



V-297. - VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN HABITACIÓN CONVENCIONAL DE MEDICINA INTERNA

M. González Gómez, P. Morales Blanco, A. Ortiz Cansado, L. Barrena Santana, M. González García, E. Gaspar García, L. Nevado López-Alegría, A. Montaña Martínez

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

Resumen

Objetivos: Los principales objetivos de este estudio son conocer las características clínicas de los pacientes ingresados en Medicina Interna que se someten a ventilación mecánica no invasiva (VMNI), las principales patologías que lo motivan y la evolución de las mismas, así como los parámetros utilizados.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo. La población de estudio son pacientes ingresados en Medicina Interna durante el período transcurrido de octubre de 2012 a junio de 2013 que requieren VMNI. Ésta se realiza en las camas convencionales de hospitalización de Medicina Interna con el dispositivo -BiPAP visión, sistema de asistencia ventilatoria-, y es llevada a cabo por internistas y personal de enfermería de dichas salas de hospitalización. Recogidos los datos mediante revisión de informes de alta y hojas de seguimiento empleadas durante la ventilación, y analizados con el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: De los 40 pacientes incluidos, 21 eran mujeres (52,5%) y 19 varones (47,5%). La mediana de edad fue 79 años (mínimo 41, máximo 91). Eran fumadores activos 3 pacientes (7,5%) y exfumadores 19 (47,5%). Tenía antecedentes de hipertensión arterial (HTA) el 65%, diabetes mellitus (DM) el 35%, dislipemia el 37,5% y obesidad el 45%. Estaban diagnosticados de broncopatía 26 pacientes (65%), de los cuales 20 sufrían enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 2 síndrome de obesidad hipoventilación (SOH) y 4 síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS). Presentaban patología de la caja torácica 3 pacientes (7,5%). Padecían cardiopatía 26 pacientes, de los cuales 6 cardiopatía hipertensiva, 5 isquémica, 5 valvular, 4 cor pulmonale crónico, 3 miocardiopatía hipertrófica y 3 dilatada. Tenían prescrita oxigenoterapia domiciliaria (OCD) 18 pacientes (45%) y ventilación mecánica modo CPAP en domicilio 6 (15%). Las patologías que motivaron el inicio de la VMNI fueron exacerbación de EPOC (40%), insuficiencia cardiaca/edema agudo de pulmón (47,5%), SOH (5%) y descompensación respiratoria de cifoescoliosis (7,5%). La mediana de días de VMNI fue 2 días (mínimo 1, máximo 5). La media de pH al inicio fue 7,24, siendo la media del mismo a la hora de VMNI 7,28 y al final de ésta 7,36. La media de pO₂ al inicio fue 65,7 y al final 75,2. Respecto a la pCO₂, la media al inicio de la VMNI fue 82,6, mejorando a 75 a la primera hora y 60 al final de la misma. La IPAP y EPAP medias empleadas al inicio de la VMNI fueron 14 y 7 respectivamente. En todos los casos se empleó mascarilla oronasal y se toleró adecuadamente en el 72,5% de los casos. La mayoría de los pacientes se encontraban somnolientos

(45%) o estuporosos (25%) al inicio. El 72,5% de los pacientes (29) tuvieron una evolución favorable, el 15% (6) fallecieron y en el 10% (4) se interrumpió la VMNI por intolerancia.

Discusión: Durante los últimos años se ha extendido el uso de la VMNI tanto en pacientes crónicos como en situaciones agudas, existiendo aún controversia si son necesarias unidades específicas para llevarla a cabo y personal exclusivo. Es cierto que para su correcta aplicación se necesita un manejo y entrenamiento por parte del personal facultativo y enfermería. El hecho de que un personal cualificado esté disponible de forma permanente debe ser la variable más importante a tener en cuenta para la utilización de la VMNI en habitaciones convencionales.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes ingresados en Medicina Interna y sometidos a VMNI tienen edad avanzada, estando contraindicado en muchos de ellos (por edad y comorbilidad) la intubación orotraqueal y ventilación invasiva. De igual modo, prácticamente todos nuestros pacientes padecen broncopatía/cardiopatía previas con insuficiencia respiratoria crónica, que pueden beneficiarse de la VMNI en el momento de la reagudización de su patología de base, fundamentalmente ante descompensación hipercápica.