Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):402

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EA-2. - MULTIINGRESO Y SUPERVIVENCIA EN 30 MESES EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

D. Etxeberria Lekuona[1], J. Casas Fernández de Tejerina[2], M. Arteaga Mazuelas[1], V. Jarne Betrán[1], V. Fernández Ladrón[1], M. Abínzano Guillén[1], J. Oteiza Olaso[2], C. González Rodríguez[1]

[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital García Orcoyen. Estella. Navarra.[2]Servicio de Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña. Navarra.

Resumen

Objetivos: Definimos como paciente multiingresador a aquel que ingresa 3 veces o más en un año. Interesa analizar la supervivencia de estos pacientes en el ingreso y en un periodo de 30 meses de seguimiento después de ser identificados como multiingresadores en un Servicio de Medicina Interna.

Métodos: Mediante la información recogida en la Historia Clínica Informatizada se analizan las características de la supervivencia de los pacientes multiingresadores en una muestra de 613 ingresos consecutivos en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Navarra A del año 2011. La muestra se compone de 126 ingresos de multiingresadores (94 pacientes) y 487 ingresos de no multiingresadores (469 pacientes).

Resultados: Los pacientes multiingresadores (M) presentaron en todo momento una mayor mortalidad que los no multiingresadores (no M), con diferencias estadísticamente significativas a partir de los 12 meses de seguimiento. A los 30 meses del alta habían fallecido el 56,4% de los M frente al 40,5% de los no M (p = 0,005). Los M se caracterizaron frente a los no M por una menor edad, un predominio del sexo masculino, la procedencia del medio rural y una mayor proporción de pacientes procedentes de una residencia. Desde el punto de vista clínico los M presentaron un mayor número de enfermedades de base, un mayor consumo de medicaciones, un mayor número de diagnósticos al alta, una mayor puntuación en el Índice de Charlson y una mayor puntuación en el Índice de Katz. La principal causa de ingreso de los M fue la “descompensación de una enfermedad crónica” (M: 87,3%; no M: 52,0%), mientras que en los no M fue la “aparición de una nueva enfermedad” (M: 57,1%; no M: 78,4%). No se observaron diferencias significativas en cuanto a la duración del ingreso y la presencia de problemas sociales. Con la excepción de las infecciones respiratorias, los diagnósticos más frecuentes y relacionados de forma más significativa con la condición de paciente multiingresador fueron enfermedades de carácter crónico: IC, DM, cardiopatía isquémica, cardiopatía hipertensiva y EPOC.

Discusión: El predominio del sexo masculino es habitual tanto en los ingresos de Medicina Interna en España, como entre las poblaciones de pacientes M de otros estudios. El mayor grado de enfermedad y la mayor dependencia funcional de los M favorecieron su menor supervivencia. Además el multiingreso se asoció de forma destacada al padecimiento de determinadas enfermedades crónicas (IC, DM, cardiopatía isquémica, cardiopatía hipertensiva y EPOC), siendo la descompensación de estas enfermedades, la principal causa de ingreso de los M. Tal como demuestra la bibliografía, estas enfermedades crónicas, además de

favorecer la repetición de los ingresos, aumentan el riesgo de mortalidad. Aunque el Índice de Charlson sólo predice la supervivencia en 12 meses, la significativa diferencia en la puntuación en este índice entre los M (media: 3,86) y los no M (media: 2,51) reflejó la mayor gravedad de las enfermedades en los primeros, lo que a su vez condicionó el peor pronóstico de supervivencia de los M.

Conclusiones: 1) Tras 30 meses de seguimiento la supervivencia de los pacientes M fue significativamente menor que la de los no M. 2). Las diferencias en la supervivencia entre M y no M fueron progresivamente más significativas a medida que avanzaba el tiempo. 3). El multiingreso se asocia con una mayor carga de enfermedad y una mayor limitación funcional, lo que favorece la menor supervivencia. 4). El multiingreso se asocia con enfermedades como la IC, la DM, la cardiopatía isquémica y la EPOC, que son enfermedades crónicas que aumentan el riesgo de mortalidad.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.