



2054 - PREDICTORES DE MORTALIDAD Y REINGRESO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

Andrea María Vellisca González, Alejandro Maceín Rodríguez, Sara Miguel Álvarez, Alicia Guzmán Carreras, Mónica Gil Gutiérrez de Mesa, Andrea Bastos Precedo, José Luis García Klepzig y Manuel Méndez Bailón

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Describir las características de los pacientes pluripatológicos que ingresan en una planta de Medicina Interna y determinar a través de las escalas e índices utilizados más frecuentemente el riesgo de mortalidad y reingreso a 30 días.

Métodos: Estudio retrospectivo de 412 pacientes pluripatológicos que ingresan en Medicina Interna durante el mes de marzo de 2023. Se recogieron variables clínicas, antecedentes personales tanto médicos como funcionales, así como puntuación al ingreso en las escalas de Barthel y Norton. Las variables se recogen como valor absoluto y porcentaje. Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de la muestra así como un análisis bivariante las variables incluidas en el índice de Charlson y multivariante entre las categorías discretas de las escalas de Barthel y Norton. Para las variables cualitativas se utilizó el test de chi cuadrado para los análisis bivariantes y el ANOVA para las multivariantes. Se exigió un error alfa de 0,05 y una potencia de 0,8. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS.

Resultados: Se incluyeron 412 pacientes, siendo 227 (55,1%) mujeres y 97 (23,7%) mayores de 90 años. Al ingreso, 221 (53,6%) de los pacientes eran independientes para las actividades básicas y solo 76 (18,4%) completamente dependientes. Las categorías del Barthel cualitativas se distribuían de la siguiente manera: independiente 125 (38,7%), dependiente leve 63 (19,5%), dependiente moderado 46 (14,2%) y dependiente total 94 (27,5%). En cuanto al Norton cualitativo, 245 pacientes (62,5%) pertenecían a la categoría "sin riesgo", 48 (12,2%) a riesgo bajo, 57 (14,5%) a riesgo medio y 42 (10,7%) a riesgo alto. La comorbilidad más prevalente recogida en el índice de Charlson en el grupo de estudio fue insuficiencia cardiaca, con 137 (33,3%) pacientes. El grupo de dependientes totales según Barthel presentó más *exitus* (31,5 vs. 2,4% independientes, 15,9% dependientes leves y 13% dependientes moderados, $p < 0,001$) así como en los pacientes de alto riesgo según Norton (47,6 vs. 5,7% sin riesgo, 16,7% riesgo bajo y 21,2% riesgo medio, $p < 0,001$). No hubo diferencias significativas en las tasas de reingreso. Dentro del índice de Charlson, se demostró mayor mortalidad en aquellos pacientes con ERC 32,8 vs. 11,9%, $p < 0,001$), así como neoplasia de órgano sólido en estado metastásico (31,2 vs. 13,2%, $p = 0,037$). En el resto de categorías no hubo diferencias.

Discusión: El índice de comorbilidad de Charlson, validado y empleado como predictor de mortalidad

a 10 años en numerosos estudios; así como la escala de Norton, ideada para establecer el riesgo de úlceras de los pacientes hospitalizados; han demostrado ser buenos predictores independientes de mortalidad a corto plazo. Además, pensamos que este trabajo predice tendencias en la correlación con reingresos de los pacientes con estos condicionantes de salud. Son necesarios más estudios para establecer si estas herramientas empleadas de rutina pueden ser armas importantes en la estadificación de riesgo de mortalidad y reingreso en nuestros pacientes.

Conclusiones: A peor puntuación en la escala de Barthel y Norton, mayor mortalidad durante el primer mes desde la fecha de ingreso. Los factores más correlacionados con mortalidad en el índice de Charlson son la presencia de enfermedad renal crónica y tumor sólido metastásico.