Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):263

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EP-010 - FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD EN VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPERCÁPNICA

I. López Cruz, A. Ferrer Santolaria, A. Pina Belmonte, L. Piles Roger, M. Madrazo López, Á. Atienza García y A. Artero Mora

Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Resumen

Objetivos: Conocer el pronóstico y los factores predictivos de mortalidad en pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna que requieren ventilación mecánica no invasiva (VMNI) por insuficiencia respiratoria hipercápnica aguda.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes que recibieron tratamiento con VMNI durante su ingreso en sala de medicina interna de un hospital terciario entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2016. Se incluyeron todos los pacientes con neumopatía crónica conocida que presentaron insuficiencia respiratoria hipercápnica aguda tratados con VMNI. Se recogieron de forma protocolizada los datos epidemiológicos, clínicos y analíticos mediante la revisión de la historia clínica electrónica. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 22.00.

Resultados: Se estudiaron 47 pacientes, 29 (61,7%) eran mujeres, con una edad media de 82,2 ± 8,8 años, y un índice de comorbilidad de Charlson de 5,38 ± 0,94. Los antecedentes de neumopatía crónica fueron: EPOC 14 (29,8%), hipoventilación alveolar 19 (40,4%), restricción de caja torácica 11 (23,4%), asma 1 (2,1%) y solapamiento EPOC-hipoventilación alveolar 2 (4,2%) casos. Fallecieron 8 (17%) pacientes durante el ingreso y 8 (20,5%) de los 39 pacientes dados de alta reingresaron en los 30 días siguientes. Las patologías que motivaron el ingreso fueron: insuficiencia cardiaca descompensada 20 (42,6%), exacerbación de EPOC 6 (12,8%), asociación de exacerbación de EPOC con insuficiencia cardiaca descompensada 9 (19,1%), neumonía adquirida en la comunidad 4 (8,5%), y otras causas en 8 (17%) casos. La mortalidad fue mayor en el grupo con agudización de EPOC e insuficiencia cardiaca asociada (50% vs 12,8%, p = 0,015). Los factores asociados a mortalidad fueron una mala tolerancia inicial a la VMNI (50% vs 15,4%, p = 0,029), mayor acidosis a las 24h (pH 7,33 vs 7,41, p = 0,003) y niveles más altos de pO2 en la gasometría arterial a las 24h (83,9 vs 68,2 mmHg, p = 0,015). No hubo diferencias en edad, parámetros gasométricos iniciales o gravedad clínica medida mediante APACHE II.

Discusión: Los pacientes que recibieron VMNI en sala de Medicina Interna tuvieron edad avanzada y gran comorbilidad. La tasa de mortalidad fue elevada, igual que ocurre en estudios similares, y no fue predecible por la gasometría inicial ni por la gravedad del episodio (APACHE II). Las causas de insuficiencia respiratoria fueron heterogéneas, observando mayor mortalidad en pacientes con

agudización de EPOC e insuficiencia cardiaca descompensada asociada. Aunque la literatura respalda el uso de la VMNI en el paciente anciano, hay pocos datos que nos permitan predecir el pronóstico. En nuestro estudio se identificaron la mala tolerancia inicial a la VMNI y la peor respuesta de los parámetros gasométricos a las 24h como factores predictores de mortalidad. Nuestra principal limitación fue el pequeño tamaño muestral, por lo que son necesarios más estudios que permitan confirmar estos resultados.

Conclusiones: Los pacientes tratados con VMNI tuvieron una mortalidad del 17% y una tasa de reingreso del 20,5%. Hubo mayor mortalidad en los pacientes con agudización de EPOC e insuficiencia cardiaca descompensada asociada. La mala tolerancia a la VMNI en las primeras horas y la peor respuesta de parámetros gasométricos a las 24h (pH y pO2) se asociaron con mayor mortalidad.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.