Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):942

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

G-013 - COMORBILIDAD MEDIDA A TRAVÉS DEL ÍNDICE DE CHARLSON AJUSTADO POR EDAD (ICH) EN LA ACTIVIDAD CONSULTIVA DE MEDICINA INTERNA (MI) A TRAUMATOLOGÍA (COT) EN 2015 EN EL HUCA

C. Palomo Antequera[1], D. Caravia Durán[1], B. Palomo Antequera[2], L. Marqués Álvarez[3], H. Gómez Rodríguez[1], E. García Carús[1], V. Cárcaba Fernández[1], M. Cienfuegos Basanta[1]

[1]Medicina Interna, [3]Medicina Intensiva. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). [2]Radiodiagnóstico. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

Resumen

*Objetivos:*Estudio de caracterización de los pacientes en relación a su comorbilidad medida a través del índice de Charlson ajustado por edad (ICh).

*Material y métodos:*Estudio descriptivo retrospectivo de la complejidad de los pacientes seguidos por MI del HUCA a COT como consultor durante el año 2015, mediante el índice de Charlson y recodificado en 4 grupos “ICh agrupado” (IChA), bajo o 0 < 4, moderado o 1 = 4 y 5, alto o 2 = 6 y 7 y muy alto o 3 < 7 puntos. Se realizó la comparación de la comorbilidad y su relación con las variables analizadas (sexo, edad, días de ingreso, prioridad, tipo de valoración, tiempo de respuesta, mortalidad, infección nosocomial, motivo de ingreso, de interconsulta y ASA) mediante pruebas no paramétricas Kruskal-Wallis y chi cuadrado.

*Resultados:*Se analizaron 241 casos. Los pacientes con un IChA muy alto presenta una elevada mortalidad, que llegó a ser del 20%, muy superior a Charlson alto (4,4%) y bajo (2,3%). No se produjo ningún exitus en el grupo de Charlson moderado, p < 0,001. No se encuentran diferencias significativas por sexo, prioridad de petición, tiempo de solicitud, reingresos, infección nosocomial, p = 0,921, ni con los subtipos. En los pacientes con IChA > 4 (moderado, alto y muy alto) la patología más frecuente de ingreso fue la fractura de cadera y en el grupo IChA bajo fueron las artroplastias, p < 0,001. Entre los pacientes con IChA > 4 el motivo de IC más frecuente fue pluripatológica. Los diagnósticos primarios más frecuentes en el grupo de IChA > 4 fueron la anemia (17,6%), la IC (14%), infección respiratoria (11%) e ITU (7%) y en el grupo de Charlson bajo “otros” (27,9%), seguido de infección respiratoria (16,3%), mal control de FRCV (16,3%), la anemia (11,6%), la ITU (7%), p = 0,007. El porcentaje de pacientes sin ningún diagnóstico secundario era mayor en los pacientes con un ICh bajo frente a los pacientes con un IChA > 4, p = 0,003. Existe un incremento paralelo en las puntuaciones del IChA y el ASA, p 0 < 0,001. La edad media del grupo de Charlson bajo fue de 60,9 años frente a la edad media del grupo moderado, alto y muy alto que se situaba en 76,9, 82,27 y 83,7 años, p < 0,001. El tiempo de demora de solicitud de consulta fue superior en el grupo de bajo Charlson respecto al de muy alto Charlson, p = 0,003. Precisaron un mayor número de visitas los pacientes con ICh más elevado, p < 0,001.

*Discusión:*La mortalidad se incrementó en relación con el ICh, llegando al 20% los pacientes con una

puntuación > 7.El motivo de ingreso en el subgrupo alto y muy alto fue la fractura de cadera de alto riesgo, mientras que los que presentaban ICh < 4 fueron las artroplastias y las fracturas de miembros inferiores. El motivo de consulta pluripatológico se relacionó con Charlson > 6, mientras que las alteraciones analíticas y del nivel de consciencia se asociaron a Charlson < 4. Los diagnósticos más frecuentes en el IChA > 6 son la ICC, la patología abdominal y la ITU, y en el grupo bajo la anemia. El número y los diagnósticos secundarios cardiocirculatorios, se relacionaron con Charlson altos. Las clasificaciones ASA de riesgo quirúrgico e IChA tuvieron buena correlación. El hecho de no hallar diferencias entre la comorbilidad y la infección nosocomial puede ser explicado dado que el ICh clasificado como bajo (< 4), incluye puntuaciones ya elevadas. También existieron diferencias en relación a su comorbilidad con la edad, incluida en la escala, el tiempo de solicitud y el número de seguimientos.

*Conclusiones:*La mortalidad y el tipo de patología quirúrgica (fractura de cadera de alto riesgo) se relacionaron con la comorbilidad. Entre las patologías médicas la insuficiencia cardiaca y la infección urinaria se asociaron a mayor comorbilidad. ICh y la clasificación ASA para el riesgo quirúrgico guardaron buena correlación.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.