

Comentario.

El estudio de Jaber y cols. (**JAMA. 2016;315(13):1345-53**) evaluó la aplicación de VMNI en pacientes que desarrollaron falla respiratoria hipoxémica (FRH) en el POP de cirugía abdominal. En esta línea, el papel de la VMNI para prevenir, o tratar, la falla respiratoria postextubación ha sido motivo de controversia (**JAMA 2002;287(24):3238-44**), ya que algunos estudios no evidencian ningún beneficio e incluso muestran algunos posibles daños atribuibles al retraso en la reintubación (**N Engl J Med 2004;350(24):2452-60**).

El grupo de la Residencia y Concurrencia de kinesiología del Hospital Carlos G. Durand (Dorado JH, Gilgado DI y Pérez Calvo EC) realizaron un comentario de muy buena calidad, y sumamente interesante, que aporta una buena interpretación de lo publicado por Jaber. A continuación remarco algunos puntos que considero relevantes:

1. Es interesante preguntarnos al menos: ¿qué es FRH? Los autores básicamente la definen como “hipoxemia y cualquiera de los siguientes”, entre los que enumeran frecuencia respiratoria $>30x'$ o “dificultad para respirar” (dentro de este último enumeran uso de músculos accesorios, paradoja abdominal o tiraje intercostal). La “hipoxemia” en el POP de cirugía abdominal, es un hallazgo habitual y que en muchos casos puede extenderse a la semana posterior a la cirugía, revirtiendo posteriormente a este periodo. En general ésta hipoxemia puede explicarse por la pérdida de la capacidad residual funcional y uso de anestésicos intra-quirófano, y por la limitación inspiratoria generada por el dolor del POP. En este escenario la movilización de los pacientes y el nivel de analgesia, evaluada con escalas, juegan un rol sumamente relevante que los autores no informaron. En relación a esto, se puede observar dentro de las causas de FRH de ambos grupos la presencia de un alto número de “atelectasias” ($>60\%$) lo que refuerza aún más este concepto.
2. En relación a la implementación de la VMNI, la programación del nivel de soporte “ideal” fue decidida según los ml de VT espirado. Esto además de no ser una práctica recomendada, no aporta una recomendación clara en relación a la aplicación de la misma, de la misma manera que tampoco esclarece cuanto tiempo deberíamos aplicarla. Cabe remarcar, que en el grupo VMNI hubo mayor número de pacientes EPOC (12.6% vs 19.6%). Esto podría condicionar un grupo de mayor éxito y limitar la generalización de los datos.
3. En relación a los criterios de IOT “predefinidos” (según los autores), podemos observar que los mismos no fueron detallados en el manuscrito y dejan abierta la sensación de que la decisión de intubar estaba a cargo del criterio médico, lo que aumenta el probabilidad de sesgo, riesgo además inherente al diseño del estudio (por la imposibilidad de ser un estudio a doble ciego).
4. El grupo de Jaber viene estudiando en esta línea desde hace ya muchos años. Esto hace que el personal que intervino en este estudio posiblemente esté altamente entrenado para la implementación de VMNI. Esto no es un dato menor considerando que gran parte del éxito de la técnica depende del “*expertise*” de quien la implemente.

Teniendo en cuenta el estudio de Jaber, y lo expuesto en los comentarios, podríamos considerar que en un escenario en donde los pacientes POP sean manejados por un grupo experimentado, dentro de un protocolo de movilización temprana, con un estricto control de del dolor (implementada a través de un protocolo de analgesia y monitoreado al menos con una escala visual análoga), la VMNI podría ser una herramienta adecuada para el tratamiento de la falla respiratoria POP.

GUSTAVO A. PLOTNIKOW

Especialista en Kinesiatría Crítica Respiratoria y Terapia Intensiva. SATI-UNSAM
Coordinador Servicio de Kinesiología Sanatorio Anchorena
Director Capítulo de Kinesiología Intensivista. SATI
Vice-Director Curso Superior de Kinesiología en Cuidados Intensivos. SATI
Director Programa de Actualización a Distancia en Klgía Intensivista. Ed. Med Panamericana.
gplotnikow@gmail.com