



# Revista Clínica Española

<https://www.revclinesp.es>



## V-54. - MEDICINA INTERNA COMO INTERCONSULTORES EN EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA

P. Quijano Rodríguez<sup>1</sup>, R. Arceo Solís<sup>1</sup>, M. García Sánchez<sup>1</sup>, J. Rubio Prendes<sup>1</sup>, M. Amorín Díaz<sup>1</sup>, E. García-Alcalde Suárez<sup>1</sup>, P. García Portabella<sup>2</sup>, M. Fernández Gutiérrez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Traumatología. Fundación Hospital de Jove. Gijón. Asturias.

### Resumen

**Objetivos:** Estudiar los resultados de un programa de atención clínica integral por parte de un médico internista desde el momento del ingreso, en pacientes intervenidos por fractura de cadera, tras un año desde su implantación.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo, comparando los resultados del año 2012, en el cual la atención clínica del médico internista se daba siguiendo la dinámica habitual, y el 2013, cuando se implementó el programa como interconsultor desde el momento del ingreso del paciente con fractura de cadera. Se analizaron: la edad, el sexo, el índice de Charlson (corregido por edad), las variables individuales que lo definen, el ASA, el índice de Barthel al ingreso, complicaciones durante el mismo, la necesidad de interconsulta a ritmo normal y urgente por otros servicios, la estancia media, la demora quirúrgica, polimedicación, el destino al alta, el reingreso hospitalario antes de los seis meses, evolución posterior a los seis meses y mortalidad a los 6 meses tras el alta. Los datos se analizaron por intención de tratar con el programa estadístico SPSS 22. La obtención de datos fue mediante la historia electrónica del programa informático SELENE.

**Resultados:** Se analizaron 133 pacientes con fractura de cadera, 46 seguidas por medicina interna desde el ingreso y 87 sin el seguimiento del nuevo programa de atención integral. El grupo seguido por medicina interna tenía una mayor presencia de arritmia cardiaca (30,43% vs 12,64%,  $p = 0,02$ ), ictus previo (30,43% vs 13,79%,  $p = 0,04$ ) y afectación sistémica de diabetes 10,87% vs 2,30%,  $p = 0,04$ ). Como indicadores de comorbilidad tuvieron mayor índice de Charlson (2,76 DE 2,41 vs 1,87 DE 1,65;  $p = 0,03$ ) y un mayor ASA (2,98 DE 0,65 vs 2,69 DE 0,61;  $p = 0,01$ ). La demora quirúrgica en días fue también mayor: 4,46 días DE 2,21 vs 3,36 DE 1,92;  $p < 0,01$ ). Estancias medias similares en torno a los 16 días de media. No se obtuvo significación estadística entre los dos grupos para ninguno de los parámetros analizados. Hubo un 78,3% de complicaciones en el grupo de Medicina Interna frente al 64,4% en el de Traumatología. En el grupo de Medicina interna se diagnosticaron un 7% más de procesos cardiocirculatorios, 11% más de procesos respiratorios y 12% más de complicaciones metabólicas, sin alcanzarse la significación estadística. El porcentaje de traslados a medicina interna y de interconsultas a otras secciones específicas fue similar. Analizada la estancia media entre ambos grupos con las curvas de Kaplan-Meier, el subgrupo de pacientes con estancia superior a 21 días (10,5%) tiene una menor estancia media hospitalaria en el grupo de MI (21,86 vs 27,54, Long Rank,  $p = 0,03$ ). De los 129 pacientes que completaron el seguimiento de seis meses, no hubo diferencias significativas entre grupos en el exitus al alta (4,7% vs 3,5%), al mes (14,6% vs

4,7%) ni a los seis meses (20,9% vs 16,3%) tras el alta. El análisis de supervivencia tampoco mostró diferencias (Long Rank,  $p = 0,70$ ).

*Discusión:* Los pacientes en seguimiento presentaban más comorbilidad, al igual que el aumento de las complicaciones intrahospitalarias, que si bien, no alcanzan la significación estadística, podría ser justificado por un estudio más completo del paciente por el médico internista. Parece cobrar más importancia el papel del médico internista en pacientes con estancias prolongadas donde se logra reducir la estancia media.

*Conclusiones:* Los pacientes seguidos por medicina interna desde la implantación del programa presentaban mayor complejidad y mayor índice de complicaciones. Un programa de control médico de atención conjunta como el recientemente implantado en nuestro centro, nos permite constatar su necesidad. En nuestra serie se reduce la estancia media, unos seis días, en los pacientes con estancia prolongada (mayor de veintiún días).