



## G-023 - MODIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE CHARLSON DE LOS PACIENTES DADOS DE ALTA DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA ESPAÑOLES (PERIODO 2005-2012): ANÁLISIS DEL CMBD

M. Farid-Zahran<sup>1</sup>, R. Barba<sup>2</sup>, B. Calvo<sup>1</sup>, M. Méndez<sup>1</sup>, A. Zapatero<sup>3</sup>, S. Canteli<sup>4</sup>, A. Nieto<sup>1</sup>, J. Marco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Rey Juan Carlos I. Móstoles (Madrid). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid). <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

### Resumen

**Objetivos:** El índice de Charlson (IC) es un sistema de evaluación de la esperanza de vida ajustado a la edad y a la presencia o ausencia de otras 19 comorbilidades de un sujeto. A cada condición se le asigna una puntuación de 1, 2, 3 o 6 dependiendo del riesgo de fallecer asociado a esta condición. Después se suman las puntuaciones y se da una puntuación total que predice la mortalidad. El IC medio de los pacientes ingresados en un servicio da una idea bastante fiel de la complejidad diagnóstica y la fragilidad de dicha población. Analizado de forma pormenorizada, permite conocer las modificaciones en la prevalencia de cada una de las comorbilidades incluidas dentro del IC a lo largo del tiempo. Se trata de evaluar las variaciones en el índice IC a lo largo de los años en los servicios de Medicina Interna de forma global y por Comunidades Autónomas (CCAA).

**Métodos:** Análisis del CMBD de todas las altas emitidas por los servicios de Medicina Interna del Sistema Nacional Público español entre 2005 y 2012. Esta información incluye aspectos demográficos (edad, sexo, comunidad autónoma), datos sobre el ingreso (fecha de ingreso y alta), circunstancias del alta (a domicilio, traslado a otro centro, alta voluntaria o exitus) y diagnóstico principal que llevó al ingreso de cada paciente. Se seleccionaron las variables de edad, sexo e ICH. Se desglosó el ICH en mayor y menor de 2 según las distintas Comunidades Autónomas anualmente durante los años 2005 a 2012, ambos inclusive. Se examinan las diferencias en la distribución de diferentes variables demográficas y clínicas en este grupo de pacientes entre los años 2005 y 2012.

**Resultados:** Se analizan un total de 4.628.397 altas con una edad media de 72,06 años (DE 16,9). El valor medio del ICH para el año 2005 fue de 1,44 (DE 1,878) y en el 2012 del 1,75 (DE 2,004) ( $p < 0,0001$ ), siendo el valor medio total del ICH 1,60 (DE 1,947). El porcentaje de pacientes con un ICH mayor de 2 ( $IC > 2$ ) fue de 8,1% en el 2005 y del 16,4% en el año 2012 ( $p < 0,0001$ ). El incremento de ICH más acusado fue durante los años 2007-2008 (1,8%) y 2008-2009 (2%). Las Comunidades Autónomas que mayor incremento de  $ICH > 2$  presentaron desde el año 2005 al 2012 fueron Melilla (de un 16,% al 30,5%), La Rioja (de 11,9% a 27,5%), y Las Canarias (17,6% a 29,3%) ( $p < 0,001$ ).

**Discusión:** Durante el periodo de seguimiento de nuestro estudio, el grado de comorbilidad medido por ICH ha aumentado considerablemente en las CCAA del SNS. Se ha duplicado el porcentaje de sujetos hospitalizados con  $ICH > 2$ . Este incremento ha sido más llamativo durante los años 2007 a

2008 y 2008 a 2009. Este hallazgo puede ser atribuible a un ascenso de la edad media de hospitalización de los pacientes y a una mayor asociación del número de enfermedades crónicas que se codifican en el ICH. También coincide con la aparición de la crisis económica en nuestro país. Desconocemos los motivos de este incremento importante en la codificación de la comorbilidad de los ingresos en los Servicios de Medicina Interna del SNS. Tal vez factores que no se evalúan en el ICH como la fragilidad social y funcional han podido contribuir en este incremento en el ICH > 2. Las CCAA han experimentado un ascenso de codificación el ICH > 2 durante el periodo 2005-2102, siendo este superior al 10% para Melilla, La Rioja y Canarias.

*Conclusiones:* Los internistas atendemos ahora a pacientes más complejos y frágiles que hace 10 años.