

SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO.

****Lic. Maricela Peña Jiménez***

*****Lic. Alina Redondo Alquezabal***

******Dra. Ana Ivis Crespo Barrios***

*******Dra. Leonor Verdecia Sanchez***

********Dra. Yanet Moreira Barrios***

********Dra. Daysi Alvarez Montalvo***

****Licenciada en Enfermería. Profesor Instructor de Emergencias.***

*****Licenciada en Enfermería. Profesor instructor de emergencias.***

******Especialista de 2do Grado en Medicina Crítica y Emergencia. Especialista de 1er Grado en Pediatría.***

*******Especialista de 1er Grado en Pediatría.***

********Especialista de 1er Grado en Medicina Intensiva y Emergencia. Especialista de 1er Grado en MGI. Profesor Instructor.***

********Especialista de 2do Grado en Medicina Crítica y Emergencia. Especialista de 1er Grado en Pediatría. Profesor asistente.***

Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez

Dirección: Ave 31 y 76 Marianao

Teléfono: (53) (7) 260 9651

Cuba

INTRODUCCION:

En 1967 Ashbaugh y cols describen el desarrollo del fallo respiratorio agudo de doce pacientes graves que presentan disnea, taquipnea, hipoxemia, compliance pulmonar disminuida que no respondía a la terapéutica respiratoria habitual.

El estudio post-mortem de siete de los enfermos revela atelectasias, hemorragia y edema pulmonar, así como zonas de formación de membranas hialinas.

Los rasgos clínicos y anatomopatológicos se parecen a los de la enfermedad de las membranas hialinas del prematuro por lo que proponen el nombre de Síndrome del Distres respiratorio del adulto (SDRA). (1-2)

En la actualidad, al no existir un test diagnóstico específico, el SDRA debe ser descrito en términos de síndrome clínico, que incluye criterios clínicos, radiológicos, fisiológicos y anatomopatológicos, de tal manera que cada grupo de investigación establece los propios. (2-3)

El SDRA definido por la tétrada de insuficiencia respiratoria progresiva, hipoxemia severa, pulmones rígidos y consolidación radiográfica pulmonar, no es una enfermedad; representa el camino final de la lesión pulmonar causada por una amplia variedad de agentes nocivos entre los que sobresale la infección (4-5)

Es la consecuencia de una respuesta inflamatoria "inapropiada" del organismo mediada en último término por leucocitos. (6)

El SDRA es un cuadro grave asociado a una importante morbilidad y mortalidad. Inicialmente se caracteriza por la acumulación de fluido en el espacio alveolar y el deterioro del intercambio gaseoso. Finalmente conduce al fallo multiorgánico. (7)

La mortalidad por esta causa continua siendo muy elevada, existiendo series que reportan porcentos tan elevados como de un 90 % sobre todo el SDRA asociado a sepsis. Por esta razón, nos motivamos a realizar un estudio en nuestra unidad de cuidados intensivos del Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez y conocer como se comporta este síndrome. (8)

OBJETIVOS:

- 1.- Conocer la frecuencia de SDRA en nuestra unidad.
- 2.- Determinar las causas mas frecuentes que conducen al distres.
- 3.- Precisar la mortalidad por esta causa.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal a todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación, al ser ingresados en la UCIP del Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez durante el periodo de marzo del 2002 a marzo del 2005.

Universo del estudio: Todos los pacientes que ingresaron en la UCIP en este periodo de tiempo.

Muestra del estudio: Todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación.

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes que ingresaron en la UCIP con diagnóstico de SDRA o apareció el mismo en el curso de su estadía en la unidad.

VARIABLES DEL ESTUDIO:

- Los grupos de edad se tomaron en cuenta de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud Pública de Cuba, así:
 - ^a -- 1 año
 - ^a 1 a 5 años
 - ^a 6 a 10 años
 - * 11 a 15 años
 - * 16 a 19 años
- Sexo: Femenino y masculino.

Obtención de la información:

Se obtuvo mediante la aplicación de una ficha de recolección de datos, la cual fue aplicada a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos para la investigación.

Procesamiento y análisis de los datos:

- Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos empleando el programa de Excel.
- Como medidas de resumen para las variables cualitativas se utilizó el porcentaje.

Los resultados se presentarán en tablas para su mejor análisis y comprensión.

DISCUSIÓN

Se realizó un estudio durante 3 años en nuestra unidad de cuidados intensivos y se comprobó que de un total de 1949 pacientes admitidos por diferentes patologías 35 tuvieron diagnóstico de Distress respiratorio en algún momento de su evolución, esto representa el 1.8% en relación a los ingresos, cifra que por suerte no fue elevada.

En cuanto a los grupos de edades la mayor frecuencia fue en los niños por debajo de los 5 años, así vemos que en menores de un año hubo un total de 8 pacientes lo que representó el (23%), entre 1 y 5 años 19 (54%) lo cual abarcó el porcentaje más elevado de la casuística (Tabla 1).

Como podemos apreciar más del 50% de los pacientes que se distresaron fueron los de edades menores, no encontramos en la bibliografía revisión a esto, pero consideramos que tenga relación con el hecho de ser precisamente en estas edades donde más infecciones adquieren los niños.

Desde el punto de vista del comportamiento en cuanto al sexo tuvimos un predominio del masculino 22 (62.8%) frente a 13 (37.2%) del femenino (Tabla 2).

