

Comentario Editorial

Respiratory Care Diciembre del 2016

(Podcast "Respiratory Care Journal" Diciembre del 2016 en Español)

<http://rc.rcjournal.com/>

<http://www.solacur.org/>

Bienvenido al podcast de Respiratory Care de diciembre de 2016.

En nuestro artículo elegido por nuestro Editor, Powell et al implementaron una estrategia de ciclo rápido, hacer, estudiar, actuar para reducir las extubaciones no planificadas en la UCI neonatal. Encontraron que el personal subestimó la prevalencia de la extubación no planificada, pero reconoció la necesidad de mejorar. Un plan de ciclo rápido redujo significativamente la tasa de extubación no planificada. Según Hulse y Mai, este trabajo se dirige a un número creciente de estudios que demuestran el éxito de las NICU individuales en la reducción de las extubaciones no planificadas mediante la aplicación de procesos de mejora de la calidad.

Cockerham y sus colegas informan sobre los resultados de un proyecto de mejora de la calidad para mejorar la puntualidad entre los tratamientos broncodilatadores cuando los pacientes son trasladados del servicio de urgencias a salas médicas. Fueron capaces de disminuir significativamente el tiempo entre la última evaluación y el tratamiento broncodilatador en el servicio de urgencias y la primera evaluación y tratamiento en la sala médica para los pacientes con asma. Se observó mejoría en todos los parámetros estudiados a pesar de volúmenes similares en las visitas al servicio de urgencias. Como señalaron Habib y Maselli, este estudio ejemplifica cómo se identificó un problema en la atención del asma y se iniciaron estrategias para abordar este problema.

El objetivo del estudio de Nyland y sus colegas fue evaluar la efectividad de un protocolo respiratorio proactivo en una sala de internación para identificar pacientes con traumatismos con riesgo de complicaciones pulmonares, administrar terapias apropiadas y prevenir el deterioro que requiriera su traslado a la UCI. El protocolo respiratorio se asoció con la eliminación de las admisiones no planificadas a la UCI. Después de controlar la

gravedad de la lesión y otros factores clínicos importantes, el protocolo redujo significativamente la duración hospitalaria de la estancia en aproximadamente 1,5 días. Más pacientes fueron admitidos del servicio de urgencias directamente a la sala, evitando la UCI. Greiffenstein y Forrette observan que este protocolo respiratorio constituyó un impacto significativo en la utilización de los recursos de atención respiratoria.

El propósito del estudio de Poureslami et al fue evaluar la comprensión de las instrucciones del médico sobre el manejo del asma y las técnicas de inhalación en pacientes de origen Punjabi y de origen chino utilizando intervenciones educativas en sus idiomas nativos. Las intervenciones educativas desarrolladas tuvieron éxito en la modificación de la conducta y beneficiaron más allá de la atención habitual en términos de mejorar el uso adecuado de los inhaladores y la comprensión de las instrucciones del médico. Los resultados pueden traducirse a la práctica de la educación sanitaria, promoviendo el desarrollo de materiales de aprendizaje cortos, sencillos y cultural y lingüísticamente apropiados para los pacientes.

Wirth y colegas plantearon la hipótesis de que, al utilizar un sistema activo de asistencia a la espiración, se podrían generar volúmenes minutos más grandes sin causar auto-PEEP, en comparación con la ventilación mecánica convencional, cuando se usan tubos traqueales de luz pequeña o un catéter de cricotirotomía. Encontraron que un sistema activo de espiración podría generar un volumen minuto razonable a través de tubos de pequeño lumen o catéteres finos.

El objetivo de Luedloff et al. Fue investigar la exactitud del volumen espiratorio expuesto en un ventilador comúnmente utilizado en niños pequeños, con o sin un sensor de flujo proximal, y utilizando tres métodos para lograr un volumen tidal objetivo tanto en una población sana y otra con lesiones pulmonares en un modelo de cerdo neonatal. Cuando se utilizó el ventilador Servo-i en recién nacidos, se debería emplear la compensación de compliance del circuito o el sensor en línea debido al gran sesgo positivo y a la imprecisión observada con la compensación de compliance del circuito apagada y sin sensor en línea.

El estudio de Gomes y colegas comparó los efectos inmediatos de la depuración rinofaríngea retrógrada, con la aspiración nasofaríngea en niños admitidos con bronquiolitis viral aguda. El uso del clearance rinofaríngeo en el manejo de niños con bronquiolitis viral aguda puede ser una alternativa para el clearance de las vías aéreas superiores, ya que mostró resultados positivos inmediatos en la aparición de complicaciones y signos de esfuerzo respiratorio en comparación con la aspiración nasofaríngea. Los niños clasificados con un puntaje clínico moderado parecían ser los más beneficiados.

