

## **La asistencia compartida, una forma distinta de organizar la colaboración con los servicios quirúrgicos**

Vasco Barreto<sup>a</sup>, Jesús Díez-Manglano<sup>b</sup>.

<sup>a</sup> Departamento de Medicina. Servicio de Medicina Interna. Hospital Pedro Hispano. Matosinhos. Portugal

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. España.

### **Autor de correspondencia**

Jesús Díez-Manglano  
Duquesa Villahermosa 163, 8º D  
50009 Zaragoza  
Tfno: 976466910  
Email: [jdiez@aragon.es](mailto:jdiez@aragon.es)

**Palabras:** 891

**Referencias:** 13

## **La asistencia compartida, una forma distinta de organizar la colaboración con los servicios quirúrgicos**

Tradicionalmente, los ingresos hospitalarios están organizados en salas de enfermería de servicios médicos y quirúrgicos. La razón de ser de este modelo tiene que ver con las ventajas de concentrar la experiencia en determinadas patologías, permitiendo la diferenciación de los equipos de profesionales de la salud y la asignación de medios técnicos específicos. Sin embargo, muchas de las personas que padecen “problemas quirúrgicos” agudos son las mismas que sufren “problemas médicos”.

Durante el ingreso en el hospital, las necesidades de los enfermos “médicos” y “quirúrgicos”, más allá del tratamiento de la enfermedad aguda, son muy semejantes. Esto es más evidente cuanto más acentuado es el envejecimiento de la población, con una creciente complejidad clínica y multimorbilidad de los enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas<sup>1</sup>.

En este contexto es necesario que existan en todas las salas o servicios hospitalarios, médicos que sean capaces de evaluar integralmente a los enfermos, identificar sus enfermedades crónicas y su estado de compensación, ajustar la medicación crónica a la situación aguda concreta, anticiparse a las posibles descompensaciones o complicaciones, y articular con un equipo multidisciplinar las intervenciones médicas necesarias a lo largo del ingreso. Los internistas están particularmente adaptados para desempeñar esa función, y en diferentes países se han implementado modelos de cogestión por internistas de los enfermos quirúrgicos, conforme a las recomendaciones nacionales e internacionales<sup>1,2</sup>. La cogestión consiste en compartir la obligación, la autoridad y la responsabilidad de los cuidados de un enfermo hospitalizado entre diferentes especialidades, en este caso cirujanos e internistas<sup>2</sup>.

En un estudio británico clásico, la fractura proximal de fémur por encima de los 69 años presentó una mortalidad del 9,24%, siendo el quinto procedimiento quirúrgico con mayor mortalidad<sup>3</sup>. En un metanálisis con más de medio millón de pacientes la comorbilidad preoperatoria estuvo asociada con la mortalidad<sup>4</sup>. En la fractura de cadera los modelos de cogestión han demostrado ventajas en relación con el modelo tradicional de interconsultas, específicamente menor tiempo hasta la cirugía, menor tasa de infecciones postoperatorias, menos complicaciones globales y menor duración de la hospitalización<sup>5</sup>. Montero Ruiz et al, han presentado los resultados del Registro de Interconsultas y Asistencia Compartida de la Sociedad Española de Medicina Interna referidos a Cirugía Ortopédica y Traumatología, incluyendo a casi 700 pacientes ingresados desde los servicios de Urgencias<sup>6</sup>. En él se comparan los resultados de la asistencia compartida frente al modelo tradicional de interconsulta a demanda. La interconsulta se asoció con una demora de 2 días en la intervención quirúrgica, un incremento de 8 días en la estancia hospitalaria y una tendencia a una mayor mortalidad. Además los pacientes atendidos con un modelo de asistencia compartida se operaron un 11% más. Es difícil establecer una causalidad en estos resultados. Sin embargo, en el modelo de asistencia compartida el internista atendió a los pacientes

