



## CARTAS AL DIRECTOR

### Estrategias frente a la hipoxemia refractaria en los casos de gripe a grave

### Strategies against refractory hypoxemia in the cases of severe H1N1 influenza

Sr. Director:

Hemos leído con atención el artículo firmado por el Grupo Español de Trabajo de Gripe A Grave de la SEMICYUC, que describe la población atendida por gripe A en las UCI españolas e iberoamericanas<sup>1</sup>.

Se describe como un elevado porcentaje de pacientes (entre el 75–90%) necesitan ventilación mecánica invasiva, y hasta una tercera parte tienen eventos hipoxémicos graves que requieren tratamientos de rescate. Estos tratamientos incluyen la ventilación en decúbito prono, la administración de óxido nítrico vía inhalada, la ventilación de alta frecuencia, o la oxigenación con membrana a través de circulación extracorpórea.

Las características basales, evolución, necesidad de VM y de eventos hipoxémicos graves en los pacientes españoles<sup>1,2</sup> son equiparables a los iberoamericanos<sup>3</sup> y también a la serie canadiense de Kumar<sup>4</sup>. Sin embargo, llaman la atención los diferentes tratamientos de rescate empleados en los diferentes medios estudiados. Mientras en España y Latinoamérica predomina el empleo de la ventilación en decúbito prono (en el 25% de pacientes en España, y 39% en Argentina), en Canadá esta se empleó solo en el 3% de los pacientes. En España no se empleó circulación extracorpórea ni ventilación de alta frecuencia, no se aportan datos en Argentina. Sin embargo, en Canadá un 12% recibió ventilación de alta frecuencia y un 4,2% circulación extracorpórea.

Cada una de estas estrategias de rescate ha demostrado su utilidad en escenarios concretos, y por tanto aún no disponemos de recomendaciones estrictas acerca de su empleo<sup>5,6</sup>. Pensamos, sin embargo, que la diferencia de utilización se ha debido a la diferente disponibilidad de medios técnicos. Aunque la mortalidad de los pacientes canadienses (17%) fue menor que la española (25%) y que la

argentina (41%), evidentemente, no conocemos qué importancia ha podido tener este factor. En cualquier caso, todos los registros de pacientes han confirmado la gravedad de la gripe A, fundamentalmente en pacientes jóvenes y sanos, provocando una elevada mortalidad, y este hecho también debería ser un argumento a la hora de reflexionar sobre la dotación de recursos a las UCI.

## Bibliografía

1. Rodríguez A, Socías L, Guerrero JE, Figueira JC, González N, Maraví-Pomar E, et al. Gripe A pandémica en Cuidados Intensivos: experiencia en España y Latinoamérica (Grupo Español de Trabajo de Gripe A Grave/Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias). *Med Intensiva*. 2010;34:87–94.
2. Rello J, Rodríguez A, Ibáñez P, Socías L, Cebrián J, Marqués A, et al. The H1N1 SEMICYUC working group. Intensive care adult patients with severe respiratory failure caused by influenza A (H1N1) in Spain. *Crit Care*. 2009;13:R148.
3. Comisión para la contingencia de Influenza A (H1N1), Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. Epidemia de Influenza A (H1N1) en Argentina. Experiencia del hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. *Medicina (Buenos Aires)* 2009; 69: 393–423.
4. Kumar A, Zarychanski R, Pinto R, Cook DJ, Marshal J, Lacroix J, et al. Critically ill patients with 2009 influenza A (H1N1) infection in Canada. *JAMA*. 2009;302:1872–9.
5. Suárez Sipmann F. Utilidad de las maniobras de reclutamiento (PRO). *Med Intensiva*. 2009;33:134–8.
6. Ochagavía A, Blanch L, López-Aguilar J. Utilidad de las maniobras de reclutamiento (CONTRA). *Med Intensiva*. 2009;33:139–43.

T. Mozo-Martín\* y F. Gordo-Vidal

*Servicio de Medicina Intensiva, Hospital del Henares, Madrid, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: teresamozo@gmail.com  
(T. Mozo-Martín).

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.medin.2009.12.005

doi:10.1016/j.medin.2010.03.008