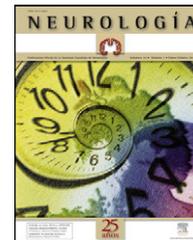


NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia



ORIGINAL

Evolución temporal de las interconsultas hospitalarias dirigidas a Neurología en un hospital terciario. Una actividad asistencial en crecimiento[☆]

J.M. Ramírez-Moreno*, A. Ollero-Ortiz, M.J. Gómez-Baquero, A. Roa-Montero, A.B. Constantino Silva y F.J. Hernández Ramos

Sección de Neurología, Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz, España

Recibido el 3 de noviembre de 2011; aceptado el 11 de enero de 2012

Accesible en línea el 20 de marzo de 2012

PALABRAS CLAVE

Consulta intrahospitalaria; Neurología; Asistencia hospitalaria; Programas de Calidad

Resumen

Objetivo: Las interconsultas hospitalarias (ICh) constituyen un servicio que se ofrece de unas especialidades médicas a otras con la función de ayudar a resolver las complicaciones de los pacientes ingresados en las distintas unidades del hospital. El objetivo de este trabajo es analizar descriptivamente y con carácter temporal las ICh recibidas en nuestro servicio durante el último quinquenio.

Método: Estudio retrospectivo de las ICh realizadas. Periodo: 2005-2009. Los datos analizados son: servicio de origen de la interconsulta, motivo de consulta, fecha, prioridad en la atención, diagnóstico definitivo, necesidad de seguimiento, necesidad de traslado y datos demográficos de los pacientes.

Resultados: n = 1458 ICh. Edad media $58,2 \pm 19,10$. Varones: 837 (57,6%). Por año el número de ICh fue: 2005: 263; 2006: 226; 2007: 239; 2008: 329 y 2009: 401. El 86,8% tenían prioridad normal, 8,5% preferente y 4,7% urgentes. Urgencias (12%), Cardiología (10,9%), Medicina Interna (9,8%) y Psiquiatría (8,9%) fueron los servicios con mayor demanda. Los motivos de consulta más frecuente fueron: pérdidas de conciencia y crisis epilépticas (24,6%), patología vascular cerebral (21,1%) y cuadros confusionales y deterioro cognitivo (13,4%). El 36,8% se resolvieron en la primera consulta y el resto (63,8%) precisaron de seguimiento. Precisaron traslado a Neurología el 8,4% de los casos valorados.

Conclusiones: La ICh es una actividad compleja que no se resuelve en una única visita. Provoca una carga asistencial que crece cada año. La creciente complejidad diagnóstica de la neurología y los tratamientos cada vez más específicos son los factores que condicionan este aumento de la demanda.

© 2011 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

[☆] Presentado en la LXII Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología. 16-20 de noviembre de 2010. Barcelona.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jramirezm@meditex.es (J.M. Ramírez-Moreno).

KEYWORDS

In-hospital consultations;
Neurology;
Hospital care;
Quality programs

Longitudinal Study of In-Hospital Consultations with Neurology in a Tertiary Hospital. A health care activity on the increase

Abstract

Objective: In-hospital consultation (IHC) is a service that some medical specialties provide to others with the aim of resolving complications in patients admitted to different hospital units. The aim of this study is to perform a descriptive analysis and longitudinal study of IHCs received in our department during the last 5 years.

Method: A retrospective study was conducted on the IHCs made within the period 2005-2009. The data analysed were as follows: department of origin of the IHC, reason for consult, date, priority of care, definitive diagnosis, need for follow-up, need for transfer, and the demographic data of the patients.

