



1934 - EL PAPEL DEL MÉDICO INTERCONSULTOR EN LA DISNEA DE LOS SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS

María del Rocío Fernández Díaz, Pablo Sánchez Quesada y Michel Martos Ruiz

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.

Resumen

Objetivos: Valorar el beneficio que supone la unidad de interconsultas y asistencia compartida de Medicina Interna en el manejo diagnóstico y terapéutico de la disnea en pacientes hospitalizados en los distintos servicios médico-quirúrgicos.

Métodos: Estudio descriptivo que analizó todas las interconsultas realizadas por disnea, del 15 de enero al 15 de abril de 2023, a la unidad de interconsultas y asistencia compartida de Medicina Interna en un hospital de segundo nivel.

Resultados: La disnea supuso el 21% de las interconsultas realizadas a Medicina Interna (27 pacientes de un total de 130, excluyendo Traumatología), procediendo de servicios quirúrgicos en su mayoría (66%). La media de edad fue de 75 años, con una proporción similar de mujeres y hombres. Casi todas las interconsultas (26) fueron realizadas de forma preferente y atendidas en menos de 24h. En menos de la mitad de las ocasiones el médico peticionario había comenzado tratamiento al menos sintomático para la disnea antes de nuestra valoración. El 63% de los pacientes fue sometido a algún tipo de cirugía; destacando que de ellos el 88% presentó la disnea como una complicación posterior a la intervención. La causa más frecuente que originó la disnea fue la descompensación de insuficiencia cardiaca (en un 44% de los casos), presentándose en su mayoría como edema agudo de pulmón. La siguiente causa más frecuente era en un 37% la infección respiratoria. Otras etiologías encontradas menos frecuentes fueron el broncoespasmo o el tromboembolismo agudo pulmonar. Hasta la cuarta parte de los pacientes requirió algún tipo de ventilación mecánica invasiva o no. 6 pacientes finalmente fallecieron debido a la causa de la disnea. Destacar que menos de la mitad de los pacientes (entorno al 40%) tenían diagnóstico previo de cardiopatía (principalmente valvulopatías) y/o neumopatía (mayoritariamente EPOC). Otro dato a resaltar es que en más del 70% de los casos la disnea provocó el retraso en el momento del alta hospitalaria de su servicio de origen; siendo la mayoría de los pacientes seguidos y tratados por la unidad de interconsultas de forma diaria, requiriendo en un mínimo porcentaje el cambio de cargo al servicio de Medicina Interna.

Conclusiones: La disnea es un síntoma fundamental que debe servir a cualquier especialista de alerta de la aparición de múltiples complicaciones posibles, en pacientes ingresados por cualquier otro motivo en los distintos servicios médico-quirúrgicos (suponiendo una causa frecuente de consulta sobre todo en pacientes quirúrgicos a posteriori de la intervención). Las etiologías de

disnea que encontramos en nuestras interconsultas fueron variadas pero destacando la descompensación de insuficiencia cardiaca así como las infecciones respiratorias, en pacientes sin antecedentes previos a dicho nivel; siendo por tanto fundamental el papel del médico internista ya no solo en el tratamiento sino en el correcto diagnóstico etiológico. El hecho de que la disnea ocasione un retraso importante en el alta hospitalaria de tantos pacientes ingresados por otro motivo, es otra de las razones fundamentales que apoyan la existencia y desarrollo de las unidades de interconsultas de Medicina Interna.