

Ventilación no invasiva como soporte respiratorio de pacientes con IMC mayor a 30 y neumonía COVID-19

Claudia Giugliano^{1*}, Felipe Cerpa¹, Rodrigo Pérez¹, Jerónimo Graf¹.

1. Clínica Alemana, Santiago, Chile.

*Correspondencia: c.c.giugliano@gmail.com

Introducción: En el COVID-19 grave, la obesidad es el factor de riesgo más prevalente (42%). Los obesos poseen una distribución anormal del tejido graso que da lugar a enfermedades crónicas relacionadas con inflamación crónica y disfunción metabólica, provocando mayor gravedad, mayor ingreso a UCI y conexión a VM, sin mayor mortalidad. Presentan disminución de distensibilidad pulmonar y CRF que predispone a atelectasias, explicando el aumento del trabajo respiratorio y alteraciones del intercambio gaseoso. Lemyze M., et al (2020) describe que los obesos con COVID-19 requirieron IOT y relajo neuromuscular con mayor frecuencia. Nuestro objetivo fue describir desenlace clínico en obesos portados con VNI en Clínica Alemana de Santiago (CAS) durante la primera ola COVID-19. **Metodología:** Cohorte retrospectiva, de sujetos adultos, obesos (IMC > 30), con diagnóstico de COVID-19 ingresados al Departamento de Paciente Crítico de CAS, que recibieron VNI como primera terapia de soporte respiratorio, entre mayo y julio del año 2020. Se excluyeron sujetos con VNI por menos de 6 horas previo a IOT y los registros incompletos. Los datos epidemiológicos y clínicos se extrajeron de la cohorte prospectiva de UCI (RUCI) aprobada desde el año 2012 por el Comité de Ética local (2012-53), que contiene datos anónimos y cuenta con la firma de consentimiento informado. Se registró la IOT debido a fracaso del VNI, complicaciones asociadas al soporte y mortalidad intrahospitalaria, y se comparó con sujetos normopeso. Para descriptivos, se utilizó mediana (RIC), medias (\pm DS) y frecuencias absolutas y relativas, según corresponda. Para comparar variables hemodinámicas y ventilatorias previos y posteriores al uso de VNI se realizó una prueba t para muestras pareadas, agrupadas por obesidad. Se consideró un nivel de significancia del 95%. Se utilizó el paquete estadístico Stata 16.0. **Resultados:** De 200 sujetos manejados inicialmente con VNI, 39% fueron obesos con IMC de 32 (31-35), edad de 62 (51-68) años, 38,5% masculino, 99,5 (60-153) horas en VNI y 14 (11-24) días hospitalizado, P/F de $177,7 \pm 8,09$. La programación del VNI fue IPAP 14,5 (14-16) cmH₂O, EPAP 10 (10-12) cmH₂O, FiO₂ 40 (35-50)%, Vte 500 (450-571) ml, FR 27 (22-31) rpm y Vme de 12 (10-14,6) lts/min. Los obesos y normopeso fallecidos fueron 9(11,5%) y 16(13,1%), requirieron IOT post VNI 23(29,4%) y 36(29,5%), y desarrollaron barotrauma 4(5,13%) y 5(4,1%), respectivamente. La comparación de variables gasométricas previo, al día 1, 2 y 3 de VNI se muestran en la figura 1. Conclusiones. En esta cohorte, el uso de la VNI es una estrategia de soporte ventilatorio en obesos, que mejora la P/F y el GA-aO₂ además de normalizar la PCO₂ atribuible a la disminución del trabajo respiratorio. En comparación con sujetos normopeso, la mortalidad intrahospitalaria, falla de VNI y complicaciones asociadas a ésta no fue mayor en los pacientes obesos, lo que se puede explicar por las elevadas presiones ventilatorias utilizadas.

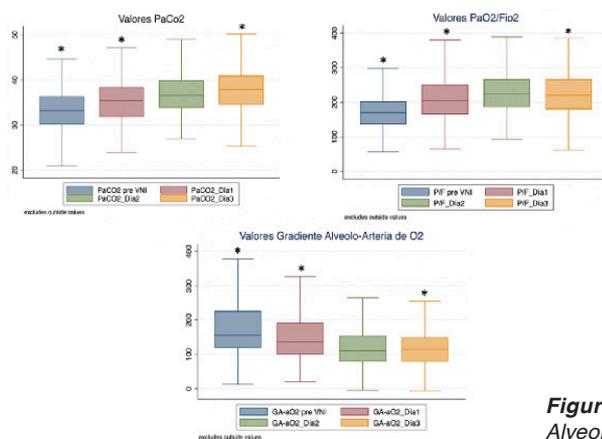


Figura 1: Valore de PaCo₂, Relación Pao₂/Fio₂ y gradiente Alveolo-Arterial de O₂, previo al uso de VNI, al día 1, 2 y 3 del uso de VNI en sujetos obesos.