Results: There were a total of 1458 IHCs in the period studied. The mean age of the patients was 58.2 ± 19.10 years, and 837 (57.6%) were males. The number of IHCs per year was: 2005: 263; 2006: 226; 2007: 239; 2008: 329 and 2009: 401. The majority (86.8%) had normal priority, 8.5% high priority, and 4.7% were urgent. The Emergency Department (12%), Cardiology (10.9%), General Medicine (9.8%) and Psychiatry (8.9%) were the services with the highest demand. The most frequent reasons for consulting were loss of consciousness and epileptic seizures (24.6%), cerebral vascular disease (21.1%), and confusional states and cognitive impairment (13.4%). Over one third (36.8%) were resolved in the first consultation, and the remainder (63.8%) required follow up. Of all the cases assessed, 8.4% required transfer to Neurology.

Conclusions: IHC is a complex activity that may not resolve all questions in a single visit. It involves a health care burden which is increasing annually. The increasing diagnostic complexity of the neurology, as well as the increasingly more specific treatments are the factors that lead to this higher demand.

© 2011 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las interconsultas hospitalarias (ICh) constituyen un servicio que se ofrece de unas especialidades médicas a otras con la función de ayudar al enfoque diagnóstico y terapéutico de los pacientes ingresados en las distintas unidades del hospital^{1,2}. Las causas habituales por las que se solicita una ICh pueden ser un problema neurológico agudo, reagudización patología neurológica previa y para ajuste o reintroducción de fármacos previamente prescritos.

Las características de la asistencia neurológica mediante ICh no son homogéneas en todos los hospitales. Se trata de una labor asistencial por regla general poco valorada, a pesar de que es una actividad potencialmente compleja, consume importante tiempo al consultor y no pocos recursos hospitalarios³. A pesar de ser un buen indicador del funcionamiento del servicio demandado y del propio hospital, existen escasos estudios publicados al respecto tanto en el ámbito de la neurología⁴⁻⁷, como en otras especialidades médicas^{3,7-11}. Y no hay ningún trabajo publicado que estudie la evolución temporal de las mismas en un periodo de tiempo prolongado.

El objetivo de este trabajo es analizar descriptivamente y con carácter temporal las ICh recibidas en nuestro servicio durante el último quinquenio.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de las ICh realizadas en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2009, 5 años completos. Estudio realizado en la

sección de Neurología del Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz, hospital de tercer nivel, con 890 camas y con un área de referencia de 270.317 habitantes, 24 camas son específicas de Neurología. En el momento de la realización del estudio, no se dispone de ningún modelo de atención continuada por Neurología.

Las interconsultas se realizan en un modelo propio del hospital en el constan los siguientes datos: nombre, número de historia, fecha de nacimiento, sexo, cama de ingreso, especialidad que realiza la interconsulta, especialidad a quien se dirige, prioridad, fecha en la que se realiza, fecha en la que se contesta, motivo de la solicitud, resolución por la especialidad demandada y facultativo que contesta. Los datos analizados son: servicio de origen de la interconsulta, motivo de consulta, fecha, prioridad en la atención, diagnóstico definitivo, necesidad de seguimiento, necesidad de traslado y datos demográficos de los pacientes.

Para el análisis los motivos de consulta se agruparon en diferentes grupos diagnósticos según el juicio clínico emitido por el neurólogo (tabla 1). Para facilitar el análisis temporal las especialidades solicitantes se agruparon en 4 bloques: clínico, medicina interna y patología infecciosa, unidad de cuidados intensivos y urgencias y bloque quirúrgico. El índice de ICh se calculó mediante la fórmula número de interconsultas realizadas al año/número de camas hospitalarias. También se calcula una tasa indicativa del impacto potencial de esta actividad en la práctica diaria, aplicando la fórmula número de interconsultas realizadas al año/número de días hábiles de trabajo cada año de estudio.

