

Análisis de las fases asistenciales de los pacientes atendidos en consultas por un internista en un hospital comarcal (1992-2004)

J. L. Menéndez Caro

Sección de Medicina Interna. Hospital San Agustín. Avilés. Asturias.

Fundamento y objetivos. Conocer la dinámica asistencial de las consultas externas de una Sección de Medicina Interna de un hospital comarcal.

Pacientes y métodos. Estudio descriptivo prospectivo que abarca a todos los pacientes atendidos en consultas externas por un internista en los años 1992-2004. Se analiza la fase asistencial en la que se encontraban cada uno de los pacientes no dados de alta a fecha de 31 de diciembre de cada año. Se establecen las siguientes fases: estudio, corto seguimiento (menos de 1 año) y largo seguimiento (indefinido).

Resultados. En estos 13 años se han atendido 2.048 pacientes (10.707 consultas). La media de pacientes activos en cada uno de los días señalados fue de 115,5. Los porcentajes medios de pacientes en cada una de las fases fue: fase de estudio, el 16,2%; fase de corto seguimiento, el 21,7%, y fase de largo seguimiento, el 62,1%. Se establecen tres categorías de largo seguimiento cuyo porcentaje medio con respecto al total de pacientes ha sido el siguiente: infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el 21,7%; enfermedad sistémico-reumatológica, el 25,6%, y otras enfermedades, el 14,3%.

Conclusiones. El estudio aporta datos desconocidos con respecto a la dinámica de actuación en consultas externas y supone una base para planificar nuestra asistencia a dicho nivel evitando en lo posible seguimientos largos e inútiles.

PALABRAS CLAVE: Medicina Interna, consultas externas.

Menéndez Caro JL. Análisis de las fases asistenciales de los pacientes atendidos en consultas por un internista en un hospital comarcal (1992-2004). Rev Clin Esp. 2006;206(9):438-41.

Introducción

En todos los hospitales la labor asistencial de la Secciones o Servicios de Medicina Interna se desarrolla de forma dual y complementaria sobre pacientes hospitalizados y en consultas externas.

Correspondencia: J. L. Menéndez Caro.
Sección de Medicina Interna.
Hospital San Agustín.
Camino de los Heros, 4.
33400 Avilés. Asturias.
Correo electrónico: mdezcaro@hotmail.com
Aceptado para su publicación el 23 de enero de 2005.

Analysis of the assistance stages of the outpatients attended by an internist of a regional hospital (1992-2004)

Background and objectives. To assess the assistance stages of the outpatients attended at an Internal Medicine section of a regional hospital. **Patients and methods.** Prospective descriptive study that includes all the outpatients attended by an internist between 1992-2004. The assistance stage of each patient not discharged on the last day of each year was studied. The following stages were established: study, short follow-up (less than one year) and long follow-up (indefinite).

Results. In these 13 years 2,048 patients have been taken care of (10,707 consultations). The average of active patients in each one of the indicated days was of 115.5. The average percentage of patients in each one of the phases were: study phase, 16.2%; short follow-up phase, 21.7%, and long follow-up phase, 62.1% Three categories of long follow-ups were established. Their average percentage regarding the total of patients was the following: HIV infection, 21.7%; systemic and/or rheumatology diseases, 25.6%, and other diseases, 14.3%.

Conclusions. The study contributes unknown data about the dynamics of our performance in outpatient consultations and supposes a base to plan our care at this level, avoiding long and useless follow-ups as much as possible.

KEY WORDS: Internal Medicine, outpatients.

Cada episodio de ingreso supone una asistencia diaria, continuada y con unos límites precisos. Tras el alta sus características son codificadas (Conjunto Minino Básico de Datos) y por ello fácilmente recuperables y analizables. Tomando como base dicha información se han publicado estos datos asistenciales en diferentes unidades de Medicina Interna^{1,3}.

La asistencia en consultas externas es muy diferente, tiene lugar de forma discontinua con unos límites más imprecisos y sobre todo más prolongados en el tiempo. Además, carecemos de un sistema de recogida y codificación de datos sobre la asistencia global pres-

tada en la misma, siendo muy escasas las citas bibliográficas al respecto⁴.

Aunque por contenido y patología los pacientes atendidos en las consultas de Medicina Interna son muy diferentes, cada paciente va a pasar sucesivamente por dos fases asistenciales: estudio diagnóstico y seguimiento. La fase de estudio diagnóstico se inicia en el momento de la primera consulta, aunque puede faltar si éste ha sido ya realizado durante el ingreso. Tras alcanzar el diagnóstico el paciente puede ser dado de alta con el tratamiento correspondiente, aunque lo más habitual es que se inicie una nueva fase asistencial de seguimiento. Una vez que conocemos el diagnóstico se puede determinar ya *a priori*, según la naturaleza de la enfermedad, si el seguimiento va a ser corto (unas pocas revisiones) o largo e indefinido. Con la finalidad de conocer cuantitativamente la importancia de estas fases asistenciales se ha llevado a cabo el siguiente estudio.

