

VENTILACIÓ MECÀNICA NO INVASIVA: A QUINA UNITAT HAURIEN D'INGRESSAR ELS PACIENTS?

Raurell-Torredà M¹, Argilaga-Molero E², Ródenas-Francisco A³, Ruiz-García T⁴, Colomer-Plana M⁵, Garcia-Olm M⁵, Jiménez-Payan S³, Uya-Muntaña J², Galvany-Ferrer A⁵,

1. Universitat de Girona. 2. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. Universitat de Barcelona. 3. Consorci Hospitalari de Vic, 4. Hospital Clínic Provincial de Barcelona, 5. Hospital Universitari de Girona, Dr. Josep Trueta.

INTRODUCCIÓ

La ventilació mecànica no invasiva (VMNI) requereix equips de treball formats per detectar complicacions i saber actuar adequadament per solucionar-les.

OBJECTIU

Determinar les característiques dels pacients amb VMNI i comparar-ne l'evolució en diferents unitats, 6 unitats de cures intensives (UCI), 3 unitats de semicrítics (2 a urgències i una postquirúrgica) i tres sales d'hospitalització.

MATERIAL I MÈTODE

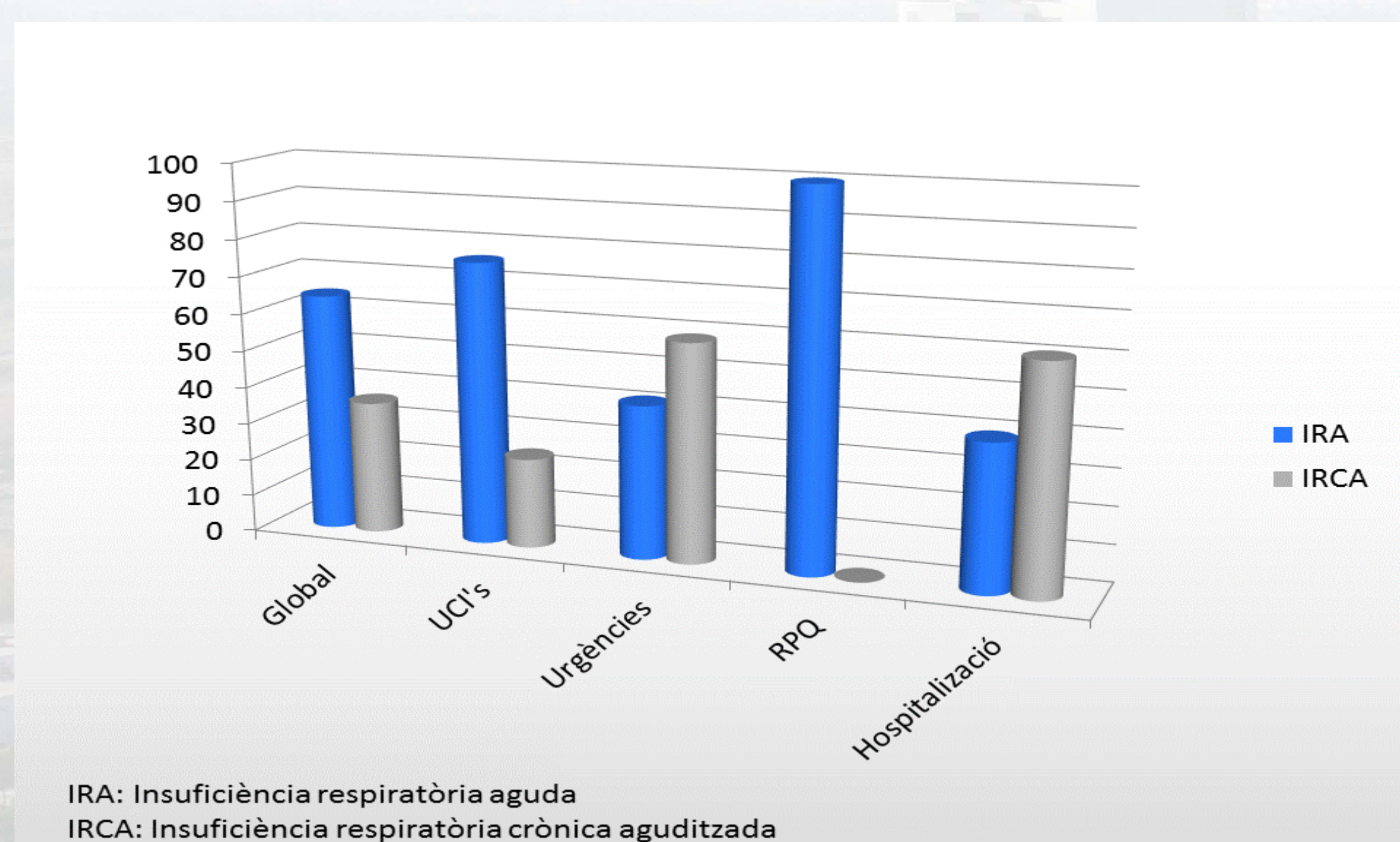
Estudi de cohorts en pacients tractats amb VMNI > 2 hores. Es van recollir les variables relacionades amb el pacient, procediment de la VMNI, causes de retirada i tipus de complicacions. Els pacients van donar el consentiment informat per participar en l'estudi.

