

Duración total de la ventilación en decúbito prono en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo



Total duration of ventilation in the prone position in patients with acute respiratory distress syndrome

Sr. Director:

Con gran interés hemos leído el manuscrito de Mora-Arteaga et al.¹, acerca de los efectos de la ventilación mecánica en prono en pacientes con síndrome de distrés respiratorio. Varios estudios han demostrado los beneficios de esta forma de ventilación en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda; pero lo que aún no está claro es la duración total de la pronación para obtener efectos beneficiosos. Uno de los aspectos en los que tal vez no se ha realizado mucho énfasis son los criterios que deben cumplir los pacientes para suspender la ventilación en decúbito prono. Al comparar publicaciones en las cuales el promedio de horas de prono al día fue entre 7-11 h²⁻⁴ versus protocolos que en promedio prolongaron la sesión de prono a rangos de 17-20 h diarias⁵⁻⁸ los estudios demuestran que los *outcomes* globales son mejores en este último grupo. Sin embargo es necesario cuestionarse, cuantas sesiones de prono requiere nuestro paciente para obtener beneficios antes de proceder al <crossover> de prono a supino. Los criterios de suspensión de pronación son bastante distintos en todos los estudios analizados. El profesor Guérin et al. en el protocolo del estudio PROSEVA⁶, nos muestran una actitud activa de criterios de suspensión de la pronación, en función de los parámetros gasométricos y ventilatorios, que hace que el número de sesiones de prono que requieren estos pacientes sean menores que lo que se aplicó en los demás estudios, y que se puede ver de manifiesto en los días totales de pronación: 4 días en promedio, comparado con los 7 días de Voggenreiter⁴, los 8,4 días de Taccone⁷, los 10,1 días de Mancebo et al.⁵ o los 10 días de Gattinoni et al.². Es necesario destacar que el 25,7% de los pacientes del estudio PROSEVA, con una sola sesión de prono, es decir 17 h, cumplió los criterios para el término del prono y con resultados igualmente favorables. Existen series de casos^{9,10} en que los protocolos de manejo mantenían a los pacientes por al menos 48 h en ventilación en prono antes de retornarlos a la posición supina, y que informan de un 25% de mortalidad; pero ¿es necesario mantener pronados a los pacientes por un periodo total tan extenso si se obtienen buenos resultados con sesiones de prono promedio de 17 h? Si bien la evidencia nos muestra día a día los beneficios que tiene esta forma de ventilar a los pacientes con distrés, aún hay aristas por estudiar, siendo importante precisar el mejor momento en el cual suspender el prono, lo cual precisa de un protocolo de manejo con criterios estrictos de suspensión de la pronación.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Mora-Arteaga JA, Bernal-Ramírez OJ, Rodríguez SJ. Efecto de la ventilación mecánica en posición prona en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda. Una revisión sistemática y metaanálisis. *Med Intensiva*. 2015;39:352-65.
2. Gattinoni L, Tognoni G, Pesenti A, Taccone P, Mascheroni D, Labarta V, et al. Effect of prone positioning on the survival of patients with acute respiratory failure. *N Engl J Med*. 2001;345:568-73.
3. Guérin C, Gaillard S, Lemasson S, Ayzac L, Girard R, Beuret P, et al. Effects of systematic prone positioning in hypoxemic acute respiratory failure: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;292:2379-87.
4. Voggenreiter G, Aufmkolk M, Stiletto RJ, Baacke MG, Waydhas C, Ose C, et al. Prone positioning improves oxygenation in post-traumatic lung injury, a prospective randomized trial. *J Trauma*. 2005;59:333-41.
5. Mancebo J, Fernández R, Blanch L, Rialp G, Gordo F, Ferrer M, et al. A multicenter trial of prolonged prone ventilation in severe acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006;173:1233-9.
6. Guérin C, Reignier J, Richard JC, Beuret P, Gacouin A, Boulain T, et al., PROSEVA Study Group. Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. 2013;368:2159-68.
7. Taccone P, Pesenti A, Latini R, Polli F, Vagginelli F, Mietto C, et al. Prone positioning in patients with moderate and severe acute respiratory distress syndrome: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2009;302:1977-84.
8. Fernández R, Trenchs X, Klamburg J, Castedo J, Serrano JM, Besso G, et al. Prone positioning in acute respiratory distress syndrome: A multicenter randomized clinical trial. *Intensive Care Med*. 2008;34:1487-91.
9. Romero C, Cornejo R, Gálvez L, Llanos O, Tobar E, Berasaín M, et al. Extended prone position ventilation in severe acute respiratory distress syndrome: A pilot feasibility study. *J Crit Care*. 2009;24:81-8.
10. Chan MC, Hsu JY, Liu HH, Lee YL, Pong SC, Chang LY, et al. Effects of prone position on inflammatory markers in patients with ARDS due to community-acquired pneumonia. *J Formos Med Assoc*. 2007;106:708-16.

J. Hermosilla^{a,b,*}, M. Aguayo^b y L. Ferreira^b

^a *Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile*

^b *Unidad de Cuidados Intensivos Médica, Hospital Regional de Concepción, Concepción, Chile*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juan.hermosilla@uss.cl (J. Hermosilla).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2015.09.006>