

de guardia), en una actividad preferente, ordenada y posiblemente compartida.

Bibliografía

- Rodríguez Villar S, Leoz Abellanas G. Curso IPR: Método de identificación del paciente en riesgo. *Med Intensiva*. 2012;36:662-3.
- Frost S, Alexandrou E, Bogdanovski T, Salamonson Y, Hillmann K. Unplanned admission to intensive care after emergency hospitalization: risk factors and development of a nomogram for individualizing risk. *Resuscitation*. 2009;80:224-40.
- Renaud B, Santin A, Coma E, Camus N, van Pelt D, Hayon J, et al. Association between timing of intensive care unit admission and outcomes for emergency department patients with community-acquired pneumonia. *Crit Care Med*. 2009;37:2867-74.
- Chan PS, Jain R, Nallmothu BK, Berg RA, Sasson C. Rapid response teams: a systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2010;170:18-26.

- Holanda Peña MS, Domínguez Artiga MJ, Ots Ruiz E, Lorda de los Ríos MI, Castellanos Ortega A, Ortiz Melón F. SECI (Servicio Extendido de Cuidados Intensivos): mirando fuera de la UCI. *Med Intensiva*. 2011;35:349-53.
- Calvo Herranz E, Mozo Martín MT, Gordo Vidal F. Implantación de un sistema de gestión en Medicina Intensiva basado en la seguridad del paciente gravemente enfermo durante todo el proceso de hospitalización: servicio extendido de Medicina Intensiva. *Med Intensiva*. 2011;35:354-60.

E. Calvo Herranz* y F. Gordo Vidal

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario del Henares, Coslada, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: qqcalvo@gmail.com (E. Calvo Herranz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2012.08.001>

¿Tendremos que cambiar los criterios diagnósticos del síndrome de distrés respiratorio?

Will we have to change the diagnostic criteria of respiratory distress syndrome?

Sr. Director:

El comité de Task Force en la definición del síndrome de distrés respiratorio (SDR)¹ ha publicado recientemente un criterio diferente de los ya ampliamente conocidos en el Consenso Americano Europeo de 1994² sobre los criterios diagnósticos de la lesión pulmonar aguda (LPA) y SDR, los cuales con conocidos y utilizados en toda la literatura médica mundial.

Esta nueva publicación resulta provocadora ya que prácticamente desaparece el término de LPA, considerando en el mismo un SDR leve, eso va a revolucionar en el futuro las publicaciones, ya que muchos estudios actuales se están realizando con la ya conocida clasificación de 1994. El artículo tiene varios puntos interesantes como el que tradicionalmente se han excluido de SDR aquellos pacientes que presenten una presión capilar pulmonar (PCP) > 18 mm de Hg, pero hacen referencia que puede coexistir SDR con PCP > 18 mm de Hg^{3,4}

Se hace mucho énfasis en la cifra de distensibilidad estática pulmonar de < 40 ml/cm de H₂O que de antemano sabemos que en los pacientes respiratorios crónicos (EPOC, fibrosis pulmonar) utilizan dicha compliance en forma rutinaria.

Se incluye también el volumen espirado corregido por minuto (VEcorr) > 10 L/min.

Se toma en cuenta la cantidad de presión pPositiva al final de la espiración (PEEP) ≥ 5 cm H₂O o de la presión positiva continua de la vía aérea (CPAP) ≥ 5 cm H₂O.

El índice de oxigenación expresado en PaO₂/FiO₂ al parecer aunque es pilar en la definición no es el único criterio (tabla 1).

Desde hace mucho tiempo se sabía la necesidad de actualizar los criterios⁵, hay casos en los cuales por criterios diagnósticos un paciente está en SDR y a las 6 horas sale del mismo por índice de oxigenación, entonces ¿fue o no SDR?

También los criterios pretendían ser universales y se considera desde el punto de vista fisiológico que la altitud juega un papel importante en la definición ya que los puntos necesarios por el índice de oxigenación para considerar un SDR a nivel del mar (< 200) no son los mismos que a nivel de la ciudad de México o La Paz, Bolivia (probablemente < 150).

La nueva definición de Berlín va despertar en el futuro mucha controversia, los cambios siempre son difíciles de asimilar, pero son necesarios para el avance de la ciencia y de la medicina.

Bibliografía

- The ARDS Definition Task Force. Acute Respiratory Syndrome. The Berlin Definition. *JAMA*. 2012;307:2526-33.
- Bernard GR, Artigas A, Brigham KL, Carlet J, Falke K, Hudson L, et al. The American-European Consensus Conference on ARDS: definitions, mechanisms, relevant outcomes, and clinical trial coordination. *Am J Respir Crit Care Med*. 1994;149:818-24.
- Ferguson ND, Meade MO, Hallett DC, Stewart TE. High values of the pulmonary artery wedge pressure in patients with acute lung injury and acute respiratory distress syndrome. *Intensive Care Med*. 2002;28:1073-7.

Tabla 1 Definición de Berlín de SDR según el índice de oxigenación. PaO₂/fiO₂ más parámetros ventilatorios

Leve 200-300 mmHg	PEEP o CPAP ≥ 5 cmH ₂ O
Moderado 100-200 mmHg	PEEP ≥ 5 cmH ₂ O
Severo < 100 mmHg	PEEP ≥ 5 cmH ₂ O ≥

4. Wheeler AP, Bernard GR, Thompson BT, Schoenfeld D, Wiedemann HP, de Boisblanc B, et al. National Heart, Lung, and Blood Institute Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) Clinical Trials Network. Pulmonary-artery versus central venous catheter to guide treatment of acute lung injury. *N Engl J Med*. 2006;354:2213-24.
5. Cabello B, Thille AW. ¿Somos capaces de optimizar la definición y el diagnóstico del síndrome de distrés respiratorio agudo severo? *Med Intensiva*. 2012;36:322-3.

J.L. Sandoval Gutiérrez* y E. Lopez Estrada

Medicina Interna-Medicina Crítica-Neumología, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Tlalpan, México D.F., México

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sandovalgutierrez@gmail.com
(J.L. Sandoval Gutiérrez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2012.05.012>