



4006-3. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN EL TRATAMIENTO DEL EDEMA AGUDO PULMONAR CARDIOGÉNICO

Luna Carrillo Alemán¹, Antonia López Martínez², Víctor Martínez Pérez³, Augusto Montenegro Moure², Elena Candela Sánchez¹, Juan Gabriel Martínez Martínez¹, Domingo Pascual Figal³ y Andrés Carrillo Alcaraz², del ¹Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, ²Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia y ³Universidad de Murcia, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia respiratoria debida al edema agudo pulmonar cardiogénico (EAPC) es una emergencia médica. El objetivo del tratamiento es mejorar la congestión pulmonar junto con medidas para lograr una oxigenación tisular adecuada. Cuando la oxigenoterapia no es suficiente, es necesario aplicar el soporte ventilatorio. La ventilación no invasiva (VNI) es una de las medidas para mantener un intercambio de gases adecuado. Nuestro objetivo es describir las características de pacientes con EAPC tratados con VNI y analizar los factores de riesgo de fracaso de la VNI en estos pacientes.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de cohorte de pacientes ingresados en la Unidad Coronaria (UC) de 1997 a 2017 con insuficiencia respiratoria aguda por EAPC. La VNI se inició si el paciente tenía disnea grave, frecuencia respiratoria > 30 respiraciones-1, PaO₂/FiO₂ 250 o pH 7,35. El fallo de la VNI se define como la necesidad de intubación endotraqueal o muerte en UC.

Resultados: Analizamos 1.318 pacientes con 1.350 episodios de EAPC; edad 74 ± 10 años y 707 varones (53,6%). Presentaban diabetes mellitus 701 pacientes (53,2%), dislipemia 516 (39,2%), hipertensión 722 (54,8%), hábito tabáquico 184 (14%) y exfumador 548 (48,3%). Orden de no intubación (ONI) en 283 (21,5%) y la hipotensión arterial al ingreso 213 (15,8%). Las principales causas de EAPC fueron miocardiopatía en 933 casos (70,8%), valvulopatía en 108 (8,2%) y ambas en 102 (7,7%); síndrome coronario agudo en 548 (41,6%) pacientes, 460 con elevación del ST, con angioplastia percutánea primaria en 90,9%. El éxito de la VNI fue en 1.055 (80%) casos, y la mortalidad hospitalaria 22,6%. 228 pacientes (17,3%) tuvieron complicaciones relacionadas con la VNI, siendo la lesión cutánea la complicación más frecuente, 187 (14,2%). La mortalidad hospitalaria en la VNI con éxito fue de 72 (6,8%) y 226 (85,9%) en la fallida (p 0,001). Los factores de riesgo de VNI se muestran en la tabla.

Factores de riesgo de VNI

Variable	Coeficiente beta	OR	IC95%	p
EPOC	-0,985	0,374	0,198-0,706	0,002

VNI Complicaciones	1,361	3,901	2,523-6,033	0,001
Emergencia hipertensiva	-1,053	0,349	0,183-0,667	0,001
Síndrome coronario agudo	0,831	2,297	1,521-3,467	0,001
HACOR 1 hora de NIV	0,237	1,268	1,193-1,347	0,001
SOFA máximo	0,453	1,574	1,473-1,680	0,001

Test Homer Lemeshow p: 0,260; AUC: (0,923 (IC95%: 0,912-0,931)).

Conclusiones: La EAPC es una patología grave con una alta mortalidad que puede tratarse de forma segura con VNI. La presencia del síndrome coronario agudo como etiología del edema pulmonar es un factor de riesgo de fracaso de la VNI, mientras que la emergencia hipertensiva como causa del edema pulmonar es un factor que predice el éxito de la técnica.