



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

V-102 - CAUSAS DE MORTALIDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE SOPORTE AL PACIENTE QUIRÚRGICO

E. Llinàs¹, F. Oblitas¹, D. Iglesias¹, G. Ortiz¹, E. Romero² y E. García¹

¹Medicina Interna; ²Medicina familiar y comunitaria. Hospital de Terrassa. Terrassa (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Analizar las causas de mortalidad y el perfil de los pacientes fallecidos que fueron atendidos por la unidad de soporte al paciente quirúrgico de nuestro centro.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de las interconsultas atendidas por Medicina Interna de pacientes ingresados en Cirugía General, C. Vascular, C. Plástica, C. Torácica, Urología y Traumatología de noviembre de 2013 a octubre de 2016, en el Hospital de Terrassa. Se analizan las siguientes variables: edad, sexo, patología de base, índice de Charlson, especialidad de ingreso, ingreso en UCI, si se practicó cirugía y si ésta fue urgente o electiva, riesgo quirúrgico, categoría de exitus (que clasificamos como: directamente relacionado con el motivo de ingreso; secundario a una complicación relacionada con el motivo de ingreso; relacionado con patología crónica diferente del motivo de ingreso; no relacionada con el motivo de ingreso ni patología crónica), causa del exitus (definidas como cardiovascular, neurológica, infecciosa, respiratoria, oncológica, nefrourológica, hepatopatía y digestiva), hemos descrito en mayor detalle tanto la causa cardiovascular como la infecciosa y lugar de exitus. Se ha utilizado el programa estadístico SPSS 23.0. Las variables cuantitativas se describen con la media y las categóricas con el número absoluto o porcentaje.

Resultados: Durante el período de estudio se atendieron a 908 pacientes de los cuales fueron exitus 71 (7,8%). La edad media fue de $82,9 \pm 10,5$ años y un 55% eran mujeres. Casi la totalidad de los pacientes tenía alguna patología de base (98,6%), la mitad de ellos con un índice de Charlson > 2 . El 72,9% tenía algún grado de dependencia funcional. La mayoría de los pacientes ingresó desde Urgencias (94,4%), dos terceras partes de los pacientes fallecidos fueron intervenidos, tan sólo uno de ellos de forma electiva, se valoraron como de riesgo quirúrgico elevado un 89,6% (ASA ≥ 3). El 15% precisó ingreso en UCI. El 15,5% fallecieron como consecuencia de alguna complicación relacionada con el motivo de ingreso, en el 19,7% la muerte se consideró directamente relacionada con el motivo de ingreso, el 25,4% por una causa distinta al motivo de ingreso y no relacionado con su patología de base, la mayoría de los pacientes (39,4%) fue exitus por descompensación de alguna de sus patologías crónicas. La principal causa de muerte fue la infecciosa (36,6%) dentro de ésta, predominó la de origen respiratorio (32%), seguida de la biliar (28%) y en menor frecuencia la urinaria, la relacionada con la cirugía, de partes blandas y PBE. La etiología cardiovascular fue la segunda en frecuencia con un 21,1%, siendo en un 73,3% consecuencia de insuficiencia cardíaca. La causa respiratoria representó un 14,1%, la neurológica un 11,3%, tanto la oncológica como la digestiva un 5,6%, la nefrourológica un 4,2% y la hepatológica 1,4%. El 45,1% fallecieron en planta de hospitalización convencional, un 43,7% en unidades socio-sanitarias y un 11,3% en UCI. La media de días de seguimiento por Medicina Interna fue de 12,2 días, con una estancia media de 19,1.

Discusión: En nuestra muestra observamos que los pacientes que fallecen tienen edad avanzada, alta comorbilidad, riesgo quirúrgico elevado y en su mayoría ingresan de forma urgente. Llama la atención que casi dos terceras partes de los pacientes fallecen por una causa distinta al motivo de ingreso, a destacar la etiología infecciosa y cardiovascular.

Conclusiones: Observamos que los pacientes quirúrgicos atendidos por nuestro servicio tienen una mortalidad no despreciable y muchas veces no relacionada directamente con el motivo de ingreso. Las causas de muerte son muy semejantes a las observadas en plantas de Medicina Interna. Todo ello apoya la relevancia del papel del internista en el manejo de este tipo de pacientes.