

Ventilación mecánica domiciliaria: observando el crecimiento

Autor: Villalba Darío

Coordinador de docencia e Investigación - Clínica Basilea - Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
Secretario del comité de seguimiento y rehabilitación - Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI)

La indicación de un tratamiento médico y su eficacia deben estar acompañadas de un correcto seguimiento, es menester que esta premisa esté presente en todos los equipos de salud.

Desde los primeros pacientes que recibieron asistencia ventilatoria fuera de la cama, luego de la epidemia de la poliomielitis, el manejo de pacientes con necesidad de ventilación mecánica domiciliaria (VMD) está aumentando en el mundo¹. Aunque no existen datos aportados por estudios multicéntricos o registros de servicios de coberturas de salud, la utilización de VMD también está creciendo en Argentina².

Podemos separar la VMD en dos grandes grupos bien diferentes entre sí, la ventilación ya sea invasiva o no invasiva en individuos con enfermedades con mayor dependencia de terceros (sobre todo pacientes con enfermedades neuromusculares) y la ventilación, generalmente no invasiva, en pacientes con enfermedades con menor o nula dependencia de terceros (ej. síndrome apnea/hipopnea obstructiva del sueño, enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

En este número de la RAMR se publica el trabajo de Blanco y cols.³ que aporta datos valiosos sobre la importancia de realizar un adecuado monitoreo de los pacientes en VMD. Este monitoreo les permitió realizar ajustes que resultaron en mejoras en el tratamiento de los pacientes y hasta la suspensión del tratamiento. La mayor población descrita en el estudio utiliza ventilación no invasiva, quizás el bajo seguimiento descrito de VMD invasiva se deba a un bajo número de prescripción de esta modalidad o a dificultades en el traslado a la consulta, ya que proporciones mayores se han descrito en otras series^{4,5}. En el trabajo se destacan dos puntos también interesantes: uno, la posibilidad que ofrece el seguimiento de controlar el estado de los materiales y pedir su sustitución y cómo esto puede resultar en beneficios en el cumplimiento y eficacia del uso de la VMD. Por otro lado, la posibilidad que ofrece un servicio de esta naturaleza de poder afrontar temas relacionados con el fin de la vida y la optimización del contacto del equipo tratante con el paciente y la familia. Existe evidencia que en el caso de enfermedades invalidantes la decisión de recibir la ventilación en el hogar suele realizarse para promover la calidad de vida, a pesar de la posible carga física, psicológica y financiera para el paciente y sus familias^{6,7}.

El estudio futuro de los análisis de costos de la VMD en Argentina (desde los insumos en el hogar hasta la disminución de las internaciones) permitirá una mejor previsión de la utilización de los recursos y la decisión de parte de los financiadores de salud, del equipo tratante y del paciente y la familia de implementar este tratamiento. Se ha descrito que a mayor dependencia funcional mayores son los costos de atención domiciliaria^{5,8}.

En nuestro país existe tres subsistemas de salud (privado, seguridad social y público) siendo mayor la posibilidad de recibir VMD si la cobertura es brindada a través de un sistema de medicina prepaga y de seguridad social. Además del subsistema de salud, la indicación de VMD también está condicionada

por la distribución geográfica de la población; aunque el 92% de la población habite en zonas urbanas y un tercio de ésta en el área metropolitana de Buenos Aires⁹, no todas las zonas son accesibles a un correcto monitoreo y seguimiento de la VMD.

Existe evidencia de la disminución de costos que implica en otros países la internación domiciliaria en comparación con la internación institucional (unidades de terapia intensiva, unidades de *weaning* de la ventilación mecánica o de cuidados crónicos) y esto no puede estar al margen de la mirada de los financiadores de la salud^{5, 10, 11}. La decisión de aumentar el uso de VMD depende de la implementación coordinada de una inversión que incluya infraestructura para desarrollar un programa centralizado que proporcione equipos de ventilación, especialistas en salud respiratoria para atención domiciliaria y niveles adecuados de apoyo para cuidadores, además de educación, programas de capacitación y análisis de financiación.

En un reporte anterior de nuestro país se ha descripto que la mitad de los pacientes encuestados con VMD no habían recibido control de los equipos durante el último año. En el mismo trabajo también se plantean altas tasas de abandono quizás relacionadas a las bajas presiones utilizadas y al poco seguimiento².

Sin duda, en Argentina, la VMD cobrará mayor importancia en los años venideros, el desafío será que se desarrollen investigaciones que abarquen diferentes aspectos de esta modalidad de tratamiento, como por ejemplo sus indicaciones precisas, análisis de costos y optimización del uso de recursos de salud.

Bibliografía

1. Murphy PB, Douiri A. Patients, caregivers and health system costs of home ventilation. *Thorax*. 2018 Mar 6. pii: thoraxjnl-2018-211659.
2. Martínez Fraga A, Jordán P, Ávalos V, Romera A, et al. Ventilación mecánica domiciliaria con doble nivel de presión positiva. Experiencia de un hospital de Buenos Aires. *Rev Arg Med Resp*. 2014; 2: 136-143.
3. Blanco M, Ernst G, Di Tullio F, et al. Monitoreo de la ventilación domiciliaria crónica. Experiencia basada en un modelo de hospital de día. *Rev Am Med Resp*. 2018; 18(3): 146-155.
4. Lloyd-Owen SJ, Donaldson GC, Ambrosino N, et al. Patterns of home mechanical ventilation use in Europe: results from the Eurovent survey. *Eur Respir J*. 2005; 25: 1025-31.
5. Nonoyama ML, McKim DA, Road J, et al. Healthcare utilisation and costs of home mechanical ventilation. *Thorax*. 2018 Jan 26. pii: thoraxjnl-2017-211138.
6. MacIntyre EJ, Asadi L, Mckim DA, et al. Clinical outcomes associated with home mechanical ventilation: a systematic review. *Can Respir J*. 2016; 2016: 1-10.
7. Liu JF, Lu MC, Fang TP, et al. Burden on caregivers of ventilator-dependent patients: a cross-sectional study. *Medicine*. 2017; 96: e7396.
8. Gladman M, Zinman L. The economic impact of amyotrophic lateral sclerosis: asystematic review. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2015; 15: 439-50.
9. Datos del INDEC-Censo 2010. On line en: <https://www.indec.gob.ar>
10. Long-term Ventilation Strategy Advisory Group. Long-term Ventilation (LT V) Plan for the Care and Management of Individuals with LT V Needs: Ontario Ministry of Health & Long-term Care. 2011.
11. Sevick MA, Bradham DD. Economic value of caregiver effort in maintaining long-term ventilator-assisted individuals at home. *Heart Lung*. 1997; 26: 148-7.