

CARTAS A LA DIRECTORA

El internista como consultor hospitalario por antonomasia



The internist as a hospital consultant by excellence

Sra. Directora:

La interconsulta hospitalaria es fundamental para el correcto funcionamiento de los hospitales, aportando conocimientos específicos a especialidades no familiarizadas con el motivo de consulta. Conocemos que origina un gran volumen de trabajo. En un hospital general por ejemplo, con 18.000 ingresos anuales, se registraron, solo de interconsultas pedidas en horario laboral y por el procedimiento estándar, más de 8.000 en un año¹, a las que habría que añadir las informales y las solicitadas fuera de ese horario. Su número ha ido creciendo de forma marcada, en los servicios médicos hasta en un 43,9% entre 2010 y 2014². Sin embargo, la interconsulta es un proceso muy complejo y que puede conllevar muchos problemas.

Algunos autores declaran que los servicios quirúrgicos prefieren internistas en vez de otros especialistas para las interconsultas³, pero son opiniones, no afirmaciones sustentadas por evidencias científicas. Asimismo, informan de incrementos en las solicitudes de interconsultas al servicio de Medicina Interna (MI), lo que podría sugerir una preferencia por este servicio. Sin embargo desconocemos si también han aumentado las peticiones a otros servicios hospitalarios. Se ha publicado además, que los internistas tienen mejores resultados que otros especialistas en la resolución de interconsultas⁴ y algunas encuestas muestran un alto grado de satisfacción con los internistas por parte de los especialistas y del personal de enfermería⁵. Por todo esto, diversos autores han sugerido que MI podría ser el servicio más adecuado para resolver la mayoría de las interconsultas por su polivalencia, capacidad y versatilidad³.

Nuestro grupo realizó un estudio cuyo objetivo fue conocer si el internista es el consultor preferido y obtiene mejores resultados que otros especialistas médicos en la resolución de interconsultas hospitalarias. Para ello se diseñó un trabajo realizado en un hospital universitario dotado con 900 camas y todas las especialidades médicas y quirúrgicas, y que atiende a una población de 593.000 habitantes. Asimismo, es centro de referencia nacional para algunas patologías, técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Enfermedades Infecciosas es un servicio independiente de MI.

Se trató de un estudio observacional retrospectivo de 100 pacientes consecutivos hospitalizados entre el 11/6/2018 y el 23/3/2019 con más de una interconsulta solicitada y que, al menos una, lo era a MI. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tipo de ingreso (urgente/programado), servicio solicitante, servicio requerido, demora entre el ingreso y la solicitud, índice de comorbilidad de Charlson (ICH), el cual está validado para su uso con bases de datos administrativas y con los pesos actualizados⁶, número de diagnósticos al alta y el peso administrativo asociado al GRD. Para valorar el resultado de las interconsultas se analizaron: número total de interconsultas solicitadas, estancia, si el paciente fue intervenido quirúrgicamente, estancia prequirúrgica, si el paciente pasó por Cuidados Intensivos, éxitos y reingresos a 30 días por cualquier motivo y en cualquier servicio del hospital. Consideramos como servicio resolutivo o de cierre de la interconsulta el que recibió la última interconsulta, o si este solicitaba, y se aceptaba, una intervención quirúrgica o el traslado del paciente a Cuidados Intensivos.

Los resultados del estudio mostraron que el servicio de MI recibió 408 interconsultas, 100 de ellas (24,5%) correspondían a pacientes con más de una. Los servicios solicitantes fueron: Traumatología 42%, Cirugía General 21%, Neurocirugía 10%, Urología 10%, otros quirúrgicos 11%, servicios médicos 6%.

En 55 pacientes la primera interconsulta fue solicitada a MI y en 45 a otros servicios, 20 a Enfermedades Infecciosas y el resto a 13 servicios más. Los resultados se muestran en la [tabla 1](#). En el análisis multivariante la única variable significativa fue el número de interconsultas solicitadas, un 31,58% menor si la primera se pedía a MI (-1,02 [IC 95% -1,49 a -0,55]; $p < 0,001$).

MI fue la interconsulta final en 39 casos, y en otros 20 el paciente fue trasladado a Cuidados Intensivos o intervenido quirúrgicamente, por lo que fue el servicio resolutivo en 59 casos, frente a los 41 de otros servicios (OR 2,07 [IC 95% 1,18 a 3,64]; $p = 0,011$).

