Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 582

Revista Española de Cardiología

6003-183. CAMBIO DE PARADIGMA EN LAS UNIDADES CORONARIAS. UNIDADES DE CRÍTICOS CARDIOLÓGICOS: LA NUEVA REALIDAD

Agnès Rafecas Ventosa, Rosa M. Lidón Corbí, Jordi Bañeras Rius, José A. Barrabés Riu y David García-Dorado García del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Las Unidades Coronarias (UC) fueron creadas para la monitorización de los enfermos con infarto agudo de miocardio. No obstante, el perfil del paciente ha cambiado. Nuestro objetivo es conocer la prevalencia de enfermos críticos ingresados en nuestra UC, su perfil clínico, necesidades asistenciales, estancia media y mortalidad hospitalaria.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes críticos consecutivos ingresados en UC durante 6 meses. Se define paciente crítico el que cumple uno o más de los siguientes criterios: ventilación mecánica invasiva (VMI), ventilación mecánica no invasiva > 3 horas, inestabilidad hemodinámica que requiere fármacos inotropos/vasoactivos > 12 horas, asistencia ventricular, sistemas de depuración renal, taponamiento cardiaco y tormenta arrítmica (> 3 cardioversiones en 6 horas).

Resultados: Cumplieron criterios 81 pacientes, 22,7% del total de ingresos. La edad media fue 66,4 ± 12,2 años, 64,2% varones. Eran fumadores el 28,4%, diabéticos el 35,8%, hipertensos el 71,6%, dislipémicos el 53,1%, con arteriopatía periférica el 11,1%, accidente vascular cerebral previo el 9,9% e insuficiencia renal crónica el 20,1%. El motivo de ingreso fue síndrome coronario agudo (SCA) en el 43,2%; de los cuales 13 presentaron fibrilación ventricular extrahospitalaria y 5 una complicación mecánica. Los otros 46 pacientes (56,8%) ingresaron por edema agudo de pulmón (10), *shock* cardiogénico (9), parada cardiaca recuperada no isquémica (9), taponamiento cardiaco (5), síndrome aórtico agudo (3), endocarditis infecciosa (3), trombosis protésica (2) y patología no cardiaca (5). La estancia media global en unidades de críticos fue 17,7 ± 28,1 días; 23 se trasladaron a otra unidad de críticos (la mayoría a la unidad posquirúrgica o centro de referencia). Precisaron VMI el 76,6% de los enfermos, hemodiálisis/hemodiafiltración el 18,5% e hipotermia terapéutica tras haber sufrido una muerte súbita recuperada el 14,8%. La mortalidad en UC fue del 24,7% y la mortalidad hospitalaria del 33,3%.

Conclusiones: En nuestro medio, los enfermos críticos representan el 22,7% del total en UC, el motivo de ingreso es un SCA complicado en menos de la mitad. A pesar del alto consumo de recursos (> 75% VMI) sólo una tercera parte fallece durante el ingreso hospitalario. Por lo tanto, las UC meritan un cambio de nombre a Unidades de Críticos Cardiológicos.