RESULTATS

Del 387 pacients analitzats (50% UCI, 31% urgències, 10% postquirúrgica, 9% hospitalització)

- 36% tenien malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), representant el 50% dels ingressos a urgències i sales però només el 27% a UCI (ambdós P=0,01).
- La majoria de pacients amb insuficiència respiratòria aguda (IRA) eren admesos a UCI (76%, P<0,001). **Figura 1**

Figura 1: Unitat d'ingrés segons tipus insuficiència respiratòria



RESULTATS continuació

Predomina la pneumònia en la IRA y el SIR en la IRCA; el SDRA ingressa més a UCI (20% vs 4% urgències, P=0,04). **Figura 2.** Alt ús de la VMNI en el tractament de la IC en IRCA. **Figura 3.**

A les 2-4 hores d'inici de la VMNI tenien gasometria de control 30% de pacients a la postquirúrgica, 50% a sales i 64% a UCI.

A les 24 hores les constants vitals eren registrades 12 vegades més a UCI que a urgències (95%CI [9,5 – 15,5], P<0,001), però a UCI es valorava el dolor menys sovint (85% vs 97% urgències, P<0,001).

A hospitalització s'administraven més neuroleptics (51% vs 31% urgències, P=0,03).

Portaven humidificació 71% dels pacients a UCI (33% urgències, P<0,01).

La intubació orotraqueal va ser més freqüent a UCI (13% IRA i 2% MPOC) amb més limitació de l'esforç terapèutic a sales (27%), ambdós P<0,001

Es va retirar la VMNI per agitació en un 12% dels pacients, sense diferències entre unitats.

La major complicació va ser el cúmul de secrecions (11%; 14% IRA, 4% MPOC; P<0,001).

Només a UCI es registrava el nivell de fugues (64% dels pacients).

