

Evaluación de la Ventilación Mecánica en Respuesta a la Investigación Clínica

Autores Esteban A., Ferguson N. D., Meade M. O. et al.
(«Evolution of Mechanical Ventilation in Response to Clinical Research»)
Am J Resp Crit Care Med 2008; 177: 170-177

Revisión de Carlos H. Bevilacqua

Esteban y colaboradores del VENTILA Group publicaron los interesantes resultados de un estudio prospectivo internacional que examinó de qué modo la investigación clínica reciente modificó nuestras prácticas en el empleo de la ventilación mecánica (VM).

Para ello compararon los resultados de un primer relevamiento realizado en 1998, con esta «encuesta» de marzo de 2004.

Es un estudio prospectivo, que enroló 4.968 pacientes consecutivos, ventilados por 12 horas o más, en 349 unidades de cuidados críticos de 23 países. De ellos, 1.675 pacientes correspondían a unidades que habían participado del estudio previo (Esteban A. et al. JAMA 2002; 287: 345-355).

Inicialmente dos reconocidos investigadores revisaron prolijamente la bibliografía sobre el tema publicada entre los años 1998 y 2004. Así se elaboró un listado de once hipótesis (siete de las cuales predecían cambios en la práctica), que pudieran haberse generado por la difusión de esos «conocimientos».

Llamativamente, diez de esas once «predicciones» se observaron cumplidas al examen de ambos estudios, excepto por una fuerte e «inesperada» disminución en el uso de ventilación en posición prono.

Hipótesis de cambio entre 1998 y 2004, y sus resultados

- *Ventilación no invasiva* (VNI): el uso de VNI se incrementó significativamente, duplicándose su empleo en el caso de pacientes con exacerbaciones de EPOC o insuficiencia respiratoria aguda, disminuyendo su duración de 3 a 2 días, aunque no se verificaron cambios significativas en la evolución de los pacientes tratados.
- *Distress*: los volúmenes corrientes empleados fueron significativamente inferiores a los de

1998 (8 vs. 10ml/Kg de peso actual $p < 0,001$), así como el empleo de valores más altos de PEEP (10 vs. 12 cm de H_2O $p < 0,001$).

El modo asistido-controlado permaneció siendo el más frecuentemente empleado. A pesar de estos cambios, que incluyeron una estrategia más frecuente de ventilación con limitación de presión o volumen, la mortalidad permaneció por encima del 50%.

- *Destete de VM*: aumentó la tendencia a evaluar pacientes «próximos» al destete con ensayos de ventilación espontánea, y el porcentaje de pacientes que lograron su desconexión después del primer intento «trepó» significativamente (62 vs. 77% $p < 0,001$). Hubo un fuerte incremento en el uso de presión de soporte (19 vs. 55% $p < 0,001$) y una muy llamativa disminución del empleo del modo ventilatorio mandatorio sincronizado (SIMV), con o si presión de soporte (11 vs. 1,6% $p < 0,001$).

El número de pacientes traqueostomizados (11% en 1998 y 12,5% en 2004) y la oportunidad de indicación del procedimiento (día 12 en 1998 y 11 en 2004 $p = 0,19$), no mostró variaciones significativas.

A pesar del hallazgo de que la mortalidad global disminuyó 5-6% en la serie del 2004, el diseño del estudio no resulta apropiado para obtener información en ese sentido.

Fue muy llamativo para los autores detectar que se redujo en un 50% el número de pacientes que recibía VM por exacerbaciones de EPOC o por falla cardíaca. Ellos especulan que esto podría adjudicarse a que las técnicas de ventilación no invasiva alcanzaron ya las salas de emergencias, de recuperación postanestésica o de internación «común», dejando de ser procedimiento casi exclusivo del ámbito de las unidades de cuidados críticos.