

*Destete ventilatorio en el paciente inmunocomprometido: ¿evidencia extrapolable o necesidad de enfoques específicos?**Ventilatory weaning in the immunocompromised patient: extrapolable evidence or need for specific approaches?*Amanda Ramírez Rojas ¹, Adis Yalena Valdés Cervantes ¹ , Jorge Luis Hechavarría Amita² ¹Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba. Facultad de Medicina No.2. Santiago de Cuba, Cuba.²Hospital Clínico- Quirúrgico “ Juan Bruno Zayas Alfonso”. Santiago de Cuba, Cuba.**Recibido:** 22/08/2026**Aceptado:** 26/09/2026**Publicado:** 28/09/2026**Palabras Clave:** Destete;
Inmunosupresión;
Insuficiencia respiratoria;
Ventilación mecánica;
Ventilación mecánica
prolongada.**Keywords:** Weaning;
Immunosuppression;
Respiratory failure;
Mechanical ventilation;
Prolonged mechanical
ventilation.**Citar como:** Ramírez Rojas A,
Valdés Cervantes AY,
Hechavarría Amita JL. Destete
ventilatorio en el paciente
inmunocomprometido: ¿
evidencia extrapolable o
necesidad de enfoques
específicos?. UNIMED
[Internet]. 2026. [citado fecha
de acceso]; 8(1). Disponible en:
[https://revunimed.sld.cu/index.
php/revestud/article/view/474](https://revunimed.sld.cu/index.php/revestud/article/view/474)**Estimado Editor:**

El destete de la ventilación mecánica invasiva constituye una etapa del soporte respiratorio en la que intervienen factores respiratorios, neuromusculares, cardiovasculares y sistémicos. En quienes presentan inmunosupresión, la retirada del soporte ventilatorio puede estar condicionada por la causa y el grado de esta, la etiología de la insuficiencia respiratoria y las complicaciones de la enfermedad de base. Dumas y Munshi ⁽¹⁾ describen diferencias clínicas y terapéuticas respecto a otras poblaciones críticas, lo que sustenta la necesidad de individualizar el manejo respiratorio. Estas particularidades obligan a valorar si los criterios derivados de poblaciones generales son aplicables a este grupo.

Los estudios realizados en poblaciones generales de pacientes críticos han permitido identificar variables relacionadas con la liberación de la ventilación mecánica. El estudio WEAN SAFE, que incluyó 5869 pacientes de 481 unidades de cuidados intensivos en 50 países, mostró variabilidad en el momento de inicio y la evolución del proceso, así como asociaciones entre el retraso en su comienzo, la sedación y los desenlaces desfavorables. ⁽²⁾

Un análisis posterior de esta cohorte evidenció asociaciones entre las comorbilidades, el manejo y los resultados del proceso de liberación.⁽³⁾ En pacientes sometidos a ventilación mecánica prolongada, Amir et al.⁽⁴⁾ identificaron factores clínicos relacionados con el éxito de la retirada del soporte. Estos hallazgos aportan elementos para la valoración individual, pero su extrapolación a personas con inmunosupresión debe realizarse considerando las particularidades clínicas de este grupo.

La insuficiencia respiratoria aguda constituye una causa frecuente de ingreso en las unidades de cuidados intensivos de pacientes inmunocomprometidos y presenta una etiología diversa, determinada por infecciones, daño pulmonar asociado a la enfermedad de base y otras condiciones propias del estado de inmunosupresión.^(1,5) En pacientes con neoplasias también se han descrito formas de lesión pulmonar y síndrome de dificultad respiratoria aguda con características que condicionan el soporte ventilatorio y los desenlaces clínicos.⁽⁶⁾ Estas diferencias pueden modificar la capacidad para superar una prueba de ventilación espontánea, la respuesta a la extubación y la necesidad de soporte respiratorio posterior. Por tanto, la aplicación de criterios de destete requiere considerar las condiciones clínicas específicas de esta población.

