



6062-469. HIPOCAPNIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL FRACASO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Luna Carrillo Alemán¹, Augusto Montenegro Moure², Laura López Gómez², Pablo Bayoumi Delis², Ángel Andrés Agamez Luengas², Aurea Higón Cañigral², Dolores Casado Mansilla², Víctor Martínez Pérez³, Domingo Andrés Pascual Figal⁴ y Andrés Carrillo Alcaraz²

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

Resumen

Introducción y objetivos: La ventilación no invasiva (VNI) se ha convertido en un tratamiento habitual de la insuficiencia respiratoria aguda (IRA). Se han descrito múltiples factores asociados al fracaso de esta técnica. Algunos autores postulan que la presencia de hipocapnia al inicio de la VNI aumenta la mortalidad de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA). Nuestro objetivo es analizar si la presencia de hipocapnia es un factor de riesgo para VNI en el paciente con ICA.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo sobre una base de datos prospectiva. Se incluyen todos los pacientes con ICA que ingresan en UCI, entre enero de 1997 a diciembre 2017, por insuficiencia respiratoria y precisan VNI. Los criterios de inclusión eran la presencia de disnea, frecuencia respiratoria (FR) ≥ 30 y $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \geq 250$ mmHg. Los criterios de exclusión eran la presencia de shock cardiogénico y la ICA por afectación de ventrículo derecho. Se define hipocapnia como la presencia de una $\text{PaCO}_2 \leq 35$ mmHg en la gasometría basal previa a la VNI, normocapnia como PaCO_2 entre 35 y 45 mmHg e hipercapnia $\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg. Se define fracaso de la VNI la necesidad de intubación endotraqueal o la muerte en UCI.

Resultados: Han sido analizados 1.009 pacientes con ICA, 158 (15,7%) normocápnicos, 361 (35,8%) hipocápnicos y 490 (48,5%) hipercápnicos. La edad en los 3 grupos era de $73,3 \pm 10,4$, $73,3 \pm 11,2$ y $75,6 \pm 8,9$ años ($p = 0,001$), respectivamente. En el grupo normocápnico la FR era de 36 ± 4 , PaCO_2 40 ± 3 y $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 125 ± 31 . En el grupo hipocápnico 37 ± 3 , 28 ± 3 y 134 ± 30 ; y en el grupo hipercápnico 37 ± 6 , 65 ± 16 y 126 ± 36 , respectivamente. Fracaso de la VNI se objetivó en 15 (9,5%) de los pacientes normocápnicos, 56 (15,5%) de hipocápnicos y 54 (11%) de hipercápnicos ($p = 0,070$). Los factores de riesgo independientes para fracaso de la VNI fueron SAPS II (OR = 1,07, IC95% = 1,04-1,09), orden de no intubación (OR = 2,88, IC95% = 1,45-1,81), SOFA inicial (OR = 1,76, IC95% = 1,48-2,08), índice HACOR a 1 hora VNI (OR = 1,62, IC95% = 1,45-1,08), la presencia de síndrome coronario agudo (OR = 2,18, IC95% = 1,18-4,01), la presencia de complicación relacionada con VNI (OR = 6,42, IC95% = 3,47-11,89) e hipocapnia al inicio de VNI (OR = 3,842, IC95% = 2,02-7,27).

Conclusiones: La hipocapnia al inicio de la VNI en el paciente con ICA es un hallazgo frecuente. Entre los factores de riesgo para un mal pronóstico, la presencia de hipocapnia es un fuerte factor predictor de fracaso de la VNI.