Entre las causas de Distress tuvimos en primer lugar la bronconeumonía 11 pacientes, lo que representó el (31.5%), seguido de la sepsis y los tumores con 8 pacientes cada uno (23%) y en tercer lugar las broncoaspiraciones con 3 casos (8.5%). Otras causas fueron politrauma, peritonitis, shock eléctrico, etc. (Tabla 3).

Hubo un total de 23 pacientes fallecidos lo que representó un (65.7%), la causa más frecuente fue la secundaria a sepsis con 11 pacientes (47.9%) (Tabla 4). Desgraciadamente estas cifras se corresponden con lo que reporta la literatura mundial con relación al hecho de que a pesar de las nuevas estrategias ventilatorias para manejar el Distress, su mortalidad continúa siendo muy elevada y lo es mucho más si se relaciona con sepsis.

Consideramos que todos los médicos debemos estar alertas y tener en cuenta la posibilidad real de que un niño puede distresarse en cualquier momento, por lo que se hace necesario tener siempre presente este síndrome y sospecharlo para poder actuar lo más prontamente posible sabiendo que a pesar de la prontitud en nuestro actuar sigue siendo muy elevada su mortalidad.

CONCLUSIONES:

- 1.- El SDRA se presentó con una frecuencia de un 1.8%
- 2.- Las causas más frecuentes fueron en primer lugar las bronconeumonías (31.5%), seguido de la sepsis y los tumores (23%).
- 3.- La mortalidad fue de un (65.7%).

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Kollef MH, Schuster DP. The acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 1995;332:27-37.
- 2.- Ashbaugh DG, Bigelow DB, Petty TL, Levine BE. Acute respiratory distress in adults. *Lancet* 1967;2:319-323.
- 3.- Petty TL, Ashbaugh DG. The adult respiratory distress syndrome: clinical features, factors influencing prognosis and principles of management. *Chest* 1971;60:233-239.
- 4.- Murray JF, Matthay MA, Luce JM, Flick MR. An expanded definition of the adult respiratory distress syndrome. *Am Rev Respir Dis* 1988;138:720-723. [Erratum, *Rev Respir Dis* 1989;139:1065.]
- 5.- Bernard GR, Artigas A, Brigham KL, et al. The American-European Consensus Conference on ARDS: definitions, mechanisms, relevant outcomes, and clinical trial coordination. *Am J Respir Crit Care Med* 1994;149:818-824
- 6.- Doyle RL, Szaflarski N, Modin GW, Wiener-Kronish JP, Matthay MA. Identification of patients with acute lung injury: predictors of mortality. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152:1818-1824
- 7.- Zilberberg MD, Epstein SK. Acute lung injury in the medical ICU: comorbid conditions, age, etiology, and hospital outcome. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;157:1159-1164.
- 8.- Heffner JE, Brown LK, Barbieri CA, Harpel KS, DeLeo J. Prospective validation of an acute respiratory distress syndrome predictive score. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152:1518-1526
- 9.- Sloane PJ, Gee MH, Gottlieb JE, et al. A multicenter registry of patients with acute respiratory distress syndrome: physiology and outcome. *Am Rev Respir Dis* 1992;146:419-426
- 10.- Monchi M, Bellenfant F, Cariou A, et al. Early predictive factors of survival in the acute respiratory distress syndrome: a multivariate analysis. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;158:1076-1081
- 11.- Abraham E, Matthay MA, Dinarello CA, et al. Consensus conference definitions for sepsis, septic shock, acute lung injury, and acute respiratory distress syndrome: time for a reevaluation. *Crit Care Med* 2000;28:232-235
- 12.- Rubenfeld GD, Caldwell E, Granton J, Hudson LD, Matthay MA. Interobserver variability in applying a radiographic definition for ARDS. *Chest* 1999;116:1347-1353
- 13.- Meade MO, Cook RJ, Guyatt GH, et al. Interobserver variation in interpreting chest

radiographs for the diagnosis of acute respiratory distress syndrome. Am J Respir Crit Care Med 2000;161:85-90.

14.- Aberle DR, Wiener-Kronish JP, Webb WR, Matthay MA. Hydrostatic versus increased permeability pulmonary edema: diagnosis based on radiographic criteria in critically ill patients. Radiology 1988;168:73-79

15.- Wiener-Kronish JP, Matthay MA. Pleural effusions associated with hydrostatic and increased permeability pulmonary edema. Chest 1988;93:852-858

ANEXO:

TABLA 1: RELACIÓN CON LA EDAD

EDAD	NUMERO	PORCIENTO
-- 1 año	8	23
1 a 5 años	19	54
6 a 10 años	3	8.6
11 a 15 años	5	14.4
Total	35	100

Fuente: Historias Clínicas

TABLA 2: SEXO

SEXO	NUMERO	PORCIENTO
Femenino	13	37.2
Masculino	22	62.8
Total	35	100

Fuente: Historias Clínicas

TABLA 3: CAUSAS DE SDRA

CAUSAS	NUMERO	PORCIENTO
Bronconeumonia	11	31.5
Sepsis	8	23
Tumores	8	23
Broncoaspiracion	3	8.5
Politrauma	2	5.6
Peritonitis	1	2.8
Meningoencefalitis	1	2.8
Shock electrico	1	2.8
Total	35	100

Fuente: Historias Clínicas

TABLA 4: CAUSAS DE MORTALIDAD

CAUSAS	NUMERO	PORCIENTO
Sepsis	11	47.9
Bronconeumonía	7	30.4
Broncoaspiración	3	13
Politrauma	2	8.7
TOTAL	23	100

Fuente: Historias Clínicas