



6017-300. VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA FRENTE A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN *SHOCK* CARDIOGÉNICO

María Isabel Barrionuevo Sánchez¹, Miguel Corbi-Pascual¹, Vicente Ferrer Bleda¹, Sofía Calero Núñez¹, Cristina Ramírez Guijarro¹, Gonzalo Gallego Sánchez¹, Juan José Portero Portaz¹, Concepción Urraca Espejel¹, Javier Navarro Cuartero² y Francisco Manuel Salmerón Martínez¹, del ¹Complejo Hospitalario Universitario, Albacete y ²Hospital de Hellín, Albacete.

Resumen

Introducción y objetivos: La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) presenta un uso muy extendido en distintos escenarios en la unidad de cuidados intensivos cardiovasculares (UCIC). No obstante, se reconoce al *shock* cardiogénico (SC) como una indicación de IOT y ventilación mecánica invasiva (VMI) para minimizar el trabajo energético invertido en la respiración. No obstante, y siempre que se mantenga un adecuado nivel de consciencia y una presión de soporte inspiratorio (IPAP) suficiente para minimizar el esfuerzo inspiratorio, la VMNI puede constituir una alternativa válida, menos invasiva y asociada a menos complicaciones.

Métodos: Se incluyen 150 pacientes ingresados en la UCIC con diagnóstico de SC entre marzo 2012-agosto 2017. Se definió el SC como una situación de hipotensión y signos de bajo gasto cardiaco (uno o más de oliguria, elevación de ácido láctico y necesidad de soporte inotrópico o vasopresor) sin confirmación invasiva hemodinámica. 91 pacientes fueron tratados con VMI con soporte previo o posterior a la misma con VMNI en un 27,5% de los casos mientras que 59 pacientes (el 39,3%) fueron tratados de forma exclusiva con VMNI. Analizamos las diferencias entre el grupo que recibió exclusivamente VMNI frente al grupo que recibió VMI.

Resultados: No hubo diferencias en las características epidemiológicas entre ambos grupos ni en edad ($68,9 \pm 11,1$ frente a $74,8 \pm 10,6$, NS), FRCV ni antecedentes personales a excepción del porcentaje de fumadores que fue mayor en el grupo de VMI (34,1 frente a 18,6% p 0,05) e HTA mayor en el grupo de VMNI (84,7 frente a 64,8% p 0,05). Más de la mitad de los ingresos se debieron a SCA (60,3%) y el segundo motivo de ingreso fue IC aguda (20,7%). No hubo diferencias en el tamaño del infarto medido por marcadores de daño miocárdico ni en la FEVI. Tampoco hubo diferencias en el porcentaje de tratamiento inotrópico (a excepción de levosimendán más usado en el grupo de VMNI), vasopresor, BCIAo o en el tipo de revascularización recibida. Los pacientes tratados con VMNI tuvieron una menor mortalidad en UCIC (25,4 frente a 48,4% p 0,05) y también en un seguimiento medio de $22,2 \pm 11,3$ meses. Hubo una tendencia no significativa a reducir la estancia hospitalaria aunque no la estancia en UCIC.

Comparación de las variables de los pacientes en *shock* cardiogénico (SC) tratados con VMI o VMNI

Variable	VMI (n = 91)	VMNI (n = 59)	p
----------	--------------	---------------	---

Edad	68,9 ± 11,1	74,8 ± 10,6	NS
Varones	71,4%	66,1%	NS
FRCV			
HTA	64,8%	84,7%	0,05
DM2 (insulinizados)	46,2% (16,5%)	45,8% (27,1%)	NS
DLP	47,3%	61%	NS
Fumador	34,1%	18,6%	0,05
Exfumador (> 1 año)	20,9%	20,3%	NS
Alcohol (> 3 UBE ^a)	9,9%	8,5%	NS
Antecedentes personales			
H ^a cardiopatía isquémica	28,6%	27,1%	NS
H ^a FA	22%	23,7%	NS
H ^a arteriopatía	17,6%	15,3%	NS
Aclaramiento Cr ingreso ^b	51,9 ± 23,9	47,8 ± 25,2	NS
SCA	52,8%	67,8%	0,05
IC aguda	14,3%	27,1%	0,05
Bradiarritmia	4,4%	5,1%	NS
Pico TnTUs	4.540 ± 4.100	5.736 ± 4.188	NS

Pico CK	3.003 ± 3.629	3.884 ± 4.720	NS
FEVI ingreso	28,17 ± 17,1	30,6 ± 15,2	NS
Estancia UCIC	7,1 ± 5,2	8,6 ± 16,6	NS
Estancia total	13 ± 12	11,7 ± 9,2	NS
Soporte vasoactivo			
Tratamiento dopamina	24,2%	20,3%	NS
Tratamiento dobutamina	90,1%	88,1%	NS
Tratamiento levosimendan	15,4%	32,2%	0,05
Tratamiento noradrenalina	94,5%	88,1%	NS
Balón contrapulsación	17,6%	8,5%	NS
Hemodiálisis	8,8%	11,9%	NS
ICP/revascularización qx	52,7%/2,2%	55,9%/%	NS/NS
Muertes UCIC	48,4%	25,4%	0,05
Seguimiento muertes	51,7%	33,9%	0,05

^aUBE: unidad de bebida estándar. ^bCalculado según la fórmula de Cockcroft-Gault.

Conclusiones: La VMNI con una adecuada selección de los pacientes y una monitorización estrecha puede ser una estrategia de soporte respiratorio válida en SC.