



## G-062 - ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN CIRUGÍA VASCULAR (CVA) VALORADOS POR MEDICINA INTERNA (MI)

M. Cienfuegos Basanta<sup>1</sup>, H. Gómez Rodríguez<sup>1</sup>, J. Rugeles Niño<sup>1</sup>, D. Caravia Durán<sup>1</sup>, B. Rodríguez Díaz<sup>2</sup>, L. Montes Gil<sup>1</sup>, V. Cárcaba Fernández<sup>1</sup>, C. Palomo Antequera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital V. Álvarez Buylla. Mieres (Asturias).

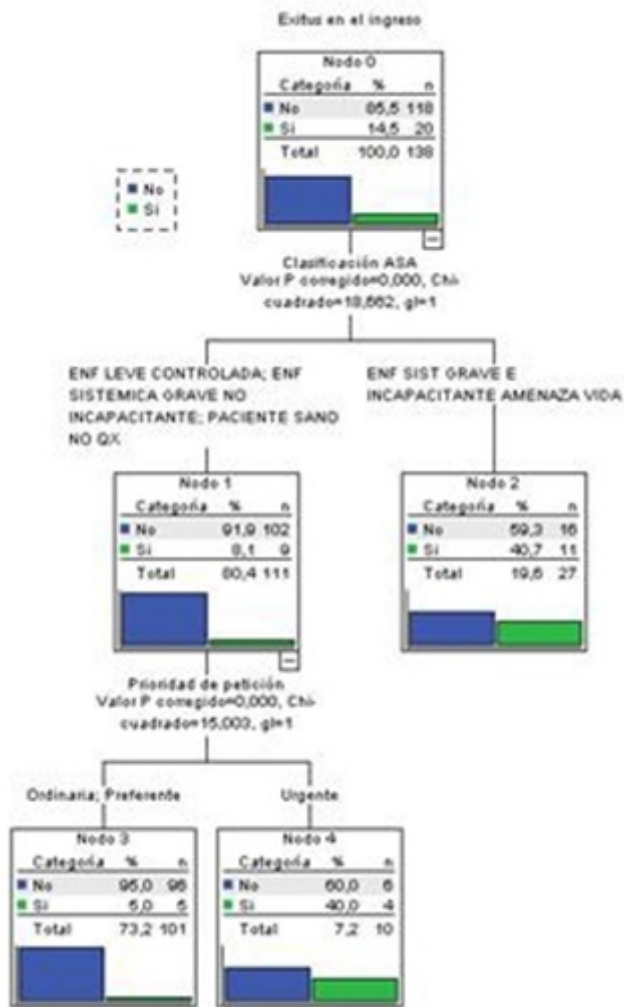
### Resumen

**Objetivos:** Describir la mortalidad de los pacientes valorados por MI en CVA y ver las relaciones entre ésta y las diferentes variables clínicas analizadas.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo analizando la mortalidad de los pacientes valorados por el internista adscrito al Servicio de Cirugía Vascular del HUCA, de una muestra, entre junio de 2014 y diciembre 2015. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS15<sup>®</sup>. Se utilizaron árboles de decisión basados en un algoritmo CHAID para determinar grupos de riesgo de muerte.

**Resultados:** La mortalidad global fue de 14,5%. Al comparar las diferentes variables clínicas edad, sexo, tipo de valoración, estancia, motivo de ingreso, diagnósticos principal o índice de Charlson ajustado por edad (ICh)), no se obtienen relaciones con significación estadística. Con la mortalidad se relacionó el número de diagnósticos médicos del paciente sin llegar a la significación estadística (p 0,08). El riesgo de muerte global aumenta a un 40,7% con valores de clasificación ASA ≥ III, y baja a un 8,1% ASA menores. Aunque dentro de este grupo de pacientes ASA I-II, la mortalidad es mayor 40% si precisan de una valoración por MI de forma urgente, disminuyendo a un 5% en el caso contrario.

**Discusión:** Existe una alta mortalidad en los pacientes de nuestro trabajo, superior a la media del servicio de CVA y a la de otros trabajos, si bien la complejidad de estos pacientes medida mediante ICh es muy alta, con ICh  $7,26 \pm 2,82$ . La no relación entre mortalidad e ICh puede explicarse porque todos los grupos en los que se dividió el ICh presentan gran complejidad con ICh elevados. La mortalidad fue mayor en los pacientes más pluripatológicos aunque no alcanzó significación estadística, lo explicamos por la alta mortalidad de patologías vasculares como el síndrome aórtico agudo que en el análisis de variable correspondía a pacientes con menos comorbilidades descompensadas. Existió muy buena relación entre la clasificación ASA y la mortalidad, falleciendo más los pacientes con ASA ≥ III, y dentro de los pacientes con menor riesgo quirúrgico los que precisaban de interconsultas Urgentes aumenta su mortalidad al 40%, y disminuyó al 5% si no la valoración no se realizó con urgencia.



**Conclusiones:** Los pacientes de este trabajo presentaron una alta mortalidad debido a su espectro clínico de gran complejidad. La indicación como urgente de una interconsulta aumenta hasta el 40% la probabilidad de fallecer durante el ingreso, así como los pacientes con ASA III y IV, por lo que deberíamos ser capaces de detectar a estos pacientes y realizar una valoración más temprana para intentar adelantarnos a las complicaciones.