

## Comentario Editorial

### Respiratory Care Junio del 2016

*(Podcast "Respiratory Care Journal" Junio del 2016 en Español)*

<http://rc.rcjournal.com/>

<http://www.solacur.org/>

Este mes publicamos el procedimiento de la 54<sup>ava</sup> Conferencia de LA REVISTA DE CUIDADOS RESPIRATORIOS, Las controversias en cuidados respiratorios III. Gracias a Richard Branson D y William Hurford por presidir esta conferencia. Y gracias a los facultativos, que fueron los responsables del éxito de la conferencia.

Klompas y Berra abordan el papel de los eventos asociado al respirador como un indicador de calidad. Las estrategias para prevenir eventos asociados al respirador están alineados con las mejores prácticas aceptadas en cuidados críticos. La vigilancia de un evento asociado a ventilación mecánica tiene el potencial para catalizar una mejor atención. Sin embargo, la definición completa de eventos asociados al ventilador no es sensible ni específico para la neumonía asociada al ventilador, no es fisiológica en comparación con otras mediciones de la UCI, susceptibles al azar, y puede producir cambios en el comportamiento clínico que, paradójicamente, podría dañar a los pacientes.

Los antibióticos en aerosol, cuando son añadidos a los antibióticos intravenosos, tienen beneficios farmacológicos. Los antibióticos en aerosol alcanzan el parénquima pulmonar infectados sin cruzar la barrera capilar alveolar y de esta manera aumentan la eficacia antibacteriana y disminuyen la toxicidad sistémica. Sin embargo, los estudios realizados hasta la fecha no han demostrado mejoras en el tiempo de extubación, la mortalidad u

otros resultados centrados en el paciente que se muestren claramente. Zhang, Berra, y Klompas describen las características de antibióticos en aerosol, revisan las ventajas y desventajas del uso de antibióticos en aerosol, quienes llaman a investigaciones clínicas futuras.

Holets y Marini evalúan los destetes automatizados en comparación con el uso de ensayos de respiración espontánea. El destete automatizado es teóricamente superior debido a su capacidad para reconocer rápidamente las desviaciones del comportamiento deseado y hacer cumplir una estrategia estandarizada no comprometida por las influencias externas. Si los métodos disponibles en la actualidad para automatizar el destete cumplen ese potencial, depende del tipo de paciente, del cuidado del medio ambiente, y la causa de la dependencia al respirador.

Mireles-Cabodevila y Kacmarek, debaten si la ventilación a liberación de presión de la vía aérea debería ser el principal modo en el SDRA. La APRV se ha demostrado para promover estabilidad alveolar and permite ventilación espontánea sin limitaciones. Los resultados dependen de los ajustes precisos, donde las pequeñas variaciones pueden conducir a resultados no deseados tales como des-reclutamiento o grandes volúmenes corrientes. Existe Falta evidencia de que la APRV mejora los resultados clínicos relevantes en pacientes con SDRA. Los autores concluyen que, a menos que los datos definitivos estén en breve para mostrar los beneficios en los outcomes para APRV, no hay ninguna razón para considerar este enfoque de soporte ventilatorio.

Los volúmenes corrientes elevados están asociados con lesión pulmonar inducida por el ventilador en el SDRA. Davies, Senussi, y Mireles-Cabodevila abordan la cuestión de si o no los altos volúmenes corrientes tienen este mismo efecto en los pulmones normales. Hay un creciente cuerpo de evidencia que apoya el uso de la ventilación de protección pulmonar en todos los pacientes. El uso de 6 ml / kg tiene el potencial de inducir la hipercapnia y la sincronía paciente-ventilador, pero estos son manejables en la mayoría de los casos.

Dos recientes estudios multicéntricos de ventilación oscilatoria de alta frecuencia no mostraron beneficio en el SDRA. Si esto refleja problemas con la VAFO per se o refleja las

malas estrategias ventilatorias por los usuarios de VAFO, o ambos, no está claro. Nguyen, Schmidt, y MacIntyre abordan si VAFO debe abandonarse en los adultos. Si VAFO debe ser considerado una opción viable, se debe reservar para aquellos pacientes que fallan la ventilación convencional y que es aplicada por médicos con experiencia con esta estrategia.