Nuestros resultados muestran que, al menos en pacientes con múltiples interconsultas, MI es el servicio más solicitado para la primera, lo que favorece que se pidan en menor número, y el más resolutivo contestando interconsultas.

Diversas razones pueden explicar estos hallazgos. La comorbilidad es alta en los pacientes ingresados en los servicios quirúrgicos, y similar a los ingresados en los médicos⁷. Este hecho puede originar la solicitud de intervención de diversos especialistas, fragmentando la asistencia y facilitando la aparición de múltiples problemas. La intervención de varios especialistas puede ser redundante,

Tabla 1 Resultados

	Interconsulta 1 MI	Interconsulta 1 otros	Dif/OR	p
N	55	45		
Edad; años (IC 95%)	75,81 (71,91 a 79,71)	74,95 (70,15 a 79,75)	0,86 (-5,2 a 6,93)	0,778
Mujer; % (IC 95%)	52,72 (39,53 a 65,92)	55,56 (41,04 a 70,07)	OR 1,16 (0,53 a 2,55)	0,712
Ing Urg; % (IC 95%)	60 (47,05 a 72,95)	84,44 (73,86 a 95,03)	OR 0,46 (0,19 a 1,12)	0,087
ICH (IC 95%)	1,58 (1,04 a 2,12)	3,42 (1,88 a 4,95)	-1,84 (-3,4 a -0,28)	0,021
NDA (IC 95%)	9,52 (8,13 a 10,9)	11,06 (9,15 a 12,97)	-1,54 (-3,85 a 0,76)	0,187
Peso adm (IC 95%)	1,48 (1,23 a 1,72)	1,47 (1,18 a 1,76)	0,01 (-0,36 a 0,38)	0,969
DIIC; días (IC 95%)	6,79 (3,92 a 9,66)	4,6 (2,14 a 7,07)	2,18 (-1,58 a 5,95)	0,252
NIC (IC 95%)	2,23 (2 a 2,46)	3,23 (2,84 a 3,62)	-1 (-1,44 a -0,56)	< 0,001
Estancia; días (IC 95%)	33,67 (18,55 a 48,78)	29,27 (23,19 a 35,36)	4,39 (-12,2 a 20,99)	0,600
Est Preq; días (IC 95%)	4,59 (1,71 a 7,48)	5,3 (2,69 a 7,9)	-0,7 (-4,52 a 3,11)	0,714
Éxitus; % (IC 95%)	7,27 (0,41 a 14,14)	11,11 (1,93 a 20,29)	OR 0,72 (0,18 a 2,84)	0,636
Som Cir; % (IC 95%)	60 (47,05 a 72,95)	71,11 (57,87 a 84,35)	OR 0,87 (0,38 a 1,98)	0,737
Reing; % (IC 95%)	12,73 (3,92 a 21,54)	15,56 (4,97 a 26,14)	OR 0,91 (0,29 a 2,82)	0,872
Ing UCI; % (IC 95%)	14,55 (5,23 a 23,86)	22,22 (10,08 a 34,37)	OR 0,69 (0,25 a 1,93)	0,480

Dif/OR: diferencia/odds ratio; DIIC: demora ingreso-solicitud; Est Preq: estancia prequirúrgica; ICh: índice de comorbilidad de Charlson; Ing UCI: ingreso en Cuidados Intensivos; Ing Urg: ingresos urgentes; MI: Medicina Interna; NDA: número de diagnósticos al alta; NIC: número de interconsultas por paciente; Peso adm: peso administrativo asociado al GRD; Reing: reingresos; Som Cir: sometidos a cirugía.

ineficiente, problemático e inseguro para los pacientes por una mala coordinación e integración de la asistencia. También deteriora la calidad de la asistencia y aumenta los costes y las hospitalizaciones evitables⁸.

Los internistas son más resolutivos porque son especialmente adecuados para pacientes con múltiples procesos o varias enfermedades crónicas³, y para enfermos que requieran solicitar interconsulta a dos o más especialistas³. También porque están menos expuestos que otros especialistas al sesgo del experto. De hecho, solicitar interconsultas a más especialistas en presencia de internistas empeora los resultados en fractura de cadera⁹. Incluso algunos autores refieren que los internistas tienen estancias más cortas y con menor coste económico que los especialistas⁸.

