

Destete de ventilación mecánica

Autor: Bevilacqua Carlos H.

Correspondencia:
Carlos H. Bevilacqua
e-mail: cbevilacqua@gmail.com

Al editor:

En el número de junio de 2016 de la RAMR se publicaron resultados de la desvinculación de ventilación mecánica (VM) de pacientes ingresados en Unidades de Terapia Intensiva (UTI) que requirieron conexión a un respirador por más de 12 horas.

La voluntad de conocer qué pasa en la UTI con los procedimientos frecuentes resulta muy aconsejable y cuando nuestros colegas asumen la tarea de publicar esos resultados, agradecemos la contribución. Además de gratitud por la publicación, se me ocurren unas pocas reflexiones que abordan aspectos de las “destrezas” del procedimiento.

Resulta claro que en aquellos pacientes que requirieron ventilación mecánica durante y después de un procedimiento quirúrgico, la extinción de acción de los efectos de depresores del sistema nervioso central y relajantes musculares, permite que recupere su sensorio en plenitud, así como también la fuerza de sus músculos respiratorios. Desvincular a estos pacientes es usualmente sencillo.

El efecto de los relajantes musculares y/o las elevadas fracciones inspiradas de oxígeno suministradas, producen un colapso significativo de las porciones más dependientes del tejido pulmonar. Esto altera el intercambio gaseoso durante varios días. Sin embargo, la desvinculación de estos pacientes de la VM suele ser un procedimiento sencillo. Condiciones similares plantean aquellos pacientes que son ventilados durante un episodio de edema agudo de pulmón hipertensivo. Logrados los objetivos del tratamiento médico, la mejoría del intercambio gaseoso y de la distensibilidad, también permitirán una rápida y fácil desconexión.

En el otro extremo, el de la dificultad máxima, será necesario en oportunidades el procedimiento de la traqueostomía después de dos o tres semanas de intubación traqueal, para poder encarar con más posibilidades un destete dificultoso.

Algunas observaciones a considerar:

- Es preciso que el paciente esté despierto y colaborador al momento de intentar la desconexión. Por ello será necesario disminuir o suspender previamente toda administración de sedantes, antipsicóticos o relajantes musculares.
- Resulta también muy apropiado que el personal a cargo informe del monto de secreciones y de la **capacidad potencial** del paciente para expulsarlas. La medición de la fuerza espiratoria máxima y el pico de flujo espiratorio a través del tubo endotraqueal serán claves para estimar su capacidad tusígena.
- La posición en la cama durante los intentos de desconexión, así como durante las mediciones de flujos y fuerzas es muy importante: el paciente debe estar bien sentado o erguido. Si es posible con las piernas colgando al borde de la cama.
- En el caso de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que se han ventilado durante el curso de una exacerbación aguda, es frecuente que la permanencia prolongada del tubo endotraqueal produzca una reducción significativa de su calibre y ello se transforme en una gravosa carga resistiva al momento del destete. En la profilaxis de esta complicación es mandatorio el empleo de sistemas de humidificación activa. En oportunidades, y con el aval de los más experimentados, habrá de ser necesario remover el tubo endotraqueal, para facilitar el “destete”. Esta maniobra no está exenta de riesgos, y puede requerirse reintubación.
- Los pacientes ancianos, y quienes permanecieron varios días en UTI, ofrecen multitud de “excusas”, vinculadas a excitación psicomotriz o delirio, que pueden inducirnos al empleo de depresores del SNC. Abstenerse de su indicación requiere de destreza, número suficiente de personal de enfermería y habilidad para encontrar alternativas: aliviar el dolor; explicar las razones de su permanencia; aprovechar el efecto calman-

- te de la compañía de un familiar; facilitarle una radio o su música favorita; etc.
- Atender la eventual falla cardiaca por bajo gasto y corregirla antes de iniciar el destete resulta imprescindible. El consumo de oxígeno de los músculos respiratorios en estas circunstancias puede alcanzar el 30% o más del consumo total, de modo que la optimización de la condición general es mandatoria.
 - Existen múltiples **índices predictivos** de la evolución de la desconexión de VM. Uno de los más difundidos es el que relaciona frecuencia respiratoria y volumen corriente (f / V_T) o Índice de Tobin, que cuando muestra respiración

rápida y superficial, sugiere fracaso. Estas mediciones sólo deberían ser consideradas como indicativas.

La polineuropatía del paciente crítico, tan frecuente entre quienes desarrollaron fallos orgánicos múltiples, es una dificultad extrema cuando afecta músculos respiratorios. Con frecuencia estos pacientes requieren traqueostomía, y su desvinculación del respirador puede demandar semanas o meses.

- Giménez ML, Verde GA, Salvati IG & col.. Características de los pacientes desvinculados de la ventilación mecánica invasiva. Un estudio multicéntrico. RAMR 2016; 2:105-112.