



## V-087 - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS INGRESOS POR PATOLOGÍA MÉDICA EN U.CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL DE MIRANDA DE EBRO (2016-2017)

I. González Fernández<sup>1</sup>, A. de Prado Leal<sup>1</sup>, L. Urbina Soto<sup>1</sup>, M. Moreno Azofra<sup>2</sup>, P. Sánchez Junqueras<sup>1</sup>, J. Niso Hernández<sup>1</sup>, J. Cabrejas Ugartondo<sup>3</sup> e I. Corcuera Martínez de Tobillas<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Santiago Apóstol. Miranda de Ebro (Burgos). <sup>2</sup>Infecciosas. Hospital de San Pedro. Logroño (La Rioja). <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital del Sureste. Arganda del Rey (Madrid). <sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital de Leza. Laguardia (Álava).

### Resumen

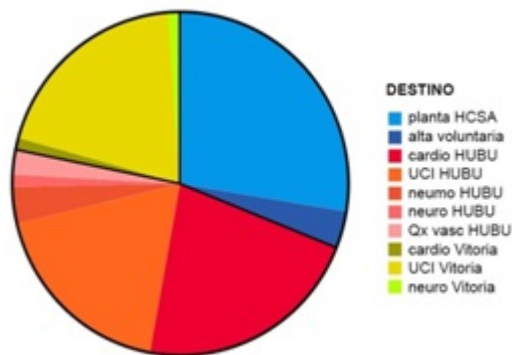
**Objetivos:** Estudio de los ingresos en Servicio de Medicina en la Unidad de Reanimación del Hospital Santiago Apóstol (HSA) durante dos años (2016-2017). Análisis de las características epidemiológicas de los pacientes. Patologías que motivaron el ingreso, cuidados y estancia media en READestino y tratamiento en Hospital de referencia cuando procediera traslado. Diagnóstico final y desenlace.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de los ingresos en Unidad de Reanimación del servicio de medicina desde enero de 2016 a diciembre de 2017, mediante la revisión de las historias clínicas del HSA y los informes de alta de nuestro hospital de referencia, siendo objetivo de pérdida pacientes que posterior a REA su control fue en planta convencional. El análisis estadístico se realizó a través del programa Excel.

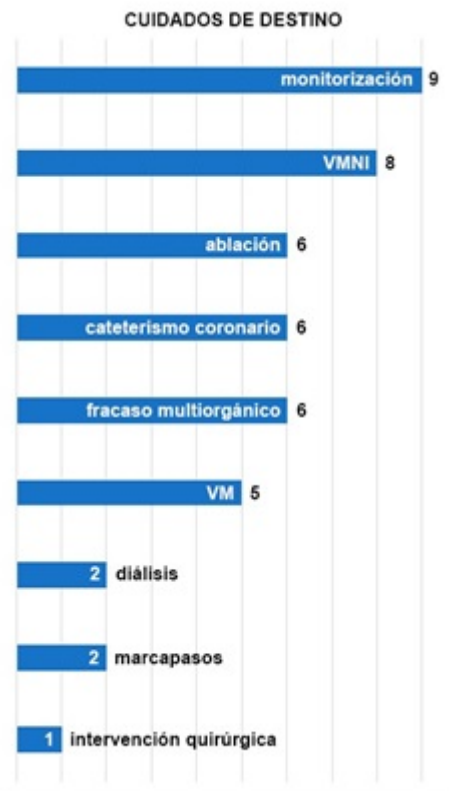
**Resultados:** El número de enfermos fueron 88, con una edad media de 68, un rango de edad entre 17 y 103 años, y una distribución por sexos: 42% mujeres y 58% varones. La distribución por patologías (tabla). Los cuidados sanitarios principales en REA fueron: monitorización clínica, hemodinámica, ECG, VMNI, drogas vasoactivas y farmacología (sueroterapia, antibioterapia, insulino terapia iv, antiHTA y antiaritmicos principalmente). La estancia media en REA fue 1 día, tanto en los enfermos derivados, como los que permanecieron en HSA. Casi el 70% de los enfermos fueron trasladados, por orden, a los servicios: UCI, Cardiología, Neumología y Neurología. (fig. 1). No fue posible el seguimiento de los pacientes derivados al Servicio de Osakidetza. El porcentaje de enfermos que sobrevivió al evento agudo fue del 82,1%. El tratamiento precisado tras derivación (fig. 2).

	Frecuencia	Porcentaje
TAQUIARRITMIA	13	14.8
FA LENTA	5	5.6
BRADICARDIA	1	1.1
BLOQUEO AV	1	1.1
INSUF CARDIACA	3	3.4
IAM	8	9.1
ENDOCARDITIS	3	3.4
PERICARDITIS AGUDA	1	1.1
SINCOPE	6	6.8
AIT	4	4.6
ACV	3	3.4
EPILEPSIA	2	2.3
TEP	1	1.1
NEUMONIA	8	9.1
EPOC AGUDIZADO	5	5.7
INSUF RESP PARCIAL	1	1.1
INSUF RESP GLOBAL	4	4.5
SHOCK SEPTICO	8	9.1
INSUF RENAL AGUDA	2	2.3
DESCOMP DM2	1	1.1
CIRROSIS HEPÁTICA	1	1.1
Total	81	92.0
Perdidos	7	8.0
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100.0</b>

*Diagnóstico principal.*



**Figura 1.**



**Figura 2.**

*Discusión:* Las Unidades de Cuidados Intermedios pueden ofrecer a los Hospitales Comarcales un entorno de cuidados y monitorización más estrecha que las plantas convencionales, intentando garantizar la optimización de los recursos sanitarios y la calidad asistencial. Son de gran utilidad en los pacientes más graves y susceptibles de desestabilización, sin con ello pretender sustituir unidades de cuidados intensivos o cuidados avanzados del paciente, como han demostrado diversos trabajos.

*Conclusiones:* Los cuidados intermedios ofrecidos en el HSA, a través de la REA ofrecen una atención más completa de pacientes más complejos y graves. En nuestra serie los pacientes cardiológicos son los mayoritarios, seguidos de los respiratorios, y neurológicos. En la serie analizada el 30% tuvieron como destino la planta convencional, el resto requirieron traslado. El 82% de los pacientes sobrevivieron al evento agudo. Por las características de los hospitales comarcales, este modelo de hospitalización parece útil y se ha demostrado eficaz, por lo que sería interesante la formación del personal sanitario y la dotación de recursos materiales y humanos para su desarrollo así como la optimización de la colaboración estrecha con los hospitales de referencia.