



<https://www.revclinesp.es>

EA-026 - DIFERENCIAS EN EL NUMERO DE REINGRESOS Y EN LA MORTALIDAD SEGÚN COMORBILIDAD (ÍNDICE PROFUND) EN UNA UNIDAD DE PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (UPCC)

B. Sanz Peña², A. Olmo Sánchez¹, J. Rueda Camino¹, V. García de Viedma García¹, S. Gonzalo Pascual¹, A. Hernández Píriz¹, E. André Ruiz¹ y A. Zapatero Gaviria¹

²Estudiante de Medicina, ¹Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

Resumen

Objetivos: Comparar la tasa de reingresos y la mortalidad de los pacientes en seguimiento por la unidad del paciente crónico complejo (UPCC) y por la unidad de manejo integral de pacientes con insuficiencia cardiaca (UMIPIC) del Hospital Universitario de Fuenlabrada según su comorbilidad valorada según la escala Profund.

Material y métodos: Se realiza un estudio de cohortes retrospectivo de los pacientes atendidos en la UPCC y en la UMIPIC desde junio de 2017 hasta marzo de 2018, con un seguimiento desde el momento de la primera valoración hasta cuatro meses después. Se evaluó a los pacientes mediante visitas a consulta y entrevistas telefónicas. Se recogieron, a través del gestor electrónico de historias clínicas del hospital, variables epidemiológicas, comorbilidad, el número de visitas durante el seguimiento y el riesgo de mortalidad a través de la escala Profund. Se dividió la muestra en dos grupos: aquellos pacientes con una puntuación en la escala Profund mayor de seis y aquellos con una puntuación menor.

Resultados: Se estudiaron 153 pacientes con una mediana de Profund de 3 (IQI 0-9). La distribución según el índice Profund mayor de 6 por sexos fue similar en ambos grupos ($p = 0,502$). Sin embargo los pacientes del grupo Profund mayor de 6 eran mayores ($p = 0,012$), tenían un índice de Barthel menor ($p < 0,001$), y más demencia (4,7% vs 16,2%, $p = 0,027$), delirium (1,2% vs 20,6% $p < 0,001$) y enfermedad renal crónica (50,6% vs 70,6%, $p = 0,014$). También hubo mayor disnea según la clase funcional de la NYHA, NYHA I (18,8% vs 10,3%, $p = 0,001$), NYHA II (65,9% vs 39,7%, $p < 0,001$) y NYHA ? III (9,4% vs 48,5%, $p < 0,001$). Hubo mayor proporción de cáncer metastásico (0% vs 11,8%, $p = 0,001$), una hemoglobina 10 mg/dl (10,6% vs 38,2%, $p = 0,001$) y requerían más ayuda externa (2,4% vs 19,1%, $p = 0,001$). Aunque observamos una tendencia a mayor comorbilidad global en el grupo Profund > 6 (enfermedad coronaria, IC, FA, patología pulmonar crónica, ACVA, DM tipo 2 con daño de órgano diana, y hepatopatía moderada-grave) las diferencias no fueron estadísticamente significativas. El análisis univariado de la muestra puso de manifiesto la asociación entre presentar una puntuación > 6 en el índice Profund y reingresar más de 4 veces al año, presentando estos pacientes un riesgo relativo de 4,23 (IC95% de 2,21 a 8,1; $p < 0,001$). Por otro lado, hemos observado una tendencia hacia una mayor mortalidad en estos mismos pacientes presentando un riesgo relativo de muerte de 1,69 (IC95% 0,73-3,93; $p = 0,221$).

Discusión: En la UPCC se atendió a pacientes muy ancianos, con mucha comorbilidad y con una alta demanda de atención. Los pacientes con puntuación más alta en la escala Profund tienen una probabilidad

mayor de reingresar más de cuatro veces al año que los pacientes con una puntuación más baja, siendo además las diferencias encontradas estadísticamente significativas. Los pacientes con Profund mayor de 6 también tuvieron más requerimiento de atención sanitaria, no solo por el número de ingresos sino también en la necesidad de ayuda externa. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad, si bien apreciamos casi un 70% más de probabilidad de muerte en el grupo con Profund mayor de 6.

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que los pacientes con puntuación > 6 en la escala Profund ingresan un mayor número de veces. La evidencia previa es consistente respecto a la validez de dicha escala para predecir la mortalidad, por lo que pensamos que en nuestro caso no se ha alcanzado la significación estadística por el pequeño tamaño muestral. Debemos comparar en el futuro a grupos de pacientes crónicos complejos en diferentes unidades para demostrar que este tipo de atención mejora y completa su atención.