



Cartas al Editor

Pronóstico de los pacientes que siguen requiriendo ventilación mecánica al alta de la UCI**Outcome of patients requiring mechanical ventilation after discharge of the ICU**

Sr. Editor:

El avance en el tratamiento de soporte del paciente crítico hace que se hable cada vez más del paciente con enfermedad crítica crónica, como es aquel con insuficiencia respiratoria prolongada que precisa ventilación mecánica¹. Este problema ha llevado a crear, sobre todo en EE.UU., áreas especializadas en el manejo de pacientes que requieren ventilación mecánica prolongada, comparables, en el modelo español, a una unidad de cuidados intermedios respiratorios. El pronóstico de estos pacientes en nuestro medio no se conoce bien, ya que su seguimiento no se realiza en unidades concretas, sino en plantas de diferentes especialidades donde intensivistas o neumólogos efectúan el seguimiento de la ventilación mecánica. Por ello, el objetivo de nuestro estudio ha sido conocer las características y el pronóstico de los pacientes de nuestro medio que siguen requiriendo ventilación mecánica invasiva al recibir el alta de la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Para ello hemos llevado a cabo un estudio retrospectivo y observacional de los datos recogidos prospectivamente sobre los pacientes ingresados en nuestra UCI, de carácter polivalente y con una capacidad de 24 camas, perteneciente a un hospital terciario. Se incluyó a todos los pacientes ingresados entre enero de 2001 y enero de 2007 que precisaron ventilación mecánica al alta de la UCI. Se excluyó a todos cuantos habían precisado ventilación mecánica previa al ingreso. Se analizaron variables demográficas, como la edad, el sexo, el diagnóstico y APACHE II al ingresar, la estancia en UCI y hospitalaria, las causas por las que precisaron ventilación mecánica al alta de la UCI, los días de ventilación mecánica en planta y la necesidad de ésta al alta del hospital, así como la mortalidad hospitalaria y al año. El análisis estadístico se efectuó con el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

Durante el período de estudio ingresaron en la UCI 3.786 pacientes, de los que 1.790 (47,3%) precisaron ventilación mecánica. De éstos, 26 (1,45%) seguían requiriéndola al recibir el alta de la UCI —19 varones (73%)—; su edad media (desviación estándar) era de 66 (13,6) años, el índice APACHE II al ingresar de 16,2 (6,3) y la estancia media en la UCI de 34,6 (20,3) días. Las causas por las que precisaban ventilación mecánica al alta de la UCI fueron: polineuropatía (53,8%), broncopatía crónica (19,2%), síndrome de hipoventilación-obesidad (11,5%), lesiones medulares altas (7,7%) e insuficiencia cardíaca grave y restricción pulmonar (1,1%). Tras salir de la UCI precisaron ventilación mecánica durante una media de 28,2 (36,7) días y una estancia hospitalaria de 41,7 (35,1) días. Doce (46,2%) fallecieron en planta, y de los que se fueron de alta del hospital 4 (28,5%) lo hicieron precisando

ventilación mecánica. La mortalidad al año de los que sobrevivieron tras abandonar el hospital fue del 21,4%.

En nuestro medio, algo más del 1% de los pacientes que requirieron ventilación mecánica seguía precisándola al alta de la UCI. La mortalidad al año fue inferior a la comunicada en el trabajo de Scheinhorn et al² (un 21,4 frente a un 37,9%) y la mortalidad en planta fue del 46,2%, mientras que en el estudio de estos autores fue de un 28,8%, con la diferencia de que el seguimiento de nuestros pacientes se hizo en las plantas de hospitalización convencional y en el estudio de Scheinhorn et al² se efectuó en un centro regional de desconexión del respirador.

Se realizó con éxito la desconexión del ventilador en 10 pacientes, lo que supone el 71,5% de los que sobrevivieron al alta del hospital. Este porcentaje es comparable a los ofrecidos por Dasgupta et al³ (alrededor del 60%) y Scheinhorn et al² (56%) en trabajos realizados en unidades especializadas de desconexión, en las que se ha demostrado que el uso de protocolos de desconexión acorta el tiempo de ventilación mecánica^{4,5}.

En conclusión, los pacientes con ventilación mecánica prolongada que precisan ventilación asistida al alta de la UCI tienen una mortalidad en planta más elevada que en otras series donde el seguimiento se hace en unidades especializadas. Por lo tanto, éstas beneficiarían sin duda a este tipo de pacientes, ya que la supervivencia al año es relativamente alta.

Bibliografía

1. Cox CE, Carson SS, Lindquist JH, Olsen MK, Govert JA, Chelluri L. Quality of Life After Mechanical Ventilation in the Aged (QOL-MV) Investigators. Differences in one-year health outcomes and resource utilization by definition of prolonged mechanical ventilation: a prospective cohort study. *Crit Care*. 2007;11:R9.
2. Scheinhorn DJ, Chao DC, Stearn-Hassenpflug M, LaBree LD, Heltsley DJ. Post-ICU mechanical ventilation: treatment of 1123 patients at a regional weaning center. *Chest*. 1997;111:1654–9.
3. Dasgupta A, Rice R, Mascha E, Litaker D, Stoller JK. Four-year experience with a unit for long-term ventilation (respiratory special care unit) at the Cleveland Clinic Foundation. *Chest*. 1999;116:447–55.
4. Scheinhorn DJ, Chao DC, Stearn-Hassenpflug M, Wallace WA. Outcomes in post-ICU mechanical ventilation: a therapist-implemented weaning protocol. *Chest*. 2001;119:236–42.
5. Henneman E, Dracup K, Ganz T, Molayeme O, Cooper CB. Using a collaborative weaning plan to decrease duration of mechanical ventilation and length of stay in the intensive care unit for patients receiving long-term ventilation. *Am J Crit Care*. 2002;11:132–40.

Luciano Santana Cabrera*, Fayna Rodríguez González,
Manuel Sánchez Palacios y Mélida García Martul

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lsancabx@gobiernodecanarias.org
(L. Santana Cabrera).