Figura 2: VNI per causa d'origen pulmonar

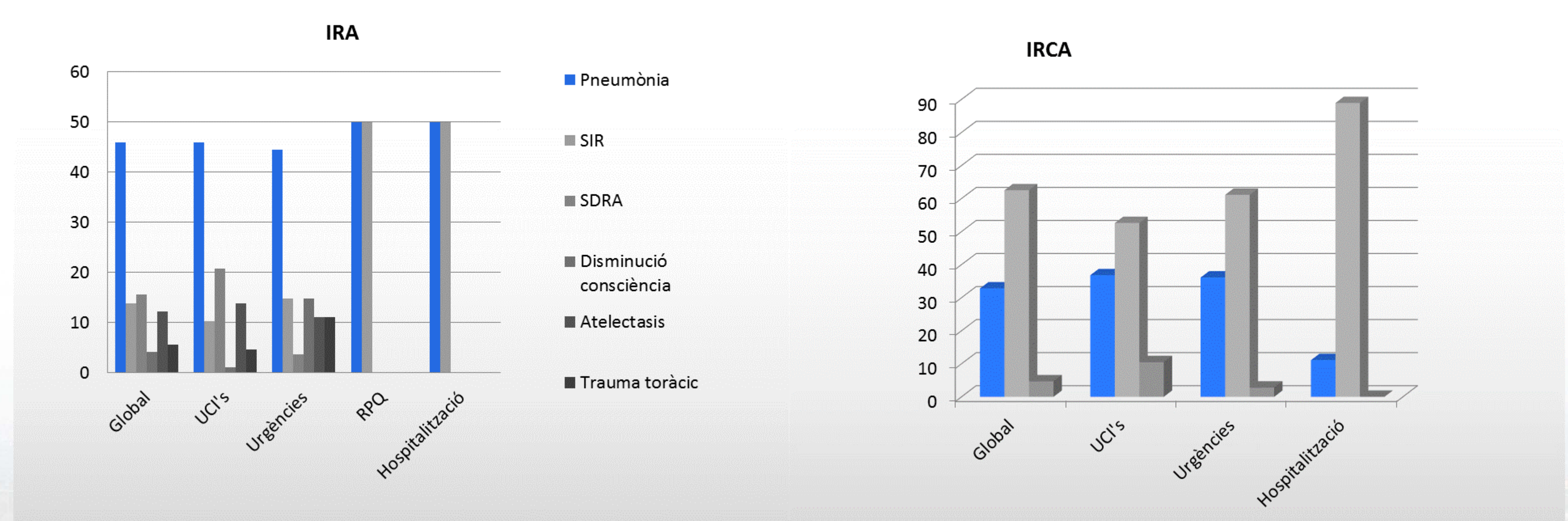
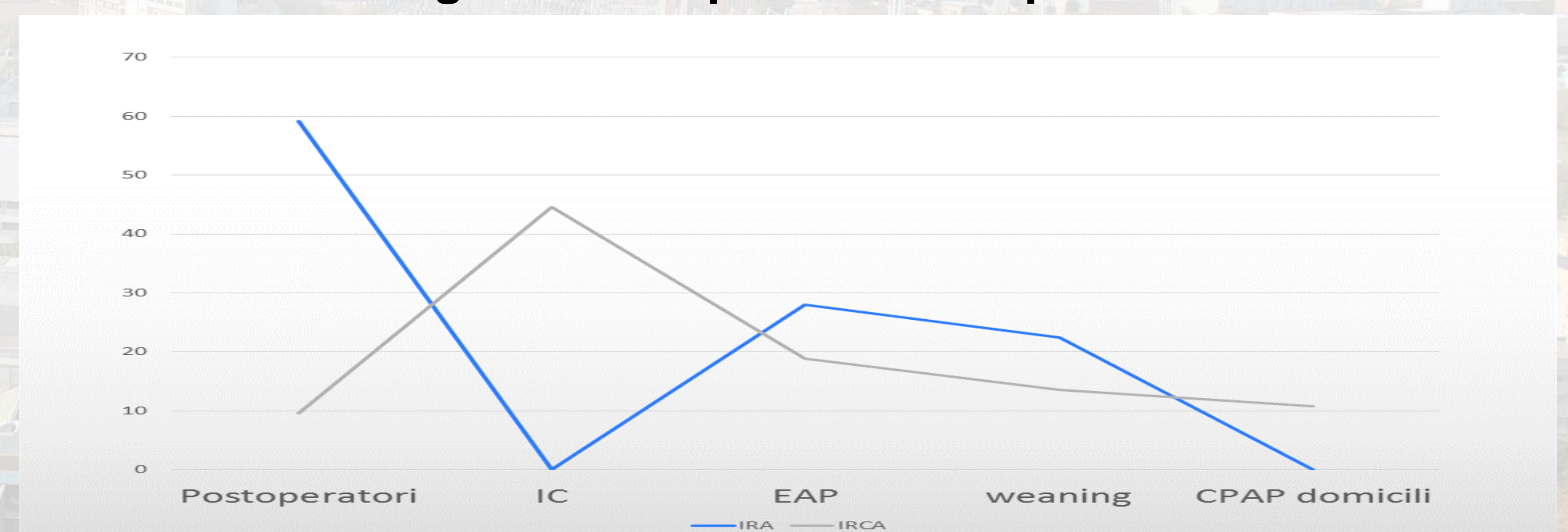


Figura 3: VNI per causa no pulmonar



CONCLUSIONS

Els nivells d'evidència en relació a indicacions de la VMNI es corresponen amb les unitats on ingressen els pacients: més pacients amb MPOC a plantes i urgències i SDRA a UCI, unitats on es pot proporcionar una adequada monitorització cardiopulmonar i gasomètrica. A urgències també ingressen pacients pel tractament de la insuficiència respiratòria secundària a pneumònia, amb alt risc de fracàs de la tècnica perquè l'evidència a favor de l'ús de la VMNI en aquesta patologia és baixa i no es poden garantir els ratios infermera/pacient de les UCIs.