

Por otro lado, a pesar del reconocimiento de la comorbilidad como un factor destacado en el manejo del paciente con EPOC, en el anciano hay que incidir en enfermedades como la demencia desde fases iniciales. Las exacerbaciones por ejemplo están vinculadas al deterioro cognitivo, pudiendo llegar a ser un factor clave que puede descompensar a un paciente y hacerle cruzar el umbral diagnóstico hacia episodios de *delirium* o establecer el diagnóstico de demencia². Además, la importante multimorbilidad en esta población provoca de manera casi inherente la presencia de polifarmacia y mayor riesgo de iatrogenia farmacológica en una población ya vulnerable basalmente. El abordaje de la deprescripción, el uso de corticoides y sus efectos secundarios, y la necesidad de un abordaje sensato de la hiperglucemia son algunos de los aspectos que hay que abordar en futuros consensos.

Un factor muy importante a tener en cuenta también es el concepto de fragilidad. La prevalencia de fragilidad y pre-fragilidad en esta población en algunos estudios es del 6,6 y del 41,3%, respectivamente³. Estas cifras por sí mismas son ya reflejo de la importancia de detectar esta característica clínica para facilitar intervenciones más precoces⁴. Íntimamente ligado al concepto de fragilidad está el de funcionalidad. Los modelos tradicionales se han basado en la evaluación cuantitativa y cualitativa de las enfermedades, haciendo de este paradigma el foco principal de su atención. Sin embargo este enfoque ha quedado desfasado al seguir el prototipo arcaico de la medicina basada en enfermedades aisladas⁵. La salud de las personas mayores se debe medir en términos de función y no de enfermedad, ya que la funcionalidad es la que determina la expectativa y la calidad de vida, así como los apoyos o recursos que requerirá, siendo uno de los mejores indicadores del estado de salud y predictor de discapacidad incidente.

Bibliografía

1. Miravittles M. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) - Guía Española de la EPOC (GesEPOC) Versión 2017. Arch Bronconeumol. 2017;53 Supl 1:S1-64.
2. Zhang X, Cai X, Shi X, Zheng Z, Zhang A, Guo J, et al. Chronic Obstructive Pulmonary Disease as a Risk Factor for Cognitive Dysfunction: A Meta-Analysis of Current Studies. J Alzheimers Dis. 2016;52:101-11.
3. Limpawattana P, Putraveepong S, Inthasuwana P, Boonsawat W, Theerakulpisut D, Chindaprasit J. Frailty syndrome in ambulatory patients with COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2017;12:1193-8.
4. Bone AE, Hepgul N, Kon S, Maddocks M. Sarcopenia and frailty in chronic respiratory disease. Chron Respir Dis. 2017;14:85-99.
5. Cesari M, Marzetti E, Thiem U, Perez-Zepeda MU, Abellan Van Kan G, Landi F, et al. The geriatric management of frailty as paradigm of «The end of the disease era». Eur J Intern Med. 2016;31:11-4.

Nicolás Martínez-Velilla^{a,b,c,*}, Cristina Ibarrola Guillén^c y José Javier Celorrio Astiz^c

^a Servicio de Geriatría, Complejo Hospitalario de Navarra, IdiSNA, CIBER de Fragilidad y Envejecimiento Saludable, Pamplona, Navarra, España

^b Instituto de Investigación Sanitaria Navarra (IdiSNA), Pamplona, Navarra, España

^c Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nicolas.martinez.velilla@cfnavarra.es (N. Martínez-Velilla).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.09.019>
0300-2896/

© 2017 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Ventilación no invasiva en pacientes con neumonía sin EPOC? Efectos beneficiosos y aspectos a tener en cuenta para evitar potenciales complicaciones



Non-Invasive Ventilation In Non-COPD Subjects With Pneumonia: Benefits And Potential Complications

Estimado Director:

La indicación de la ventilación mecánica no invasiva (VNI) representa una opción terapéutica frecuente, pero también controvertida en el tratamiento de la neumonía aguda grave (NAG) para aquellos pacientes que requieren ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI)¹. Tras una correcta aplicación precoz y selección adecuada de los pacientes subsidiarios de esta opción terapéutica, es preciso la detección rápida de los signos de fracaso debido a que el retraso de la intubación endotraqueal (IOT) supone un aumento de la mortalidad².

