarán, J. Rodríguez-Pilar, M. Ferrerueta, J.M. Raurich.
Med Intensiva 2017;41:330-8 - Vol. 41 Núm.6

Resumen

Objetivo

Valorar el efecto del volumen de nutrición enteral, la función gastrointestinal y el tipo de protección gástrica en la incidencia de infección respiratoria del tracto inferior en pacientes críticos con ventilación mecánica (VM).

Diseño

Análisis secundario retrospectivo.

Ámbito

La Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital universitario.

Pacientes o participantes

Pacientes con edad ≥ 18 años que se espera que precisen de VM durante >4 días y reciban nutrición enteral en las primeras 24h.

Intervenciones

Correlacionamos el volumen de nutrición enteral administrado durante los primeros 10 días, la función gastrointestinal y el tipo de protección gástrica con los episodios de infección pulmonar del tracto inferior hasta el día 28. Utilizamos el modelo de regresión de Cox. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Principal variable de interés

Episodios de infección del tracto respiratorio inferior.

Resultados

Sesenta y seis de los 185 pacientes (35,7%) presentaron infección, 27 pacientes neumonía y 39 traqueobronquitis. Los pacientes no infectados e infectados fueron similares en el volumen de nutrición enteral (54 ± 12 y 54 ± 9 mL/h; $p = 0,94$) y aporte calórico ($19,4 \pm 4,9$ y $19,6 \pm 5,2$ kcal/kg/d; $p = 0,81$). El modelo de regresión de Cox mostró que la causa neurológica de VM fue la única variable independiente asociada con infección ($p = 0,001$). El volumen de nutrición enteral, el tipo de protección gástrica y la función gastrointestinal no se correlacionaron significativamente con la infección.

Conclusiones

El volumen y aporte calórico de nutrición enteral, la disfunción gastrointestinal y el tipo de protección gástrica no se asociaron a la infección del tracto respiratorio inferior en pacientes con VM.

Palabras clave

Nutrición enteral, Ventilación mecánica, Neumonía asociada a ventilación mecánica, Tracto gastrointestinal, Inhibidores de la bomba de protones

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA

M. Lima Serranoa, M.I. González Méndez, F.M. Carrasco Cebolleroc, J.S. Lima Rodríguez.
Med Intensiva 2017;41:339-46 - Vol. 41 Núm.6

Resumen

Introducción

Las úlceras por presión representan un significativo problema para pacientes, profesionales y sistemas sanitarios. Presentan una incidencia y una prevalencia importantes a nivel mundial. Su carácter iatrogénico plantea que su aparición es evitable y su incidencia es un indicador de calidad científico-técnica tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la especializada.

El objetivo de esta revisión ha sido identificar los factores de riesgo relacionados con la aparición de úlceras por presión en pacientes críticos.

Metodología

Se siguieron las recomendaciones de la declaración PRISMA adaptadas a la identificación de estudios sobre factores de riesgo. Se ha realizado una revisión sistemática cualitativa de estudios primarios a través de una búsqueda en Pubmed, The Cochrane Library, Scopus y Web of Science. Se consideraron las limitaciones

metodológicas en estudios observacionales.

Resultados

De 200 referencias bibliográficas, 17 cumplieron nuestros criterios de selección. Estos estudios incluyeron 19.363 pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. Seis se clasificaron como de calidad fuerte y 11 de calidad moderada. Los factores de riesgo que aparecieron más frecuentemente asociados al desarrollo de úlceras por presión incluyeron: edad, tiempo de estancia en UCI, diabetes, tiempo de PAM <60-70mmHg, ventilación mecánica, duración de la ventilación mecánica, terapia de hemofiltración venovenosa continua o diálisis intermitente, tratamiento con drogas vasoactivas, con sedantes y cambios posturales.

Conclusiones

No aparecen factores de riesgo que por sí mismos puedan predecir la aparición de la úlcera por presión. Más bien se trata de una interrelación de factores que incrementan la probabilidad de su desarrollo.

