Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):943

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

G-014 - FACTORES Y GRUPOS DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA MORTALIDAD HOSPITALARIA EN LA ACTIVIDAD CONSULTIVA DE MEDICINA INTERNA A TRAUMATOLOGÍA (COT) EN EL HUCA

C. Palomo Antequera[1], E. García Carús[1], B. Palomo Antequera[2], A. García Pérez[1], J. Rugeles Niño[1], H. Gómez Rodríguez[1], V. Cárcaba Fernández[1], C. Cienfuegos Basanta[1]

[1]Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). [2]Radiodiagnóstico. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

Resumen

*Objetivos:*Determinar los factores y grupos de riesgo relacionados con la mortalidad, en la actividad consultiva realizada por un internista adscrito a un servicio de Traumatología (COT) de un hospital de tercer nivel.

*Material y métodos:*Estudio retrospectivo de los factores influyentes en la mortalidad hospitalaria en pacientes valorados por internista a COT en 2015. Análisis comparativo entre mortalidad y las variables analizadas (sexo, edad, días de ingreso, prioridad, tipo de valoración, tiempo de respuesta, infección nosocomial, motivo de ingreso, de interconsulta, índice de Charlson (ICh) y ASA, mediante chi cuadrado y pruebas no paramétricas Kruskal-Wallis. Se utilizaron árboles de decisión multivariantes para determinar grupos de riesgo de mortalidad.

*Resultados:*En los 241 pacientes se analizaron las variables (sexo, prioridad de petición, tipo de valoración, tiempo de respuesta, número de reingresos, infección nosocomial y tipo, motivo de interconsulta o diagnóstico primario) con la mortalidad y no hubo diferencias significativas. Sí las hubo en relación con la edad, 76,2 frente a 88,5, $p < 0,001$, la estancia media, mayor en los pacientes que sobrevivieron, $p < 0,001$, el motivo de ingreso, mayor mortalidad en ingresos por fractura de cadera de alto riesgo (FCAR) (83,3%) y fractura de miembros superiores (11,1%), número de diagnósticos secundarios, los más frecuentes en el grupo exitus fueron la insuficiencia cardiaca (16,7%), "otros" (16,7%), y con el mismo porcentaje (11%) síndrome confusional, alteraciones iónicas, mal control HTA y otros FRCV y cardiopatía isquémica inestable, $p = 0,048$, ICh, en el grupo de pacientes con ICh muy alto, 83,3% (15/18), la mortalidad llegó al 20% (15/75), $p < 0,001$. También se asoció con el riesgo quirúrgico ASA (mayor mortalidad grupo V 25%, seguida 18,8% en el grupo IV), ICh fue menor en el grupo de supervivientes, 5,7 días vs los fallecidos 7,98, $p < 0,001$. No hubo fallecimientos tras el alta en el primer mes de seguimiento, p 0 = 0,027, ni en el resto de motivos de ingreso codificados. Al realizar el árbol de decisión basado en CHAID para determinar grupos de riesgo de muerte, el grupo de menor riesgo es Charlson < 7 y menores de 71 años. En el grupo Charlson muy alto, el mayor número de exitus se produjo en los primeros días del ingreso. Al comparar la mortalidad COT 2015 con la mortalidad de la actividad consultiva MI a COT 2015. La mortalidad de nuestro estudio de 7,5% (18/241) con la mortalidad global de COT 1,17% (30/2.522) $p < 0,001$.

*Discusión:*La principal causa de muerte como motivo de ingreso fue una FCAR o una fractura compleja de miembro superior. En diagnóstico secundario relativos a la mortalidad predominan ICC. Importancia de la comorbilidad, clasificada según el índice de Charlson y cuya prevalencia aumenta con la edad. La mortalidad como habíamos comentado fue mayor en los pacientes con Chalrson > 7 o ASA > IV. Respecto al grupo de riesgo de muerte correspondiente a Charlson muy alto (> 7), rozan un porcentaje de mortalidad del 20%. La mortalidad de nuestro estudio es superior a la mortalidad global de COT, se explica porque se valora a los más graves.

*Conclusiones:*La mortalidad se asoció a la edad, ingreso por fractura de cadera de alto riesgo y complejas de miembros superiores y a mayor comorbilidad y riesgo quirúrgico. Respecto al grupo de riesgo de muerte correspondiente a Charlson muy alto (> 7), rozan un porcentaje de mortalidad del 20% vs Al 1,8% en aquellos individuos que tienen ICh < 7. Dentro de los que tienen ICh < 7, el grupo de mayor riesgo son los mayores de 91 años (25%). El grupo de menor riesgo es Charlson < 7 y menores de 71 años, de los 67 pacientes de ese grupo no falleció ninguno. En el grupo Charlson muy alto, el mayor número de exitus se produjo en los primeros días del ingreso.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.