



## G-18. - PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PROCEDENTES DE RESIDENCIAS

C. Vicente García, S. Nistal Juncos, A. Asenjo Mota, J. Martínez Peromingo, M. Yebra Yebra, I. Perales Fraile, D. Joya Seijo, R. Barba Martín

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Un porcentaje elevado de los pacientes ingresados en los servicios de medicina interna procede de una residencia de ancianos. Nos propusimos valorar si estos pacientes tenían características diferentes a las del resto de nuestros pacientes y si su evolución era diferente.

**Métodos:** Se analizaron los datos del CMBD de los pacientes ingresados en Medicina Interna del Hospital Rey Juan Carlos desde 12 abril 2012-30 abril 2014, identificándose aquellos que procedían de residencias de ancianos. Se han comparado las características sociodemográficas, clínicas y los indicadores del ingreso entre los pacientes de residencia y los que venían de su domicilio.

**Resultados:** En el periodo de dos años fueron dados de alta en medicina interna 6.552 pacientes, con una edad media 77,6 años (DE 16,1), estancia media 5,75 días (DE 5,4), peso medio del GRD 2,36 (DE 1,38) y una mortalidad del 12,6%. De estos pacientes 2.255 procedían de residencia (34%). Los pacientes de residencia son significativamente mayores ( $85,8 \pm 8,6$  vs  $73,4 \pm 17,1$ ;  $p < 0,001$ ), tienen un peso medio superior ( $2,53 \pm 1,1$  vs  $2,27 \pm 1,4$ ;  $p < 0,001$ ) lo que implica mayor complejidad, pero una estancia media inferior ( $5,5 \pm 4,2$  vs  $5,8 \pm 5,7$ ;  $p < 0,03$ ). El índice de Charlson es significativamente superior ( $5,6$  vs  $4,7$ ;  $p < 0,001$ ) en los pacientes de residencia. La mortalidad de los pacientes que proceden de residencia es casi el doble ( $17,5\%$  vs  $10,8\%$ ; OR 1,7 IC95% 1,5-2,0). Al excluir a los pacientes que fallecen no hay diferencias en la estancia media entre los pacientes procedentes de residencia y los que vienen del domicilio ( $5,6$  vs  $5,7$ ). El 19% de los pacientes procedentes de residencia que fallece lo hace en las primeras 24 horas y un 31% en las primeras 48 horas. Los pacientes procedentes de residencia presentan con más frecuencia demencia ( $22,5\%$  vs  $6,0\%$ ), y enfermedad cerebrovascular ( $14,7\%$  vs  $9,9\%$ ) que los que viven en domicilio. Sin embargo patologías como insuficiencia cardiaca ( $23,9\%$  vs  $27,3\%$ ), hepatopatía ( $2,2\%$  vs  $6,4\%$ ), EPOC ( $20,2\%$  vs  $29,3\%$ ) o insuficiencia renal crónica ( $19,9\%$  vs  $23,4\%$ ), se registran en el informe con más frecuencia en los pacientes que proceden de su domicilio. La desnutrición ( $30,5\%$  vs  $14\%$  OR 2,7 IC95% 2,7-3,0), la aspiración ( $10,2\%$  vs  $3,1\%$ , OR 3,5 IC95% 2,8-4,4) y las úlceras ( $13,4\%$  vs  $6,2\%$ , OR 2,3 IC95% 1,9-2,7) son significativamente más frecuentes en los pacientes procedentes de residencia. En un análisis de regresión logística, al relacionar el riesgo de fallecer con el hecho de que el paciente viva en una residencia no alcanza la significación estadística (OR 1,1 IC95% 0,8-1,2), al corregido por potenciales confusores como son la edad, la desnutrición, la neumonía aspirativa, las úlceras o el índice de Charlson.

*Discusión:* En nuestra área uno de cada cuatro pacientes atendidos en la planta de hospitalización de medicina interna procede de residencias. Estos pacientes son más ancianos, más complejos, tienen con más frecuencia demencia y fallecen casi el doble que los pacientes que vienen de domicilio. La estancia media, sin embargo, es inferior, posiblemente porque una vez estabilizado el cuadro pueden mantener los cuidados en su residencia con más facilidad que en el domicilio. Aunque los pacientes procedentes de residencia fallecen con más frecuencia que los que viven en domicilio, pero el riesgo superior de fallecer parece estar relacionado con la comorbilidad, puesto que la significación estadística desaparece al ajustar por potenciales confusores. Un porcentaje alto de los pacientes que fallecen lo hacen en las primeras horas de su ingreso, lo que puede interpretarse como que son derivados para morir. Un plan de coordinación con residencias podría mejorar algunos de estos aspectos, evitando traslados de pacientes en las últimas horas de sus vidas.