DURACIÓN Y DISPERSIÓN DEL QRS PARA PREDECIR ARRITMIAS VENTRICULARES EN LAS FASES INICIALES DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Chávez-González, A.E. Rodríguez Jiménez, F.L. Moreno-Martínez C.
Med Intensiva 2017;41:347-55 - Vol. 41 Núm.6

Resumen

Objetivo

Determinar la relación entre duración y dispersión del QRS con la aparición de arritmias ventriculares en las fases iniciales del infarto agudo de miocardio (IAM).

Diseño

Estudio descriptivo retrospectivo longitudinal.

Ámbito

Hospital General Universitario «Camilo Cienfuegos» de Sancti Spíritus, Cuba. Atención secundaria.

Pacientes o participantes

Doscientos nueve pacientes con diagnóstico de IAM con elevación del segmento ST entre enero de 2012 y junio de 2014.

VARIABLES PRINCIPALES DE INTERÉS

Se midieron la duración y dispersión del QT, QTc y QRS del primer electrocardiograma hospitalario y se determinó la presencia de taquicardia/fibrilación ventricular en el seguimiento (estancia hospitalaria).

Resultados

Se detectaron arritmias en 46 pacientes (22%), en 25 (15,9%) estas fueron ventriculares; más frecuentes en el IAM anterior extenso, que fue responsable del 81,8% de las fibrilaciones ventriculares y más de la mitad (57,1%) de las taquicardias ventriculares. La duración del QRS ($77,3 \pm 13,3$ vs. $71,5 \pm 6,4$ ms; $p=0,029$) y su dispersión ($24,1 \pm 16,2$ vs. $16,5 \pm 4,8$ ms; $p=0,019$) fue superior en las derivaciones afectadas por la isquemia. Los mayores valores de todas las mediciones se presentaron, con diferencia significativa, en el IAM anterior extenso: QRS $92,3 \pm 18,8$ ms, dQRS $37,9 \pm 23,9$ ms, QTc $518,5 \pm 72,2$ ms y dQTc $94,9 \pm 26,8$ ms. Los pacientes con mayores valores de dispersión del QRS tuvieron más probabilidad de presentar arritmias ventriculares, con puntos de corte de 23,5ms para la taquicardia y de 24,5ms para la fibrilación ventricular.

Conclusiones

El incremento de la duración y dispersión del QRS mostró mayor probabilidad de aparición de arritmias ventriculares en las fases iniciales del IAM que los incrementos del intervalo QTc y su dispersión.

LA DIFERENCIA VENOARTERIAL DE DIÓXIDO DE CARBONO EN LA REANIMACIÓN DE PACIENTES CON SEPSIS GRAVE Y SHOCK SÉPTICO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

J.J. Diaztagle Fernández, J.C. Rodríguez Murcia, J.J. Sprockel Díaz.
Med Intensiva 2017;41:401-10 - Vol. 41 Núm.7

Resumen

Introducción

La forma de evaluar la perfusión tisular durante la reanimación de pacientes con sepsis grave y shock séptico es tema de estudio y debate en la actualidad. La saturación venosa de oxígeno y el lactato han sido los criterios más utilizados; sin embargo, presentan limitaciones reconocidas. La diferencia venoarterial de dióxido de carbono (delta de pCO_2) es una variable que puede indicar el estado de perfusión tisular, por lo que su evaluación puede ser útil en estos pacientes.

Métodos

Revisión sistemática cualitativa de la literatura que incluyó estudios que evaluaron el delta de pCO_2 en pacientes adultos con sepsis grave o shock séptico, publicados entre enero de 1966 y noviembre de 2016 en las bases de datos Medline-PubMed, Embase-Elsevier, Cochrane Library y LILACS. No tuvo restricción de idiomas.

Se siguió la declaración PRISMA y se evaluó la calidad metodológica.

Resultados

Doce estudios fueron incluidos, todos observacionales, 10 prospectivos, 9 publicados a partir del 2010. Cinco documentaron una mayor mortalidad entre pacientes con delta de pCO_2 alto, en 3 incluso cuando conseguían metas de saturación venosa de oxígeno. En 4 estudios, un delta de pCO_2 alto se relacionó con una menor saturación venosa de oxígeno y niveles mayores de lactato, y otros 3 documentaron un menor porcentaje de disminución de lactato.