Si el médico responsable del paciente conoce alguno o todos estos problemas y circunstancias, puede dirigir las interconsultas hacia MI y que, si los internistas son los primeros en valorar al enfermo, se reduzca el número de interconsultas.

Este trabajo tiene limitaciones, como las inherentes a un diseño observacional retrospectivo. Se efectuó en un único centro, por lo que los resultados pueden no ser extrapolables a otros hospitales. Además, es un hospital con una característica poco habitual, la presencia de un servicio de Enfermedades Infecciosas, lo que ha restado interconsultas a MI. Si no existiera dicho servicio, los resultados serían aún más favorables para MI. El número relativamente pequeño de interconsultas incluidas en el análisis reduce su potencia estadística. El estudio se realizó en pacientes con más de una interconsulta, desconocemos si estos resultados pudieran ser similares en los que solo tienen una, o en los que tienen varias solicitadas, pero ninguna a MI. No hemos tenido en cuenta el motivo de la solicitud ni si todos los servicios fueron llamados por motivos similares, pero este problema afecta por igual si MI es el primer servicio requerido como si no lo es. La obtención de datos de bases administrativas podría hacer que estos no fueran del todo fiables, si bien estas bases parecen tener una buena concordancia con los registros clínicos¹⁰. Por último, no hemos

encontrado publicaciones con las que comparar nuestros hallazgos.

Como conclusión podemos decir que, en pacientes hospitalizados con más de una interconsulta pedida, MI es el servicio más solicitado en primer lugar, reduce el número de interconsultas por paciente y es el más resolutivo.

Bibliografía

1. Pérez Sánchez L. Análisis de las interconsultas solicitadas en un hospital general (tesis doctoral). Alcalá de Henares (Madrid): Universidad de Alcalá. 2018.
2. Montero Muñoz J, Martínez Carrasco S, Montero Ruiz E. ¿Existe una creciente dificultad en el manejo de los pacientes hospitalizados en servicios médicos? Rev Clin Esp. 2018;218:43-7.
3. Charlson ME, Cohen RP, Sears CL. General medicine consultation. Lessons from a clinical service. Am J Med. 1983;75:121-8.
4. Auerbach AD, Rasic MA, Sehgal N, Ide B, Stone B, Maselli J. Opportunity missed: medical consultation, resource use, and quality of care of patients undergoing major surgery. Arch Intern Med. 2007;167:2338-44.
5. Monte Secades R, Rabuñal Rey R, Peña Zemsch M, Bal Alvarado M. Adscripción de un internista a un servicio de cirugía ortopédica y traumatología: encuesta de satisfacción. Rev Clin Esp. 2011;211:267-8.
6. Quan H, Li B, Couris CM, Fushimi K, Graham P, Hider P, et al. Updating and validating the Charlson Comorbidity Index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. Am J Epidemiol. 2011;173:676-82.
7. Montero Ruiz E, Pérez Sánchez L, Rubal Bran D. ¿Hay diferencias importantes en la comorbilidad entre los pacientes ingresados en servicios quirúrgicos y los ingresados en servicios médicos? Rev Esp Anestesiología y Reanimación. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.redar.2021.05.020>.
8. Frandsen BR, Joynt KE, Rebitzer JB, Jha AK. Care fragmentation, quality, and costs among chronically ill patients. Am J Manag Care. 2015;21:355-62.

9. Bellas N, Stohler S, Staff I, Majk K, Lewis C, Davis S, et al. Impact of preoperative specialty consults on hospitalist comanagement of hip fracture patients. *J Hosp Med.* 2020;15:16–21.
10. Guijarro R, Montes J, Sanromán C, Monreal M. for the RIETE Investigators. Venous thromboembolism in Spain. Comparison between an administrative database and the RIETE registry. *Eur J Intern Med.* 2008;19:443–6.

L. Pérez Sánchez^a, N. Vázquez Agra^b, D. Rubal Bran^c
y E. Montero Ruiz^{a,*}

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Departamento de Medicina Interna, Complejo Clínico Universitario, Santiago de Compostela, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emonteror@telefonica.net
(E. Montero Ruiz).

