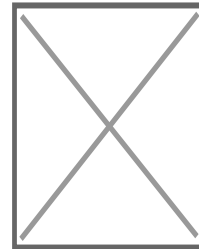


Revista Española de Cardiología



6044-293. PERFIL DE PACIENTE, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD CORONARIA CON NECESIDAD DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Aurora María Fera Mera, Diego Félix Arroyo Moñino, Paula Marín Andreu, María Rivadeneira Ruiz y Juan Carlos García Rubira

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Resumen

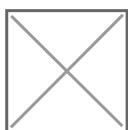
Introducción y objetivos: La ventilación mecánica (VM) es una de las técnicas de soporte vital más utilizada en pacientes críticos y, dado que cada vez hay más Unidades de Cuidados Coronarios (UCC), es necesario un manejo preciso de la misma. El objetivo de nuestro estudio es analizar las características basales y al ingreso de los pacientes que necesitan VM invasiva (VMI) en nuestra UCC, así como las características de la ventilación, complicaciones y mortalidad intrahospitalaria.

Métodos: Estudio unicéntrico observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes ingresados en la UCC de un hospital de tercer nivel entre enero de 2018 y marzo de 2024 que requirieron VMI. Se analizaron características basales, motivo de ingreso e intubación, así como la evolución y complicaciones durante el ingreso.

Resultados: Se incluyeron un total de 349 pacientes, siendo 246 de ellos (70,5%) hombres. La edad media fue de 67,6 años (DE 12,4). En la tabla se resumen las características basales de los pacientes y en la Imagen 1 los motivos de ingreso. En cuanto a las causas de intubación orotraqueal (IOT), la más frecuente fue la parada cardiorrespiratoria (56,2%), seguido de la insuficiencia respiratoria (28,9%) y del *shock* cardiogénico (14,9%). Respecto a la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) al ingreso, un 67,4% presentaba una FEVI deprimida, correspondiendo en el 31,8% del total con una FEVI gravemente deprimida (30%). El modo de ventilación más usado inicialmente fue el modo controlado por volumen (VC/AC), utilizado en 68,2% de los pacientes. La media de días en la UCC fue de 10,49 (mínimo 1-máximo 78, DE 10,19) y de IOT fue de 5,36 días (mínimo 1-max 64, DE 6,7). Los días de media para el destete de la VMI fueron de 1,84 (min 0-max 16, DE 2,31). Se produjo un fracaso en la extubación en 65 pacientes (20,3%), siendo los motivos más frecuentes la necesidad de reintubación (9,5%), la necesidad de VM no invasiva (8%) y la autoextubación (1,1%). 20 pacientes (5,7%) precisaron traqueostomía. En cuanto a las complicaciones, un 30,1% sufrieron sepsis, un 60,7% *shock* cardiogénico, y un 6,6% precisaron terapia renal sustitutiva. La mortalidad intrahospitalaria fue del 45,3% (158 pacientes).

Características basales de los pacientes	
Características basales	Número de pacientes (%)

Hipertensión arterial (HTA)	228 (65,3%)
Dislipemia	183 (52,4%)
Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)	146 (41,8%)
Índice de masa corporal (IMC) > 25	146 (41,8%)
Cardiopatía isquémica previa	93 (26,6%)
Insuficiencia cardíaca previa	72 (20,6%)
Enfermedad cerebrovascular	54 (15,5%)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	41 (11,7%)
Enfermedad renal crónica grado 4 y 5 (FG 30 ml/min/1,73 m²)	30 (8,6%)



Motivos de ingreso en la UCC y su peso en el global.

Conclusiones: La VMI es una técnica cada vez más común a medida que aumenta la complejidad de la UCC. Los pacientes que la precisan suelen estar en una situación crítica, además de ser pluripatológicos. El motivo de VMI más frecuente en nuestra unidad fue la PCR, y un alto porcentaje de pacientes presentaron *shock* durante el ingreso. Son pacientes que precisan estancias prolongadas, presentan complicaciones frecuentes y una mortalidad intrahospitalaria elevada. Nuestra serie contiene un número elevado de pacientes, lo que puede ser de gran interés para extraer conclusiones sobre esta población.