Pacientes y métodos

El trabajo se ha realizado en la sección de Medicina Interna de un hospital comarcal que realiza una actividad global e integral sobre prácticamente toda la patología médica, aunque focalizada en el paciente con: pluripatología, enfermedades infecciosas y sistémicas y diagnóstico inicial incierto. Además, hasta el año 2001, en el que se creó una Sección de Reumatología, nuestra Sección atendió toda la patología reumatólogica de consultas externas. La Sección está integrada por 5 internistas de plantilla. La atención se lleva a cabo de forma personalizada, de modo que el mismo paciente es visto por el mismo médico desde el momento de la primera consulta o la primera revisión tras ingreso hasta que éste decide el alta de consultas. Igualmente la distribución inicial de los pacientes es absolutamente aleatoria con independencia de la patología que presenten.

Con la finalidad inicial de conocer las características cuantitativas y cualitativas de la actividad asistencial de un internista en consultas externas, el 1 de enero de 1992 el autor inició de forma prospectiva e indefinida la recogida de los aspectos asistenciales fundamentales de todos los pacientes atendidos personalmente en consultas. Dentro de los datos recogidos se incluyen: filiación general, origen del paciente, fecha de primera consulta, motivo de consulta, antecedentes personales más relevantes, diagnóstico, fecha de última consulta, número de consultas anuales, motivo de alta y ciclos de consulta. De forma paralela se creó un fichero en el que se recogió la fase asistencial en que se encontraba cada paciente activo (no dado de alta) en fecha del 31 de diciembre de cada año. Se establecieron las siguientes definiciones: a) fase de estudio diagnóstico: paciente que está siendo sometido a estudio y en el que aún no se ha alcanzado el diagnóstico; b) fase de corto seguimiento: paciente ya diagnosticado que está siendo seguido en consultas y en el que se estima que será dado de alta en menos de un año, y c) fase de largo seguimiento: paciente al que tras alcanzar el diagnóstico, y debido a la cronicidad o complejidad del mismo, el tiempo de seguimiento es indefinido y en todo caso superior a un año. Dentro de la fase de largo seguimiento se determinaron 3 categorías: a) infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); b) enfermedad sistémico-reumatólogica, y c) otras enfermedades. Se llevó a cabo un estudio prospectivo descriptivo en el que se determinó: el número de pacientes activos en cada una de las fechas señaladas, la fase y categoría en la que se encontraban y los

motivos de alta de aquellos pacientes incluidos en la categoría de largo seguimiento.

Resultados

En los 13 años analizados fueron atendidos por el autor 2.048 pacientes (10.707 consultas); edad media en el momento de la primera consulta: 56,5 años (desviación estándar: 20,3) (límites: 9-101 años); sexo: mujeres, el 53,7%; varones, el 46,3%; origen: ingreso previo, el 42,3%; Atención Primaria, el 28,1%; Servicio de Urgencias, el 11,1%; otros servicios o secciones el 9,5%, y miscelánea, el 9%. El tiempo medio de seguimiento de los pacientes dados de alta fue de 7,46 meses (desviación estándar: 13,80) (límites: 1-131 meses), siendo los motivos de alta los siguientes: curación o retorno a Atención Primaria, el 62,6%; paso a otro servicio hospitalario, el 19,6%; incomparcencia, el 10,3%; éxitus, el 4,7%, y otros, el 2,8%. Considerando un ciclo al espacio de tiempo transcurrido desde la primera consulta hasta el alta inicial, 233 pacientes fueron seguidos durante más de un ciclo (máximo: 7 ciclos), siendo la media de ciclos de los pacientes de la serie de 1,15 (desviación estándar: 0,51). La tabla 1 señala el número de pacientes activos el 31 de diciembre de cada uno de los años analizados y la fase en que se encontraban. La media de pacientes activos fue de 115,5 (145-91), siendo los porcentajes medios de pacientes en cada fase los siguientes: fase de estudio diagnóstico, el 16,2% (10,4%-28,6%); fase de corto seguimiento, el 21,7% (15,9%-33,3%), y fase de largo seguimiento, el 62,1% (41%-71%).

