

Pacientes

Un total de 410 pacientes (muestra consecutiva) tratados mediante ventilación mecánica no invasiva en una unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario terciario entre 2006 y 2011.

Intervenciones

Ventilación mecánica no invasiva.

Variables principales de interés

Variables demográficas, clínicas y analíticas desde el inicio de la ventilación mecánica no invasiva y 2h después. Variables evolutivas durante el ingreso en la unidad y hasta el alta hospitalaria.

Resultados

El fracaso fue del 50%, y la mortalidad global del 33%. Un total de 156 pacientes presentaban insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica, 87 insuficiencia respiratoria postextubación, 78 reagudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 61 insuficiencia respiratoria hipercápnica sin enfermedad pulmonar

obstructiva crónica y 28 edema pulmonar agudo cardiogénico. El fracaso fue del 74, del 54, del 27, del 31 y del 21%, respectivamente. El tipo de insuficiencia respiratoria, la bilirrubina sérica al inicio, APACHEII, la existencia de hallazgos radiológicos, la necesidad de sedación para tolerarla y los cambios en el nivel de consciencia, ratio PaO₂/FiO₂, frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca entre el inicio y 2h después se asociaron con el fracaso.

Conclusiones

La efectividad de la técnica varió dependiendo del tipo de insuficiencia respiratoria. Su uso en la insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica y la insuficiencia respiratoria postextubación debería valorarse individualmente. Los predictores de fracaso podrían ser útiles para prevenir el retraso en la intubación orotraqueal.

Palabras clave

Insuficiencia respiratoria aguda, Ventilación mecánica no invasiva, EPOC, Insuficiencia respiratoria postextubación.

¿REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y EL CONTROL DEL ASMA ES PEOR EN LOS NIÑOS OBESOS: UN CASO DE ATRIBUCIÓN ERRÓNEA DE LOS SÍNTOMAS?

Jason E Lang, Jobayer Hossain, Janet T Holbrook, W Gerald Teague, Benjamin D Gold, Robert A Wise, John J Lima.

Thorax 2016;71:238-246

Antecedentes Los niños obesos por razones desconocidas reportan síntomas de asma mayores. El asma y la obesidad ambos se asocian de forma independiente con síntomas de reflujo gastro-esofágico (RGA). Determinar si la obesidad afecta a la relación entre el asma y la GORS ayudará a dilucidar el fenotipo de obesidad-asma.

Objetivo Extender nuestro trabajo previo para determinar el grado de asociación entre la GORS y el fenotipo de asma.

Métodos Se realizó un estudio transversal de (índice de 20% -65% de masa corporal, IMC) delgados y obesos los niños ($\geq 95\%$ IMC) con edades de 10-17 años de edad, con persistente, asma de aparición temprana. Los participantes

aportaron con cuestionarios demográficos, GORS y de asma y datos de la función pulmonar. Determinamos las asociaciones entre el estado de peso, GORS y los resultados del asma utilizando regresión lineal multivariable y logística. Los hallazgos fueron replicados en una segunda cohorte bien caracterizada de niños asmáticos.

Resultados Los niños obesos tenían siete veces más altas probabilidades de dar cuenta múltiples GORS (OR = 7,7, IC 95%: 1.9 a la 31,0, valor de $p = 0,004$ interacción). Los síntomas del asma están estrechamente asociados con las puntuaciones GORS en pacientes obesos ($r = 0,815$, $p < 0,0001$), pero no en delgados ($r = 0,291$, $p = 0,200$; p valor interacción = 0,003). Puntajes GORS más altos asociados con una mayor FEV1-por ciento

predicho ($p = 0,003$), menor resistencia de las vías respiratorias ($R10$, $p = 0,025$), la mejora de la reactividad de la vía respiratoria ($X10$, $p = 0,005$), pero el control del asma significativamente peor (Cuestionario de Control del Asma, $p = 0,007$). Una asociación significativa pero más débil entre GORS y los síntomas del asma se observó en los delgados en comparación a los obesos en la cohorte de replicación.

Conclusión GORS son más propensos a asociarse con síntomas de asma en los niños obesos. Una mejor función pulmonar en los niños que informaron síntomas de reflujo y asma gastroesofágico sugiere que la atribución errónea de GORS al asma puede ser un mecanismo que contribuye a los síntomas del asma en exceso en los niños obesos.

DISFUNCIÓN COGNITIVA AGUDA Y CRÓNICA INDUCIDA POR ALTITUD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Rimoldi, Rexhaj, Duplain, Urben, Billieux, Allemann, Romero, Ayaviri, Salinas, Villena, Scherrer, Sartori.
The Journal of Pediatrics. 2015; Vol 169, p238-243

RESUMEN

Objetivo: Para evaluar si la exposición a grani altura induce disfunción cognitiva en jóvenes sanos de Europa y adolescentes durante exposición aguda a una altura de 3450 m y en una población Europea pareados por edad, que viven permanentemente a esta altura.

Diseño de Estudio: Se examinó la función de ejecución (inhibición, cambio y memoria de trabajo), memoria (verbal, visuoespacial de corto plazo y la memoria episódica verbal) y la velocidad de la habilidad de procesar, en: (1) 48 niños y adolescentes Europeos, sanos no aclimatados, 24 horas después de la llegada a gran altura y tres meses después de retornar a baja altura; (2) 21 sujetos Europeos pareados, que viven permanentemente a gran altura y (3) un grupo control pareado, examinado a baja altura dos veces.

Resultados: En la exposición aguda a hipoxia, todas las habilidades neuropsicológicas que fueron evaluadas, se encuentran afectadas; con la excepción de 2 (memoria visuoespacial y velocidad de procesamiento). Estas deficiencias fueron aún más severas en los niños que viven a gran altura. Tres meses después del retorno a baja altura, el desempeño neuropsicológico mejoró significativamente comparado con el grupo control, que solo fue evaluado a baja altura.

Conclusiones: La exposición aguda a altura, donde se encuentran los principales destinos turísticos, inducen un marcado déficit de ejecución y memoria en niños sanos. Estos déficits son iguales o más severos en niños que viven permanentemente a gran altura y se espera que sus habilidades de aprendizaje estén afectadas.

TRASTORNOS RESPIRATORIOS DE SUEÑO Y FUNCIÓN VASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA DE MONTAÑA Y HABITANTES SANOS DE GRAN ALTURA

Rexhaj, Rimoldi, Pratati, Brenner, Andries, Soria, Salinas Salmón, Villena, Romero, Allemann, Lovis, Heinzer, Sartori, Scherrer.
Chest. Abril 2016; Vol 149, Issue 4, p991-998

RESUMEN

Antecedentes: La enfermedad crónica de montaña o el mal crónico de montaña (CMS, Chronic Mountain Sickness), esta frecuentemente

asociada a una disfunción vascular, pero el mecanismo es aún desconocido. Los trastornos respiratorios de sueño (SBD, Sleep Disordered Breathing), se producen frecuentemente a gran altura. En alturas bajas los SBD, producen