Conclusión

El delta de pCO_2 ha sido evaluado en el manejo de los pacientes con sepsis grave y shock séptico con mayor frecuencia en los últimos años. Los estudios demuestran su relación con la mortalidad y otros desenlaces clínicos, de tal forma que puede ser una herramienta útil en el manejo de estos pacientes.

EL ANÁLISIS DE LAS TASAS DE REINGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DESPUÉS DE LA PUESTA EN PRÁCTICA DE UN EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

R. Bergamasco e Paula M.T. Tanita, J. Festti, L.T. Queiroz Cardoso C.M. Carvalho Grion.
Med Intensiva 2017;41:411-7 - Vol. 41 Núm.7

Resumen

Objetivos

Comparar las tasas de reingreso en la UCI antes y después de la implementación de un equipo de respuesta rápida (RRT) e identificar los factores de riesgo para la readmisión.

Diseño

Estudio cuasiexperimental before-after.

Lugar

Hospital universitario.

Pacientes

Todos los pacientes que fueron dados de alta de la UCI de enero a diciembre de 2008 (grupo control) y de enero 2010 a diciembre 2012 (grupo intervención).

Intervención

Implementación de un RRT.

Principales variables de interés

Los datos incluidos demográfica, los diagnósticos de ingreso, readmisión UCI, APACHE II, SOFA

y TISS 28 puntuación y de evaluación de los pacientes dados de alta de la UCI por un TSR.

Resultados

Durante el período de estudio, 380 pacientes fueron analizados en el período anterior a la implementación de la RRT y 1,361 después de la implementación. Hubo una tendencia a disminuir las tasas de reingreso después de un año de la implementación de un RRT. APACHE II y SOFA de alta de la UCI fueron factores independientes asociados a la readmisión, así como lo tipo de paciente médico.

Conclusiones

La intervención del RRT resultó en una reducción sostenida de las tasas de reingreso un año después de la implementación de este servicio. El uso de un equipo especializado en instituciones de salud puede ser recomendado para los pacientes supervivientes de la UCI.

Palabras clave

Readmisión del Paciente, Unidades de Cuidados Intensivos, Equipo Hospitalario de Respuesta Rápida, Indicadores de Calidad de la Atención de Salud

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO FRENTE A VENTILACIÓN NO INVASIVA EN NIÑOS CON ESTATUS ASMÁTICO: ESTUDIO OBSERVACIONAL DE COHORTES

J. Pilar , V. Modesto i Alapont, Y.M. Lopez-Fernandez, O. Lopez-Macias, D. Garcia-Urabayen, I. Amores-Hernandez.

Med Intensiva 2017;41:418-24 - Vol. 41 Núm.7

Resumen

Introducción

El objetivo de este estudio es comparar nuestra experiencia con el uso de oxigenoterapia de alto flujo (OAF) frente a la ventilación no invasiva (NIV) en niños con estatus asmático (EA).

Métodos

Estudio observacional de una cohorte retrospectiva de 42 niños con EA ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) con soporte respiratorio no invasivo. El objetivo principal del estudio fue valorar el éxito/fracaso del soporte respiratorio inicial (necesidad o no de escalar a un soporte respiratorio superior). El objetivo secundario fue comparar la duración del soporte respiratorio y del ingreso en la UCIP.

Resultados

Cuarenta y dos niños cumplieron con los criterios de inclusión. Veinte (47,6%) fueron tratados

con OAF y 22 (52,3%) con VNI como soporte respiratorio inicial. No hubo fracaso terapéutico en el grupo VNI, si bien 8 niños (40%) del grupo OAF fueron cambiados a VNI. La duración de la estancia en la UCIP y en el hospital fue similar en ambos grupos NIV y HFNC. Sin embargo, en el subgrupo de fracaso de OAF, la duración del soporte respiratorio (el triple, 63h) y la estancia en la UCIP fueron mucho mayores en comparación con los sujetos que tuvieron éxito en el tratamiento.

Conclusiones

Este estudio observacional, con sus evidentes limitaciones, podría sugerir que el uso de HFNC en algunos sujetos con EA puede retrasar el inicio de la VNI y potencialmente causar un soporte respiratorio más prolongado y una mayor estancia en la UCIP.

Palabras clave

Ventilación no invasiva, Oxigenoterapia de alto flujo, Estatus asmático, Cuidados críticos, Niños, Duración de la estancia