



<https://www.revclinesp.es>

EP-031 - VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: INDICACIONES Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

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

Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

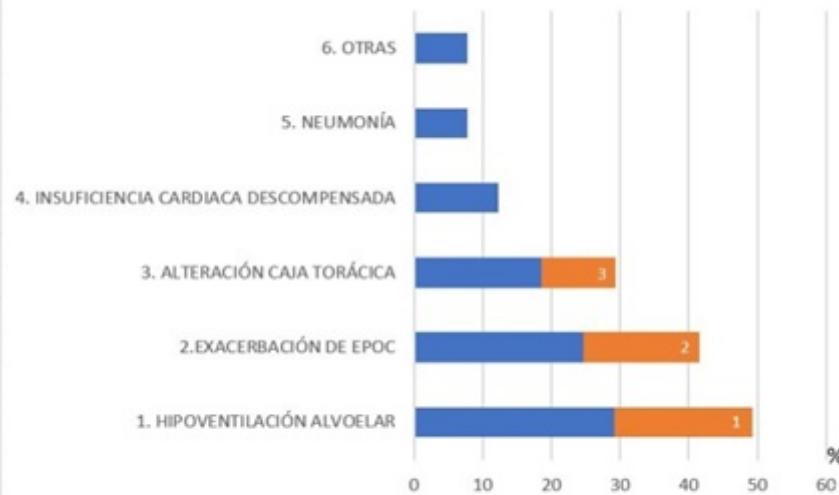
Resumen

Objetivos: Conocer las indicaciones de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en una planta de hospitalización convencional de Medicina Interna de un hospital terciario, así como su evolución clínica.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes ingresados en Medicina Interna entre enero de 2015 y diciembre de 2016 que requirieron VMNI durante al menos 24 horas. A partir de la historia clínica electrónica se completó un formulario protocolizado con datos epidemiológicos, clínicos y parámetros gasométricos. Se analizaron los datos mediante el programa SPSS 22.00.

Resultados: Durante el periodo de estudio se incluyeron un total de 65 pacientes, de los que 39 (60%) fueron mujeres, con edad media de $81,8 \pm 8,7$ años. Presentaron insuficiencia cardiaca 42 (64,2%), enfermedad renal crónica 28 (43,1%), diabetes mellitus 31 (41,7%) y obesidad 32 (49,2%) pacientes. El índice de Charlson medio fue $5,3 \pm 0,92$. Recibían oxigenoterapia domiciliaria 19 (29,2%), CPAP nocturna 9 (13,8%) y BiPAP nocturna 4 (6,2%). El índice APACHE II al ingreso fue $17,82 \pm 5$. La estancia media hospitalaria fue de $9,45 \pm 4,7$ días. Las indicaciones de VMNI fueron acidosis respiratoria 50 (65%), disnea intensa con tiraje 7 (10,8%), hipoxemia grave 6 (9,2%) y paliativa en 2 (3,1%) casos. Se utilizó BiPAP en 57 (87,75) casos y CPAP en 8 (12,3%). Las causas de insuficiencia respiratoria se muestran en la figura 1. La evolución de los parámetros gasométricos al inicio de la VMNI, tras 1h de tratamiento y a las 24h se muestra en la figura 2. La media de duración de la VMNI fue de $3,89 \pm 3,48$ días. La técnica fue bien tolerada en la mayoría de casos (75,4%). La evolución clínica fue favorable en 47 (72,3%) casos, de los que 10 (21,3%) reingresaron en los 30 días posteriores al alta. La mortalidad intrahospitalaria fue del 27,7%. Sólo 1 paciente recibió ventilación mecánica invasiva.

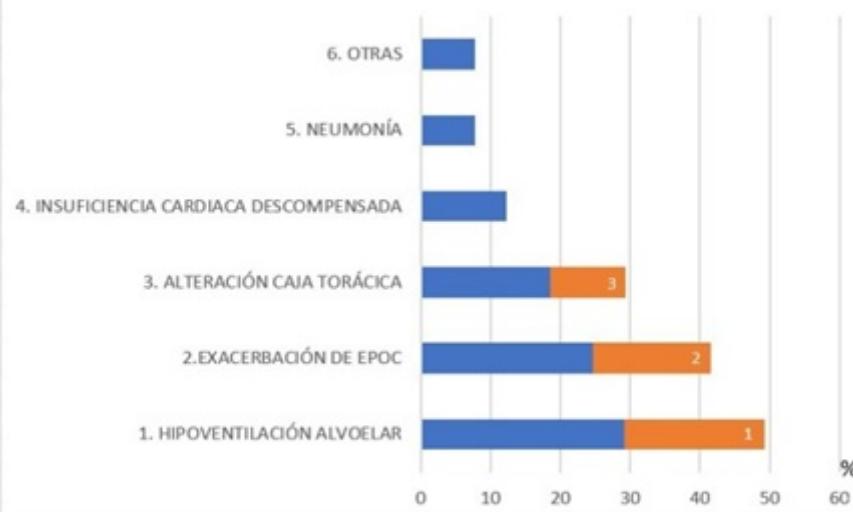
Figura 1. Causas de insuficiencia respiratoria en pacientes con VMNI



1. Hipoventilación alveolar + Insuficiencia cardiaca; 2. Exacerbación de EPOC + Insuficiencia cardiaca; 3. Alteración de la caja torácica+ Insuficiencia cardiaca

Figura 1

Figura 1. Causas de insuficiencia respiratoria en pacientes con VMNI



1. Hipoventilación alveolar + Insuficiencia cardiaca; 2. Exacerbación de EPOC + Insuficiencia cardiaca; 3. Alteración de la caja torácica+ Insuficiencia cardiaca

Figura 2

Discusión: En nuestra serie, la causa que más se asoció al uso de la VMNI fue la hipoventilación alveolar, seguido de la exacerbación de EPOC, asociando en la mayoría de casos un componente de insuficiencia cardiaca descompensada. Al igual que en la literatura, los pacientes suelen presentar una comorbilidad importante y edad avanzada, que conlleva en la mayoría de casos a que no sean susceptibles de ventilación mecánica invasiva, además de una tasa de mortalidad y reingreso elevados.

Conclusiones: Los pacientes ingresados que requirieron VMNI presentaron una edad elevada y gran comorbilidad. La principal causa que motivó el inicio de la VMNI fue la acidosis respiratoria y el diagnóstico más frecuente la insuficiencia cardíaca, aunque en la mayoría de casos hubo más de una patología implicada. La técnica fue bien tolerada, pero la tasa de mortalidad y de reingreso fueron elevadas.