La valoración del proceso de liberación de la ventilación mecánica incorpora variables fisiológicas y estrategias dirigidas a mejorar la función respiratoria. Harder et al.⁽⁷⁾ analizaron la relación entre la potencia mecánica ventilatoria y los desenlaces asociados con la liberación de la ventilación, mientras que un metaanálisis reciente encontró asociación entre el entrenamiento de los músculos inspiratorios y una mayor probabilidad de éxito de la extubación en pacientes sometidos a ventilación mecánica prolongada.⁽⁸⁾ Sin embargo, la heterogeneidad de los protocolos, las características de los pacientes y las condiciones clínicas estudiadas limita la extrapolación de estas intervenciones a esta población. La utilidad de estos parámetros y estrategias requiere una evaluación específica en pacientes con inmunosupresión.

La evidencia disponible respalda los principios generales para la retirada de la ventilación mecánica, pero persisten dudas sobre la aplicabilidad de determinados predictores e intervenciones en pacientes

con inmunosupresión. La causa y el grado de esta, las infecciones oportunistas, el compromiso pulmonar, el estado nutricional, la debilidad adquirida en la unidad de cuidados intensivos y la enfermedad de base pueden modificar la respuesta al soporte ventilatorio. Se requieren estudios prospectivos y multicéntricos que identifiquen factores asociados con el éxito o fracaso y evalúen estrategias de soporte según el contexto clínico. La generación de conocimiento específico permitiría determinar qué componentes de los protocolos generales pueden mantenerse y cuáles requieren modificaciones.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

DECLARACIÓN DE FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que no se recibió financiación externa

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dumas G, Munshi L. Current knowledge and perspectives in respiratory management for immunocompromised patients with acute respiratory failure. *Curr Opin Crit Care*. 2026;32(1):75-86. doi:[10.1097/MCC.0000000000001349](https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000001349).
2. Pham T, Heunks L, Bellani G, Madotto F, Aragao I, Beduneau G, et al; WEAN SAFE Investigators. Weaning from mechanical ventilation in intensive care units across 50 countries (WEAN SAFE): a multicentre, prospective, observational cohort study. *Lancet Respir Med*. 2023;11(5):465-476. doi:[10.1016/S2213-2600\(22\)00449-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(22)00449-0).
3. Khazaei O, Laffey CM, Sheerin R, McNicholas BA, Pham T, Heunks L, et al; WEAN SAFE Investigators. Impact of comorbidities on management and outcomes of patients weaning from invasive mechanical ventilation: insights from the WEAN SAFE study. *Crit Care*. 2025;29(1):114. doi:[10.1186/s13054-025-05341-7](https://doi.org/10.1186/s13054-025-05341-7).
4. Amir B, Mai O, Shira T, Ido P, Nave P, Carmi B. Predictors of weaning success in patients on prolonged mechanical ventilation: a retrospective cohort study. *J Clin Med*. 2025;14(13):4427. doi:[10.3390/jcm14134427](https://doi.org/10.3390/jcm14134427).
5. Azoulay E, Mokart D, Kouatchet A, Demoule A, Lemiale V. Acute respiratory failure in

immunocompromised adults. *Lancet Respir Med.* 2019;7(2):173-186. doi:[10.1016/S2213-2600\(18\)30345-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(18)30345-X).

6. Azoulay E, Lemiale V, Mokart D, Pène F, Kouatchet A, Perez P, et al. Acute respiratory distress syndrome in patients with malignancies. *Intensive Care Med.* 2014;40(8):1106-1114. doi:[10.1007/s00134-014-3354-0](https://doi.org/10.1007/s00134-014-3354-0).

7. Harder J, Molter J, Nugent K. The association of ventilator mechanical power with weaning outcomes in intensive care unit patients: a narrative review. *J Thorac Dis.* 2025;17(1):487-495. doi:[10.21037/jtd-24-1381](https://doi.org/10.21037/jtd-24-1381).

8. Andrade-Rebolledo FA, Villagra-Morales G, Pérez LA. Inspiratory muscle training in weaning from prolonged mechanical ventilation: a systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne).* 2026;12:1719837. doi:[10.3389/fmed.2025.1719837](https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1719837).