Se empleó un formulario de recogida de datos adaptado y se registró en una base de datos, que permitió explotar los

Tabla 1 Grupos diagnósticos según la respuesta emitida por el neurólogo

1. Pérdida de conciencia y epilepsia
2. Vascular
3. Demencias y cuadros confusionales
4. Neuromuscular
5. Trastorno movimiento
6. Cefaleas
7. Miscelánea
8. Mareo, vértigo y alteraciones del equilibrio
9. Neoplasias y síndromes paraneoplásicos
10. Traumatismo craneoencefálico y complicaciones
11. Desmielinizante
12. Patología infecciosa
13. Enfermedades de la medula espinal
14. Neurooftalmología

datos mediante SPSS 14.0. Los resultados cualitativos están expresados en porcentajes y los cuantitativos en media y desviación estándar (DE). Con los datos crudos de la evolución temporal del número de ICh en el quinquenio estudiado se realiza una proyección a los siguientes 5 años mediante ecuación de regresión lineal. Utilizamos la prueba de tendencia lineal de Mantel-Haenszel para valorar el crecimiento o decrecimiento de las variables: solicitudes por bloques, prioridad de la solicitud, necesidad de seguimiento y necesidad de traslado a neurología a lo largo de los años de estudio.

Resultados

En el periodo de estudio se contestaron 1.458 interconsultas hospitalarias correspondiente a 1.458 sujetos, ya que las interconsultas dobles o triples por un mismo proceso se contabilizaron una sola vez. La edad media de los pacientes fue 58,2 (DE 19,10) años. Por sexo los varones supusieron el 57,6% (837). Por año el número de ICh fue: 2005: 263; 2006: 226; 2007: 239; 2008: 329 y 2009: 401 (fig. 1). El índice de ICh fluctuó entre 0,29 en el primer año de estudio a 0,45 en el 2009. Se advierte en los primeros 4 años una variabilidad estacional en la demanda de interconsultas, decayendo en los periodos vacacionales, de

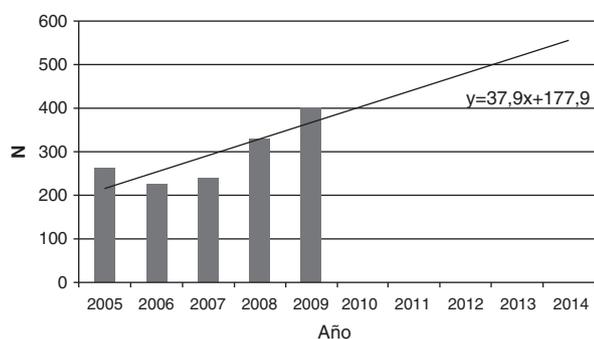


Figura 1 Estimación del incremento en el número de interconsultas hospitalarias en el próximo quinquenio mediante proyección lineal.

junio a septiembre y en diciembre; esta variabilidad no se advierte a lo largo del año 2009, en el que la actividad se hace más regular a lo largo del año (fig. 2).

Teniendo en cuenta el global de las ICh realizadas un 86,8% tenían una prioridad normal, el 8,5% preferente y un 4,7% urgentes. El 36,8% se resolvieron en la primera consulta y el resto (63,8%) precisaron de seguimiento, se trasladaron a Neurología el 8,4% de los casos valorados. Por bloques el clínico es el que solicita más interconsultas 694 (47,9%), seguido del quirúrgico 191 (13,2%), medicina interna y patología infecciosa 380 (26,2%) y urgencias/cuidados intensivos 185 (12,8%); observándose durante el periodo de estudio un incremento significativo de las solicitudes por parte del bloque de urgencias/cuidados intensivos y decrecimiento en las solicitudes del bloque quirúrgico (Xtlo=7,040; p=0,008). En el quinquenio estudiado las variables demográficas (edad y sexo) se mantienen estables. No se observa tampoco un cambio en las prioridades de solicitud de las interconsultas. Se observa un incremento porcentual mayor en la necesidad de seguimiento de los pacientes consultados con diferencias significativas (Xtlo=71,442; p<0,0001). Y también se observa un progresivo incremento de la necesidad de traslado a Neurología (Xtlo=12,206; p<0,0001). En la tabla 2 se presentan resumidos estos datos.

