



Medidas no-farmacológicas para prevención de la Neumonía Asociada al Respirador (NAR)

Nonpharmacologic Measures to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia

Autor Lorente L

Clinical Pulmonary Medicine 2008; 15: 63-70

A pesar de los desarrollos tecnológicos y farmacológicos de los últimos años, la NAR sigue siendo un grave problema de morbilidad y mortalidad en las unidades de cuidados críticos.

El autor elabora un «ramillete» de medidas no-farmacológicas de comprobada eficiencia en la disminución de la incidencia de esta patología, así como también menciona algunos recursos de dudoso o nulo valor.

Resumen de medidas de prevención:

- Preferencia por la intubación vía orotraqueal (no nasotraqueal). El desarrollo de sinusitis por la vía nasotraqueal podría vincularse a una mayor incidencia de NAR.
 - Tratar de mantener la presión del balón del tubo endotraqueal entre 20 y 30 cm de agua. Presiones menores se asocian con «permeación» de contenidos faríngeos contaminados, y valores superiores con lesiones traqueales por isquemia compresiva epitelial.
 - Aspiración de secreciones subglóticas. Esto se logra con tubos endotraqueales o cánulas de traqueostomía dotados de un lumen suplementario dorsal que nos permite dicha aspiración, y cuyo empleo ha demostrado disminución de incidencia de NAR. Esta es una indicación recomendable para pacientes que se suponen permanecerán ventilados por más de 72 hs.
 - Evitar demoras en extubación, para lo cual se recomienda el empleo de protocolos de sedación y destete.
 - Evitar reintubaciones innecesarias: para ello puede ayudarnos el uso de protocolos de desvinculación de ARM, el uso creciente de ventilación no invasiva y el evitar las extubaciones accidentales.
 - Empleo creciente de ventilación no invasiva, en reemplazo de la ventilación tradicional. Los alcances y posibilidades del método dependen de las condiciones de dotación local, y sus limitaciones son aun objeto de literatura controvertida.
 - Traqueostomía temprana en pacientes que se supone requerirán ventilación prolongada (por más de 7 días).
 - Evitar el cambio rutinario de las tubuladuras y humidificadores. Hacerlo sólo cuando se vuelven inutilizables por secreciones o humedad.
 - Emplear humidificadores descartables (usualmente intercalados en el circuito con filtros antibacterianos) en pacientes que permanecerán ventilados por menos de 72 hs. Si se esperan periodos mayores usar humidificadores tradicionales con calentador.
 - Uso de sistemas de aspiración cerrados. Esto adquiere relevancia vital en pacientes con groseras alteraciones del intercambio gaseoso.
 - En cambio, no hay evidencias de que el cambio rutinario de estos sistemas de aspiración cerrada disminuya la incidencia de NAR. Sólo se aconseja su reemplazo cuando se tapan o inutilizan.
 - Esterilización de dispositivos reutilizables: nebulizadores, bolsas de resucitación, termómetros de vía aérea, espirómetros, broncoscopios, etc.
 - Lavado de manos y empleo de guantes ante de la aspiración de la vía aérea.
 - Posicionamiento de cabecera de la cama a 30-45°.
- Otras medidas, como las camas de «movilidad permanente», los filtros antibacterianos en el circuito, o la alimentación por vía nasoyeyunal en lugar de nasogástrica no han mostrado ventajas.

A propósito de profundizar en el conocimiento de estos aspectos de la prevención de la NAR, resultan muy valiosas las recomendaciones del Grupo Auditor de Unidades de Cuidado Crítico de Escocia. Una versión completa de las mismas (publicadas en 2008) puede obtenerse de la siguien-

te dirección, (o haciendo doble-click sobre el siguiente hipervínculo, si usted está accediendo a estos contenidos a través de la revista «online»).

http://www.sicsag.scot.nhs.uk/SubGroup/VAP_Prevention_Bundle_Guidance_For_Implementation1.pdf.

C.B.