



## G-34. - EN LA INTERCONSULTA ¿MUCHOS ES MEJOR QUE UNO? IMPLANTACIÓN DEL INTERNISTA REFERENTE. RESULTADOS DE NUESTRA EXPERIENCIA

I. Losada Galván, M. Hernández Jiménez, A. Moreno Fernández, F. Trapiello Valbuena, A. García Villa, J. Martínez Ávila, Í. Gredilla Zubiría, F. Aguilar Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar el impacto que tiene un cambio en la organización de la Interconsulta, en la que se pasa de un reparto rotatorio de los partes, a establecer una relación entre un mismo Adjunto de Medicina Interna y un mismo Servicio interconsultor. Nos interesa saber si dicha modificación cambia el perfil y cantidad de las valoraciones que se solicitan, así como si suponen cambios en los resultados.

**Métodos:** En octubre de 2013 se establece un cambio en la organización de los interconsultas recibidos por el Servicio de Medicina Interna: se pasó de un reparto sucesivo de los partes recibidos a todos los adjuntos siguiendo un orden alfabético, a otra situación en la que algunos servicios pasan a ser atendidos por un único médico de forma continuada en el tiempo, lo que facilita la comunicación, la generación de experiencia y la creación de vínculos entre equipos de trabajo. Al ser un único cambio, el análisis de sus efectos es aislable y puede ser de interés. Se utilizaron como datos de análisis los partes recibidos en los 2 primeros meses de la experiencia (n = 54). Se analizó el número de partes solicitados por mes, así como el perfil de dichos pacientes (edad, motivo de solicitud del parte y diagnósticos al alta, mortalidad y estancia). Como grupos control se utilizaron: 1) para valoración de la tendencia de IC mensuales las recibidas desde traumatología en los 12 meses precedentes (n = 167); 2) para la valoración de sus características un grupo control similar (n = 54) a partir de las interconsultas solicitadas en los meses previos por el mismo servicio. La información necesaria se recogió prospectivamente en el primer grupo y retrospectivamente en los otros dos a través de la historia clínica electrónica del hospital.

**Resultados:** El volumen anual de partes generados por el servicio de Traumatología durante los 12 meses previos fue de 167, con una media de 13,9 al mes. Entre los meses de estudio, se registró un aumento del 110% en el primer mes, que se estabilizó en el mes siguiente (80% de aumento respecto al previsto). En cuanto a las patologías por las que se consultó, las más frecuentes fueron: insuficiencia cardíaca, fracaso renal agudo, insuficiencia respiratoria e infecciones (principalmente respiratorias y urinarias), sin que se experimentasen grandes variaciones en cuanto a dichas características tras la intervención. Respecto a otras medidas (mortalidad, estancia), los resultados no muestran diferencias significativas.

**Discusión:** El simple cambio de la implantación de una figura de referencia en la valoración de los

interconsultas ha producido una mejora de la comunicación que se traduce en una duplicación del número de solicitudes de valoración que se consolida en el tiempo. Dado que no hemos detectado un aumento del número de peticiones inapropiadas ni en las características globales de los pacientes, es de esperar que dicho aumento se traduzca en una mejora de la calidad de la asistencia prestada. El que no hayamos identificado estas diferencias lo atribuimos a dos posibles debilidades del estudio: Por un lado un tamaño insuficiente de la muestra para detectar estos cambios. Por otro, la necesidad de identificar otras variables que puedan ser más adecuadas: escalas de satisfacción, valoración de variables de proceso (elección del antibiótico adecuado, etc.), iatrogenidad evitable/evitada, etc.

*Conclusiones:* La mejoría de la comunicación entre los servicios de Medicina Interna y Traumatología, se derivó en un incremento importante y sostenido del número de partes interconsulta sin que variase de forma significativa las características o la edad de los pacientes. Son necesarios más estudios para comprobar si dicha intervención redundará también en una mejoría en parámetros clínicos de eficacia (supervivencia, retrasos en cirugías por comorbilidades) o eficiencia.