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

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EA-049 - CAUSAS Y COMPLICACIONES EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA DEL PACIENTE ANCIANO. RESULTADOS DE UN HOSPITAL COMARCAL

E. Ramiro Ortega, L. Navarro Marín, M. Guzmán García, J. García Gómez, C. López Ibáñez, M. Moreno Conde y F. Luque

Medicina Interna. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén).

Resumen

Objetivos: Valorar las características clínicas de aquellos pacientes mayores de 75 años que precisan de la prescripción de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) intrahospitalaria y describir que variables se relacionan con la evolución intrahospitalaria de estos pacientes.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, a través de los datos de los pacientes incluidos en la zona básica de influencia del Hospital San Juan de la Cruz (Úbeda-Jaén) situada en el sur peninsular. Se seleccionaron a aquellos pacientes con edad igual o superior a los 75 años en los que se les prescribió durante su ingreso terapias que incluían colocación de dispositivos de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) según indicaciones actuales aportadas por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Se revisaron las prescripciones iniciadas durante el periodo 1 de febrero 2015 hasta 1 de febrero de 2017.Se elaboró una base de datos a través del sistema informático DAE utilizado en el Sistema Andaluz de Salud recogiendo variables de interés con posterior análisis estadístico.

Resultados: Se valoró un total de 120 casos en los que se inició una prescripción de VMNI intrahospitalaria, siendo el 65,5% que han precisado VMNI intrahospitalaria en ese periodo. Mortalidad neta: 35% (siendo el 78,57% de causa relacionada con patología respiratoria). Rango de edad (75-92 años, con P25-75: 80,14-86,24 años). Días de estancia hospitalaria: 8,83 ± 5,74 días. Distribución entre sexos: mujeres: 54,17%; hombres: 45,83%. Se observa pauta de inicio de CPAP en el 25,83% (del cual; 16,76% se utilizó CPAP tipo Boussignac y 53,98% CPAP domiciliaria) y BIPAP 74,17%. Índice de Charlson: 3,21 ± 1,02. Causas de colocación de VMNI: reagudización de EPOC: 48,33%, edema agudo de pulmón (EAP) con insuficiencia respiratoria (IR) 25,83%, IR hipercápnica sin diagnóstico de EPOC: 25,83%. Diagnóstico de EPOC: 56,67%, síndrome de apnea-hipoapnea obstructiva del sueño 44,17%, hipertensión pulmonar filiada 32,14%, cardiopatía estructural: 53,98%. Ingreso previo en últimos 3 meses: 33,05%. Retirada de VMNI por fallo: 50,83% (siendo del total 42,37% por no respuesta clínica, 15,17% por rechazo de tratamiento, 44,07% por intolerancia). Signos de SRIS: 35%. Deterioro neurocognitivo filiado previo: 30,83%, Insuficiencia renal 13,74%, Antecedentes de neoplasia 2,5% (3), Cambio de VMNI por intubación orotraqueal: 0% (4). Valoración UCI durante ingreso: 19,17% [ingreso en dicha Unidad: 13,04% (3 pacientes)]. Utilización de vasopresores 29,17%.

Discusión: Cuando comparamos con respecto a pacientes más jóvenes, se observa que los pacientes ancianos presentan una mayor tendencia al reingreso y necesidad de VMNI en el tramo de seguimiento entre 6-12 meses. Existe un aumento al rechazo de colocación e intolerancia para mantener VMNI a pesar de una respuesta favorable inicial con VMNI. Es destacable la presencia de una tasa inferior de utilización de VMNI en pacientes con EAP con respecto al número global de pacientes. A pesar de presentar valoración por Servicio de Cuidados Intensivos, solo un porcentaje residual de estos pacientes acaba en esta Unidad, objetivándose un tratamiento más conservador en estos pacientes independientemente de la situación funcional previa.

Conclusiones: La VMNI es una herramienta eficaz en pacientes ancianos, pero se presentan problemas en nuestra serie en relación a la intolerancia y rechazo de los familiares a la continuidad de cuidados. El perfil del paciente anciano con VMNI es muy distinto al del paciente joven evitándose medidas invasivas de forma precoz a pesar de presentar respuesta al tratamiento similar. La comorbilidad previa del paciente condiciona en gran medida la evolución intrahospitalaria y su posterior reingreso.

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