



<https://www.revclinesp.es>

G-008 - INTERCONSULTA MEDICINA INTERNA: FACTORES INFLUYENTES EN LA MORTALIDAD EN EL PRIMER MES TRAS EL ALTA HOSPITALARIA EN TRAUMATOLOGÍA

C. Palomo, E. García, C. Cienfuegos, H. Gómez, J. Rugeles, D. Caravia, V. Cárcaba

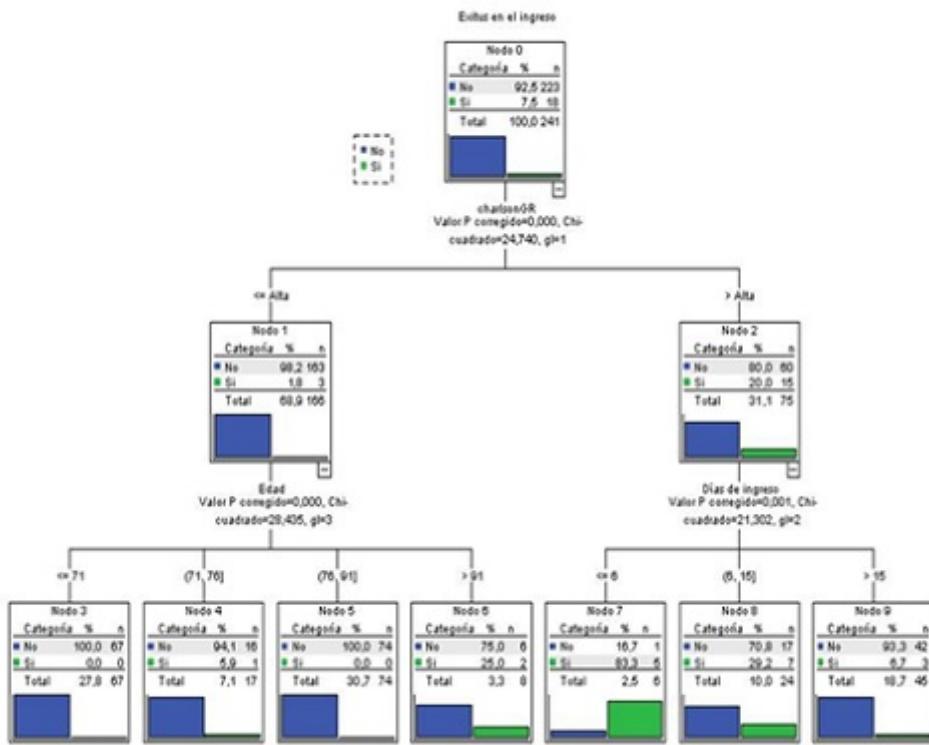
Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

Resumen

Objetivos: Determinar los factores influyentes sobre la mortalidad en la actividad consultiva realizada por un internista adscrito a un servicio de Traumatología (COT) en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos por internista del HUCA mediante interconsulta proactiva (VP) o reactiva (VR) a COT durante el año 2015. Se utilizaron árboles de decisión para determinar grupos de riesgo de mortalidad.

Resultados: Se analizaron 241 consultas hospitalarias de COT entre enero y diciembre de 2015, 2.522 ingresos durante ese periodo (9,5% del total de ingresos). El análisis de las variables sexo, prioridad de petición, tipo de valoración, tiempo de respuesta, número de reingreso, infección nosocomial, tipo de infección nosocomial, motivo de interconsulta o diagnóstico primario con la mortalidad no resultan estadísticamente significativas. Al contrario que con el motivo de ingreso en COT (Cirugía ortopédica y Traumatología), número de diagnósticos secundarios, índice de Charlson, ASA, la edad, los días de ingreso y, tiempo de demora de petición de consulta que resultaron significativas en relación con la mortalidad. Entre los motivos de ingreso, hubo una mayor mortalidad en ingresos por fractura de cadera (83,3%) y fractura de miembros superiores (11,1%) y otras fracturas 5,6%. No hubo fallecimientos tras el alta en el primer mes de seguimiento, $p = 0,027$. Tampoco se produjeron en el resto de motivos de ingreso codificados (artroplastias, neoplasias, fractura de pelvis, infección osteoarticular, politraumatizado, etc.). Los diagnósticos secundarios más frecuentes en el grupo exitus fueron la insuficiencia cardiaca (16,7%), y de un grupo recogido como “otros” (16,7%), síndrome confusional, alteraciones iónicas, mal control de HTA y otros FRCV y la cardiopatía isquémica inestable 11% respectivamente, $p = 0,048$. En el grupo de pacientes con Charlson muy alto, 83,3% (15/18), la mortalidad llegó al 20% (15/75), $p = 0,001$. El riesgo quirúrgico ASA también se detecta que la mayor mortalidad relativa en cada grupo es mayor en el grupo V 25% y seguida 18,8% en el grupo IV. En la edad de los pacientes con media edad de los primeros de 76,2 frente a 88,5 de los exitus, $p = 0,001$. La estancia media fue mayor en los pacientes que sobrevivieron, 24,9 vs 12,6, $p = 0,001$. La media de puntuación de Charlson fue menor en el grupo de supervivientes, 5,7 días vs los fallecidos, que tuvieron una media de 7,98 de índice, $p = 0,001$. 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) se obtuvo un p -valor 0,001.



Discusión: La principal causa de muerte como motivo de ingreso fue una fractura de cadera o una fractura compleja de miembro superior. En diagnóstico secundario relativos a la mortalidad predominan ICC y otros diagnósticos no clasificados que habrá que especificar en otros estudios posteriores. 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 Charlson > 7 o ASA > IV.

Conclusiones: Mayor mortalidad en fracturas de cadera y MMSS como motivo de ingreso y cómo diagnóstico secundario ICC. Mayor mortalidad cuanto mayor comorbilidad y riesgo quirúrgico. Aunque comparador global y controles históricos interconsulta por parte de un internista disminuye la mortalidad.