

ACTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE CLÍNICA MÉDICA EN EL ÁREA QUIRÚRGICA EN ARGENTINA

DIEGO BROSIO¹, GABRIELA VARELA¹, SILVINA CRERAR¹, GUILLERMO MACÍAS^{2,3},
PASCUAL VALDEZ⁴, LUIS CÁMERA⁵

¹Servicio de Clínica Médica, Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú, ²Escuela Superior de Medicina, Universidad Nacional de Mar del Plata, ³Departamento de Salud, Universidad Nacional de La Matanza, ⁴Terapia Intensiva, Hospital General de Agudos Dr. Dalmacio Vélez Sarsfield, ⁵Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Gabriela Varela, Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú, Combatientes de Malvinas 3002, 1427 Buenos Aires, Argentina

E-mail: fervarela2000@yahoo.es

Recibido: 20-XII-2023

Aceptado: 30-VII-2024

Resumen

Introducción: El objetivo fue determinar la organización de la actividad asistencial del médico internista en el área quirúrgica de los hospitales generales de agudos en Argentina.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal entre 01/03/19 y 01/05/19 mediante una encuesta en línea sobre asistencia compartida (AC) e interconsultas (IC). Se incluyeron hospitales generales de agudos de gestión pública y no pública.

Resultados: Contestaron la encuesta 141 instituciones (58% públicas), 40% tiene AC a cargo de internistas fijos o rotativos (88% en traumatología y 72% en cirugía general). Respuesta a las IC: solo internistas (57%), internistas acompañados por residentes (40%) y solo residentes (3%). La asignación de la IC es compartida con otras tareas del servicio (96%). La solicitud de IC es mixta (verbal-escrita) en el 62% y solo escrita en el 35%. El seguimiento está a cargo del mismo médico que responde la IC en el 56%. La respuesta a la IC es de forma escrita y verbal (94%) y existe algún tipo de registro de la actividad (71%).

Discusión: La actividad del internista en el área quirúrgica es a través de la IC y en menos de la mitad es a través de AC. En Argentina, no hay un patrón uniforme en la organización de la actividad asistencial frente a la demanda de IC a clínica médica y a la práctica de AC. Las actividades están subordinadas a las actividades

de los servicios clínicos y es una actividad estadísticamente oculta.

Palabras clave: asistencia compartida, organización, interconsulta, medicina interna, cirugía

Abstract

Activity of internal medicine services in the surgical area in Argentina

Introduction: The aim of the study was to determine the organization of healthcare activity of internal medicine (IM) services in the surgical area of general acute care hospitals in Argentina.

Methods: A cross-sectional descriptive observational study was performed between 03/01/19-05/01/19. A web survey about shared care (SC) and internal medicine consultations (IMC) was implemented. General acute hospitals under public and non-public management were included.

Results: The survey was answered by 141 institutions (58% public), 40% have SC in charge of fixed or rotating internists (88% in orthopedic surgery and 72% in general surgery). Response to IMC: only internists (57%), internists accompanied by IM residents (40%) and only residents (3%). The assignment of the IMC is shared

with other tasks of the service (96%); the request is mixed (verbal-written) in 62% and only written in 35%. The follow-up is carried out by the same doctor who responds to the MI in 56%. The response to the IMC is written and verbal (94%) and there is some type of record of the activity (71%).

Discussion: The activity of the internist in the surgical area is mainly through the MI and in less than half it is through SC. In Argentina, there is no uniform pattern in the organization of activity of the internist in response to the demand for IMC and in the practice of SC. The activities are subordinate to the activities of the internal medicine service, and it is a statistically hidden activity.

Key words: shared care, co-management, organization, surgery, internal medicine, consultation

PUNTOS CLAVE

Conocimiento actual

- Existe un incremento de interconsultas solicitadas a clínica médica por los servicios quirúrgicos asociado al envejecimiento poblacional y a nuevos procedimientos quirúrgicos aplicables en pacientes de mayor edad.
- Para el médico clínico esta actividad constituye una carga de trabajo poco registrada.

