Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 584

Revista Española de Cardiología

5029-3. VENTILACIÓN NO INVASIVA EN EL TRATAMIENTO DEL EDEMA AGUDO DE PULMÓN CAUSADO POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO. ANÁLISIS DE PROPENSIÓN

Luna Carrillo Alemán[1], Antonia López Martínez[2], Víctor Martínez Pérez[3], Ángel Andrés Agamez Luengas[2], Elena Candela Sánchez[1], Juan Gabriel Martínez Martínez[1], Domingo Pascual Figal[3] y Andrés Carrillo Alcaraz[2], del [1]Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, [2]Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia y [3]Universidad de Murcia, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: La ventilación no invasiva (VNI) ha demostrado ser efectiva en el tratamiento del edema agudo pulmonar cardiogénico (EAPC), evitando la intubación endotraqueal. Sin embargo, su uso en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) es controvertido. Nuestro objetivo es analizar la evolución de los pacientes con EAP por SCA comparándolos con otras etiologías.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de una cohorte de pacientes ingresados en 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. Se utilizaron ventiladores específicos para la VNI, la máscara orofacial y la ventilación con presión positiva binivel no invasiva. El fracaso de VNI se define como la necesidad de intubación endotraqueal o muerte en UC. Las variables se expresan como media ± desviación estándar o mediana (rango intercuartil), frecuencias absolutas y relativas. Comparaciones usando test de $?^2$ Pearson y t Student. Se calcula el riesgo relativo (RR) y los intervalos de confianza (IC) del 95%. Realizamos un macheado mediante análisis de propensión (para una coincidencia de 1:1), con las siguientes variables: edad, sexo, índice de gravedad SAPS II y SOFA máximo en las primeras 24 horas, antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y orden de no intubación.

Resultados: Durante el periodo de estudio, hubo 1.318 pacientes con 1.350 episodios de EAPC. Después del análisis de propensión, comparamos 548 pacientes con SCA y 548 con otros diagnósticos. La comparación entre las variables entre ambos grupos se muestra en la tabla. Los pacientes con SCA presentan un RR de 1,79 (IC95%: 1,41 a 2,28) para el fracaso de la VNI y de 1,51 (IC del 95%: 1,21 a 1,88) para la mortalidad hospitalaria.

	SCA	Otras causas	P
Edad, años	74,8 ± 9,6	74,5 ± 10,5	0,559
Género masculino, n (%)	327 (59,7)	327 (59,7)	1

SAPS II	41 ± 13	41 ± 12	0,745
Índice de Charlson	1 (1,2)	2 (1,2)	0,137
EPOC, n (%)	73 (13,3)	73 (13,3)	1
Diabetes, n (%)	318 (58)	288 (52,68)	0,068
Dislipemia, n (%)	215 (39,2)	214 (39)	1
Orden de no intubación, n (%)	117 (21,4)	117 (21,4)	1
Hipotensión al inicio de la VNI, n (%)	111 (20,3)	95 (17,3)	0,216
Frecuencia respiratoria, min^{-1}			
Al inicio de VNI	37 ± 4	37 ± 5	0,869
Después de 1 hora de VNI	31 ± 5	30 ± 4	0,034
PaO2/FiO2, mmHg			
Al inicio de VNI	126 ± 33	128 ± 33	0,326
Después de 1 hora de VNI	160 ± 35	167 ± 37	0,001
Éxito VNI, n (%)	397 (72,4)	464 (84,7)	0,001
Horas de VNI	10 (6,24)	12 (6,24)	0,710
Complicaciones VNI, n (%)	99 (18,1)	86 (15,7)	0,294
Shock cardiogénico durante VNI, n (%)	151 (27,6)	100 (18,2)	0,001
Estancia en UC, días	3 (2,6)	3 (2,6)	0,524

Estancia hospitalaria, días	12(7,18)	13 (8,20)	0,001
Mortalidad UC, n (%)	129 (23,5)	68 (12,4)	0,001
Mortalidad hospitalaria, n (%)	156 (28,5)	103 (18,8)	0,001

Conclusiones: Los pacientes con edema pulmonar agudo secundario a SCA presentan peor evolución y pronóstico que los secundarios a otras causas.