Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):268

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EP-016 - VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA INDICADA EN UN HOSPITAL RURAL ¿PRESENTA CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES?

S. Domingo Roa[2], M. García Gómez[1], M. Guzmán García[1], E. Ramiro Ortega[1], M. Moreno Conde[1], A. Gallego de la Sacristana[1], L. Navarro Marín[1] y F. Luque[1]

[2]Medicina Interna. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén). [1]Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen

Objetivos: Analizar y valorar aquellos datos obtenidos en relación a una zona que abarca a la asistencia de 180.000 pacientes en una zona de gran dispersión geográfica distribuida en múltiples núcleos urbanos inferiores a 10.000 habitantes y realizar el perfil de pacientes que han precisado de tratamiento con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en un hospital de 2º nivel.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, incluyendo a los pacientes hospitalizados valorados que recibieron tratamiento intrahospitalario con VMNI tras valoración en el Hospital San Juan de la Cruz (Úbeda-Jaén) durante el periodo 1 de enero 2016 hasta 1 de mayo de 2017. Las fuentes de obtención de datos se obtuvieron a través de la revisión de historias clínicas (sistema de información asistencial DIRAYA) y la aplicación de laboratorio WebLab. Se elaboró una hoja de recogida de datos a partir de la información extraída de la valoración intrahospitalaria del paciente para la realización del perfil del paciente asistido.

Resultados: Se seleccionaron un total de 186 pacientes observados en el periodo anteriormente descrito que precisaron de VMNI en dicho periodo según su historia clínica. Se objetivo una distribución de sexo (hombres: 53,66% vs mujeres: 46,33%). Edad promedio: 76,22 ± 11,36 años. Se obtuvo una mortalidad del 27,41% con una edad promedio 78,74 años (58,82% de pacientes > 80 años). Promedio de estancia hospitalaria 8,89 (± 3,64) días. Diagnóstico de EPOC/asma: 61,29%, síndrome de apnea-hipoapnea (SAHOS): 46,45%, enfermedad restrictiva: 7,52%. Entre las causa de pautas de tratamiento, destaca reagudización de EPOC (53,23%), insuficiencia respiratoria hipoxémica sin criterios de EPOC (24,19%), edema agudo de pulmón (19,35%). Utilización de IOT: 5,38%. Se utilizó un 53,14% de tratamiento corticoideo sistémico mayor que el recomendado por las Guías GESEPOC.

Discusión: Dentro de los variables observadas, se objetiva la presencia de un predominio de pacientes de alta edad media (76,22 ± 11,36 años) y con la presencia de gran presencia de comorbilidades (índice de Charlson 3,41 ± 1,38) y con limitaciones de la vida diaria. Según los datos de nuestro estudio, la VMNI es una terapia útil pero limitada en el tratamiento de la hipoxemia con acidosis respiratoria relacionada (respuesta favorable en el 50,27%), aunque hay factores limitantes (16,39% de retirada por presencia de intolerancia, 19,35% falta de respuesta). Respecto a las variables estudiadas, los principales parámetros que se asociaron con mayor mortalidad fueron un

pH más bajo al ingreso y una PaCO2 más elevada, un ingreso previo en acidosis respiratoria y capacidad funcional previa al ingreso. El resto de parámetros no mostraron diferencias entre los pacientes que fallecieron y los que sobrevivieron aunque el grupo de pacientes que fallecieron tuvieron: mayor edad, mayor limitación de la movilidad y mayor frecuencia respiratoria a su llegada al Servicio de Urgencias.

Conclusiones: Existe una gran complejidad en el trato del paciente que precisan VMNI, ya que se presenta dificultades para la realización de cumplimento de tratamiento domiciliario y dificultad para valoración de alteraciones en relación a logística de los dispositivos a utilizar. Aunque el perfil del paciente valorado en nuestro estudio tiene tendencia a ser compuesto por parte de pacientes añosos pluripatológicos presentándose un peor pronóstico inicial, aunque también se objetiva la tendencia al aumento de la utilización de VMNI en paciente con criterios diagnósticos de SAHOS, siendo estos menos cumplidores que los anteriores pero con menor repercusión clínica habitual. Es importante individualizar las características de estos pacientes para conseguir la mejor clínica posible; e intentar adecuarnos dentro de las posibilidades reales a las decisiones del enfermo, siempre que estas sean adecuadas.

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