

Comentario Editorial

Respiratory Care Septiembre del 2016

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

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

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

Hola, y bienvenidos al podcast de septiembre de la revista de cuidado respiratorio de Septiembre 2016.

El artículo de elección de nuestro Editor explora el impacto de una herramienta electrónica de detección y registro médico y un protocolo impulsado por el terapeuta, para la duración de la estancia hospitalaria y reingresos por EPOC. Laroche y sus colegas encontraron que la utilización de la historia clínica electrónica para identificar sujetos con EPOC probablemente combinado con un protocolo de evaluación dirigida por el terapeuta respiratorio se asoció con una tendencia hacia la reducción en la duración de la estancia y la reducción de las tasas de reingreso. Hubo una reducción significativa de las llamadas de respuesta rápida respiratorias provocada en los sujetos con un diagnóstico primario de EPOC. Según lo sugerido por Kauffman, se anima a los lectores a utilizar los resultados de este estudio para posicionar a los terapeutas respiratorios como valor añadido en el sistema de salud actual.

Soudorn et al evaluó el efecto de humidificación térmica en la adhesión de CPAP en pacientes con apnea obstructiva del sueño y síntomas nasofaríngeos. Encontraron que, incluso en un clima tropical, la adhesión de CPAP y la calidad de vida mejoraron cuando se empleó humidificación térmica en sujetos con moderada a severa de OSA y los síntomas nasofaríngeos, luego de polisomnografía nocturna. Karamanli sugiere que estos resultados pueden no ser aplicables a la población general en un clima tropical. La investigación se realizó en un tamaño pequeño de muestra y duró sólo 4 semanas, y por lo tanto se requiere un estudio con una mayor duración con el fin de confirmar la eficacia clínica. No obstante, un mayor beneficio sustancialmente de humidificación térmica puede ser adquirida en pacientes con síntomas nasales antes de iniciar la CPAP.

El estudio realizado por Simon y sus colegas compararon alto flujo por cánula nasal, con la máscara con bolsa y válvula para pre oxigenación, para evaluar la oxigenación durante la intubación en pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica. Encontraron para pre-oxigenación usando alto flujo con cánula nasal antes de la intubación era factible y segura en comparación máscara con bolsa y válvula. Hubo una disminución significativa en la SpO2 durante la fase de apnea antes de la intubación en el grupo de máscara con bolsa y válvula, que no se ve en el grupo alto flujo por cánula nasal. Parotto y Cooper señalan que el papel de alto flujo por cánula nasal en esta configuración aún no se ha establecido claramente. Queda por determinar si en los pacientes en riesgo se puede predecir de forma fiable, si el alto flujo por cánula nasal o la ventilación no invasiva puede proporcionar protección contra la desaturación de oxígeno. Promover datos con pacientes de alto riesgo que optimicen el uso de esas técnicas están garantizados.

Dobrosielski et al estimó la prevalencia de trastornos respiratorios del sueño entre los jugadores de fútbol universitario. Sobre la base de su muestra, que estiman la prevalencia de trastornos respiratorios del sueño entre los jugadores de fútbol universitario en un 8%, independientemente de la estratificación del riesgo. Dado el fuerte

vínculo entre trastornos respiratorios del sueño y la enfermedad cardiovascular, esto subraya la importancia de la detección y posterior tratamiento de los trastornos respiratorios del sueño en este muy condicionado, pero potencialmente vulnerable, grupo de atletas.

Walsh et al evaluaron la viabilidad y utilidad de un sistema de clasificación de pacientes y la puntuación de un nuevo desarrollo para medir objetivamente el cumplimiento de las normas de atención. Ellos demostraron el primer sistema de clasificación de pacientes que utiliza un sistema de banco coordinado de datos y análisis para determinar el estado del paciente y una vigilancia de la calidad de ventilación mecánica. Se necesita más investigación para determinar si las intervenciones tales como la representación visual de la varianza de los resúmenes de objetivos y categorización del paciente pueden mejorar los resultados del paciente.