Si bien la toxicidad local de oxígeno en los pulmones es bien aceptada, la evidencia reciente ha puesto en duda las consecuencias negativas de hiper oxemia en otros órganos. La Hiperoxia después de un paro cardíaco, lesión cerebral traumática, accidente cerebrovascular y empeora los resultados. El papel de hiper oxemia en pacientes con ventilación mecánica, ante las concentraciones de oxígeno inspirado no tóxicos, no está tan claro. Kallet y Branson revisan la evidencia a favor y en contra de la utilización de objetivos de oxígeno conservadoras en pacientes ventilados mecánicamente.

Marini, Josephs, Mechlinand Hurford debaten la cuestión, de que si la posición prona temprana debería ser un estándar de cuidado en el SDRA con hipoxemia refractaria? Muchos recomiendan la adopción generalizada de decúbito prono como un estándar para los pacientes con SDRA que no responden a la terapia habitual. El beneficio de supervivencia de decúbito prono, sin embargo, ha sido más evidente en pacientes seleccionados, y existen alternativas propensas a mejorar la hipoxemia refractaria. Por tanto, es razonable argumentar que el decúbito prono no debe ser considerado como un estándar de cuidado, sino que debe limitarse a los ajustes y fases de la enfermedad de cuidados específicos.

El uso temprano de agentes de bloqueo neuromuscular en el curso del SDRA, con sedación profunda concomitante, puede aumentar la oxigenación y posiblemente disminuir la mortalidad. El mecanismo no está claro, pero es probable que implique factores tales como la mejora de la sincronía paciente-ventilador, disminuyendo el consumo de oxígeno, y la disminución de la respuesta inflamatoria sistémica. Pero el uso de agentes bloqueantes neuromusculares y sedación profunda no es sin consecuencias. El

artículo de Grawe, Hurford, y Bennett describe la lógica y la evidencia para los agentes de bloqueo neuromuscular en el entorno del SDRA.

Holets y Davies frente a una serie de preguntas provocadoras relacionadas con el transporte de los pacientes ventilados mecánicamente. ¿Hay que utilizar siempre un ventilador de transporte? ¿Cuál es el riesgo de la utilización de la ventilación manual? ¿Cómo se PEEP y FiO<sub>2</sub> alterados? ¿Hay un impacto de no poder disparar durante la ventilación manual? Es la hipoventilación o la hiperventilación un problema común? ¿La hiperventilación o hipoventilación resultan en complicaciones? En los ventiladores portátiles, ¿vale la pena el costo? ¿Pueden los ventiladores portátiles reproducir la función del ventilador en la UCI?

¿Debe ser abolida la ventilación mandatoria intermitente? Problemas con el trabajo de la respiración, el retiro del ventilador, y la falta de claras ventajas para este modo, están relacionados con el petitorio de la suspensión en su uso. La respiración espontánea, sin embargo, tiene una serie de efectos positivos sobre el intercambio de gases, la distribución de la ventilación, y la hemodinámica. Kacmarek y Branson exploran estas cuestiones.

La movilización precoz disminuye las consecuencias de la debilidad adquirida en la UCI. Sin embargo, podría implicar riesgos de los pacientes y las necesidades de personal podría tener un impacto financiero negativo. La revisión por Schmidt, Knecht, y MacInty reevalúan si la movilización temprana debe ser realizada de forma rutinaria en pacientes ventilados mecánicamente.

La naturaleza heterogénea de la lesión pulmonar y su única presentación en los pacientes se traduce en un desacoplamiento entre la oxigenación y la compliance, argumentando la valoración de la PEEP según la mecánica. Ambigüedades y limitaciones técnicas limitan el uso de técnicas avanzadas, como la manometría de presión-volumen y curvas de esófago. La evidencia sugiere que se requiere un rango relativamente estrecho de la PEEP para manejar la mayoría de los casos de SDRA. Kallet sugiere que el papel de la monitorización sofisticada en ARDS severo es una pregunta abierta.

**Traductores:**

Dr. Rubén D. Restrepo. UT Health Science Center. San Antonio, US. [restrepor@uthscsa.edu](mailto:restrepor@uthscsa.edu)

Klgo. Lic. Gustavo A. Olgúin. Jefe de Servicio. Hospital Juan P. Garrahan. Bs. Aires. Argentina.  
[gusolguin@gmail.com](mailto:gusolguin@gmail.com)

Klgo. Lic. Rodrigo S. Adasme. Terapia Respiratoria. Hospital Universidad Católica. Santiago Chile.  
[radasme@hotmail.com](mailto:radasme@hotmail.com)

Editor's Commentary. Respiratory Care. June 2016, VOL 61 N° 6.

