



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

2167 - DESPLAZAR AL INTERNISTA AL MEDIO RURAL: ¿ANTICIPANDO DESCOMPENSACIONES Y REDUCIENDO URGENCIAS?

Julia Ollero Ortiz, Lina María Zapata Vásquez, Isabel Padrino Silva, Violeta Gallego Gutiérrez y Juan Ignacio Ramos-Clemente Romero

Medicina Interna, Hospital Infanta Elena, Huelva, España.

Resumen

Objetivos: Analizar la frecuencia de consultas al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) e ingresos posteriores en una muestra de pacientes derivados desde Atención Primaria y atendidos en una consulta de Medicina Interna implementada en un centro de salud rural. Se describen también los motivos clínicos de descompensación y el perfil de los pacientes que requirieron atención urgente.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se incluyeron 66 pacientes atendidos por Medicina Interna en un centro de salud rural durante un periodo de 6 meses. La consulta fue realizada periódicamente por un internista desplazado desde el hospital comarcal. Se registró la frecuencia de consultas a los SUH, la necesidad de ingresos a planta de hospitalización y el perfil clínico; tras la primera visita en consulta.

Resultados: Se analizó la cantidad de ingresos a los servicios de urgencias hospitalarias tras la consulta de medicina interna de 66 pacientes incluidos en el estudio, precisando el 31,8% de los pacientes ($n = 17$) consultar al menos una vez a urgencias de estos, 8 pacientes (47%) precisaron ingreso hospitalario, los principales motivos fueron angina esfuerzo (3 pacientes, 17,6%) y otros cuadros graves que incluyen estreñimiento (2 pacientes, 11,8%), crisis hipertensiva ($n = 2$, 11,8%), infección urinaria con fracaso renal (2, 11,8%), neumonía adquirida en comunidad ($n = 2$, 11,8%), y esguince de tobillo ($n = 2$, 11,8%). Causas menos frecuentes fueron cólico nefrítico, herpes zóster, ictus, y bacteriuria en paciente portador de sonda vesical.

Ingresos a urgencias	N = 66
Sí	31,8% (17)
No	68,18% (45)
Ingresos hospitalarios	N = 17

Ingresaron a planta	47% (8)
No ingreso	52,9% (9)

Motivo clínico	N = 17
Ángor de esfuerzo	17,64% (3)
Estreñimiento	11,7% (2)
Crisis hipertensiva	11,7% (2)
Infección urinaria y fracaso renal agudo	11,7% (2)
Neumonía adquirida en comunidad	11,7% (2)
Esguince de tobillo	11,7% (2)
Cólicos nefríticos	5,8% (1)
Ictus	5,8% (1)
Bacteriuria paciente portador de sonda vesical permanente por <i>K. pneumoniae</i> BLEE.	5,8% (1)
Herpes zóster	5,8% (1)

Discusión: Uno de cada tres pacientes atendidos por el internista en el centro de salud rural consultó posteriormente en urgencias, y casi la mitad de estos requirieron ingreso hospitalario. Estos datos reflejan la elevada fragilidad clínica de la población atendida y la necesidad de reforzar el seguimiento proactivo. La presencia de factores de riesgo como polimedicación, insuficiencia cardíaca o deterioro nutricional está directamente asociada a eventos agudos evitables. La valoración por Medicina Interna en el entorno rural permite detectar precozmente estos elementos y planificar intervenciones dirigidas, que podrían reducir la utilización de recursos hospitalarios. La literatura sugiere que entre un 20 y un 35% de los pacientes crónicos valorados ambulatoriamente consultan a urgencias en los meses posteriores, esto coincide con los hallazgos del estudio, un tercio de los pacientes pluripatológicos seguidos requirió atención urgente.

Conclusiones: Un tercio de los pacientes pluripatológicos seguidos en consulta de Medicina Interna requirió atención urgente, y casi la mitad de estos fueron hospitalizados. La mayoría presentaban múltiples comorbilidades cardiovasculares y respiratorias. Los motivos más frecuentes fueron ángor de esfuerzo, infecciones respiratorias y urinarias complicadas, así como crisis hipertensivas y descompensaciones de

enfermedades crónicas. Este hallazgo refuerza la necesidad de estrategias de seguimiento proactivo en consulta externa, centrada en la continuidad asistencial. Este modelo de atención especializada en el ámbito rural es una estrategia válida para abordar la cronicidad y anticipar descompensaciones, esto no solo mejora la calidad de vida del paciente, sino que también optimiza los recursos del sistema sanitario.