Contribución del artículo al conocimiento actual

- La actividad del internista en el área quirúrgica fue a través de la interconsulta, el médico de planta solamente (57%) o junto a residentes (40%).
- El 40% tiene asistencia compartida a cargo de internistas fijos o rotativos (88% en traumatología y 72% en cirugía general).
- En el 71% de las interconsultas existió algún tipo de registro de la actividad.
- No hubo un patrón uniforme en la organización de la actividad de las interconsultas y asistencia compartida.

La actividad del médico internista en el área quirúrgica es a través de la solicitud de interconsultas (IC) o a través del seguimiento diario de los pacientes sin solicitud de IC, lo que se co-

noce como asistencia compartida (AC)^{1,2}. Desde hace unos años, se observa una tendencia al incremento en el número de interconsultas solicitadas por los cirujanos. Esto podría vincularse con el envejecimiento de la población mundial asociado al hecho de que esta población presenta una mayor complejidad y que el avance en los procedimientos quirúrgicos y anestésicos permiten tratar a pacientes de mayor edad³⁻⁶. Para el médico clínico, esta actividad constituye una carga de trabajo muchas veces subvalorada y poco registrada. Hay pocos trabajos que concentran su atención en la organización de la actividad asistencial del servicio de clínica médica con respecto a las IC solicitadas por los servicios quirúrgicos o a la AC realizada en esa área. La mayoría de la literatura es de origen europeo (España) y norteamericano⁷⁻¹¹. En nuestro país, la literatura sobre el tema es escasa y no existen datos a nivel nacional^{12,13}. El objetivo de este estudio fue conocer cómo es la organización de la actividad asistencial del médico clínico en las áreas quirúrgicas en los diferentes hospitales generales de agudos en Argentina.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, que incluyó a servicios de clínica médica de hospitales generales de agudos de gestión pública, como también a aquellos de gestión no pública (privados, de obra social, de comunidad, etc.) de la Argentina. Por sus características especiales en la atención, se excluyeron los hospitales generales de niños y los especializados en salud mental, oftalmología, odontología, gastroenterología, infectología, quemados, rehabilitación, oncología y maternidad. Se realizó una encuesta en línea durante el período 01/03/2019 al 01/05/2019, con preguntas con respuesta de opción múltiple creada *ad-hoc* tomando como base la presentada por Méndez López y Etxeberria Lekuona¹⁴. La encuesta fue distribuida a través de la red de distritos de la Sociedad Argentina de Medicina, abarcando 200 hospitales en todo el país. Se recibieron respuestas de 141 hospitales, lo que representa un 70.5% de participación. Se consideraron las definiciones de AC y de IC existentes en la literatura¹: Asistencia compartida: médicos clínicos que realizan el seguimiento clínico diario de los pacientes internados en algún área quirúrgica sin necesidad de solicitud de interconsulta; Interconsulta: Comunicación entre un servicio quirúrgico y el servicio de clínica médica donde el solicitante requiere la opinión sobre alguna enfermedad de un paciente (evaluación,

diagnóstico o tratamiento). Las variables consideradas en este estudio fueron: la provincia donde se encuentra la institución, si la institución es de gestión pública o no pública, la cantidad de camas hospitalarias, la existencia de AC, las áreas quirúrgicas con AC, los profesionales que realizan AC, la actividad asistencial con respecto a las IC, el cargo del médico interconsultor, la actividad de los médicos residentes de clínica médica con respecto a las IC y a la AC, la forma de solicitud de IC, el registro de la actividad de las IC, el seguimiento y la devolución de las IC. Se volcaron las respuestas en una base de datos informatizada y se mantuvo la confidencialidad de los datos de los encuestados. Se utilizó estadística descriptiva. Las variables se procesaron como categóricas y se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas. El análisis se realizó mediante los programas MS Excel. El presente trabajo fue aprobado por el Comité de Docencia e Investigación y Ética en Investigación del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú de acuerdo con la Ley 3301/09 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (CIR 00519).

