



Revista Española de Cardiología



6036-358. USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS.

María Rivadeneira Ruiz, Diego Félix Arroyo Moñino, Tania Seoane García, María del Pilar Ruiz García y Juan Carlos García Rubira

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: La ventilación mecánica (VM) es la técnica de soporte vital a corto plazo más utilizada. Sin embargo, siguen existiendo controversias sobre el momento idóneo de aplicación, el modo inicial o los parámetros más adecuados para evitar la lesión pulmonar asociada. El objetivo de nuestro estudio es realizar el seguimiento intrahospitalario de pacientes con patología cardiovascular que necesitan de VM, identificando diferencias en la aplicación de ésta entre subgrupos.

Métodos: Estudio unicéntrico observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Coronarios entre enero de 2018 y febrero de 2020 que requirieron de VM.

Resultados: Se analizaron 66 pacientes. 73% eran varones con una edad media de 68 ± 12 años. Un 41% presentaban diabetes mellitus (DM) y un 21% algún grado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Como antecedentes personales destacaron la cardiopatía isquémica (33%) y la insuficiencia cardiaca (30%). El 29% presentaban un filtrado glomerular por debajo del $45 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. El motivo principal de decisión de intubación orotraqueal (IOT) e inicio de VM fue la parada cardiorrespiratoria (51,5%) necesitando un 74% drogas vasoactivas. En nuestra cohorte, se inició la VM mayoritariamente con modo controlado por volumen (AC/VC). El 41,5% de los pacientes desarrollaron infección o sepsis en el ingreso y necesitaron de terapia renal sustitutiva un 12%, siendo la DM un factor predictor de diálisis ($p = 0,04$). En el análisis por subgrupos se observó que los pacientes con EPOC tenían una mayor incidencia de reintubaciones y necesidad de ventilación mecánica no invasiva tras la extubación ($p 0,01$), así como de traqueostomía ($p = 0,03$) por un mayor número de días de IOT (13 ± 20 ; $p 0,05$). Hubo una tendencia a uso de PEEP más alta y de mayor uso de fármacos inotrópicos en pacientes con EPOC. La media de días de VM fue de 6 ± 10 (mediana de 5) y de días de estancia en UCI de 12 ± 12 (mediana de 8). La mortalidad intrahospitalaria fue elevada, alcanzando casi el 50%.

Conclusiones: La parada cardiorrespiratoria es la principal causa de inicio de VM en pacientes con patología cardiovascular. Los pacientes con EPOC tienen más riesgo de fracaso tras la extubación y requieren ventilación mecánica más prolongada con mayor necesidad de traqueostomía. La mortalidad intrahospitalaria fue cercana al 50%.