



## ORIGINAL

# Análisis de 208 fibrobronoscopias realizadas en una unidad de cuidados intensivos

Á. Estella

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital SAS de Jerez, Jerez de la Frontera, Cádiz, España

Recibido el 2 de agosto de 2011; aceptado el 4 de noviembre de 2011

Disponible en Internet el 20 de diciembre de 2011

### PALABRAS CLAVE

Fibrobronoscopia;  
Unidad de Cuidados  
Intensivos;  
Neumonía;  
Atelectasias;  
Lavado  
broncoalveolar

### Resumen

**Objetivo:** Describir las principales indicaciones, resultados clínicos y complicaciones de la fibrobronoscopia en enfermos críticos.

**Diseño:** Estudio retrospectivo, observacional, de un solo centro.

**Ámbito:** Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) médico-quirúrgica de 17 camas.

**Pacientes:** Pacientes consecutivos a los que se les realizó una fibrobronoscopia durante un periodo de cinco años.

**Intervenciones:** Fibrobronoscopia realizada por médicos especialistas en Medicina Intensiva con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

**Principales variables de interés:** Indicaciones y complicaciones derivadas de la fibrobronoscopia.

**Resultados:** Se han realizado 208 fibrobronoscopias en 192 pacientes; en el momento del procedimiento 193 (92,8%) recibían ventilación mecánica invasiva. La edad media de los pacientes incluidos fue de  $58 \pm 16$  años y el APACHE II al ingreso en UCI de  $19 \pm 7$ . La mortalidad global fue del 31,3%. Las indicaciones más frecuentes fueron en 148 (71,2%) casos por sospecha clínica de neumonía y en 28 (13,5%) para resolución de atelectasias. La fibrobronoscopia fue eficaz en 120 (57,7%) casos, con resolución de la atelectasia en 20 casos, 71,4% y obteniendo resultados positivos del LBA en 68 (46%) de los casos con sospecha de neumonía. Se han detectado 27 complicaciones menores en 208 (13%) pacientes. Las complicaciones más frecuentes han sido: taquicardia supraventricular (3,8%), hipoxemia transitoria (6,7%) y hemorragia leve de la mucosa bronquial (2,4%).

**Conclusiones:** El diagnóstico microbiológico de neumonías y la resolución de atelectasias fueron las indicaciones más frecuentes. La fibrobronoscopia realizada por especialistas de Medicina Intensiva es un procedimiento eficaz y seguro.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

Correo electrónico: [litoestella@hotmail.com](mailto:litoestella@hotmail.com)

**KEYWORDS**

Flexible bronchoscopy;  
Intensive Care Unit;  
Pneumonia;  
Atelectasis;  
Bronchoalveolar lavage

**Analysis of 208 flexible bronchoscopies performed in an intensive care unit****Abstract**

*Objective:* To describe the main indications, clinical results and complications associated with fibrobronchoscopy in the Intensive Care Unit (ICU).

*Design:* A retrospective, single-center observational study was carried out.

*Setting.* Seventeen beds in a medical/surgical ICU.

*Patients.* Consecutive patients undergoing fibrobronchoscopy during their stay in the ICU over a period of 5 years.

*Interventions:* Flexible bronchoscopy performed by an intensivist.

*Main variables of interest.* Flexible bronchoscopy indications and complications derived from the procedure.

*Results:* A total of 208 flexible bronchoscopies were carried out in 192 patients admitted to the ICU. Most of the procedures (193 [92.8%]) were performed in mechanically ventilated patients. The average patient age was  $58 \pm 16$  years, with an APACHE II score at admission of  $19 \pm 7$ . The most frequent indication for flexible bronchoscopy was diagnostic confirmation of initially suspected pneumonia (148 procedures), with positive bronchoalveolar lavage findings in 46%. The most frequent therapeutic indication was the resolution of atelectasis (28 procedures). Other indications were the diagnosis and treatment of pulmonary hemorrhage, the aspiration of secretions, control of percutaneous tracheotomy, and difficult airway management. The complications described during the procedures were supraventricular tachycardia (3.8%), transient hypoxemia (6.7%), and slight bleeding of the bronchial mucosal membrane (2.4%).

*Conclusions:* A microbiological diagnosis of pneumonia and the resolution of atelectasis are the most frequent indications for flexible bronchoscopy in critically ill patients.

Flexible bronchoscopy performed by an intensivist in ICU is a safe procedure.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEMICYUC. All rights reserved.

**Introducción**

La fibrobroncoscopia se ha convertido en el procedimiento de elección en la mayoría de las exploraciones de la vía aérea y es un medio de ayuda importante en el diagnóstico y tratamiento de varias enfermedades pulmonares en pacientes críticos<sup>1-4</sup>. La expansión de su uso en las unidades de cuidados intensivos (UCI) se debe a que es una técnica relativamente fácil de realizar a pie de cama<sup>2</sup>, que evita desplazamientos potencialmente peligrosos fuera de la UCI y con la que se han descrito escasas complicaciones<sup>5</sup>, de tal forma, que actualmente se considera un instrumento esencial dentro del equipamiento de una UCI<sup>5,6</sup>.

Aunque en principio los pacientes críticos están más predispuestos a desarrollar complicaciones durante este procedimiento, los enfermos en ventilación mecánica, por el hecho de tener asegurada la vía aérea, tienen paradójicamente menor riesgo que cuando esta se realiza en enfermos en ventilación espontánea. El objetivo del presente estudio es describir las principales indicaciones, resultados clínicos, efectividad del lavado broncoalveolar y complicaciones de la fibrobroncoscopia en enfermos críticos.

**Pacientes y métodos**

Estudio retrospectivo, observacional de un solo centro, realizado en una UCI médico-quirúrgica dotada de una unidad polivalente de 10 camas y una unidad coronaria de 7 camas. Se incluyeron pacientes consecutivos a los que se les realizó

una fibrobroncoscopia estando ingresados en UCI durante un periodo de 5 años. Se analizaron las siguientes características clínicas: edad, APACHE II al ingreso, mortalidad e indicaciones de fibrobroncoscopia así como las complicaciones derivadas de la técnica. No se les realizó la exploración a aquellos enfermos cuya situación clínica y/o hemodinámica no garantizaba la realización de la fibrobroncoscopia con seguridad. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: tubo endotraqueal menor de 8 mm de diámetro, existencia de neumotórax en la radiografía de tórax previa a la realización de la fibrobroncoscopia, saturación de oxígeno, determinada mediante pulsioximetría, menor de 90% con FIO<sub>2</sub> de 1, acidosis severa (pH < 7,20), inestabilidad hemodinámica definida por tensión arterial sistólica < 90 mmHg a pesar de fármacos vasoactivos.

Durante el procedimiento se realizó monitorización electrocardiográfica continua mediante monitores de cabecera Datex-Ohmeda S/5. La tensión arterial se midió de forma no invasiva mediante el módulo M-NE12STPR y en los casos en que esta era menor de 90 mmHg se procedió a comprobar mediante manguito manual y esfigmomanómetro. En función del motivo de ingreso en UCI los pacientes se clasificaron en quirúrgicos (pacientes ingresados en UCI procedentes de quirófano o áreas quirúrgicas tras una intervención reciente), neurológicos (enfermos ingresados en UCI por enfermedad del sistema nervioso central), traumatológicos (ingresados en UCI tras presentar traumatismo grave), inmunodeprimidos (pacientes con alteraciones del sistema inmunitario) y médicos (aquellos procedentes del área de Urgencias o planta de hospitalización de especialidades médicas).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3112804>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3112804>

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