



EP-017 - USO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN LA DE EXACERBACIÓN DE LA EPOC. REVISIÓN SISTEMÁTICA

A. López Martín¹, R. Martínez Cabrera¹, R. González Ferrer², L. Gagliardi Alarcón¹ y J. Moreno Rosaura¹

¹Urgencias. Hospital Infanta Elena. Valdemoro (Madrid). ²Medicina Interna. Hospital del Tajo. Aranjuez (Madrid).

Resumen

Objetivos: Conocer las indicaciones de uso y manejo de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en las exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) según la evidencia científica.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica según la pirámide 6S de Haynes. Las bases utilizadas fueron UpToDate, TripDataBase, Cochrane, Pubmed y Guías Clínicas de sociedades científicas: Sociedad Española de Neumología, European Respiratory Society y American Thoracic Society. El perfil de búsqueda en PubMed fue con los términos Mesh ("Pulmonary Disease, Chronic Obstructive" [Majr]) AND "Noninvasive Ventilation" [Majr]). Se ha incluido una revisión sistemática de la Cochrane con una calidad de evidencia moderada según la escala de GRADE, así como las indicaciones recogidas en la guía europea y americana. Después se han incluido estudios posteriores a enero 2017 por ser la última fecha de actualización de la revisión de la Cochrane.

Resultados: En la revisión de la Cochrane de 2017 se concluye que el uso de la VMNI debe ser un tratamiento de primera línea en las agudizaciones de EPOC con acidosis respiratoria hipercápnica dado que disminuye el riesgo de intubación en un 65% y de mortalidad en un 46%; así como disminución de hasta 3 días de hospitalización, todo ello con respecto a la terapia convencional. La guía europea y americana realizan la misma indicación que la Cochrane, señalando además que no debe utilizarse la VMNI en la hipercapnia sin acidosis por no existir estudios de alta calidad. No obstante, la tasa de fracaso es de hasta el 30% en algunos estudios para dicha indicación. En pacientes con órdenes de no reanimación o que rechazan la intubación, la VMNI es la única opción terapéutica tras el fracaso del tratamiento médico convencional. Incluso los pacientes que responden tardíamente (pH < 7,3 tras dos horas de tratamiento) tienen resultados similares a los respondedores inmediatos sin necesidad de recurrir a la intubación. Esta indicación se recoge de estudios observacionales por no disponer de ensayos clínicos. No se han recogido diferencias significativas entre los resultados obtenidos entre el manejo de distintos servicios.

Discusión: Durante décadas el uso de la VMNI ha estado asociado a servicios de cuidados intensivos y posteriormente a servicios de urgencias, pero dada la generalización de la misma su uso se está extendiendo a otras áreas de hospitalización. Existe una amplia evidencia sobre el uso de la VMNI en la acidosis respiratoria hipercápnica como medida terapéutica. En cambio, en pacientes frágiles con órdenes de no resucitación no existe prácticamente evidencia científica, por lo que parece más

necesario la realización de ensayos clínicos. Es en este perfil de pacientes donde parece evidente que los Servicios de Medicina Interna van a jugar un papel fundamental para mejorar la calidad de vida y la mejoría sintomática mediante el uso de la VMNI.

Conclusiones: Instaurar la VMNI en exacerbaciones de EPOC disminuye la mortalidad, la necesidad de intubación y la duración de hospitalización en pacientes bien seleccionados. En los últimos años ha aumentado el uso de la VMNI en todas las áreas de hospitalización, sobre todo a expensas de pacientes no subsidiarios de UCI, aunque son necesarios estudios que aporten mayor evidencia científica para realizar indicaciones en firme. Por otro lado, es necesario realizar más estudios para perfilar factores pronósticos, así como el desarrollo de nuevas interfases, para la mejoría de tasas de éxito actuales (todavía hay tasas descritas de hasta el 30% en algunos estudios).