La tabla 2 indica la categoría a la que pertenecían cada uno de los pacientes de la fase de largo seguimiento. El porcentaje medio con respecto al total de pacientes activos fue el siguiente: infección VIH, el 21,7% (8,9%-39,4%); enfermedad sistémico-reuma-

TABLA 1
Fase asistencial en la que se encontraban los pacientes activos (no dados de alta) el día 31 de diciembre de cada uno de los años analizados: número de pacientes en cada fase y porcentaje relativo

Año	Pacientes activos	Fase de estudio diagnóstico	Fase de corto seguimiento	Fase de largo seguimiento
1992	112	32 (28,6%)	34 (30,4%)	46 (41,0%)
1993	109	18 (16,5%)	27 (24,8%)	64 (59,6%)
1994	132	21 (15,9%)	31 (23,5%)	80 (60,6%)
1995	130	16 (12,3%)	26 (20,0%)	88 (66,7%)
1996	119	24 (20,2%)	20 (16,8%)	75 (63,0%)
1997	117	15 (12,8%)	19 (16,2%)	83 (71,0%)
1998	126	23 (18,2%)	20 (15,9%)	83 (65,8%)
1999	145	27 (18,6%)	23 (15,9%)	95 (65,5%)
2000	126	13 (10,4%)	29 (23,0%)	84 (66,6%)
2001	91	16 (17,6%)	18 (19,8%)	57 (62,6%)
2002	94	11 (11,7%)	18 (19,1%)	65 (69,2%)
2003	102	15 (14,7%)	24 (23,5%)	63 (61,8%)
2004	99	13 (13,1%)	33 (33,3%)	53 (53,6%)
Media	115,5	18,8 (16,2%)	24,8 (21,7%)	72,0 (62,1%)
Desviación estándar	15,5	6,0 (4,6)	5,5 (5,3)	14,4 (7,4)

TABLA 2

Categoría de los pacientes que se encontraban en fase de largo seguimiento el día 31 de diciembre de cada uno de los años analizados: número de pacientes en cada categoría y porcentaje con respecto al total de pacientes activos

Año	Infección VIH	Enfermedad sistémico-reumatólogica	Otras enfermedades
1992	10 (8,9%)	20 (17,8%)	16 (14,3%)
1993	16 (14,7%)	26 (23,8%)	22 (21,1%)
1994	24 (18,2%)	30 (22,7%)	26 (19,7%)
1995	24 (18,5%)	35 (26,9%)	29 (22,3%)
1996	25 (21,0%)	29 (24,4%)	21 (17,6%)
1997	23 (19,7%)	37 (31,6%)	23 (19,7%)
1998	25 (19,8%)	43 (34,2%)	15 (11,9%)
1999	28 (19,3%)	51 (35,2%)	16 (11,0%)
2000	28 (22,2%)	44 (34,9%)	12 (9,5%)
2001	28 (30,7%)	19 (20,9%)	10 (11,0%)
2002	37 (39,4%)	17 (18,1%)	11 (11,7%)
2003	31 (21,9%)	22 (21,6%)	10 (9,8%)
2004	27 (27,3%)	20 (20,2%)	6 (6,1%)
Media	25,1 (21,7%)	3,2 (25,6%)	16,7 (14,3%)
Desviación estándar	6,3 (7,2)	10,6 (6,1)	6,7 (5,0)

tológica, el 25,6% (17,8%-35,2%), y otras enfermedades, el 14,3% (6,1%-22,3%).

El número total de pacientes incluidos en la fase de largo seguimiento fue de 273; de ellos, 220 (80,6%) fueron dados de alta, siendo sus causas la siguientes: derivación a Atención Primaria, 73 (33,2% de las altas); abandono o incomparecencia por parte del paciente, 55 (25%); traslado a otro servicio o sección del hospital, 39 (17,7%) (de ellos, el 71,8% pasó a la Sección de Reumatología); éxitus, 35 (15,9%); cambio de domicilio, 11 (5,5%); traslado a otro hospital, 4 (1,8%); paso a otro médico de la propia sección, 2 (0,9%).

Discusión

El estudio presentado es una fotografía de la labor asistencial llevada a cabo por un internista en consultas externas. Tiene la originalidad de distribuir a los pacientes según las diferentes fases asistenciales en las que se encuentran y, además de presentar unos datos globales sobre la distribución de los mismos, aporta su evolución temporal a lo largo de un número razonablemente largo de años. Aunque los datos presentados se refieren exclusivamente a la atención prestada por un solo internista generalista, el hecho de que la distribución de los pacientes en la sección estudiada sea aleatoria y que la atención sea continuada en el tiempo permitiría deducir que los resultados obtenidos no sean muy diferentes a los de otros miembros de la sección. De forma complementaria en el año 2003 llevamos a cabo una aproximación al tema aunque con diferente metodología⁵, pues analizamos las fases asistenciales de cada una de las consultas vistas por todos los médicos de la sección durante un mes. Sobre un total de 268 consultas los resultados fueron los siguientes: fase de estudio diagnóstico, el 37,3%; fase

de corto seguimiento, el 22%, y fase de largo seguimiento, el 40,7% (infección VIH, el 25,7%; enfermedad sistémico-reumatólogica, el 9%, y otras enfermedades, el 6%). Las diferencias observadas con respecto al actual estudio se explican porque los pacientes en fase de estudio, pese a ser numéricamente inferiores, generan relativamente un mayor número de consultas que los que están en fase de largo seguimiento.