Globalmente las especialidades con mayor demanda de atención neurológica fueron Urgencias (12,0%), Cardiología (10,9%), Medicina Interna (9,8%) y Psiquiatría (8,9%), que se mantienen estables a lo largo de los años, salvo el notable incremento que experimentan las ICh desde urgencias (fig. 3). Los motivos de consulta más frecuente fueron: pérdidas de conciencia/crisis epilépticas (24,6%), patología vascular cerebral (21,1%) y cuadros confusionales/deterioro cognitivo (13,4%), permaneciendo estables a lo largo del quinquenio. En la tabla 3 se ofrece los motivos de consulta diferenciados por bloques.

Discusión

La interconsulta hospitalaria es un trabajo no programado, discontinuo, no registrado en la actividad hospitalaria, falta de estímulos y en muchos casos problemática³. En la literatura española existen únicamente 4 estudios publicados sobre interconsultas a Neurología⁴⁻⁷, lo que pone de manifiesto el escaso interés que se le presta a una actividad que, sin embargo, se realiza a diario en la práctica clínica y consume recursos. Para un funcionamiento correcto de las unidades clínicas es importante conocer cada una de las tareas asistenciales y poder establecer los recursos humanos y materiales disponibles, según las características propias del Servicio y del hospital^{1,2}. Una asistencia eficiente y de calidad en la realización de las interconsultas conlleva, una mejora en el manejo de pacientes neurológicos ingresados por otros motivos, una reducción de las derivaciones a consultas externas innecesarias y una mayor confianza en el servicio solicitado¹².

Nuestro estudio que abarca la evolución de las ICh durante un periodo de 5 años, confiere un análisis con carácter evolutivo de esta asistencia que no se encuentra reflejado en publicaciones previas. Observamos un claro crecimiento lineal en la demanda de ICh a lo largo de estos

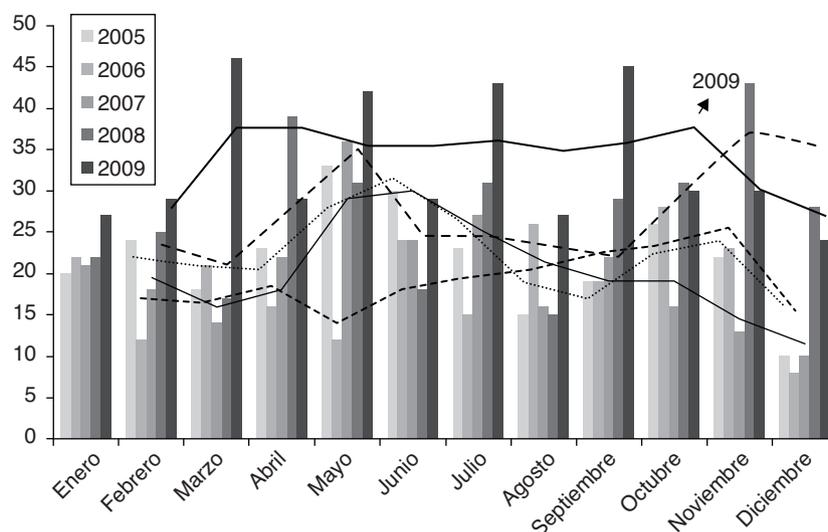


Figura 2 Variabilidad mensual en la actividad de interconsultas a lo largo del periodo de estudio.

5 años, con una tasa de ICh que se va incrementando y con una carga de trabajo de más de un 50% cuando se compara el primer año de estudio con respecto al último, además en el último año no se advierte variabilidad estacional y el número de interconsultas recibidas mensualmente permanecen estables. Las proyecciones estimativas de esta actividad provocarán una carga asistencial creciente que precisará dedicar cada vez más recursos. Este incremento más que notable de esta parte de la asistencia, puede ser debido a la creciente complejidad diagnóstica de la neurología y los tratamientos cada vez más específicos, así como a una mayor exigencia de los cuidados de los enfermos. A favor de estos argumentos encontramos otros factores como son una progresiva dificultad para resolver la ICh en un mismo acto,

precisando de pruebas complementarias y de más necesidad de seguimiento y un progresivo incremento de la necesidad de traslado a Neurología para continuar el estudio o tratamiento específico. Esto hace de la ICh una proveedora más de pacientes a los servicios, que debe ser tenido en cuenta en la planificación de la actividad asistencial. Una buena organización de las ICh mejora claramente los resultados, el modelo debe ser lo más simple posible e idealmente con un consultor estable, motivado y experto¹³.