Resultados

Contestaron la encuesta 141 instituciones, con representantes de las 23 provincias (n= 105) y de CABA (n= 36). El 58% eran del sector público (n = 82). En cuanto a la cantidad de camas hospitalarias; el 41% (n = 58) posee entre 50-149, 30% (n= 43) entre 150-299, 16% (n = 22) entre 30-49 y 13% (n = 18) más de 300. El 40% (n= 57) realiza AC en el área quirúrgica. El 72%

(n=41) corresponde a AC en al menos un área quirúrgica y el 28% (n=16; 13 no son públicas) a instituciones que cuentan con seguimiento clínico de todos los pacientes en todas las áreas de internación (tanto quirúrgicas como no quirúrgicas). De los hospitales que realizan AC, 32 son públicos y 25, no. En cuanto a la cantidad de camas de estos hospitales: 44% (n=25) tiene entre 150-299, 35% (n=20) entre 50-149, 12% (n=7) más de 300 camas y 9 % (n=5) entre 30-49. Los servicios quirúrgicos más frecuentes con AC son: ortopedia y traumatología 88% (n= 50), cirugía general 72% (n=41) y urología 51% (n=29) (Tabla 1).

La actividad está a cargo de médicos internistas rotativos o con dedicación exclusiva, en ambos casos con o sin compañía de médicos residentes (Tabla 2). La dedicación laboral de los encargados de la atención de las IC es compartida con otras actividades asistenciales del servicio y de la institución (sala de internación de clínica médica, consultorios) en el 96% (n=121). La asignación de quienes responden a las IC es diaria en el 73% (n= 92), semanal en el 9% (n=11), mensual en el 5% (n=6) y corresponde a médicos de planta con cargo asignado al área quirúrgica exclusivamente en el 5% (n=6).

En la Tabla 3, se puede ver que en el 97% de las IC intervienen los médicos de planta. La solicitud de IC es mixta (verbal-escrita) en el 62% (n= 78) y solo escrita en el 35% (n= 44).

Tabla 1 | Áreas quirúrgicas con asistencia compartida de las 57 instituciones que la realizan

Áreas quirúrgicas	N	%
Traumatología y ortopedia	50	88
Cirugía general	41	72
Urología	29	51
Neurocirugía	25	44
Cirugía de tórax	24	42
Ginecología	21	37
Cirugía de cabeza y cuello	20	35
Cirugía plástica	19	33
Otorrinolaringología	17	30
Cirugía cardiovascular	14	25
Obstetricia	12	21
Oftalmología	10	18

Fuente: elaboración a partir de datos propios

El seguimiento está a cargo del mismo médico que responde la primer IC en el 56% (n=70): en el 47% (n=59) es el mismo médico sin un médico residente acompañante y en el 9% (n=11) es junto a un residente (Tabla 4).

La respuesta a la IC es de forma mixta (escrita y verbal) en un 94% (n=118) y existe algún tipo de registro de la actividad en el 71% (n= 89)

(Tabla 5). Las solicitudes de IC que requieren de forma urgente una respuesta son solicitadas a través de forma telefónica en el 56% (n=81), de forma personal en el 16% (n= 20) y de ambas formas en el 28% (n= 35). En el 11% (n=16) de las instituciones existe la rotación programada de los residentes de clínica médica por los servicios quirúrgicos como parte de su formación.

