



Cartas al Director

Ventilación mecánica no invasiva en pacientes con neumonía que no presentan enfermedad pulmonar obstructiva crónica



Non-Invasive Mechanical Ventilation in Pneumonia Patients Without Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Estimado Director:

He leído un artículo recientemente publicado en su revista en el que se evalúa el papel de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) como tratamiento ventilatorio inicial en pacientes con neumonía y sin enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)¹. En él se concluye que dicha modalidad terapéutica no se asocia a una mejor evolución, en comparación con la ventilación mecánica invasiva (VMI) de primera línea. Así mismo se pone de manifiesto que la única variable asociada con el fracaso de la VMNI es el uso de fármacos vasoactivos en las primeras 24 h desde el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, lo cual es indicativo de la gravedad de la neumonía al inicio de la ventilación. Los resultados están en la línea de los descritos por otros autores, que también demuestran una tasa de fracasos significativa con relación al uso de la VMNI en los pacientes con neumonía e insuficiencia respiratoria². A pesar de ello, en estudios recientes publicados en nuestro país se ha observado que el uso de la VMNI ha aumentado de forma significativa en la última década en los pacientes con neumonía, tanto en los que presentan EPOC como en aquellos sin esta enfermedad^{3,4}.

Recientemente, se han publicado las guías de la ERS/ATS sobre el uso de la VMNI en la insuficiencia respiratoria aguda (IRA)⁵. En uno de sus apartados se aborda su utilidad en la IRA «de novo». La mayoría de los pacientes en esta categoría tienen una insuficiencia respiratoria hipoxémica, generalmente definida como hipoxemia significativa (cociente entre la presión arterial de oxígeno y la fracción inspirada de oxígeno ≤ 200), taquipnea (frecuencia respiratoria > 30 -35 respiraciones/min) y ausencia de diagnóstico de EPOC (p. ej., neumonía o síndrome de distrés respiratorio agudo [SDRA]). En este contexto, las guías reconocen que no hay suficiente evidencia para recomendar su uso rutinario, dado que se han descrito riesgos específicos asociados al empleo de la VMNI. No obstante, si se tiene en cuenta que algunos estudios han identificado poblaciones en las que este tratamiento tiene más probabilidades de éxito, se podría ofrecer una prueba con VMNI si se cumplen las siguientes condiciones: insuficiencia respiratoria hipoxémica, ya sea neumonía adquirida en la comunidad o SDRA temprano, manejo por un equipo clínico experimentado, selección cuidadosa del paciente (procurando que no tenga contraindicaciones, tales como alteración del estado mental, shock o fallo multiorgánico), monitorización estrecha en una Unidad de Cuidados Intensivos y reevaluación temprana tras el inicio de la VMNI, recurriendo a la intubación precoz si no se observa mejoría. Los objetivos de la

VMNI en estas circunstancias son: mejorar la oxigenación, facilitar la ventilación, disminuir el trabajo respiratorio y la disnea, evitar la intubación y reducir las complicaciones asociadas al empleo de la VMI.

El principal riesgo del uso de la VMNI en la IRA «de novo» es retrasar una intubación necesaria. Entre los factores que pueden predecir precozmente el fracaso de dicho tratamiento se encuentran los siguientes: puntuación de gravedad elevada, edad avanzada, presencia de neumonía o SDRA como etiología de la insuficiencia respiratoria y ausencia de mejoría después de 1 h de tratamiento. Por todo ello, si se emplea la VMNI en estas situaciones es importante realizar una adecuada selección del paciente y una monitorización estrecha de su evolución, recurriendo a la VMI precozmente si no se observa una rápida mejoría⁵.

Bibliografía

- Rialp G, Forteza C, Muñiz D, Romero M. El papel de la ventilación no invasiva como tratamiento ventilatorio inicial en pacientes con neumonía y sin enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol. 2017;53:480–8.
- Stefan MS, Priya A, Pekow PS, Lagu T, Steingrub JS, Hill NS, et al. The comparative effectiveness of noninvasive and invasive ventilation in patients with pneumonia. J Crit Care. 2017;43:190–6.
- De Miguel-Díez J, Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Jiménez-Trujillo I, de Miguel-Yanes JM, Méndez-Bailón M, et al. Trends in hospitalizations for community-acquired pneumonia in Spain: 2004 to 2013. Eur J Intern Med. 2017;40:64–71.
- De Miguel-Díez J, López-de-Andrés A, Hernández-Barrera V, Jiménez-Trujillo I, Méndez-Bailón M, de Miguel-Yanes JM, et al. Impact of COPD on outcomes in hospitalized patients with community-acquired pneumonia: Analysis of the Spanish national hospital discharge database (2004–2013). Eur J Intern Med. 2017;43:69–76.
- Rochwerg B, Brochard L, Elliott MW, Hess D, Hill NS, Nava S, et al. Official ERS/ATS clinical practice guidelines: Noninvasive ventilation for acute respiratory failure. Eur Respir J. 2017;50(2).

Javier de Miguel-Díez^{a,*}, Ana López-de-Andrés^b
y Rodrigo Jiménez-García^b

^a Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid (UCM), Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), Madrid, España

^b Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javier.miguel@salud.madrid.org
(J. de Miguel-Díez).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.12.007>
0300-2896/

© 2018 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.