Los datos demográficos, los motivos de consulta más frecuente y las especialidades más demandantes de atención neurológica son superponibles a otros estudios realizados en este ámbito⁴⁻⁷. Observamos que el servicio que más incrementa las interconsultas es Urgencias, y es una de las causas

Tabla 2 Evolución temporal de las interconsultas

Año de estudio	Total	2005	2006	2007	2008	2009
N.º ICh	1.452	263	226	239	329	401
Índice ICh	-	0,30	0,25	0,27	0,37	0,45
Tasa ICh	-	1,06	0,91	0,96	1,33	1,62
Edad media (DE)	58,5 (19,1)	58,5 (18,9)	59,0 (19,3)	58,7 (18,7)	58,2 (18,9)	57,4 (19,5)
Sexo varón	837 (57,6)	139 (52,9)	136 (60,4)	137 (57,6)	197 (60,1)	228 (57,3)
Prioridad						
Normal	1265 (86,8)	224 (85,2)	190 (84,1)	210 (87,9)	284 (86,3)	357 (89,0)
Preferente	124 (8,5)	22 (8,4)	20 (8,8)	19 (7,9)	31 (9,4)	32 (8,0)
Urgente	69 (4,7)	17 (6,5)	16 (7,1)	10 (4,2)	14 (4,3)	12 (3,0)
Necesidad de seguimiento	868 (63,8)	138 (52,5)	118 (52,7)	122 (52,4)	214 (73,0)	276 (79,3)
Traslado a Neurología	116 (8,4)	16 (6,1)	12 (5,4)	16 (6,7)	26 (8,3)	46 (13,2)
Bloque						
Clínico	694 (47,9)	126 (47,9)	114 (50,4)	111 (47)	156 (48,1)	187 (46,6)
MI + PI	191 (13,2)	40 (15,2)	27 (11,9)	31 (13,1)	46 (14,2)	47 (11,7)
Quirúrgico	380 (26,2)	83 (31,6)	71 (31,4)	64 (27,1)	77 (23,8)	85 (21,2)
Urg + UCI	185 (12,8)	14 (5,3)	14 (6,2)	30 (12,7)	45 (13,9)	82 (20,4)

DE: desviación estándar; ICh: interconsulta hospitalaria; índice ICh: número de interconsultas realizadas al año/número de camas hospitalarias; MI: medicina interna; N.º: número; tasa ICh: número de interconsultas realizadas al año/número de días hábiles cada año; UCI: unidad cuidados intensivos; UPI: patología infecciosa; Urg: urgencias.

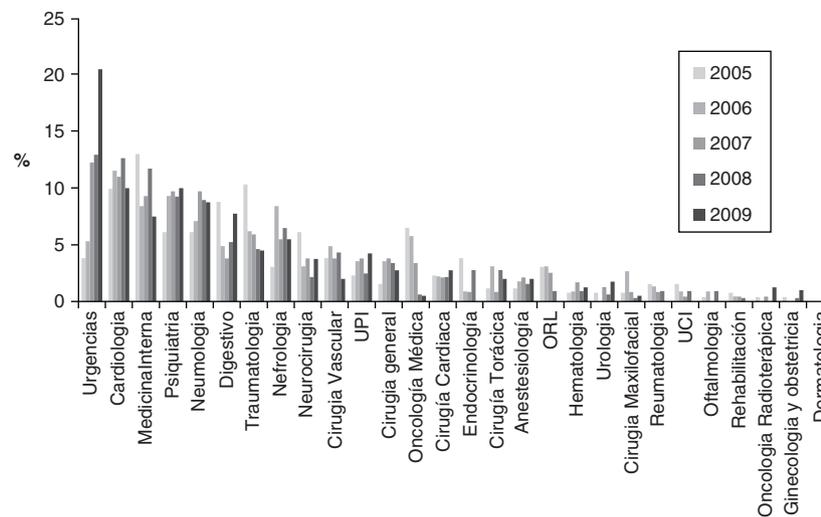


Figura 3 Demanda por especialidades hospitalarias (n= 1.458).