Disponible en Internet el 5 de junio de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2022.05.005>
2603-6479/

© 2022 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Una agenda pendiente sobre la calidad de vida post-COVID-19: comentarios sobre el estudio de García et al., (2022)



A pending agenda on post-COVID-19 quality of life: Comments on the study by García et al., (2022)

Sra. Directora:

He leído con gran interés el estudio basado en encuestas telefónicas de García et al., sobre la calidad de vida relacionada con la salud en 701 pacientes españoles recuperados de COVID-19¹. En principio, reconocemos los resultados del estudio, que demuestran una importante afectación sobre la salud mental y el bienestar general de los sobrevivientes e impactan significativamente en mujeres con comorbilidad, con ingreso hospitalario y en adultos mayores. Quisiéramos discutir en esta correspondencia algunos puntos de interés sobre la calidad de vida en el marco de una necesaria e inminente agenda sobre los problemas post-COVID.

De manera general, el estudio de García et al.¹ concuerda con 2 recientes metaanálisis en pacientes post-COVID que, en conjunto, han analizado a más de 5.900 pacientes y han resaltado que la calidad de vida de las mujeres ha sido drásticamente afectada^{2,3}. No solo resulta importante cuantificar el impacto de la COVID-19 sobre la calidad de vida de las mujeres en todo el mundo, sino entender los factores asociados con su desarrollo, es decir, los determinantes que están socavando aún más la calidad de vida de las mujeres post-COVID respecto a sus congéneres. A fin de acometer el quinto objetivo de los *sustainable development goals*, resulta clave promover una equidad de género en los sistemas de salud, instaurando un modelo de gestión organizado y multifocal que considere las esferas más afectadas de la calidad de vida, ya que la inequidad puede impedir una correcta priorización y atención de calidad de poblaciones expuestas o con alto riesgo, como ya se ha visto tras el confinamiento⁴.

Otro aspecto importante que muestra el estudio es el análisis del grupo etario, ya que la media de edad fue de 54 ± 16 años y no se han incluido adolescentes ni niños. Si bien existen estudios recientes⁵ que han demostrado que la

calidad de vida ha sido impactada por la COVID-19 en niños y adolescentes de 3 continentes, aún no se ha comparado claramente si los pacientes sobrevivientes de la enfermedad desarrollan una peor calidad de vida y si esta empeora si continúan los síntomas de COVID prolongada. El bienestar de los adolescentes y niños es otro interesante tópico que debe ser caracterizado prontamente, a fin de aplacar sus consecuencias y la carga por enfermedad para los sistemas de salud de cada país.

Otro ámbito que seguramente se ha visto golpeado con dureza por la pandemia es el bienestar y la calidad de vida de las poblaciones rurales e indígenas. Un complejo conjunto de factores predispone al recrudescimiento de la calidad de vida en estas poblaciones por la COVID-19⁶, ya que incluso las políticas de control y prevención de enfermedades han sido desplegadas ignorando sus costumbres y preferencias⁷. Se ha visto que la COVID-19 y las consecuencias pandémicas (como el desempleo) pueden ser detonantes que impactan sobre la calidad de vida^{3,5}; sin embargo, comprender la salud mental de estas poblaciones en conjunto y entender cuáles son los factores que impactan sobre el bienestar de pacientes indígenas post-COVID o con secuelas, aún es un tema poco esclarecido y de notoria invitación en la agenda que discutimos aquí. Algunos reportes en población peruana al inicio de la pandemia nos daban idea de las diferencias en los factores de riesgo y, por consiguiente, en los determinantes de la salud que deben ser abordados⁸.

Por último, es importante caracterizar todas las dimensiones o esferas posibles de la calidad de vida en pacientes post-COVID. Desde el inicio de la pandemia se ha tratado de comprender como la COVID-19 ha empeorado la calidad de vida, tan solo con su llegada y el incremento de muertes⁹. Hoy en día, la agenda de estudio debe considerar también ubicar a los pacientes sobrevivientes y relacionar la historia de su enfermedad con los componentes multicausales de la calidad de vida. Al estudio de García et al. creemos que se le debería adicionar el análisis de los factores ambientales y de las relaciones sociales, que también han jugado un rol determinante en medio del confinamiento y el distanciamiento social, con objeto de estructurar el mosaico completo de la calidad de vida post-COVID.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.