



## 290 - USO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN MEDICINA INTERNA EN HOSPITAL PRIMER NIVEL

**Victoria Pardo Gutiérrez<sup>1</sup>, Carlos Hernando Martín<sup>1</sup>, María Ángeles Duro Fernández<sup>2</sup>, Carmen de la Higuera Arranz<sup>1</sup>, Cristina Sainz de la Torre<sup>1</sup>, Silvia de Lózar Ortega<sup>3</sup>, Raúl Rodríguez Galindo<sup>4</sup> y Luis Arribas Pérez<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero, España. <sup>2</sup>Hospital Santa Bárbara, Soria, España. <sup>3</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España. <sup>4</sup>Hospital Recoletas Salud Campo Grande, Valladolid, España. <sup>5</sup>Complejo Asistencial Zamora, Zamora, España.

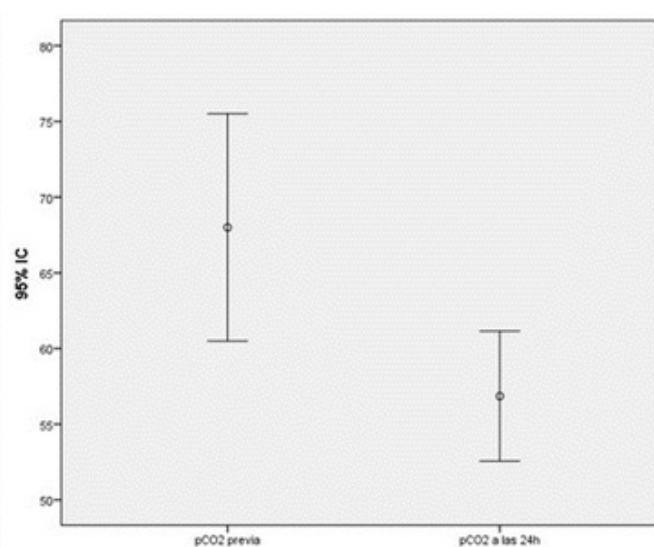
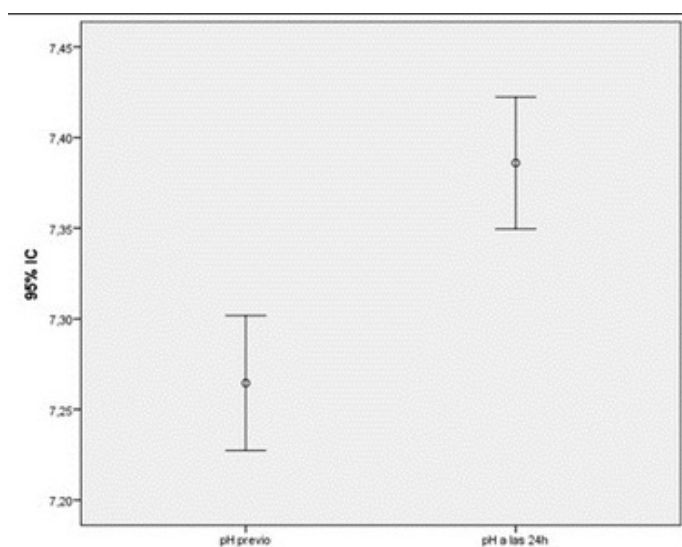
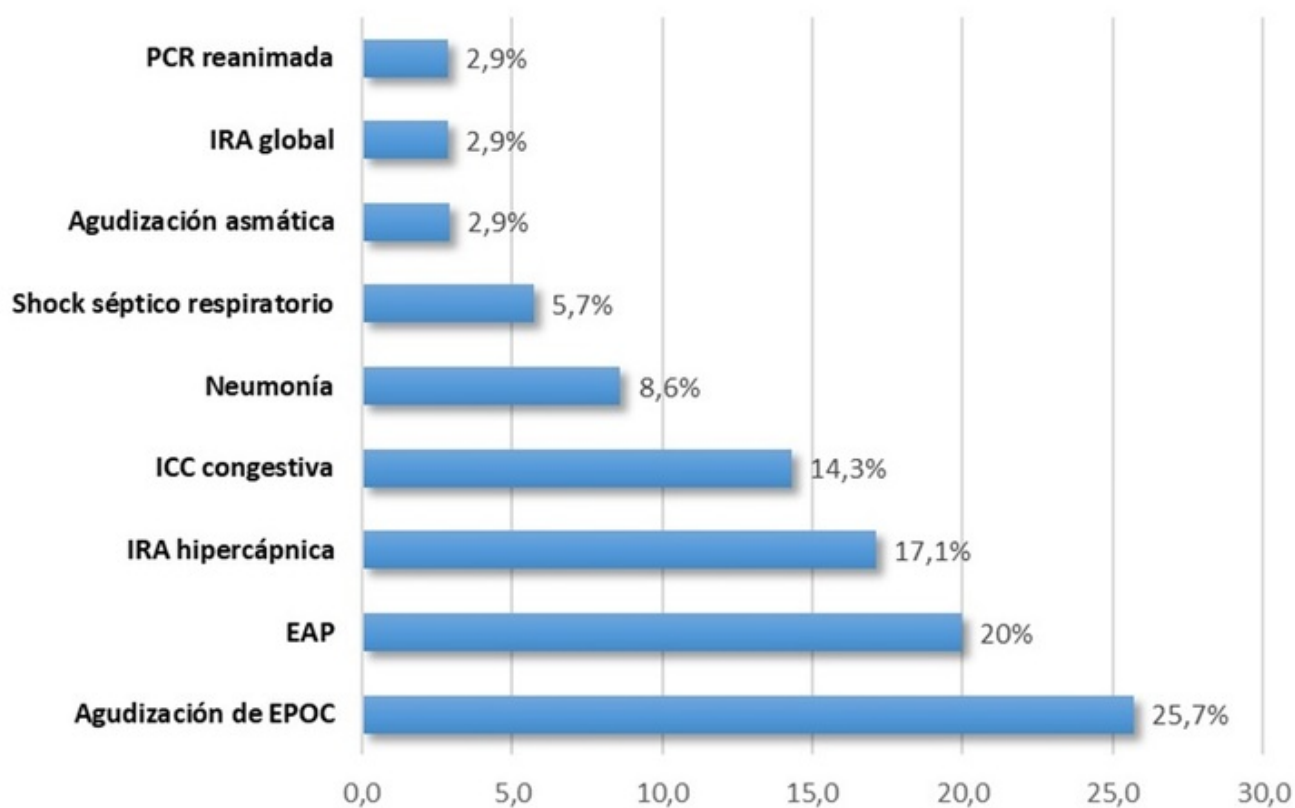
### Resumen