Por los resultados obtenidos en el presente estudio se puede deducir que dentro del conjunto de pacientes atendidos por un internista en consultas externas (actividad simultánea a la ejercida sobre pacientes ingresados), sólo uno de cada 7 pacientes se halla en fase de estudio, la quinta parte en fase de corto seguimiento y la mayoría (dos terceras partes) lleva a cabo un largo e indefinido seguimiento del que va saliendo por diversos motivos (sólo el 33% es devuelto a Atención Primaria). El análisis de la dinámica asistencial permite afirmar que con el tiempo se puede modificar la categoría de la enfermedad incluida dentro de largo seguimiento, así en el presente estudio es evidente un incremento inicial de los pacientes VIH+, paralelo a la epidemia de sida⁶, para estabilizarse posteriormente en torno al 20%-30% de todos los pacientes atendidos en consulta.

Hasta el año 2001, en que se creó una Sección de Reumatología en el hospital, el número de pacientes con patología sistémica-reumatólogica se había ido incrementado progresivamente. A partir de dicha fecha tuvo lugar una disminución brusca de los mismos, que pasó del 35% al 20%, manteniéndose en estas cifras en los años posteriores (derivación de los pacientes reumáticos y mantenimiento en la propia consulta de la patología sistémica).

Con respecto a la miscelánea correspondiente a otras enfermedades, es de destacar un incremento llamativo en los primeros años para después descender de forma significativa. Este descenso ha sido claramente motivado por la no entrada en fase de largo seguimiento de los pacientes en los que, a pesar de su cronicidad, la experiencia acumulada con el paso de los años hace comprender que pueden y deben de ser seguidos por el médico de familia. Éste es el caso de las dos causas más comunes de ingreso en nuestra unidad como lo son la insuficiencia cardíaca y la enfermedad obstructiva crónica que dependiendo del tipo de paciente no se revisan o se realiza un seguimiento corto (1-2 revisiones). Un subgrupo de estos pacientes corresponde a aquellos en los que ya desde las primeras revisiones uno sabe que éstas son inútiles, pero a los que por diversos motivos, en general sociales, no se les puede dar el alta o que tras ésta vuelven a estar citados al poco tiempo en la consulta. Dado el carácter subjetivo y retrospectivo de los mismos, aunque fueron analizados, no se les ha incluido en una categoría específica en la presentación de resultados. No obstante, el análisis interno cuantitativo de los mismos me ha permitido comprobar cómo éstos pasaron de constituir un 10%-12% del total de los pacientes en los seis primeros años analizados a un 1%-4% en los siguientes, fruto sin duda de una maduración personal en el conocimiento de la dinámica de consultas. En resumen, este estudio aporta datos desconocidos con respecto a la dinámica de actuación en consultas exter-

nas y supone una base para planificar nuestra asistencia a dicho nivel, evitando en lo posible largos e inútiles seguimientos con el apoyo del médico de familia que es el verdadero referente del paciente y que no es siempre el culpable de estos largos e inútiles seguimientos⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díez A, Tomás R, Varela J, Casas M, González-Macías J. La medicina interna en un grupo de 52 hospitales españoles. Análisis de casuística y eficiencia. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:361-7.
2. Martínez González J, Juárez Fernández C, Camps García MT, de Garrido Ramón E. Aspectos asistenciales de la medicina interna en un centro de tercer nivel. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:276.
3. Delgado Morales JL, Alonso del Busto R, Pascual Calleja I, Villacorta Martín MM, Ergueta Martín P, González Sarmiento E. Estudio observacional de los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid)*. 2004;21:3-6.
4. Delás Amat J. Consulta externa en Medicina Interna. *Med Clin (Barc)*. 1984;82:603-4.
5. Menéndez Caro JL, Tuya Morán MJ, Sánchez Cembellín M, de Zárraga Fernández M, Rodríguez Guadaño MT, López Lagunas I. Análisis de la actividad asistencial llevada a cabo en el mes de marzo de 2003 en las consultas externas de la sección de medicina interna del hospital San Agustín de Avilés. *V Congreso de la Sociedad Asturiana de Medicina Interna*. Oviedo, mayo 2003.
6. Moreno C, Huerta I, Lezaun ME, González A, Sola J, Castilla J. Evolución del número de nuevos diagnósticos de infección por el VIH en Asturias, Navarra y La Rioja. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:653-5.
7. Donohoe MT, Kravitz RL, Wheeler DB, Chandra R, Chen A, Humphries N. Reasons for outpatient referrals from generalist to Specialists. *J Gen Inter Med*. 1999;14:281-6.