Los próximos 4 documentos están relacionados con el manejo de la EPOC. Saraiva y sus colegas evaluaron los predictores de mortalidad a los 3 años y los factores asociados con la mortalidad temprana, en el primer año, y tardía en el segundo y tercer año, en pacientes con EPOC grave que completaron un programa de rehabilitación pulmonar. Ellos informan de una alta mortalidad en pacientes con EPOC en etapa tardía. Los factores más importantes asociados con la mortalidad fueron el cáncer de pulmón, insuficiencia respiratoria y la ventilación no invasiva, las exacerbaciones graves con hospitalización, y la menor capacidad de ejercicio funcional.

Walterspacher et al evaluaron si la herramienta cuestionario insuficiencia respiratoria severa es capaz de evaluar y discriminar la calidad de vida relacionada con la salud de los sujetos que recibieron oxigenoterapia a largo plazo. La herramienta de insuficiencia respiratoria severa tenía una alta fiabilidad y validez en sujetos con EPOC que

reciben oxigenoterapia a largo plazo. Los sujetos que recibieron terapia de oxígeno a largo plazo tuvieron puntajes más bajos de insuficiencia respiratoria grave que indica una peor calidad relacionada con la salud de la vida, en comparación con los sujetos con ventilación no invasiva y la terapia de oxígeno a largo plazo.

Fortis y sus colegas probaron la hipótesis de que algunos pacientes llevan un diagnóstico empírico EPOC persistente y reciben tratamiento con broncodilatadores y esteroides inhalados después de que las pruebas de función pulmonar no muestra ninguna obstrucción. Encontraron que la persistencia de diagnóstico empírico de EPOC fue del 7%, pero el tratamiento empírico persistente era común.

La prevalencia de la insuficiencia renal crónica en sujetos con EPOC fue evaluada por ABDELHALIM et al, en comparación con la de un grupo de control, para investigar las relaciones de los datos clínicos y funcionales con condiciones renales de los sujetos. Se ha observado significativamente una peor función renal en los pacientes con EPOC en comparación con los sujetos control. Los autores concluyen que la insuficiencia renal crónica no debe ser ignorada o subestimada en pacientes con EPOC.

El objetivo del estudio realizado por Wu y sus colegas fue examinar la relación entre la AOS y los marcadores inflamatorios y la calidad de vida en pacientes con síndrome coronario agudo, especialmente en aquellos sometidos a intervención coronaria percutánea. Los sujetos con síndrome coronario agudo sometidos a intervención coronaria percutánea que tenían AOS moderada-grave mostraron mayores niveles de mediadores inflamatorios y menor satisfacción con el tratamiento y la percepción de la enfermedad. Estos factores pueden aumentar el riesgo de secuelas adversas mediante el aumento de la respuesta inflamatoria sistémica.

El objetivo del estudio realizado por Vázquez-García et al fue derivar ecuaciones de referencia para la capacidad pulmonar de difusión a respiración única de los hispanos adultos sanos, utilizando las guías más recientes y teniendo en cuenta la altitud sobre el nivel del mar y la hemoglobina. Ellos recomiendan el uso de estas nuevas ecuaciones de referencia de la capacidad pulmonar de difusión a respiración única que se difunden para predecir capacidad pulmonar de difusión a respiración única en América Latina.

Para caracterizar la prevalencia y evolución de los pacientes que reciben ventilación mecánica prolongada en la UCI chinas, Li y sus colegas realizaron un estudio prospectivo de prevalencia de un día en 55 unidades de cuidados intensivos, con 28 días de seguimiento. La prevalencia de la ventilación mecánica prolongada fue alta en esta sección transversal de las UCI chinas. Después de 28 días en la UCI, fueron liberados sólo una pequeña proporción de pacientes con ventilación mecánica prolongada. La edad y la disfunción cardíaca crónica fueron factores de riesgo para la ventilación mecánica prolongada.

Traductores:

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

Klgo. Lic. Gustavo A. Olgún. Jefe de Servicio. Hospital Juan P. Garrahan. Bs. Aires. Argentina.
gusolguin@gmail.com

Klgo. Lic. Rodrigo S. Adasme. Terapia Respiratoria. Hospital Universidad Católica. Santiago Chile.
radasme@hotmail.com

Editor's Commentary. Respiratory Care. September 2016, VOL 61 N° 9.

