



medicina *intensiva*

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



EDITORIAL

Usamos ventilación no invasiva cada día, pero ¿conocemos su eficacia real en nuestro centro?

We use non-invasive ventilation every day, but are we aware, in our center, of its real effectiveness?

Recomendamos la lectura, en el presente número de *MEDICINA INTENSIVA*, del trabajo de Carrillo-Alcaraz et al.¹ que analiza la eficacia de la VNI en pacientes no candidatos a intubación (órdenes DNI).

Su principal fortaleza radica en la enorme cantidad de pacientes recogidos, casi 6.000, y en el largo período de observación de 20 años. Globalmente muestra que estos pacientes fracasan a pesar de VNI más frecuentemente que los pacientes sin órdenes DNI y que también tienen mayor mortalidad. Estos resultados confirman investigaciones previas, al tiempo que abren interesantes preguntas.

Una de ellas es sospechar que los pacientes con DNI evolucionan peor porque ya inicialmente son más graves. Los autores se aproximan a esta cuestión haciendo un análisis con *propensity score* que lleva a aparejar pacientes con similar nivel de gravedad con DNI y sin DNI y comparar su evolución. Encuentran que, para cualquier nivel de gravedad, la existencia de órdenes DNI se asocia a peor evolución. No obstante, los clínicos deben conocer que el análisis *propensity score*, siendo una buena aproximación, no incluye factores sutiles que intuitivamente asociamos a órdenes DNI, como inmunodepresión asociada a senilidad, debilidad por enfermedad crónica o neoplásica o interacciones farmacológicas en pacientes polimedicados y sarcopenia por edad avanzada.

Un aspecto único del mencionado estudio es su larga duración, que permite conocer cómo han ido evolucionando los pacientes con DNI en esos años. Su prevalencia ha ido descendiendo, pero no su gravedad, que incluso ha aumentado. Los autores reconocen algunos factores para el cambio, como la apertura de una unidad de cuidados semi-intensivos respiratorios en su hospital que ha podido absorber parte de los pacientes DNI, aunque los más graves sigan derivados a UCI. Podemos sospechar que hay otros factores que pueden aumentar o reducir esta circunstancia. Los pacientes han ido ganando protagonismo en la toma de decisiones respecto a sus tratamientos, principalmente en casos de cronicidad o final de vida, pero no sabemos si aun aumentando las

órdenes DNI, los pacientes opten por aceptar el tratamiento con VNI o renuncien a iniciarlo. También es interesante imaginar cómo afecta el acúmulo de experiencia del equipo asistencial con VNI en pacientes DNI. Por una parte, el alto índice de fracaso puede conllevar una perspectiva pesimista, que disminuya ofrecer VNI a pacientes límite. Por el contrario, observar que al menos la mitad de los pacientes sobrevive al ingreso en UCI puede inducir al optimismo, sin saber que su supervivencia en el medio plazo puede ser muy baja. A destacar también que algunos pacientes que hace años se catalogaban con DNI hoy se pueden considerar candidatos a intubación, al haber mejorado la supervivencia de su patología de base (cáncer, enfermedades autoinmunes...).

Cuando los lectores quieran extraer conclusiones para su día a día (tanto del presente estudio como del resto de bibliografía), deben incluir otros factores frecuentemente no reportados, como con qué precocidad se han ingresado estos pacientes, ya que si se retrasa la aplicación de VNI probablemente se reduce su efectividad. Cada UCI conoce su realidad y las posibles medidas a tomar para permitir un ingreso preferente de estos pacientes. También es crucial la duración de la VNI y la definición de su fracaso. Igualmente estimar hasta qué punto las mejoras tecnológicas, como mejores interfases o mejores ventiladores, pueden mejorar los resultados. Es llamativa la ausencia de estudios en pacientes con órdenes DNI con interfases que permitan alargar la duración de la VNI como el *helmet*. También seguimos a la espera de estudios que demuestren si la analgesia puede mejorar la tolerancia, y con ella la eficacia de la VNI, tanto en pacientes con DNI como sin ellas.

Por último, quería considerar que la decisión DNI radica en el convencimiento de que progresar hasta intubación y ventilación mecánica no va a aportar beneficios al paciente. Diferentes estudios epidemiológicos han mostrado progresivamente mejor supervivencia de pacientes intubados, menor incidencia de neumonía asociada al ventilador y

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2025.502213>

0210-5691/© 2025 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Cómo citar este artículo: R. Fernández Fernández, Usamos ventilación no invasiva cada día, pero ¿conocemos su eficacia real en nuestro centro? *Medicina Intensiva*, <https://doi.org/10.1016/j.medin.2025.502213>

menor fracaso de *weaning*. Según eso, pacientes que hace décadas no podían esperar beneficio de la intubación puede que actualmente sí puedan ser candidatos.

Dada la delicada dependencia de los resultados en la práctica clínica diaria de aspectos tan específicos de cada centro y de cada equipo asistencial, parece imprescindible que cada equipo tenga acceso a datos extraídos de su experiencia diaria. Solo así tendrá sentido afrontar a qué pacientes se les propone o no un tratamiento con VNI en situaciones límite, tanto de expectativa de vida, como de la calidad de vida presente y futura. No es realista plantear una orden DNI sin saber cuál es la probabilidad real de sobrevivir a una intubación traqueal, o cuál es el precio emocional a pagar por intentarlo. Desgraciadamente, en nuestro medio son minoría las UCI que conocen sus resultados reales hasta el punto de poder trasladar a un paciente si es realista intentar un tratamiento con intubación o no escalar y quedarse con VNI como último recurso. Es esperanzador creer que la rápida expansión de sistemas de inteligencia artificial² pueda extraer esos resultados críticos de los datos que los sistemas informáticos de los hospitales almacenan sin parar de nuestros pacientes.

Financiación

No se ha recibido ningún tipo de financiación para este manuscrito.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial

No se ha utilizado ningún tipo de inteligencia artificial.

Contribución de los autores

RF es el creador de la idea y redactor del texto.

Conflicto de intereses

El autor reconoce que no tiene ningún conflicto de intereses con relación al tema desarrollado.

Bibliografía

1. Carrillo-Alcaraz A, Guia M, Tornero-Yepes P, López Gómez L, Alonso Fernández N, Martín Lorenzo JG, et al. Effectiveness of non-invasive ventilation in critical patients with acute respiratory failure and do not intubate order. *Med Intensiva*. 2025;502169, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medine.2025.502169>.
2. Gordo Vidal F, Gordo Herrera N. Advanced data analysis and intensive care medicine. *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2024;48:1–2, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medine.2023.07.012>. PMID: 37516616.

Rafael Fernández Fernández
Fundació Althaia, Manresa, Barcelona, España
Correo electrónico:
Rafael.fernandez.fernandez50@gmail.com