



<https://www.revclinesp.es>

EP-017 - VARIABLES ASOCIADAS AL FRACASO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA INTRAHOSPITALARIA. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

M. Guzmán García¹, M. Moreno Conde¹, S. Domingo Roa², A. Gallego de la Sacristana¹, E. Ramiro Ortega¹, L. Navarro Marín¹ y F. Luque¹

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

Resumen

Objetivos: Describir que factores o variables están presentes o asociadas con respecto a la retirada del tratamiento con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y valorar cuáles de ellos son modificables para evitar este fracaso.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, incluyendo a los pacientes valorados en el Hospital San Juan de la Cruz (Úbeda-Jaén) que precisaron de VMNI, seleccionándose aquellos pacientes en los que realizó retirada de dispositivos de VMNI. Se revisaron las prescripciones iniciadas durante el periodo 1 de marzo 2015 hasta 31 de enero de 2017. Se elaboró una base de datos recogiendo variables de interés con posterior análisis estadístico.

Resultados: Se procede a la valoración de la retirada de tratamiento con VMNI por fracaso en un total de 84 pacientes, siendo el 45,65% del total de VMNI intrahospitalaria. Días de estancia hospitalaria: $8,85 \pm 6,24$ días. Edad media: $77,37 \pm 14,07$ años. Distribución por sexos: Hombres: 58,33%. Mortalidad intrahospitalaria: 64,28%. Oxigenoterapia previa al ingreso: 57,31%. Uso de corticoides sistémicos: 83,13%. Uso de vasopresores: 44,58%. Criterios de sepsis grave/shock séptico: 38,55%. Criterios de EPOC: 54,05%. SAHOS: 43,37%. Patología vascular: 69,88%. Deterioro neurológico 33,33%. Uso de sedantes del SNC: 34,52%. Antecedentes insuficiencia renal: 10,71%. Tasa de reingreso previo en 90 días: 46,34%. Colocación de VMNI previa: Causas de colocación de VMNI: Edema agudo de pulmón (EAP): 10,08%. Insuficiencia respiratoria (IR) hipoxémica sin criterios de EPOC 17,85%. Reagudización de EPOC: 55,95%. Motivos de retirada: Intolerancia 35,71%. No respuesta clínica: 41,67%. Medidas LET: 8,33% (7 pacientes). Intubación orotraqueal (IOT): 4,76% (4).

Discusión: La utilización clínica rutinaria de VMNI en pacientes con IRA ayuda al descenso de la mortalidad respecto a la esperable según escalas de gravedad. Cuando la VMNI es útil para la reducción de la mortalidad, ya que esta fue muy inferior a la esperable en pacientes en los que no se produce la colocación de dispositivos de VMNI. Estos datos apoyan que VMNI como una opción segura, con potenciales beneficios en cuanto a evitar la intubación o neumonía asociada a ventilación mecánica. Dentro de los factores valorados, destaca la presencia de factores no clínicos, como la retirada de tratamiento por decisión familiar. Habría que destacar la presencia del conflicto ético en los pacientes con deterioro cognitivo o situación terminal; lo que conlleva la valoración individualizada de cada caso.

Conclusiones: Es importante la realización de la valoración y planificación de las características del paciente antes de la colocación de VMNI. En las posibles características que presentan tendencia a valorar en estudios posteriores habría que distinguir 2 grupos definidos; las retiradas secundarias a situación sociofamiliar (que incluirían las medidas LET, definición de criterio de terminalidad por parte de los profesionales que valoran al paciente, procesos de intolerancia por parte del paciente, entre otros) y otros en relación a la situación clínica, donde las variables que influyen con mayor peso son la edad, insuficiencia renal crónica o aguda establecida, criterios de sepsis, inicio tardío de VMNI y consumo de neurolépticos o benzodiazepinas previas al ingreso. Otro factor a tener en cuenta es la presencia del bajo porcentaje de pacientes que se realiza retirada para IOT, lo que se deberá valorar de forma posterior.