



V-35. - EVOLUCIÓN DE UNA INTERCONSULTA TRAS CAMBIOS CONSENSUADOS

J. Hernández Indurain, P. Anaut Mayo, C. Sánchez Sáez, M. González Urrutia

Servicio de Medicina Interna. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Resumen

Objetivos: En 2012, junto con el Servicio de Psiquiatría de nuestro Hospital, elaboramos un protocolo para propiciar que, mediante la interconsulta (IC), ambas partes obtuviéramos un apoyo ágil y eficiente del otro Servicio. En los meses siguientes documentamos un número creciente de IC de pacientes hospitalizados en Psiquiatría, e iniciamos una revisión que esclareciera las razones subyacentes. En particular, nos pareció importante determinar si el recurso más frecuente a la IC escondía una proporción desequilibrada de procesos triviales.

Métodos: Cuantificamos las consultas recibidas en los doce meses anteriores a junio de 2013 y las comparamos con las generadas en los dieciocho meses precedentes. Reunimos los datos demográficos, la comorbilidad estimada por el índice de Charlson (ICh), la complejidad de los procesos, los motivos de consulta, el patrón de determinaciones de laboratorio y los estudios intensivos que indicamos. Definimos proceso de complejidad alta cuando se dieron valores superiores a 3 en el ICh, terapia electroconvulsivante en presencia de comorbilidad, ingreso en UCI o traslado a nuestro Servicio para tratamiento. El perfil de los análisis se evaluó a través de los motivos de consulta. Consideramos estudio intensivo si incluyó dos o más órganos o sistemas distintos del SNC. La significación estadística se estableció con valor $p < 0,05$ y, según procediera, mediante los test de χ^2 , análisis de la varianza o prueba de Kruskal-Wallis.

Resultados: El número de IC fue de 105 en los últimos 12 meses y de 62 para el periodo anterior. La razón consultas/mes fue de 8,75 frente a 3,64, cuantificándose un claro aumento. El número de ingresos en el Servicio de Psiquiatría apenas varió, siendo de 67,9 y 67,7 pacientes/mes para los dos periodos. Las medias de edad fueron similares, de 48,1 y 52,2 años, sin que las diferencias alcanzaran significado. En el periodo más reciente hubo más pacientes con edad superior a 70 años y menor porcentaje de menores de 30, pero sólo la última diferencia fue significativa ($p: 0,0057$). El valor medio del ICh aumentó en los pacientes de los 12 últimos meses, siendo de 1,53 frente a 0,85 en la serie antigua ($p: 0,074$). Un ICh > 3 se dio en 21 ocasiones, frente a 6 del periodo anterior, aunque la diferencia no fue significativa ($p 0,07$). Tampoco tuvo valor estadístico la variación en el porcentaje de pacientes sin enfermedades valorables en el ICh, que fue de 40 frente al 50% registrado en la serie inicial ($p: 0,25$). Los procesos de mayor complejidad fueron mucho más comunes en la serie del último año, al darse en 30/105 pacientes frente a sólo 8/62 en los 18 meses anteriores ($p: 0,018$). Indicamos estudio intensivo en 4 ocasiones y en sólo dos pacientes de la serie previa. Los dos grupos arrojaron motivos de consulta casi idénticos, concentrados en alteraciones de laboratorio (21% frente a 24% en grupo el previo), fiebre (23 y 22%) y control de enfermedades

conocidas 23 y 22%. Las determinaciones de laboratorio indicadas regularmente por el Servicio de Psiquiatría fueron idénticas en los dos periodos.

Discusión: Los datos confirmaron el aumento real en el número de consultas y negaron que la serie reciente se compusiera de pacientes menos complejos. Por el contrario, aumentaron de forma significativa los pacientes con ICh elevado. Aunque las diferencias no alcanzaron valor estadístico, también creció la media del ICh y disminuyó la proporción de pacientes sin antecedentes. No se practicaron más estudios intensivos ni más pruebas de laboratorio y se dio una notable estabilidad en los motivos de consulta.

Conclusiones: No comprobamos relación entre el aumento de IC y cambios en el tipo de población, menor comorbilidad, procesos menos complejos o cambios en la naturaleza de los problemas médicos que motivaron la solicitud de consulta. En nuestra experiencia, la mayor disponibilidad del internista no condujo a que asistiera procesos triviales. De la similitud de ambos grupos de pacientes y de los problemas médicos asistidos, concluimos que el aumento que observamos se produjo por concentrarse en nuestro Servicio las interconsultas antes repartidas entre varias especialidades.