



## 1873 - RESULTADOS DE GESTIÓN DERIVADOS DE LA PRESENCIA FÍSICA DE MAÑANA DE UN INTERNISTA EN URGENCIAS

*Guillermo Romero Molina, Pablo Rosales García, Daniel León Martí, María Luisa Martín Ponce y José Antonio Mira Escarti*

*Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España.*

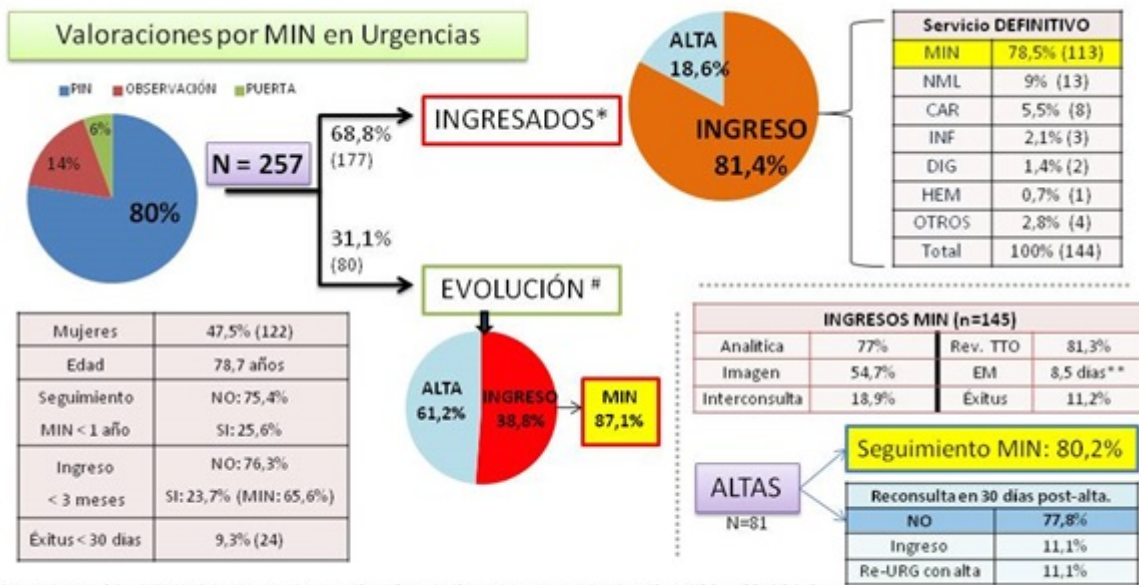
### Resumen

**Objetivos:** El papel del internista en Urgencias es heterogéneo en los diferentes hospitales de la geografía española: en muchos es asumida la valoración de todos los ingresos por parte de Medicina Interna (MIN); en otros, el facultativo de Urgencias tiene la libertad de ingresar en planta de MIN sin aceptación o valoración previa. **Objetivo:** describir los resultados de gestión derivados de la presencia física de un internista fijo de mañana en el área de un hospital del sur de España, puesto de nueva creación, para la valoración de pacientes tanto ingresados en MIN como no ingresados candidatos a valoración por MIN.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de carácter descriptivo. Período de análisis: 10-enero a 31-marzo de 2023. Muestra: pacientes con estancia en Urgencias (cualquier circuito), tanto ingresados como potencialmente candidatos a ingreso y/o valoración ambulatoria por parte de MIN.

**Resultados:** Se valoraron 257 pacientes. El 54% de las valoraciones fueron presenciales. Mujeres: 47,5%; edad media de 78,7 años. El 25,6% de pacientes habían sido valorados en el último año en alguna consulta de MIN; el 23,7% había estado ingresado al menos una vez en los tres meses previos (65,6% a cargo de MIN). El 80,2% de las valoraciones fueron en el área de observación denominada "pendientes de ingreso o sillones", el 14,3% en "observación agudos" y el 5,5% procedentes de consultas polivalentes. Diagnósticos principales: insuficiencia cardiaca (21%), síndrome infeccioso (23,3%; 70,5% de origen respiratorio) y anemia (16,3%). Del total de pacientes valorados, el 68,8% (177) se encontraba ingresado con código de MIN en el momento de la valoración. De este grupo, en el 81,4% (144) se mantuvo la indicación de ingreso; el 18,6% (33) fue alta. De los que quedaron ingresados, el 78,5% terminó ingresado en MIN; se cambió de código al 21,5% restante y quedaron a cargo de Neumología (9% del total [13]), Cardiología (8), Infecciosas (3), Digestivo (2), Hematología (1), otros servicios (4). El 31,1% (80) de pacientes se encontraba en estado de "evolución" en el momento de la valoración: el 61,2% se fue de alta; se indicó ingreso en el 38,8% (87,1% a cargo de MIN). A los pacientes que finalmente ingresaron en MIN (145) independientemente de su estado (ingresado vs. en evolución) en el momento de la valoración, se les solicitaron: pruebas analíticas (77%), prueba de imagen (54,7%), interconsulta/prueba a otro especialista (18,9%). Estancia media: 8,5 días (DE +/- 3,9). *Exitus* ingresados < 30 días: 11,2%. Revisión de tratamiento: 81,3%. De los 81 pacientes dados de alta (independientemente de su estado inicial), el 80,2% fue derivado a alguna consulta de MIN, el 11,1% a otro servicio y el 8,7% no tuvo

planificado seguimiento. A los 30 días, el 77,8% no reconsultó ni ingresó, el 11,1% reconsultó pero fue alta desde Urgencias y el 11,1% ingresó.



\* Ingresados con código MIN (Medicina Interna) a la valoración. # En evolución en el momento de la valoración en URG. \*\* DE +/- 3,9 días  
 PIN: pendientes de ingreso ("sillones"), OBS: observación ("camas"), PUERTA: consulta urgencias polivalente.  
 Analítica: cualquier prueba analítica. Imagen: incluye Rx, TC, ecografías. Interconsulta: incluye valoración o pruebas por otros especialistas. Rev. TTO: revisión de tratamiento antes de ingreso. EM: estancia media. Éxito: fallecimiento en menos de 30 días. Re-URG: reconsulta en URG con alta.

**Conclusiones:** La presencia de un facultativo especialista en Medicina Interna en Urgencias puede ser clave para optimizar la elección del circuito y servicio de destino del paciente, acortar la estancia hospitalaria y evitar ingresos.