



Conclusión

Se encontró que la terapia de alto flujo nasal (NHF) no fue inferior a la ventilación no invasiva (NIV) en cuanto a la tasa de intubación endotraqueal o fallecimiento en los 7 días posteriores, en todos los grupos de pacientes especificados, excepto en los inmunocomprometidos con insuficiencia respiratoria hipoxémica.

Editoriales

“La mejor interpretación de los resultados sugiere que comenzar el tratamiento con oxigenoterapia de alto flujo no suele ser perjudicial”.

“Estos resultados sugieren que la oxigenoterapia de alto flujo puede utilizarse de forma segura como tratamiento puente mientras se identifica la causa subyacente de la insuficiencia respiratoria aguda y se decide qué asistencia respiratoria definitiva y más conveniente se aplicará”.

JEAN-PIERRE FRAT



¿Es la oxigenoterapia de alto flujo el tratamiento de referencia para todos los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda? JAMA. 10 de diciembre de 2024.

“Los autores merecen reconocimiento por el ambicioso alcance y el diseño adaptativo del ensayo, que permitió realizar ajustes en tiempo real para mejorar la relevancia y la aplicabilidad”.

YONATHAN FREUND



Reevaluación del soporte respiratorio en la insuficiencia respiratoria aguda: conclusiones del ensayo RENOVAE e implicaciones para la práctica clínica. JAMA. 10 de diciembre de 2024.



Publicación

El ensayo clínico aleatorizado RENOVAE JAMA. 2024

Oxigenoterapia de alto flujo nasal frente a ventilación no invasiva para tratar a pacientes con insuficiencia respiratoria aguda.

OBJETIVO

Evaluar si la terapia de alto flujo nasal (NHF) no es inferior a la ventilación no invasiva (NIV) en la tasa de intubación endotraqueal o fallecimiento en los 7 días posteriores en 5 grupos de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda.

GRUPOS DE PACIENTES

- No inmunodeprimidos con hipoxemia
- EAEPOC con acidosis respiratoria
- Edema pulmonar cardiogénico agudo
- COVID-19 hipoxémica
- Inmunodeprimidos con hipoxemia

Resumen del artículo de JAMA:



Método



ALTO FLUJO NASAL
usando inicialmente el caudal del Airvo 2

Ajuste gradual hasta 60 L/min o hasta el máximo flujo tolerado

EAEPOC: 30 L/min
Resto: 45 L/min

IPAP: presión positiva de las vías respiratorias inspiratoria;
EPAP: presión positiva de las vías respiratorias espiratoria;
EAEPOC: exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

NIV
IPAP: (máx. de 20 cmH₂O)
EAEPOC: 12-6 cmH₂O
Resto: 12-14 cmH₂O
EPAP: (máx. de 12 cmH₂O)
EAEPOC: 4 cmH₂O
Resto: 8 cmH₂O
Volumen tidal: 6-9 mL/kg de peso corporal ideal



Resultados

Intubación o fallecimiento a los 7 días						
Resultado principal						
n = 1766	n	NHF 39 %	NIV 38 %	Razón de probabilidades mediana ajustada al modelo (intervalo de credibilidad del 95 %)	Se aconseja la oxigenoterapia de alto flujo nasal	Se aconseja la ventilación no invasiva
No inmunodeprimidos con hipoxemia	485	32,5 %	33,1 %	1,02 (0,81-1,26)	No inferior	Margen de no inferioridad
EAEPOC con acidosis respiratoria	77	28,6 %	26,2 %	1,05 (0,79-1,36)	No inferior	
Edema pulmonar cardiogénico agudo	272	10,3 %	21,3 %	0,97 (0,73-1,23)	No inferior	
COVID-19 hipoxémica	882	51,3 %	47,0 %	1,13 (0,94-1,38)	No inferior	
Inmunodeprimidos con hipoxemia	50	57,1 %	36,4 %	1,07 (0,81-1,39)	A causa de la futilidad, se suspendió la inclusión de participantes*	

Resultados secundarios

=

No hay diferencias en cuanto a:

- La mortalidad, el día 28 o el día 90
- Días en la UCI o días sin ventilador

Resultados terciarios

↑

El NHF fue superior en:

- Comodidad para el paciente

=

No hay diferencias en cuanto a:

- La duración de la estancia hospitalaria y en la UCI en los 90 días posteriores
- El número de días sin utilizar vasopresores en los 28 días posteriores
- La orden de no intubar en los 7 días posteriores

*Futilidad: baja potencia estadística; es poco probable que se observe un resultado estadísticamente significativo.