



## G-013 - COMORBILIDAD MEDIDA A TRAVÉS DEL ÍNDICE DE CHARLSON AJUSTADO POR EDAD (ICH) EN LA ACTIVIDAD CONSULTIVA DE MEDICINA INTERNA (MI) A TRAUMATOLOGÍA (COT) EN 2015 EN EL HUCA

C. Palomo Antequera<sup>1</sup>, D. Caravia Durán<sup>1</sup>, B. Palomo Antequera<sup>2</sup>, L. Marqués Álvarez<sup>3</sup>, H. Gómez Rodríguez<sup>1</sup>, E. García Carús<sup>1</sup>, V. Cárcaba Fernández<sup>1</sup>, M. Cienfuegos Basanta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>3</sup>Medicina Intensiva. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). <sup>2</sup>Radiodiagnóstico. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

### Resumen

**Objetivos:** Estudio de caracterización de los pacientes en relación a su comorbilidad medida a través del índice de Charlson ajustado por edad (ICH).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de la complejidad de los pacientes seguidos por MI del HUCA a COT como consultor durante el año 2015, mediante el índice de Charlson y recodificado en 4 grupos "ICH agrupado" (ICHa), bajo o 0 4, moderado o 1 = 4 y 5, alto o 2 = 6 y 7 y muy alto o 3 7 puntos. Se realizó la comparación de la comorbilidad y su relación con las variables analizadas (sexo, edad, días de ingreso, prioridad, tipo de valoración, tiempo de respuesta, mortalidad, infección nosocomial, motivo de ingreso, de interconsulta y ASA) mediante pruebas no paramétricas Kruskal-Wallis y chi cuadrado.

**Resultados:** Se analizaron 241 casos. Los pacientes con un ICha muy alto presenta una elevada mortalidad, que llegó a ser del 20%, muy superior a Charlson alto (4,4%) y bajo (2,3%). No se produjo ningún exitus en el grupo de Charlson moderado, p 0,001. No se encuentran diferencias significativas por sexo, prioridad de petición, tiempo de solicitud, reingresos, infección nosocomial, p = 0,921, ni con los subtipos. En los pacientes con ICha > 4 (moderado, alto y muy alto) la patología más frecuente de ingreso fue la fractura de cadera y en el grupo ICha bajo fueron las artroplastias, p 0,001. Entre los pacientes con ICha > 4 el motivo de IC más frecuente fue pluripatológica. Los diagnósticos primarios más frecuentes en el grupo de ICha > 4 fueron la anemia (17,6%), la IC (14%), infección respiratoria (11%) e ITU (7%) y en el grupo de Charlson bajo "otros" (27,9%), seguido de infección respiratoria (16,3%), mal control de FRCV (16,3%), la anemia (11,6%), la ITU (7%), p = 0,007. El porcentaje de pacientes sin ningún diagnóstico secundario era mayor en los pacientes con un ICh bajo frente a los pacientes con un ICha > 4, p = 0,003. Existe un incremento paralelo en las puntuaciones del ICha y el ASA, p 0 0,001. La edad media del grupo de Charlson bajo fue de 60,9 años frente a la edad media del grupo moderado, alto y muy alto que se situaba en 76,9, 82,27 y 83,7 años, p 0,001. El tiempo de demora de solicitud de consulta fue superior en el grupo de bajo Charlson respecto al de muy alto Charlson, p = 0,003. Precisarón un mayor número de visitas los pacientes con ICh más elevado, p 0,001.

**Discusión:** La mortalidad se incrementó en relación con el ICh, llegando al 20% los pacientes con una puntuación > 7. El motivo de ingreso en el subgrupo alto y muy alto fue la fractura de cadera de alto riesgo, mientras que los que presentaban ICh 4 fueron las artroplastias y las fracturas de miembros inferiores. El

motivo de consulta pluripatológico se relacionó con Charlson > 6, mientras que las alteraciones analíticas y del nivel de consciencia se asociaron a Charlson 4. Los diagnósticos más frecuentes en el IChA > 6 son la ICC, la patología abdominal y la ITU, y en el grupo bajo la anemia. El número y los diagnósticos secundarios cardiocirculatorios, se relacionaron con Charlson altos. Las clasificaciones ASA de riesgo quirúrgico e IChA tuvieron buena correlación. El hecho de no hallar diferencias entre la comorbilidad y la infección nosocomial puede ser explicado dado que el ICh clasificado como bajo ( 4), incluye puntuaciones ya elevadas. También existieron diferencias en relación a su comorbilidad con la edad, incluida en la escala, el tiempo de solicitud y el número de seguimientos.

*Conclusiones:* La mortalidad y el tipo de patología quirúrgica (fractura de cadera de alto riesgo) se relacionaron con la comorbilidad. Entre las patologías médicas la insuficiencia cardíaca y la infección urinaria se asociaron a mayor comorbilidad. ICh y la clasificación ASA para el riesgo quirúrgico guardaron buena correlación.