



# Revista Clínica Española



<https://www.revlinesp.es>

## EA-095 - PERFIL DE PACIENTE INGRESADO EN CUIDADOS INTENSIVOS DESDE LA PLANTA MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL COMARCAL

I. Manoja-Bustos, M. Merino-Rumín, M. Velasco-Romero, B. García-Casado, J. Martín-Hernández, L. Serrano-Rodríguez, P. Fernández-Pérez y J. Marín-Martín

Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Merced. Osuna (Sevilla).

### Resumen

**Objetivos:** El presente estudio pretende analizar las características que poseen los pacientes que ingresan en UCI procedente de la planta, desde el punto de vista demográfico y fundamentalmente clínico, evolución y desenlace.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en la UCI procedentes de la planta de Medicina Interna del Hospital de la Merced, durante el periodo de marzo de 2017 a junio de 2018. Se recogieron datos de edad, sexo, hábitos tóxicos, pluripatología y categoría de la misma, número de fármacos y nivel de dependencia (Barthel). Se evaluó el motivo de ingreso tanto en la planta como en Cuidados Intensivos, así como si se tomaron medidas intermedias antes del traslado a UCI (VMNI y aminas) y el desenlace al final del ingreso (exitus, traslado a planta o LET).

**Resultados:** Se registraron 78 pacientes, siendo 22 de ellos pluripatológicos (28%), con una edad media de 68,8 años (PPP 70,36; No PPP 68,19). El criterio de Pluripatología más repetido fue el A (insuficiencia cardíaca), seguida del B (enfermedad pulmonar crónica). Se observó un Barthel medio de 73,86 en los PPP y de 89,4 en los no PPP. En cuanto a los fármacos, se objetivó una media de 7,36 fármacos (9,45 en PPP). Acerca de los motivos de ingreso en la planta, destacan los procesos infecciosos (neumonía fundamentalmente), la insuficiencia cardíaca y el síndrome coronario agudo (28%, 17%, 14% respectivamente), con escasa diferencia entre ambos subgrupos; PPP y no PPP. En cuanto a la causa que motivó el ingreso en UCI, es similar en ambos subgrupos, siendo la sepsis, la ICC y la insuficiencia respiratoria los motivos más frecuentes. Destacar que la mayoría de los casos difiere el motivo de ingreso en la planta con el motivo de ingreso en UCI. Respecto al manejo en la planta, diferenciando entre subgrupos, encontramos que en un 45% de los PPP se inician medidas intermedias (VMNI o aminas) previo a su ingreso en UCI, contrapuesto a un 35% de los no PPP. Con respecto a la mortalidad general fue del 28% en nuestra muestra, siendo en el subgrupo de los PPP del 36% y en el de los no PPP del 25% con una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,005$ ). Concretamente en los exitus de los PPP, se relacionaron con la situación de dependencia previa, observándose en este subgrupo un Barthel medio de 68,75 en comparación con un Barthel medio de 78,33 en los que se trasladaban a planta por mejoría. Se realizó LET en un 10% de los PPP y en un 6% de los no PPP.

**Discusión:** Nuestra muestra confirma la hipótesis del diferente curso evolutivo y desenlace en los pacientes pluripatológicos con respecto a los que no lo son, así como el protagonismo creciente de este subgrupo en las camas de Cuidados Intensivos. En estos pacientes intentamos utilizar medidas pre-intensivas como VMNI en

mayor medida que en los no pluripatológicos, quizás por intentar un manejo más conservador sin necesidad de Cuidados Intensivos o porque tengan una indicación de los mismos más controvertida. También observamos que la mortalidad es mayor en estos pacientes, y que el nivel de dependencia va a influir en la misma. Impresiona que se realiza escasa limitación terapéutica en términos generales, sin embargo, si vemos que los pacientes PPP son más subsidiarios a ser limitados. Por otro lado, nos ha permitido valorar que en ambos subgrupos las complicaciones infecciosas y la insuficiencia cardíaca son las causas de ingreso fundamentales.

*Conclusiones:* Más del 25% de los pacientes ingresados en UCI son PPP. Estos tienen un mayor manejo "intermedio" (uso de VMNI y/o aminos) en planta que los no pluripatológicos. Los pacientes PPP presentan una mayor mortalidad que es inversamente proporcional al menor grado de funcionalidad (valor Barthel). No encontrando relación con el resto de variables (categorías patológicas, edad, número de fármacos...).