



## 1515 - ESTANCIA Y MORTALIDAD HOSPITALARIA EN UN GRUPO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS Y POLIMEDICADOS EN UNA UNIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD DE CUIDADOS (UACC) DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

*Carolina de Cote Delgado, Alberto López Blázquez, M<sup>a</sup> Elisabeth Ramírez Mejías, M<sup>a</sup> Teresa Valdivia Labajos, Ana Belén Ferro Expósito, Antonio Ruiz Serrato, Antonio Pedrajas Ortiz y M<sup>a</sup> Ángeles Guerrero León*

*Hospital de Antequera, Antequera, España.*

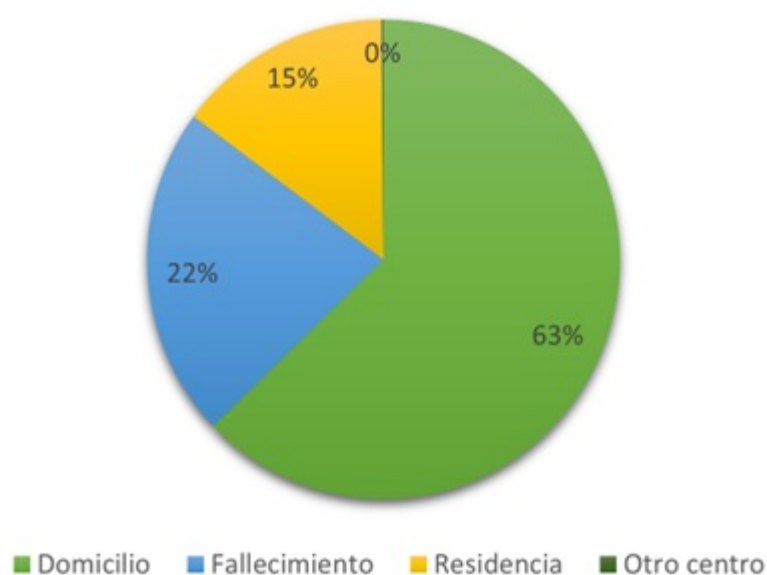
### Resumen

**Objetivos:** Analizar la estancia hospitalaria así como el destino final de los pacientes (alta o fallecimiento) y las variables que influyen en dichos resultados.

**Métodos:** Estudio transversal, retrospectivo, seleccionando un grupo de pacientes ingresados en la UACC del Hospital de Antequera entre abril de 2021 y diciembre de 2022. El criterio de inclusión es el ingreso en dicha unidad y el de exclusión la negativa a participar en el estudio y/o el rechazo al consentimiento.

**Resultados:** La estancia hospitalaria fue menor en pacientes que fallecieron ( $8,3 \pm 11,513$ ) frente a los que no fallecieron ( $9,323 \pm 10,544$ ) aunque sin significación estadística ( $p = 0,334$ ). Los ancianos tuvieron una menor estancia media ( $8,5 \pm 8,4$  días) frente a los no ancianos ( $12,5 \pm 18,8$  días) pero también sin significación estadística ( $p = 0,251$ ). Los polimedicados tuvieron una estancia similar a los no polimedicados ( $9,04 \pm 8,6$  vs.  $9,45 \pm 15,6$  fármacos) con una  $p = 0,55$ . Algo parecido pasa entre pluripatológicos ( $9,03 \pm 11,48$  días) y no pluripatológicos ( $9,29 \pm 9,63$  días), con una  $p = 0,370$ , y con los dependientes ( $9,17 \pm 11,6$  días) o no dependientes ( $10,36 \pm 9,66$ ), con una  $p = 0,140$ . Al alta el destino (fig.) de la mayoría de los pacientes fue a su domicilio (62,8%), seguido de fallecimiento (22,4%), residencia (14,7%) y residualmente a otro centro (0,14%). En cuanto a la mortalidad, se produjo el fallecimiento durante el ingreso en 154 de ellos (20,2%). El ser pluripatológico no mostró una tendencia a mayor mortalidad intrahospitalaria, siendo de 92 *exitus* (20,7%) en el de pluripatológicos frente a 61 *exitus* (23,9%) en el otro grupo ( $p = 0,631$ ). Si nos paramos a desglosar las categorías de pluripatológico, la única que se asoció con mortalidad con significación estadística fue la categoría C, la de enfermos respiratorios crónicos ( $p = 0,008$ ; OR 1,755 con un IC95% de 1,150-2,679). La edad ( $p = 0,467$ ) o la dependencia (0,055) tampoco supusieron un factor pronóstico de mortalidad. Tomar un grupo de fármaco u otro no se asoció con mayor mortalidad, lo mismo que ocurrió al analizar si el número de fármacos que tomaba al ingreso era un factor de mortalidad ( $p = 0,191$ ). Consecuentemente, el ser polimedicado, aunque muestra una tendencia a mayor mortalidad (80,5 vs. 74,1%) tampoco mostró significación estadística ( $p = 0,091$ ). Pasa algo parecido con la polifarmacia extrema, donde el *exitus* se registró en el 22,3% frente al 17,8% que no tenían polifarmacia extrema, con una  $p = 0,121$ . Tener cuidador identificado fue protector frente al *exitus* en el hospital, o, dicho de otro modo, la mortalidad fue mayor en

aquellos pacientes que no tenían cuidador (22,4%) respecto a los que si lo tenían (3,3%), de forma estadísticamente significativa ( $p < 0001$ ) y con una OR de 8,36 (4,14-16,89 IC95%).



*Destino al alta.*

**Conclusiones:** No existen diferencias significativas en cuanto a la estancia hospitalaria y el destino al alta entre los grupos de pacientes pluripatológicos o no, polimedicados o no y dependientes o no dependientes así como en los datos de mortalidad. Sin embargo que el hecho de identificar al cuidador y registrarlo en la historia clínica fue un fuerte factor protector de mortalidad intrahospitalaria.

## **Bibliografía**

1. Bernabeu-Wittel M, *et al.* Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. *Rev Clin Esp.* 2014;46(7):385-92.
2. Ollero-Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Espinosa-Almendro JM, *et al.* Proceso Asistencial Integrado. Atención a Pacientes Pluripatológicos [Internet]. Andalucía: Junta de Andalucía. Conserjería de Salud; 2018. Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af1956d9925c\\_atencion\\_pacientes\\_pluripatologicos\\_2018.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d9925c_atencion_pacientes_pluripatologicos_2018.pdf).
3. Díez-Manglano J, Escalante-Yangüela B, García-Arilla Calvo E, *et al.* Differential characteristics in polypathological in patients in internal medicine departments and acute geriatric units: The PLUPAR study. *Eur J Intern Med.* 2013;24(8):767-71.
4. Gómez-Aguirre N, Caudevilla-Martínez A, Bellostas-Muñoz L, *et al.* Polypathology, polypharmacy, medication regimen complexity and drug therapy appropriateness. Pluripatología, polifarmacia, complejidad terapéutica y uso adecuado de la medicación. *Revista Clinica Espanola.* 2017;217(5):289-95.