



Revista Española de Cardiología



7010-16. DOTACIÓN DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS EN CENTROS COMPLEJOS. UNA RECOMENDACIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA

Manuel Anguita Sánchez¹, Albert Ariza Solé², Luis Rodríguez Padial³, Antonio Fernández Ortiz⁴, Héctor Bueno Zamora⁵, Francisco Javier Goicolea Ruigómez⁶, Antonia Sambola⁷, Cristina Fernández Pérez⁴, José Luis Bernal Sobrino⁵, Esteban López de Sá y Areses⁸ y Francisco Javier Elola Somoza⁹, del ¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, ²Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), ³Complejo Hospitalario de Toledo, SESCAM, Toledo, ⁴Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, ⁶Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid), ⁷Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, ⁸Hospital Universitario La Paz, Madrid y ⁹Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La Sociedad Española de Cardiología (SEC) propugna la dotación de unidades de cuidados intensivos cardiológicos (UCIC) en centros con alto volumen asistencial e intervencionismo cardiaco. El propósito de esta comunicación es revisar el nivel de evidencia que avala esta recomendación.

Métodos: Análisis de resultados (mortalidad y reingresos ajustados a riesgo) en un proyecto de estudio del abordaje del infarto agudo de miocardio con y sin elevación del segmento ST (IAMCEST e IAMSEST, respectivamente) en el Sistema Nacional de Salud (SNS), derivados de la explotación del Conjunto Mínimo Básico de Datos de altas hospitalarias, contrastando hospitales del SNS con unidad de hemodinámica con y sin UCIC. Los requerimientos para definir una UCIC fueron: 1. Nivel 3 de cuidados (Intensive Care Society), incluyendo ventilación mecánica invasiva; y 2. Adscripción de la UCIC al servicio de cardiología. Ajuste de riesgo mediante regresión logística multinivel. Variables de resultado: mortalidad intrahospitalaria y reingresos a los 30 días por causas cardíacas ajustados a riesgo (RAMER Y RARER, respectivamente).

Resultados: La presencia de UCIC se asocia de forma sistemática y significativa con mejores resultados (RAMER y RARER) en los estudios del IAMCEST y del IAMSEST (tabla).

Asociación de la presencia de UCIC con resultados

Estudio	Variables de resultado	UCIC	Media (%)	Desviación típica	p
IAMCEST	RAMER intrahospitalaria	No	13,01	5,48	0,001
		Sí	11,13	4,43	

RARER (EAC) 30 días	No	2,90	1,08	0,001	
	Sí	2,51	0,74		
IAMCEST e ICP	RAMER intrahospitalaria	No	2,69	0,66	0,001
		Sí	2,55	0,62	
	RARER (EAC) 30 días	No	4,26	1,03	0,001
		Sí	4,06	0,91	
IAMCEST y <i>shock</i> cardiogénico	RAMER intrahospitalaria	No	72	1,7	0,001
		Sí	65,3	7,9	
IAMSEST	RAMER intrahospitalaria	No	7,15	2,53	0,001
		Sí	5,68	1,63	
	RARER (EAC) 30 días	No	5,65	1,76	0,001
		Sí	5,11	1,08	

UCIC: unidad de cuidados intensivos cardiológicos; ICP: intervencionismo coronario percutáneo; EAC: enfermedades del área del corazón; RAMER: razón de mortalidad estandarizada por riesgo; RARER: razón de reingresos estandarizada por riesgo.

Conclusiones: La evidencia disponible en el SNS en relación con el abordaje del IAM sustenta la propuesta de dotar de UCIC a los centros de alto volumen asistencial, especialmente a los de referencia para las redes de IAM. Nivel de evidencia: C. Clase de recomendación: I.