Tabla 2 | Asignación de los profesionales en la actividad de asistencia compartida en área quirúrgica

Profesional asignado	N	%
Médico de planta con dedicación exclusiva	19	33
Médico de planta que no siempre es el mismo	18	32
Médico de planta que no siempre es el mismo y residencia de clínica médica	9	16
Médico de planta con dedicación exclusiva y residencia de clínica médica	7	12
Residencia de clínica médica	4	7
Total	57	100

Fuente: elaboración a partir de datos propios

Tabla 3 | Función de los profesionales que realizan las interconsultas solicitadas por servicios quirúrgicos

Profesional	N	%
Médico de planta	72	57
Médico de planta junto a residente de clínica médica	50	40
Residente de 3° o 4° año	3	2
Residente de 1° o 2° año	1	1
Total	126	100

Fuente: elaboración a partir de datos propios

Tabla 4 | Profesional responsable de seguimiento de una interconsulta

Profesional responsable	N	%
El mismo médico que fuera responsable de responder la primer IC	59	47
El médico que le corresponde según cronograma a responder las IC	30	24
Solo ante nueva solicitud de interconsulta por parte del médico cirujano	18	14
El mismo médico que fuera responsable de responder a la IC y Residente	11	9
Residente de clínica médica	6	5
El médico que le corresponde según cronograma y residente	2	2
Total general	126	100

IC: interconsulta

Fuente: elaboración a partir de datos propios

Tabla 5 | Formato de registro de las interconsultas

Formato	N	%
Base de datos informatizada o registrado en papel con otros datos además de los filiatorios	43	34
Registrado en papel (datos filiatorios)	31	25
Base de datos informatizada (datos filiatorios)	15	12
No existe registro	37	29
Total general	126	100

Fuente: elaboración a partir de datos propios

Discusión

Según este estudio, la actividad del internista en el área quirúrgica se realizó primordialmente mediante la solicitud de interconsulta. Solamente en el 11% de las instituciones (mayormente no públicas), los pacientes de todas las áreas quirúrgicas son evaluados tanto por médicos clínicos como por un médico cirujano desde el ingreso a la institución. En España las IC y la AC representan un cuarto de la actividad de los servicios de Medicina Interna¹⁵. Además, los servicios quirúrgicos realizan más IC no urgentes (81.2%) y urgentes (26.7%) al servicio de medicina interna que los servicios médicos (18.8% y 18.2% respectivamente)⁷. Cabe resaltar que entre el 21% y el 50% de los hospitales tienen médicos internistas integrados en los servicios quirúrgicos^{7,11,14,15}.

Al igual que la literatura, los servicios quirúrgicos más frecuentes con AC fueron ortopedia y traumatología (88%) y cirugía general (72%), habitualmente debido a que la mayoría de sus pacientes son adultos mayores con multimorbilidades y polimedicados (por ejemplo, pacientes con fractura de cadera)^{5-7,14,16-18}. Concomitantemente, estos servicios también son los que solicitan mayor número de IC en las instituciones donde no se realiza AC⁷. Diferentes estudios han demostrado que la AC en los servicios de ortopedia y traumatología reduce las complicaciones médicas, la duración de la estadía, los reingresos a 30 días y el costo de la atención, y que mejora la calidad de atención^{15,19-24}. Al igual que en otros estudios, se observó que la mayoría de los médicos que responden a las IC son asignados de forma diaria, con muy bajos porcentajes de interconsultores exclusivos para el

área quirúrgica (5%)^{7,14}. Conocer estos datos es importante para planificar la organización hospitalaria actual y futura para aportar la visión integral del paciente desde su ingreso a la institución.

En diversos estudios quedó demostrado que las IC están subordinadas a las tareas de los servicios clínicos en valores entre 42 y el 64%^{7,11,14,15}. En esta investigación se observó que la dedicación laboral de los encargados de las IC se comparte con otras actividades del servicio (consultorios externos, sala de internación) en un porcentaje elevado (96%).

Se encontró un registro de actividad en el 71% de los casos, similar a la literatura^{11,14}. Sin embargo, el 50% de estos registros se limitó a datos demográficos, lo que sugiere un subregistro de variables clínicas relevantes.

La solicitud de IC verbal-escrita observada fue del 62%, inferior a lo descrito en la bibliografía consultada^{14,25}. Tanto en las IC solicitadas de forma urgente como en las devoluciones de las mismas hubo contacto verbal (telefónico o personal), al igual que en lo indicado por Montero Ruiz y col.²⁵.

