

Manejo de la oxigenoterapia en pacientes con retención crónica de CO₂: Lecciones aprendidas tras un incidente crítico de coma hipercápnico

BREVE DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

- Paciente: Varón de 76 años con antecedentes personales de EPOC, trastorno bipolar, obesidad, tabaquismo de 80 paquetes/año y consumo de alcohol acude a Urgencias por temblor y alteraciones conductuales de una semana de evolución.
- Situación: En la analítica de Urgencias se objetivó una litemia de 1.74. Ingresa en Planta y se consulta con Psiquiatría para ajustar su medicación antipsicótica. Durante los dos primeros días requiere sujeciones blandas y rescates farmacológicos con sedantes (Haloperidol, Olanzapina, Diazepam) por cuadros de agitación y agresividad. Posteriormente, durante el fin de semana, el paciente muestra somnolencia progresiva, responde a estímulos pero es incapaz de ingerir medicación oral. Ante esto se reducen y retiran los fármacos sedantes, pero la somnolencia persiste.
- Desenlace: En la analítica de control del lunes se evidencia hipernatremia, discreto aumento de creatinina y retención de CO₂ en gases venosos con un pH de 7.324, HCO⁻ de 28.1 y pCo₂ DE 66 mmHg. Se descubre que el personal de enfermería y los familiares habían ajustado el flujo de oxígeno de las gafas nasales según la saturación de pulsioximetría, sin considerar que en pacientes con EPOC altos flujos pueden deprimir el estímulo respiratorio y provocar retención de CO₂. Ante esto decidimos iniciar ventilación mecánica no invasiva, con mejoría clínica.

ANÁLISIS DE CAUSAS

El desenlace se atribuye a varios factores:

1. La combinación de litio elevado y administración sedantes contribuyó más aun a la retención de carbónico del paciente.
2. En pacientes con retención crónica de CO₂, el aumento excesivo de oxígeno puede deprimir el impulso respiratorio y elevar peligrosamente los niveles de CO₂. No dejar documentado en la hoja de tratamiento un flujo máximo o un objetivo de saturación incrementó el riesgo de que el oxígeno se administrara a niveles inapropiados.
3. No se informó al personal de enfermería ni a los familiares sobre los riesgos de una administración elevada de oxígeno en estos pacientes, y no se les dio instrucciones claras. Esto derivó en intervenciones no autorizadas en un intento por mejorar la saturación del paciente.
4. No se hizo una monitorización estricta de los niveles de PaCO₂ a pesar de tener prescrita oxigenoterapia, lo que retrasó la detección de hipercapnia y su progresión hacia el coma.
5. El paciente mostró somnolencia progresiva a partir del sábado. La ausencia del equipo médico habitual y la transición entre profesionales pueden haber llevado a una falta de seguimiento adecuado de la evolución del paciente.

APRENDIZAJE

1. En pacientes psiquiátricos con comorbilidad respiratoria podríamos reforzar la colaboración con Psiquiatría para ajustar las dosis sedantes.
2. Establecimiento de Protocolos de Oxigenoterapia para EPOC, especificando en las hojas de tratamiento rangos de saturación de oxígeno seguros (generalmente entre 88-92%) y flujos máximos recomendados.
3. Importancia de educar al personal de enfermería y a los familiares sobre los riesgos de la hipercapnia y la necesidad de evitar aumentos arbitrarios del oxígeno.
4. Trabajar activamente para mitigar las posibles brechas de atención durante los fines de semana, por ejemplo, Identificando a los pacientes de alto riesgo y programando pase de guardia o solicitando analíticas con gases sanguíneos y estableciendo alertas desde laboratorio.