del alto porcentaje de ICh con carácter urgente y más traslados a neurología respecto a otras publicaciones. Aunque la atención de la urgencia hospitalaria no se ha considerado clásicamente como parte de la atención de la interconsulta, y aunque puede afectar a la comparación con el resto de los estudios publicados de otros hospitales españoles. Creemos que en nuestro medio era fundamental su inclusión, ya que el Servicio de Urgencias se comporta con respecto a la patología neurológica como un fuerte consultor, no suele hacerlo para las patologías que requieren claramente ingreso, tienen soberanía para hacerlo sin consulta previa a los servicios sin guardia. La interconsulta reglada y siguiendo el modelo del resto del hospital la utilizan para aquellas patologías que le generan dudas su manejo terapéutico y diagnóstico; es decir, igual que cualquier otro servicio o sección hospitalaria. Esta mayor demanda por parte del Servicio de Urgencias, el alto n.º de ICh urgentes y traslados podría justificarse por la ausencia de neurólogo de guardia y evitarse con la implementación de la actividad continuada^{14,15}. Sin embargo, si el Servicio de Urgencias fuera excluido del

estudio como en otros trabajos, coincidiría que los servicios más demandantes seguirían siendo Cardiología, Medicina interna y Psiquiatría. El alto porcentaje de ICh generadas por el Servicio de Psiquiatría, coincidiendo con otros estudios puede estar justificada por la estrecha colaboración entre ambos servicios⁷. En el análisis por bloques de especialidades se observa decremento en las solicitudes del bloque quirúrgico en los últimos años, una explicación plausible a este hecho es el apoyo que han ido recibiendo algunas unidades como Traumatología y Cirugía General con la figura del médico internista consultor, una forma de dar apoyo a servicios quirúrgicos, cuando el volumen o las características de los enfermos que atienden lo permiten, esta forma de colaboración ha demostrado eficacia y rentabilidad^{16,17}.

La mayor limitación de nuestro estudio es el carácter retrospectivo y la fuente de información utilizada, que conlleva la inevitable pérdida de información y una reducción de las variables de estudio.

En conclusión, la ICh es una actividad compleja que no suele resolverse en una única visita y que consume recursos

Tabla 3 Grupo de patologías más consultadas según bloque de especialidades

	CLÍNICAS %	MI+ PI %	QUIRÚRGICAS %	URG + UCI %
Perdidas conciencia y epilepsia	21,5	24,1	18,2	50,8
Vascular	24,2	14,7	24,8	9,2
Demencia y confusión	18,0	12,6	10,0	3,2
Trastorno movimiento	7,8	11	5,0	6,5
Neuromuscular	7,4	9,9	11,3	5,9
Miscelánea	5,2	5,8	3,4	4,9
Mareo, vértigo y equilibrio	5,2	2,6	4,0	0,5
Cefaleas	4,8	3,7	8,7	7,6
Neoplasias y paraneoplásicos	3,5	3,7	1,8	-
Enfermedades medula espinal	0,9	1,0	2,1	1,1
Neurooftalmología	0,6	0,5	1,8	2,2
Infecioso	0,6	5,2	0,5	1,1
TCE y complicaciones	0,3	3,7	5,8	-
Desmilitinante	0,1	1,6	2,4	7,0