El seguimiento está a cargo del mismo médico que responde a la primera IC en poco más de la mitad de las ocasiones, resultando en problemas en la transmisión de información²⁶.

Se observó que son pocos los hospitales que se realizan rotación programada de los residentes de clínica médica por servicios de apoyo clínico en cirugía. Los médicos residentes intervienen junto a un médico de planta tanto en la AC (28%), como en las IC (39.7%), aunque en muy pocos casos están a cargo (similar a la literatura existente)¹¹.

La organización asistencial presentó una gran heterogeneidad entre instituciones, con prácticas, en muchos casos, subestimadas. Son muy pocas las instituciones que evalúan a todos los pacientes desde el ingreso.

A pesar de que durante las últimas dos décadas han aumentado las publicaciones que resaltan la necesidad del abordaje médico y quirúrgico a través de la colaboración entre los especialistas, esto aún es una deuda pendiente en la mayoría de las instituciones. Se debería poner especial atención en que esta actividad no signifique una sobrecarga de trabajo para los médicos internistas y que en la práctica diaria sea un trabajo multidisciplinario con responsabilidad compartida, pero con los roles bien claros. Deberían intervenir equipos de interconsultores con un número adecuado de

médicos clínicos según la carga de trabajo que esta actividad pueda suponer con formación no solo en medicina interna, sino en medicina perioperatoria (tanto del periodo prequirúrgico para que el paciente llegue en buen estado clínico a la cirugía y del periodo postoperatorio para una rápida recuperación y el tratamiento de las complicaciones quirúrgicas de cada intervención). Dicha formación podría integrarse en la temática de los cursos de posgrado de la especialidad de medicina interna o en los programas de capacitación de los sistemas de residencias médicas que, como demostraron este y otros trabajos, los residentes intervienen en la AC e IC junto a un médico de planta o de forma autónoma.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Montero Ruiz E, Monte Secades R. Definiciones de la actividad de Medicina Interna fuera de su propio servicio. *Rev Clínica Española* 2015; 215 3: 182-5.
2. Montero Ruiz E. Asistencia compartida (*comanagement*). *Rev Clínica Española* 2016; 216: 27-33.
3. Sharma G, Kuo YF, Freeman J, Zhang DD, Goodwin JS. Comanagement of hospitalized surgical patients by medicine physicians in the United States. *Arch Intern Med* 2010; 170: 363-8.
4. Montero Ruiz E, Pérez Sánchez L, Gómez Ayerbe C, Barbero Allende JM, García Sánchez M, López Álvarez J. Factores que influyen en la solicitud de interconsultas a medicina interna por los servicios quirúrgicos. *Cir Esp* 2011; 89: 106-11.
5. Sociedad Española de Medicina Interna. Nota de prensa: La optimización de los procesos pre-quirúrgicos con la participación médica de internistas, una necesidad creciente ante un perfil de paciente "cada vez más complejo y con más comorbilidad". En: <https://www.fesemi.org/informacion/prensa/semi/la-optimizacion-de-los-procesos-pre-quirurgicos-con-la-participacion-medica>; consultado septiembre 2023.
6. 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 Anestiol Reanim* 2022; 69: 203-7.
7. Monte-Secades R, Montero-Ruiz E, Feyjoo-Casero J, et al. Análisis de la actividad de interconsulta realizada por los servicios de medicina interna. Estudio REINA-SEMI: Registro de Interconsultas y Asistencia Compartida de la Sociedad Española de Medicina Interna. *Rev Clin Esp* 2018; 218: 279-84.
8. García Lázaro M, Lucena Merino M, 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.
9. Montero Ruiz E, Rebollar Merino A, García Sánchez M, Culebras López A, Barbero Allende JM, López Álvarez J. Análisis de las interconsultas hospitalarias al servicio de medicina interna. *Rev Clin Esp* 2014; 214: 192-7.
10. Society of Hospital Medicine. The evolution of comanagement. En: https://www.hospitalmedicine.org/globalassets/practice-management/practice-management-pdf/pm-19-0004-co-management-white-paper_minor-update-m.pdf; consultado septiembre 2023.
11. Losa J, Zapatero A, Barba R, Marco J, Plaza S, Canora J. Encuesta SEMI sobre la oferta asistencial de los internistas en los hospitales del Sistema Público de Salud. *Rev Clin Esp* 2011; 211: 223-32.
12. Varela G, Crerar S, Brosio D, et al. Estudio de las interconsultas solicitadas por los servicios quirúrgicos al servicio de medicina interna. *Revista Argentina de Medicina* 2014; 2: 63-8.

