



Revista Española de Cardiología



6062-468. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN EL MANEJO DEL SHOCK CARDIOGÉNICO

Luna Carrillo Alemán¹, Víctor Martínez Pérez², Pablo Bayoumi Delis³, Augusto Montenegro Moure³, Laura López Gómez³, Ángel Andrés Agamez Luengas³, Dolores Casado Mansilla³, Aurea Higón Cañigral³, Domingo Andrés Pascual Figal⁴ y Andrés Carrillo Alcaraz³

¹Hospital de Torrevieja (Alicante). ²Universidad de Murcia. ³Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia. ⁴Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: El shock cardiogénico se caracteriza por disminución de la presión arterial asociada a hipoperfusión tisular, que suele cursar con insuficiencia respiratoria. La presencia de shock ha sido considerada una contraindicación para el uso de ventilación mecánica no invasiva (VNI). El objetivo principal de este estudio es analizar la efectividad y seguridad de la VNI, en el paciente con shock cardiogénico.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo, durante un periodo de 20 años, que incluyó todos los pacientes hospitalizados de forma consecutiva en una Unidad de Cuidados Intensivos, con diagnóstico de shock cardiogénico y tratados con VNI. Se estudió el fracaso de la VNI, definida como necesidad de intubación endotraqueal o muerte durante la estancia en UCI. Los pacientes fueron seguidos durante un año.

Resultados: Un total de 252 pacientes (edad $74,1 \pm \text{DE}$ años, 54,8% varones, índice SAPS II $49,9 \pm \text{DE}$). La causa principal desencadenante fue el síndrome coronario agudo en 139 (55,2%). A la inclusión, la presión arterial media era de 51,3 mmHg, pH arterial de 7,26 y el lactato sérico de 4,4 mmol/L. El fracaso de la VNI lo presentaron 131 (52%) de los pacientes y 63 (25%) presentaron complicaciones relacionadas con la VNI. Los factores independientes relacionados con el fracaso de la VNI fueron SAPS II (OR = 1,04; IC95% = 1,01-1,07), una mayor frecuencia respiratoria al iniciar VNI (OR = 1,16; IC-95% = 1,07-1,27), una menor PaO₂/FiO₂ al iniciar VNI (OR = 0,98; IC95% = 0,97-0,99), orden de no intubación? (OR = 19,69; IC95% = 6,67-58,11) e infarto agudo de miocardio como causa de shock (OR = 3,97; IC95% = 1,87-8,40). La mortalidad ajustada al año fue mayor en el grupo con infarto agudo de miocardio.

Conclusiones: La VNI es efectiva y segura en el tratamiento del shock cardiogénico. La mayor gravedad de los pacientes al ingreso la etiología isquémica aguda y el nivel de la frecuencia respiratoria y el índice de oxigenación con el soporte ventilatorio predicen una peor evolución. A largo plazo, el síndrome coronario agudo como causa del shock es un factor de mal pronóstico.