

RESUMEN XLIII JORNADAS DE INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) seguida de ventilación mecánica invasiva (VMI) es parte del proceso de adecuación del manejo por gravedad

Drs. Von Dessauer Bettina, [Bongain J.](#), Bobenrieth F, Benavente C
Unidad de paciente crítico. Hospital Roberto del Río, Santiago de Chile

Introducción: Entre los argumentos de trabajo de nuestra UPC está el ingreso oportuno de los pacientes críticos para evitar el avance del deterioro de la condición vital y aparición de complicaciones secundarias prevenibles. El uso de la VMNI en los últimos años tiene un alza sostenida por aumento del expertizaje y confianza en el método, siempre en el afán de evitar medidas más invasivas como el tubo endotraqueal. Como toda tecnología tiene indicaciones y claros límites de su eficacia.

Objetivo: Analizar las características y el comportamiento de los pacientes ventilados desde el ingreso a UPC con VMNI y que requirieron progresión a VMI

Material y método: Desde hace 2,5 años realizamos un seguimiento rutinario de múltiples indicadores de calidad y monitoreo clínico en el contexto de una gestión de riesgo y de calidad. Para ello se diseñó un instrumento idóneo que se actualiza diariamente durante la visita matinal. Se constata, entre otros, el tipo de apoyo ventilatorio, modificaciones, complicaciones relacionadas y la duración de cada modo hasta el egreso.

La indicación de ventilación mecánica se rige por guías clínicas basadas en estándares internacionales de definición de ineficiencia respiratoria y score de gravedad como TAL y Wood /Downes modificado.

Se incluyen los datos de las fichas del 2006 y hasta el 31 de noviembre del 2007

Resultados: Durante el periodo analizado egresaron de la UPC 1457 pacientes críticos inestables según scores de gravedad utilizados. El IO fue de 90% con elevada tasa de rechazos. La letalidad global 41 pacientes (2.8%)

849 pacientes (58,2%) requirieron algún tipo de ventilación mecánica.

133 (9,1% de los egresos, un 15,7 del total ventilado) requirieron al ingreso VMNI seguida de VMI. La patología subyacente fue respiratoria en 121 (91%).

La edad de los que avanzan de VMNI a VMI fue en promedio de 1.6 años, 89% ≤ 24 meses

El tiempo de VMNI pre avance a VMI fue de 1.3 días. La indicación se fundamentó en progresión de la enfermedad en pacientes oportunamente ingresados y con deterioro funcional. No hay urgencias inesperadas en el registro. 28 pacientes requirieron VAFO. La estada en UPC fue promedio 13 días, superior al doble del total de la UPC

No hubo mortalidad ni complicaciones atribuibles al retraso en el paso de VMNI a VMI.

Las cifras 2006 y 2007 son similares en los factores relevantes. No se encontró relación entre el esquema ventilatorio y la evolución posterior

Conclusión: La VMNI tiene claros límites en su indicación lo que está establecido en nuestras guías clínicas de trabajo. El uso inicial de VMNI y progresión a VMI no tuvo consecuencias deletéreas significativas para los pacientes de esta serie. Dada la imposibilidad de predecir cuales pacientes harán una evolución más grave todos deben monitorizarse estrictamente para adecuar las medidas a sus requerimientos.