

Investigación clínica

Mortalidad en falla respiratoria aguda por COVID-19 soportada con ventilación mecánica no invasiva-estudio comparativo de cohortes

Rodrigo Pérez¹, Claudia Giugliano¹, Josefina León¹, Felipe Cerpa¹, Sofía Leighton¹, Romina Valenzuela¹, René López¹, Jerónimo Graf¹.

1. Departamento de Paciente Crítico, Clínica Alemana, Santiago, Chile.

*Correspondencia: rperez@alemana.cl

Introducción: El rol de la ventilación no invasiva (VNI) en falla respiratoria aguda hipoxémica (FRA) es debatido. La VNI tiene el potencial de aliviar el esfuerzo respiratorio (ER) y mejorar la oxigenación, evitando la ventilación mecánica invasiva (VMI). Por otra parte la VNI puede aumentar el riesgo de injuria pulmonar autoinferida y retrasar la intubación, empeorando desenlaces. Considerando la disponibilidad de un equipo de terapistas entrenados en nuestro centro, se decidió el uso preferente de VNI en pacientes FRA por COVID-19. Presentamos una cohorte que usó VNI durante la primera ola pandémica de SARS-CoV-2 contrastándola con quienes recibieron VMI desde el inicio (VMI-1). Los desenlaces son la necesidad de VMI (VNI-VMI) y la mortalidad a 28 días de los 3 grupos: VMI-1, VNI-VMI y la de los que no se intubaron (VNI-VNI). **Metodología:** Cohorte retrospectiva de pacientes con COVID-19 en Clínica Alemana de Santiago que requirieron VNI o VMI como primer soporte respiratorio entre el 3 de marzo y 31 de agosto 2020. Los pacientes con inestabilidad circulatoria o incapacidad de mantener la vía aérea permeable fueron prontamente intubados. Usamos VNI en todos los pacientes con clínica de ER aumentado, hipocapnia, PaO₂/FiO₂ 35 rpm, volumen minuto >18 L/min, PaO₂/FiO₂. **Resultados:** 295 pacientes recibieron VNI o VMI en el periodo. 249 recibieron VNI inicial; de estos, 26.8% requirieron VMI y la mortalidad a 28 días fue 16,1%. La tabla 1 muestra datos demográficos, intercambio de gases, duración del soporte, estadía hospitalaria y mortalidad a 28 días de los grupos VMI-1, VNI-VMI, VNI-VNI y del conjunto. La estadía hospitalaria fue mayor en los que requirieron VMI, pero similar entre VMI-1 y VNI-VMI. La Figura 1 muestra la supervivencia actuarial de los 3 grupos que no difieren entre sí a pesar de que 28 pacientes fallecieron con techo terapéutico en VNI. **Conclusiones:** En nuestra cohorte de pacientes con FRA por COVID-19 el soporte inicial con VNI no se asoció a un aumento de mortalidad ni de estadía hospitalaria respecto de quienes recibieron VMI inicialmente. La VMI parece una alternativa razonable para de soporte en COVID-19.

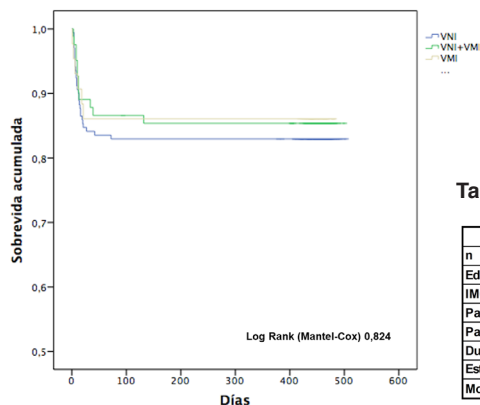


Tabla 1. Datos demográficos.

Variable	VMI-1	VNI-VMI	VNI-VNI	Todos
n	46	79	170	295
Edad (años)	56,8 ± 12,7	61,4 ± 12,6	64,6 ± 16,6	62,5 ± 15,3
IMC (Kg/m ²)	29,0 (29,1-32,9)	29,7 (26,3-32,9)	27,7 (24,7-31,2)	28,1 (29,1-31,2)
PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	111 (76-150)	141 (112-162)	169 (137-202)	152 (122-189)
PaCO ₂ (mmHg)	39,7 (31,2-47,6)	33 (29,6-36)	33,2 (30,1-36,2)	33,8 (30,1-37,2)
Duración soporte (días)	9 (4,5-13,5)	10 (6,9-13)	5,36 (2,72-7,94)	6,86 (3,81-10)
Estadía hospitalaria (días)	23 (37-15)	24 (34-17)	13 (9-16)	16 (23-11)
Mortalidad 28 días (%)	15,2	11,5	16,5	15,8