Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):941

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

# G-012 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE LOS RESULTADOS DE GESTIÓN DE LA ACTIVIDAD CONSULTIVA DE MEDICINA INTERNA A TRAUMATOLOGÍA SEGÚN EL TIPO DE VALORACIÓN: PROACTIVO (VP) O REACTIVO (VR)

*C. Palomo Antequera[1], S. Suárez Díaz[1], B. Palomo Antequera[2], E. García Carús[1], H. Gómez Rodríguez[1], D. Caravia Durán[1], C. Yllera Gutiérrez[1], M. Cienfuegos Basanta[1]*

*[1]Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).[2]Radiodiagnóstico. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).*

## Resumen

*Objetivos:*Estudiar las diferencias clínicas y de resultados de gestión existentes entre el tipo de VP y VR.

*Material y métodos:*Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos por internista del HUCA mediante VP o VR a COT durante el año 2015. Análisis comparativo según el tipo de valoración y su relación con las variables analizadas (sexo, edad, días de ingreso, prioridad, tiempo de respuesta, mortalidad, infección nosocomial, motivo de ingreso, de interconsulta, I. Charlson y ASA) mediante chi cuadrado y pruebas no paramétricas Kruskal-Wallis.

*Resultados:*De 241 casos, se realizó VP en el 44,4%. Al analizar la prioridad de petición en VP, fue más frecuente ordinaria y en VR preferente-urgente, p = 0,002. Los tiempos de respuesta similares. Respecto al tiempo de demora de solicitud, en el grupo VR fue mayor, p 0,001 y el número de consultas de seguimiento mayor en VP, p 0,001. No hubo diferencias significativas en el sexo, edad o días de ingreso, mortalidad, p = 0,148, o infección nosocomial, p = 0,566 según el tipo de valoración. El motivo de ingreso más frecuente en VP fue la fractura de cadera, p = 0,002. Los motivos de IC fueron muy variados destacando pluripatología, p 0,001. No se encontró diferencia en el diagnóstico principal o secundario de la IC en ambos grupos. El grupo de VR presentó pacientes con mejor estado de salud, medido mediante el indicador ASA, p = 0,008 e ICh p = 0,002. Tanto el ICh, como el número de diagnósticos secundarios fueron mayores en el grupo proactivo 6,35 ± 2,3 en el VP vs 5,52 ± 2,19 en el VR, p = 0,002.

*Discusión:*En nuestro estudio no existieron diferencias en cuanto al sexo, edad o estancia media. La prioridad de petición fue mayoritariamente de tipo ordinaria en VP. Sin embargo el porcentaje de respuesta en las primeras 24 horas fue similar en ambos grupos. Existió mayor demora en la solicitud de la VR, cuando ya había surgido una descompensación o nueva patología, y el número de consultas de seguimiento fue de media dos días mayor en el grupo proactivo, lo cual difiere de otras publicaciones. Este hecho lo asumimos en relación de una notable diferencia en el índice de comorbilidad en los pacientes de nuestro estudio, influenciados por ser centro de referencia de fractura de cadera de alto riesgo, y porque en los estudios descritos solo se aborda una patología protocolizada. No se encontraron diferencias en ambos grupos respecto a la mortalidad, lo que asumimos en relación con una temprana valoración, prevención y tratamiento precoz en el grupo proactivo. Los motivos de consulta fueron muy variados y no se encontraron diferencias en ambos grupos, aunque son más frecuentes las patologías agudas como disnea y fiebre, en el grupo

reactivo, similar a otros estudios sobre interconsultas clásicas. En el grupo proactivo tiene un mayor nivel de comorbilidad medido mediante el ICh y presenta unas mayores puntuaciones en la clasificación ASA respecto al grupo reactivo.

*Conclusiones:*Es relevante la introducción de nuevos modelos de relación entre el médico responsable y el médico consultor, como la VP. No hemos encontrado en la literatura trabajos comparativos de los diferentes tipos de valoraciones, de hecho el Grupo de Trabajo de Asistencia Compartida e Interconsultas SEMI ha iniciado un estudio multicéntrico prospectivo sobre esta actividad (REINA). Pese a que la patología más frecuente valorada fue la fractura de cadera de alto riesgo, con gran comorbilidad (ICh) y alto riesgo quirúrgico (ASA), sorprende que no existan diferencias entre ambos tipos de valoraciones, en relación a la mortalidad y estancia media. A ello pudo contribuir una mejor asistencia global en VP al haber menor demora en la solicitud de IC y mayor seguimiento, evitando fallecimientos en el grupo más complejo.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.