a los Servicios de Neurología, debiendo tenerse en cuenta en la planificación. Es una actividad que provoca una carga asistencial que crecerá cada año, de forma proporcional a la creciente complejidad diagnóstica y terapéutica de la neurología. La ICh ofrece una relación directa con otras especialidades médicas y es parte de la imagen que el servicio ofrece al hospital por lo que debe ser atendida con especial dedicación e interés.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lee T, Pappius EM, Goldman L. Impact of inter-physician communication on the effectiveness of medical consultations. *Am J Med.* 1983;74:106–12.
2. Cohn SL. The role of the medical consultant. *Med Clin North Am.* 2003;87:1–6.
3. Monte Secades R, Rabuñal Rey R, Rigueiro Veloso MT, García Pais MJ, Casariego Vales E, Guerrero Lombardía J. Papel del internista como consultor de servicios quirúrgicos. *Rev Clin Esp.* 2004;204:345–50.
4. Cruz-Velarde JA, Gil de Castro R, Vázquez Allen P, Ochoa Mulas M. Estudio de la interconsulta hospitalaria a un servicio de neurología. *Neurología.* 2000;15:199–202.
5. Barrero-Hernández FJ, Muñuzuri-Sanz D, Casado-Torrés A. Estudio descriptivo de las interconsultas hospitalarias a un servicio de neurología. *Rev Neurol.* 2003;36:1001–4.
6. Más-Sesé G, Hernández-Hortelano E, González-Caballero G, Martín-Bautista D, Plaza-Macías I, Sola D, et al. Estudio descriptivo de las interconsultas realizadas a un servicio de neurología. *Neurología.* 2006;21:400–4.
7. García-Ramos R, García-Morales I, Vela A, Galán L, Serna C, Matias-Guío J. Análisis de la interconsulta hospitalaria a neurología en un hospital de tercer nivel. *Neurología.* 2009;24:835–40.
8. Navarro Medina P, Blanco Diez A, Alvarado Rodríguez A, Barroso Deyne E, Artiles Hernández JL, Chesa Ponce N. Valoración de las interconsultas realizadas a un servicio de urología, a nivel hospitalario. *Actas Urol Esp.* 2009;33:304–8.
9. Díaz Peromingo JA, Grandes Ibáñez J, Castro Paredes B, Cabezas Agrícola JM, De la Iglesia Martínez R, Baeza Barrantes FJ. Estudio de la interconsulta en un servicio de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 1999;199:66–72.
10. Montero Ruiz E, López Alvarez J, Hernández Ahijado C. Estudio de las interconsultas solicitadas a un servicio de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2004;204:507–10.
11. Soler-Bel J, Sala C, Relaño N, Moya MJ, Vergéz L, Flor A. Estudio de las interconsultas solicitadas por el Servicio de Cirugía General al Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna.* 2007;24:520–4.
12. Rubio Arribas V, Rodríguez Ibáñez ML, Sampedro Martínez E, Victores Benavente C, Alechiguerra García A, Barrio Gamarra JL. Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento de interconsulta. *Aten Primaria.* 2000;26:681–4.
13. García Lázaro M, Lucena Merino MM, Montero Pérez-Barquero M, Sánchez Guijo P. Estudio de la actividad asistencial de Medicina Interna en relación a las interconsultas. *An Med Interna.* 2003;20:510–4.
14. Sopelana D, Segura T, Vadillo A, Herrera M, Hernández J, García-Muñozguren S, et al. Beneficio de la instauración de guardias de neurología de presencia física en un hospital general. *Neurología.* 2007;22:72–7.
15. Jiménez-Caballero PE, Marsal-Alonso C, Alvarez-Tejerina A. Análisis de la actividad asistencial en las guardias de neurología y su repercusión en el hospital. *Rev Neurol.* 2004;39:120–4.
16. Montero Ruiz E, Hernández Ahijado C, López Alvarez J. Efecto de la adscripción de internistas a un servicio quirúrgico. *Med Clin (Barc).* 2005;124:332–5.
17. Montero Ruiz E, López-Álvarez J. La interconsulta médica: problemas y soluciones. *Med Clin (Barc).* 2011;136:488–90.