En esta línea, hemos leído con gran interés el estudio de Rialp G et al. sobre el uso de la VNI en pacientes con NAG no afectos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), sin embargo consideramos que es necesario clarificar algunos aspectos clave por las implicaciones prácticas que conlleva su lectura y potencial aplicación en la práctica diaria³.

En primer lugar, es controvertido la interpretación del valor de PCO₂ en pacientes no EPOC. En este estudio el nivel de PaCO₂ fue

más alto en los pacientes tratados inicialmente con VNI que los que recibieron ventilación mecánica invasiva (VMI). No está claro este sesgo y en nuestra opinión, es difícil considerar que todos los pacientes de este estudio no tienen EPOC únicamente en función de los síntomas de disnea, tos crónica y expectoración, ya que para establecer este diagnóstico es fundamental disponer de datos espirométricos. Por lo tanto consideramos que deberían tenerse en cuenta otros factores que expliquen los valores de hipercapnia en ambos grupos⁴.

Como puntos clave útiles no reflejados estos valores de PaCO₂ más elevados podrían deberse a variaciones en los tiempos de inicio de este tratamiento en la UCI, tipo dispositivos utilizados, modo ventilatorio de los mismos, criterios de IOT empleados, nivel de bicarbonato y comorbilidades asociadas entre otros. Estas variables no han sido reflejadas con precisión en el estudio y podrían aclarar la alta tasa de fracaso de la VNI en comparación con otros estudios¹.

En segundo lugar, la rapidez en la decisión de IOT es un factor clave en la respuesta al tratamiento. El índice de retraso de la decisión en la IOT en un tiempo de «22 h», consideramos que es muy elevado, y puede condicionar la mayor mortalidad y respuesta a la VNI.

En tercer lugar los autores consideran que el fracaso la VNI, estaba más asociada a una situación de *shock* y peor respuesta de la VNI, sin embargo este tema es controvertido y como pone de manifiesto una reciente encuesta europea, el uso de la VNI no es una contraindicación absoluta y la IOT de inicio podría inducir una mayores riesgos⁴.

Finalmente, tras 10 años de aplicación desconocemos si los autores determinaron una mejoría en los resultados de la VNI al igual que en otras series⁵, por lo que concluimos que son necesarios más estudios que confirmen el papel de la VMNI en paciente no EPOC con hipercapnia.

Bibliografía

1. Confalonieri M, Potena A, Carbone G, Porta RD, Tolley EA, Umberto Meduri G. Acute respiratory failure in patients with severe community-acquired pneumonia. A prospective randomized evaluation of noninvasive ventilation. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;160:1585–91. <https://doi.org/10.1111/crj.12184>
2. Nicolini A, Ferraioli G, Ferrari-Bravo M, Barlascini C, Santo M, Ferrera L. Early non-invasive ventilation treatment for respiratory failure due to severe community-acquired pneumonia. *Clin Respir J*. 2016;10:98–103. <https://doi.org/10.1111/crj.12184>
3. Rialp G, Forteza C, Muñoz D, Romero M. Role of first-line noninvasive ventilation in non-COPD subjects with pneumonia. *Arch Bronconeumol*. 2017;53:480–8. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2016.08.017>
4. de Montmollin E, Aboab J, Ferrer R, Azoulay E, Annane D. Criteria for initiation of invasive ventilation in septic shock: An international survey. *J Crit Care*. 2016;31:54–7. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.09.032>
5. de Miguel-Díez J, Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Jiménez-Trujillo I, de Miguel-Yanes JM, Méndez-Bailón M, et al. Trends in hospitalizations for community-acquired pneumonia in Spain: 2004 to 2013. *Eur J Intern Med*. 2017;40:64–71.

Laura Anoro^{a,*}, Antonio M. Esquinas^b y Roberto Consentini^c

^a Hospital General de la Defensa, Zaragoza, España

^b Internacional Fellow AARC, Intensive Care Unit, Hospital Morales Meseguer, Murcia, España

^c Emergenza ad Alta Specializzazione-ASST-Papa Giovanni XXIII, SIMEU Centro Studi, Bergamo, Italia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lauraanoro@hotmail.com (L. Anoro).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.10.020>

0300-2896/

© 2017 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.