



## Respuesta

### Reply

Carla Paola Sánchez-Ríos\*,  
 Oscar Gabriel Jiménez-Cabrera,†  
 Omar Barreto-Rodríguez,\*  
 Norma Angélica Téllez-Navarrete\*

\*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Ciudad de México; †Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, México.

**Citar como:** Sánchez-Ríos CP, Jiménez-Cabrera OG, Barreto-Rodríguez O, Téllez-Navarrete NA. Respuesta. *Neumol Cir Torax.* 2022; 81 (1): 68. <https://dx.doi.org/10.35366/105537>

Estimado Dr. Esteban Vergara de la Rosa *et al.*

Me permito comentar lo siguiente respecto a su carta al editor.

Como centros de referencia nacional en México para la atención de pacientes con COVID-19 forma grave y crítica, en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Ciudad de México y en el Centro Médico del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM) Toluca, Estado de México, fuimos pioneros en el uso de dispositivos de alto flujo para el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) hipoxémica de los pacientes COVID-19. Cabe destacar que si bien al inicio había gran desconocimiento del comportamiento de la transmisibilidad del virus y se desconocía el mecanismo del potencial aumento de riesgo de contagio nosocomial por generación de aerosoles, conforme fue avanzando la evidencia científica nos sumamos a las recomendaciones unísonas respecto a su uso por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Sociedad Torácica Italiana, el Comité de Cuidados Respiratorios de la Sociedad Torácica China, la Sociedad de Cuidados Intensivos de Australia y Nueva Zelanda, y declaraciones conjuntas de las sociedades alemanas de cuidados intensivos, anestesia y medicina de emergencia, Sociedad Europea de Medicina de Cuidados Intensivos y la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos.

Para cuando se empezó el reclutamiento de los pacientes de nuestro estudio, no se contaba con evidencia científica completamente a favor del uso de la cánula nasal de alto flujo (CNAF), ni el perfil descrito del subgrupo de pacientes COVID-19 que serían los más beneficiados. En ambos centros hubo la necesidad de ampliación de la plantilla trabajadora por la demanda en la atención de pacientes críticos, lo cual, sumado a la temporal falta de capacitación del personal de nuevo con nula o poca experiencia en el uso de dispositivos de altos flujos, se favoreció el abogar de manera intra institucional por intubación orotraqueal temprana en pacientes con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) por COVID-19, pues una ventaja sobre otros dispositivos de oxigenoterapia (diferentes a CNAF) que no proporcionan efecto de presión positiva y confort respiratorio sobre la ventilación mecánica invasiva (VMI), era la disminución del riesgo de entorpecer el daño pulmonar por la propia lesión pulmonar inducida por taquipnea.

En nuestra cohorte, la obesidad en personas jóvenes se convirtió en una de las principales comorbilidades conocidas por el paciente antes de su ingreso, asociada al deterioro y gravedad de infección por SARS-CoV-2 y, si bien los pacientes de nuestra cohorte no fueron beneficiados por esta terapia, en ambos hospitalares personas jóvenes con SIRA evitaron la intubación con uso de CNAF y prono despierto, cuya evidencia con el paso de los meses fue contundente para favorecer su uso.

Consideramos, respecto a lo que comenta sobre la necesidad de evaluaciones rápidas de la permeabilidad de vías aéreas superiores que es algo real, necesario, factible y útil, por lo que nos sumamos a esa

recomendación para seguir posicionando a las CNAF como una alternativa terapéutica contemplada para este espectro de pacientes COVID-19 y otros, pues con el paso del tiempo seguros estamos de que seguiremos enfrentando personas con SIRA por diferentes causas que de manera concomitante presenten obesidad y oclusión parcial mecánica de la vía aérea, cuyo manejo sin VMI y con CNAF podría mejorar su pronóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Agarwal A, Basmaji J, Muttalib F, Granton D, Chaudhuri D, Chetan D, *et al.* High-flow nasal cannula for acute hypoxemic respiratory failure in patients with COVID-19: systematic reviews of effectiveness and its risks of aerosolization, dispersion, and infection transmission. *Can J Anaesth.* 2020;67(9):1217-1248. Available in: <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01740-2>
2. Li J, Fink JB, Ehrmann S. High-flow nasal cannula for COVID-19 patients: low risk of bio-aerosol dispersion. *Eur Respir J.* 2020;55(5):2000892. Available in: <https://doi.org/10.1183/13993003.00892-2020>
3. Honore PM, Barreto Gutierrez L, Kugener L, Redant S, Attou R, Gallerani A, *et al.* Compared to NIPPV, HFNC is more dangerous regarding aerosol dispersion and contamination of healthcare personnel: we are not sure. *Crit Care.* 2020;24(1):482. Available in: <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03184-y>
4. Demoule A, Vieillard Baron A, Darmon M, Beurton A, Géri G, Voigt G, *et al.* High-flow nasal cannula in critically ill patients with severe COVID-19. *Am J Respir Crit Care Med.* 2020;202(7):1039-1042. Available in: <https://doi.org/10.1164/rccm.202005-2007LE>
5. Gershengorn HB, Hu Y, Chen JT, Hsieh SJ, Dong J, Gong MN, *et al.* The impact of high-flow nasal cannula uses on patient mortality and the availability of mechanical ventilators in COVID-19. *Ann Am Thorac Soc.* 2021;18(4):623-631. Available in: <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202007-8030C>

### Correspondencia:

**Dra. Carla Paola Sánchez-Ríos**

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Ciudad de México.

**Correo electrónico:** pao1144tosto@gmail.com