Gruet y sus colegas evaluaron la prueba de sentarse y pararse durante 1 minuto en adultos con fibrosis quística y su relación con la prueba de ejercicio cardiopulmonar, la prueba de caminata de 6 minutos y la fuerza del cuádriceps. Ellos encontraron que la prueba de sentarse y pararse durante 1 minuto no podría utilizarse como un reemplazo de la

prueba de ejercicio cardiopulmonar para evaluar con precisión la capacidad máxima de ejercicio en sujetos con fibrosis quística. La prueba sentarse y pararse durante 1 minuto puede tener utilidad en la detección de pacientes con fibrosis quística que pueden presentar un alto nivel de desaturación de oxígeno durante el ejercicio pesado.

Una capacidad vital forzada reducida puede aumentar la relación entre FEF_{25-75%} y CVF, que se denomina disanapsis alta. Viložni et al evaluaron la relación entre la disanapsis y la respuesta cardiopulmonar al ejercicio en niños con cardiopatía congénita. Encontraron que, en niños y adolescentes con cardiopatías congénitas corregidas, la alta disanapsis se asoció con una menor capacidad ventilatoria y una menor capacidad aeróbica.

El estudio de Raab et al investigó si la función respiratoria era un discriminador de la neumonía en individuos con lesión de la médula espinal y para determinar el mejor parámetro predictivo. Encontraron que la presión inspiratoria máxima era el mejor discriminador de individuos lesionados de la médula espinal con neumonía vs sin neumonía. Los individuos con una presión inspiratoria máxima por debajo de los valores umbrales están en riesgo de neumonía.

El objetivo del estudio de Kera y colegas fue comparar las características orales y físicas en personas mayores con y sin antecedentes de neumonía. En las personas de edad avanzada que viven en la comunidad, la neumonía no estaba asociada con la deglución, sino más bien con un control hábil de la lengua, lo que provoca un reexamen de lo que constituye un riesgo de neumonía.

Chen et al evaluaron la configuración de las vías respiratorias superiores en el síndrome de apnea obstructiva del sueño utilizando la tomografía computarizada durante la maniobra de Müller. Los sujetos con SAOS severa tuvieron anomalías más significativas de la vía aérea superior. La obesidad y el género deben tenerse en cuenta al evaluar las anomalías de la anatomía de las vías respiratorias superiores en los roncadores y los pacientes con AOS.

Tiwari presenta un estudio transversal de trabajadores de cortadores de lápices de pizarra para evaluar el efecto sobre el flujo espiratorio máximo y los factores epidemiológicos asociados con la exposición al sílice. Se encontró que el flujo espiratorio máximo se redujo significativamente en las mujeres mayores de 40 años, con una duración de exposición > 10 años y con morbilidad respiratoria. La reducción en el flujo espiratorio máximo no fue significativa para los fumadores.

El estudio de Chino et al se llevó a cabo para determinar los factores de riesgo para el neumotórax post-broncoscopia. El neumotórax se produjo con mayor frecuencia cuando se realizó broncoscopia para lesiones pleurales subinterlobulares. Durante la broncoscopia

se debe prestar mucha atención y atención cuando el objetivo de las lesiones están en contacto con la pleura interlobular.

Este mes publicamos un artículo de New Horizons sobre la nueva tecnología de oximetría de pulso. También publicamos revisiones sobre el manejo respiratorio de los pacientes obesos perioperatorios, y los ensayos de respiración espontánea con pieza en T o con ventilación a presión de soporte.

Traductores:

Dr. Rubén D. Restrepo. UT Health Science Center. San Antonio, US. restrepor@uthscsa.edu

Klgo. MA. TRC. Gustavo A. Olguín. Jefe de Servicio. Hospital Juan P. Garrahan. Bs. Aires. Argentina. gusolguin@gmail.com

Klgo. MsC©. TRC. Rodrigo S. Adasme. Coordinador Terapia Respiratoria. Hospital Universidad Católica. Santiago Chile. radasme@hotmail.com

TR. MsC. TRC. Diana M. Serrato. Universidad Santiago de Cali. Colombia. The University of Texas Health Science Center at San Antonio, US. serratodiana@hotmail.com

Editor's Commentary. Respiratory Care. December 2016, VOL 61 N° 12.