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes sometidos a ventilación mecánica no invasiva (VMNI) por el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional incluyendo pacientes ingresados por Medicina Interna que requirieron VMNI desde enero'22 a diciembre'23 mediante el programa informático IBM Statistics SPSS 21.

**Resultados:** Se registraron 35 pacientes, 20 varones (55,6%) y 15 mujeres (42,9%). Edad media 76,4 años (54-99 años). Un 76,4% procedía de Urgencias y el resto (23,6%) de planta. 18 pacientes (58,4%) habían ingresado previamente por disnea. Los índices de Barthel y Charlson basales fueron de  $47 \pm 36,8$  y  $5,89 \pm 2,30$ , respectivamente. Las indicaciones de VMNI fueron: agudización de EPOC (25,7%), edema agudo de pulmón (20%), insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica (17,1%), insuficiencia cardíaca congestiva (14,3%), neumonía (8,6%) shock séptico respiratorio (5,7%), agudización asmática (2,9%), insuficiencia respiratoria aguda global (2,9%) y parada cardiorrespiratoria reanimada (2,9%). Se utilizó modo BiPAP en un 71,4% de los casos y CPAP en el 28,6% restante. En modo BiPAP, las medias iniciales de pH y pCO<sub>2</sub> fueron de  $7,26 \pm 0,11$  y  $68 \pm 21,8$ , respectivamente. Tras 24 h de VMNI, hubo una mejoría estadísticamente significativa de las variables (pH  $7,38 \pm 0,11$  y pCO<sub>2</sub>  $57 \pm 12,5$ ); p 0,001. La duración media de la VMNI fue de 3,21 días. Al alta un 54,3% regresaron a domicilio, un 5,7% a residencia y el resto, derivados a otras unidades: Neumología (11,4%), Cuidados Intensivos (11,4%), Cardiología (2,9%) y Neurología (2,9%). 12 pacientes fallecieron (34,3%), un 33,3% durante el ingreso.

## INDICACIONES VMNI



**Discusión:** El uso de la VMNI en la insuficiencia respiratoria aguda permite reducir la necesidad de intubación orotraqueal, ventilación mecánica invasiva (VMI) y sus posibles complicaciones, así como la tasa de morbilidad y la estancia hospitalaria. Es relativamente sencilla de aplicar, permite al paciente la comunicación y la ingesta oral y puede utilizarse fuera de una Unidad de Cuidados Intensivos, preferiblemente en una Unidad de Cuidados Intermedios para monitorización. Es particularmente útil en aquellos pacientes no candidatos a una ventilación mecánica invasiva.

**Conclusiones:** La mayoría de nuestros pacientes sometidos a VMNI eran de edad avanzada, pluripatológicos, procedentes en su mayor parte del Servicio de Urgencias, en los que la VMI no se contemplaba. Las indicaciones más frecuentes de VMNI fueron la descompensación de EPOC, insuficiencia respiratoria aguda global y la insuficiencia cardíaca congestiva/edema agudo de

pulmón. Casi un 33% requirió traslado a nuestro Hospital de referencia. El porcentaje de *exitus* alcanzó un 11%. Más del 33% de fallecimientos se produjeron durante el ingreso y un 25%, al mes.

## **Bibliografía**

1. Rialp Cervera G, del Castillo Blanco A, Pérez Aizcorreta O, Parra Morais L. Ventilación mecánica no invasiva en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y en el edema agudo de pulmón cardiogénico. *Med Intensiva*. 2014;38(2):111-21.