Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 910

Revista Española de Cardiología

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

Luna Carrillo Alemán[1], Víctor Martínez Pérez[2], Pablo Bayoumi Delis[3], Augusto Montenegro Moure[3], Laura López Gómez[3], Ángel Andrés Agamez Luengas[3], Dolores Casado Mansilla[3], Aurea Higón Cañigral[3], Domingo Andrés Pascual Figal[4] y Andrés Carrillo Alcaraz[3]

[1]Hospital de Torrevieja (Alicante). [2]Universidad de Murcia. [3]Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia. [4]Hospital 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 ± DE años, 54,8% varones, índice SAPS II 49,9 ± 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 intubació? (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.