



ORIGINAL

Desenlace de los enfermos traqueotomizados después de la reintubación[☆]

O. Peñuelas^{a,*}, F. Frutos-Vivar^a, F. Gordo^b, C. Apezteguía^c, M.I. Restrepo^d, M. González^e, Y. Arabi^f, C. Santos^g, J.A. Alhashemi^h, F. Pérezⁱ, A. Esteban^a y A. Anzueto^d

^a Hospital Universitario de Getafe & CIBER Enfermedades Respiratorias, Madrid, España

^b Hospital del Henares, Madrid, España

^c Hospital Profesor A. Posadas, Buenos Aires, Argentina

^d VERDICT at South Texas Veterans Health Care System, Audie L. Murphy Division and University of Texas Health Science Center, San Antonio, Texas, EE. UU

^e Clínica Medellín & Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

^f King Saud Bin Abdulaziz University for Health Sciences, Riyadh, Arabia Saudi

^g Hospital de Clínicas de Montevideo, Montevideo, Uruguay

^h King Abdulaziz University, Jeddah, Arabia Saudi

ⁱ Hospital de Clínicas de Caracas, Caracas, Venezuela

Recibido el 9 de enero de 2012; aceptado el 19 de marzo de 2012

Disponible en Internet el 17 de mayo de 2012

PALABRAS CLAVE

Reintubación;
Traqueotomía;
Ventilación
mecánica;
Mortalidad

Resumen

Objetivo: Evaluar el desenlace de pacientes que fueron traqueotomizados tras una reintubación.

Diseño: Análisis secundario de un estudio de cohorte prospectivo.

Ámbito: Treinta y seis unidades de cuidados intensivos de 8 países.

Pacientes: 180 pacientes con ventilación mecánica durante más de 48 horas extubados y que requirieron reintubación en las primeras 48 horas.

Intervenciones: Ninguna.

Variables de interés principal: Mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos, días de estancia en la unidad de cuidados intensivos, fracaso de órganos.

Resultados: Cincuenta y dos pacientes (29%) fueron traqueotomizados inicialmente después de reintubación. La mediana de tiempo desde la reintubación a la traqueotomía fue de 2,5 días (rango inter-cuartil: 1, 8). La duración de la estancia en la UCI fue significativamente mayor en el grupo de traqueotomía, en comparación con el grupo inicialmente sin traqueotomía [mediana de 25 días (rango inter-cuartil: 17, 43) versus 16,5 días (rango inter-cuartil: 11, 25); $p < 0,001$]. En el grupo de traqueotomía no se observó una menor mortalidad (31% frente al 27%; $p = 0,57$).

[☆] El estudio ha sido presentado en forma de comunicación oral en el XLV Congreso Español de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos y Unidades Coronarias (SEMICYUC) en junio del 2010 por Óscar Peñuelas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: openuelas@gmail.com (O. Peñuelas).

KEYWORDS

Reintubation;
Tracheotomy;
Mechanical
ventilation;
Mortality

Conclusiones: En nuestra cohorte, la traqueotomía después de reintubación es un procedimiento común pero no ofrece ninguna ventaja significativa.

© 2012 Elsevier España, S.L. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

Outcome of tracheotomized patients following reintubation**Abstract**

Objective: To evaluate the outcome of tracheotomized patients after reintubation.

Method: Secondary analysis from a prospective, multicenter and observational study including 36 Intensive Care Units (ICUs) from 8 countries.

Patients: A total of 180 patients under mechanical ventilation for more than 48 hours, extubated and reintubated within 48 hours.

Interventions: None.

Outcomes: ICU mortality, length of ICU stay, organ failure.

Results: Fifty-two patients (29%) underwent tracheotomy after reintubation. The median time from reintubation to tracheotomy was 2.5 days (interquartile range (IQR) 1-8 days). The length of ICU stay was significantly longer in the tracheotomy group compared with the group without tracheotomy (median time 25 days, IQR 17-43 versus 16.5 days (IQR 11-25); $p < 0.001$). ICU mortality in the tracheotomy group was not significantly different (31% versus 27%; $p 0.57$).

Conclusions: In our cohort of reintubated patients, tracheotomy is a common procedure in the ICU. Patients with tracheotomy had an outcome similar to those without tracheotomy.

© 2012 Elsevier España, S.L. and SEMICYUC. All rights reserved.

Introducción

La traqueotomía es un procedimiento común en pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) con ventilación mecánica¹⁻³. Existen una serie de ventajas potenciales de la traqueotomía sobre la intubación translaríngea prolongada, en términos de comodidad para el paciente, disminución de las necesidades de sedación así como para mejorar la desconexión del ventilador^{3,4}. Un tercio de las traqueotomías se realizan en pacientes que han fracasado a una extubación programada y requieren reintubación³. Sin embargo, existe poca información sobre los posibles beneficios de la realización de una traqueotomía en los primeros días tras la reintubación. El objetivo del estudio es analizar el desenlace de los pacientes con traqueotomía después de fracaso de la extubación en comparación con aquellos pacientes en los que no se realizó una traqueotomía.

Pacientes y métodos

Análisis secundario de un estudio prospectivo, internacional y multicéntrico que se realizó en 36 UCI de 8 países (ver [apéndice](#)) entre septiembre de 2005 a diciembre de 2006⁵. Dado el carácter observacional y no intervencionista del diseño del estudio, el Comité de Ética aprobó la realización del estudio, sin necesidad del consentimiento informado.

Pacientes

Se incluyeron pacientes adultos que recibieron ventilación mecánica durante más de 48 horas y con extubación programada después de una prueba de respiración

espontánea exitosa. Los pacientes con traqueotomía previa fueron excluidos.

Seguimiento

Los pacientes incluidos fueron evaluados diariamente para determinar los criterios para la realización de una prueba de respiración espontánea: (a) la resolución o mejoría de la causa que condicionó la ventilación mecánica; (b) estado de alerta y la habilidad de comunicarse; (c) temperatura central menor de 38 °C; (d) ausencia de uso de fármacos vasoactivos (con exclusión de la dopamina por debajo de 5 µgr/kg/min), y (e) una relación PaO₂/FiO₂ superior a 200 con presión positiva al final de la espiración no superior a 5 cm de H₂O. Cuando los pacientes cumplían con estos criterios, se realizaba una prueba de respiración espontánea, con: tubo en T, o con una presión continua de aire positiva (CPAP), o con una presión de soporte menor o igual a 7 cm de H₂O. A los 5 minutos y al final de la prueba de respiración espontánea, se registraban las siguientes variables: valores de la gasometría arterial, el volumen corriente medido por un espirómetro o en el ventilador, la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca, la presión arterial sistólica, y la escala de agitación-sedación de Richmond. El médico responsable del paciente determinaba si el paciente presentaba alguno de los siguientes signos de mala tolerancia: una frecuencia respiratoria mayor de 35 rpm, saturación de O₂ inferior a 90%, frecuencia cardíaca superior a 140 lpm o un aumento o una disminución en la frecuencia cardíaca de más del 20% de la basal, presión arterial sistólica superior a 200 mmHg o inferior a 80 mmHg, y agitación, sudoración o ansiedad. Los pacientes que no toleraban la prueba de respiración espontánea se conectaban a ventilación mecánica. En estos pacientes, se realizó una prueba diaria de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3112692>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3112692>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)