13. Varela G, Crerar S, Brosio D, et al. El rol del médico clínico en el área quirúrgica en hospitales generales: Interconsulta o co-manejo. *Revista Argentina de Medicina* 2016; 4: 28-34.
14. Méndez López I, Etxeberria Lekuona D. Organización del trabajo de las interconsultas recibidas desde servicios quirúrgicos en los servicios de medicina interna (Correspondencia). *Rev Clin Esp* 2011; 211: 61-3.
15. Sociedad Española de Medicina Interna. Nota de prensa: Las interconsultas y la asistencia compartida suponen ya un cuarto de la actividad en la atención hospitalaria a pacientes en los servicios de medicina interna. En: <https://www.fesemi.org/informacion/prensa/semi/las-interconsultas-y-la-asistencia-compartida-suponen-ya-un-cuarto-de-la-consulta-septiembre-2023>.
16. Sáez López P, Madruga Galán F, Rubio Caballero JA. Detección de problemas en pacientes geriátricos con fractura de cadera. Importancia de la colaboración entre traumatólogo y geriatra. *Rev Esp Cir OrtopTraumatol* 2007; 51: 144-51.
17. Huddleston JM, Long KH, Naessens JM, et al. Medical and surgical comanagement after elective hip and knee arthroplasty: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2004; 141: 28-38.
18. Montero Ruiz E, Rubal Bran D. ¿Qué pacientes quirúrgicos necesitan asistencia compartida? *Rev Clin Esp* 2020; 220: 578-82.
19. Rohatgi N, Loftus P, Grujic O, Cullen M, Hopkins J, Ahuja N. Surgical comanagement by hospitalists improves patient outcomes. A propensity score analysis. *Ann Surg* 2016; 264: 275-82.
20. 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.
21. Ruiz Ribera I, González Anglada I, Garmendia C, et al. Calidad en la atención a los pacientes de traumatología a través de la interconsulta a medicina interna: opinión de los profesionales. *Rev Clin Esp* 2013; 213: 413.
22. Delgado Velilla F, Mora Martínez JR. Implantación de un modelo de calidad basado en la gestión clínica por procesos en un servicio de cirugía ortopédica y traumatología. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol* 2012; 56: 80-93.
23. Montero Ruiz E, Monte Secades R, Padilla López X, et al. Modelos colaborativos hospitalarios de asistencia compartida e interconsultas a demanda. ¿Cuál ofrece mejores resultados en Cirugía Ortopédica y Traumatología? *Rev Clin Esp* 2020; 3: 167-73.
24. Montero Ruiz E, Hernández Ahijado C, López Álvarez J. Efecto de la adscripción de los internistas a un servicio quirúrgico. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 332-5.
25. Montero Ruiz E, Rebollar Merino A, Melgar Molero V, Barbero Allende JM, Culebras López A, López Álvarez J. Problemas en la transmisión de información durante el proceso de la interconsulta médica hospitalaria. *Rev Calid Asist* 2014; 29: 3-9.
26. Monte-Secades R, Montero-Ruiz E, Gil-Díaz A, Castiella-Herrero J. Principios generales de la interconsulta médica en enfermos hospitalizados. *Rev Clin Esp* 2016; 216: 34-7.