



4022-2. ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO Y ABORDAJE EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS CARDIOLÓGICOS DEL INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Marta Alamar Cervera, Antonio Morcuende González, Caterina Mas Lladó, Maria Francisca Ramis Barceló, Onofre Joan Caldés Llull, Gaspar Melis Riera, Jaume Pons Llinars, Marcos Pascual Sastre, Jaume Maristany Daunert y Vicente Peral Disdier, del Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears).

Resumen

Introducción y objetivos: Los avances en el tratamiento del infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IMCEST) han mejorado su pronóstico disminuyendo las complicaciones hospitalarias y reduciendo las necesidades de tratamientos específicos de unidades de cuidados intensivos (UCI). Este estudio pretende evaluar la estrategia de estratificación de riesgo y abordaje en unidad de cuidados intermedios cardiológicos (UCIC) del IMCEST.

Métodos: Desde abril de 2017 hasta marzo de 2019 se realizó estratificación de riesgo en el IMCEST con el ingreso en UCIC de los pacientes de riesgo bajo-intermedio ingresando en UCI los pacientes de alto riesgo. La estratificación de riesgo se realizó en función del estado clínico del paciente, la anatomía coronaria y el resultado de la revascularización considerando la presencia de arritmias y otras complicaciones. La UCIC es un modelo de unidad adyacente a la planta de cardiología en un hospital terciario de referencia. La recogida de datos se realizó de forma prospectiva.

Resultados: 543 IMCEST fueron estratificados ingresando en UCIC 477 y 66 en UCI. 7 pacientes se trasladaron UCIC-UCI. No hubo diferencias respecto a edad 60 frente a 58 años y la mayoría eran varones: 390 (81%) frente a 55 (83%) en UCIC-UCI respectivamente. La mortalidad hospitalaria fue de 4 pacientes (0,8%) ingresados en UCIC frente a 11 (17%) en UCI $p = 0,001$. La estancia media en UCI fue de 6 días siendo la estancia hospitalaria mediana de 7,7 días. La estancia media en UCIC 2,5 días con estancia hospitalaria mediana de 4,4 días. Recibieron trombolisis 42 (9%) de los pacientes en UCIC frente a 3 (4%) NS en UCI. ICP por IAM subagudo 31 frente a 2 e ICP primaria 377 (79%) frente a 58 (87%) en UCIC-UCI respectivamente. Presentaban enfermedad multivaso 195 (40) en UCIC frente a 21 (32) en UCI, $p = 0,1$. En UCI 4 pacientes presentaron complicación mecánica frente a un solo paciente en UCIC. Se utilizó oxigenador extracorpóreo de membrana (ECMO) en 2 pacientes en UCI.

Características generales y eventos intrahospitalarios

Variables	UCIC N = 477	UCI N = 66	p
-----------	--------------	------------	---

Killip I	415 (87%)	25 (37%)	0,001
Killip II	24 (5%)	3 (4%)	0,8
Killip III	3 (0,6%)	8 (10%)	0,001
Killip IV	2 (0,4%)	30 (45%)	0,001
Localización inferior	255 (53%)	25 (38%)	0,001
Localización anterior	202 (42%)	31 (47%)	0,4
Localización lateral	18 (4%)	7 (10%)	0,01
Localización posterior	0	2 (3%)	0,001
GRACE	107 ± 33	163 ± 44	0,001
CRUSADE	29 ± 9	28 ± 12	0,2
PCR	7 (1%)	12 (18%)	0,001
Trombosis <i>stent</i>	4	0	NS
ICC	48 (10%)	26 (39%)	0,001
IOT y VM	3 (0,6%)	33 (50%)	0,001
Marcap. temporal	3 (0,6%)	6 (9%)	0,001
ECMO	0	2 (3%)	0,001
BCIAo	3 (0,6%)	9 (14%)	0,001
FV	16 (3%)	13 (19%)	0,001

FEVI al alta

52 ± 10

50 ± 14

0,1

BCIAo: balón de contrapulsación intraaórtico; ECMO: oxigenador extracorpóreo de membrana; FV: fibrilación ventricular; ICC: insuficiencia cardíaca; IOT y VM: intubación orotraqueal y ventilación mecánica; PCR: parada cardiorrespiratoria.

Conclusiones: La estratificación de riesgo del IMCEST y la organización posterior del ingreso del paciente en UCIC/UCI permite adaptar mejor los niveles de cuidados a las necesidades del paciente. La mayoría de pacientes con IMCEST pueden ser atendidos en UCIC con seguridad y excelentes resultados con una corta estancia hospitalaria. Con ello se consigue una estrategia segura y eficaz permitiendo la continuidad asistencial y alta precoz de la mayoría de los IMCEST siendo además eficiente para el sistema.