desde el primer día del ingreso y en los modelos de interconsulta la llamada al internista se hizo tras una mediana de 3 días de ingreso. Es probable que esta atención precoz redunde en un mejor control de las comorbilidades médicas que presenta el paciente y ello permita una cirugía más precoz con la consiguiente menor tasa de complicaciones y menor tiempo de hospitalización. Por otra parte en el modelo de asistencia compartida el traumatólogo se preocupa de la atención perioperatoria de la fractura, y el internista de todas las comorbilidades médicas. Sin embargo, en el modelo de interconsulta pueden intervenir diferentes especialistas para cada comorbilidad, por ejemplo cardiólogos, nefrólogos, endocrinólogos o neurólogos, con la consiguiente visión parcial del enfermo y variabilidad en las terapias. En el modelo de asistencia compartida al ser el internista el que atiende a los pacientes o coordina al resto de especialistas en su atención, disminuyen estos problemas.

Estudios recientes han probado estos beneficios en otros servicios quirúrgicos. Por ejemplo, en un centro norteamericano la presencia de hospitalistas con un modelo de cogestión en servicios de Ortopedia y de Neurocirugía, permitió reducir las complicaciones médicas y la duración del ingreso, así como los reingresos en 30 días y el número de consultas médicas, y redujo los costes<sup>7</sup>. Un estudio en un servicio de Cirugía Vascular con asistencia compartida con hospitalistas mostró un descenso de la mortalidad, mayor seguridad y mejor control del dolor<sup>8</sup>. En pacientes sometidos a cirugía colorrectal la gestión compartida no redujo la mortalidad ni los reingresos, pero sí los ingresos en cuidados intensivos, la estancia media y los costes<sup>9</sup>. También hay experiencias con resultados positivos en Otorrinolaringología y Psiquiatría<sup>10,11</sup>.

El hecho de que otros estudios no hayan evidenciado claramente la ventaja del modelo compartido puede tener que ver con la población seleccionada y estudiada, como por ejemplo la opción de incluir sólo a los pacientes con cirugía electiva<sup>12</sup>.

En la encuesta RECALMIN, con participación de hospitales públicos de todo el territorio español, el 61% de los servicios de medicina interna tienen una unidad de interconsulta con otros servicios hospitalarios con una media de 1,7 médicos asignados a este cometido<sup>13</sup>. En 2013 cada servicio de medicina interna atendió a una media de 809 pacientes por interconsulta, con un rango entre 64 y 5022, y cada paciente recibió una media de 3,2 visitas. Vistos los resultados presentados en el estudio de Montero et al, es preciso que los servicios de medicina interna de los hospitales españoles se planteen cambiar su modelo de interconsulta por un modelo de asistencia compartida de los pacientes si aún no lo tienen.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Montero Ruiz E, por el Grupo de Trabajo de Asistencia Compartida e Interconsultas de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Asistencia compartida (comanagement). Rev Clin Esp 2016; 216: 27-33.
2. Fierbințeanu-Braticevici C, Raspe M, Preda AL, Livcãne E, Lazebnik L, Kiňová S, et al; Working Group on Professional Issues and Quality of Care of the

- European Federation of Internal Medicine (EFIM). Medical and surgical co-management – A strategy of improving the quality and outcomes of perioperative care. *Eur J Intern Med* 2019; 61: 44-7.
3. Pearse RM, Harrison DA, James P, Watson D, Hinds D, Rhodes A, et al. Identification and characterisation of the high-risk surgical population in the United Kingdom. *Crit Care* 2006; 10: R81.
  4. Smith T, Pelpola K, Ball M, Ong A, Myint PK. Pre-operative indicators for mortality following hip fracture surgery: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 2014; 43: 464-71.
  5. Friedman SM, Mendelson DA, Bingham KW, Kates SL. Impact of a comanaged geriatric fracture center on short-term hip fractures outcomes. *Arch Intern Med* 2009; 169: 1712-7.
  6. Montero Ruiz E, Monte Secades R, Padilla López R, Palomo Antequera C, Gómez Fernández RC, Marco Martínez J, et al. Modelos colaborativos de asietncia compartida e interconsultas a demanda ¿Cuán ofrece mejores resultados en cirugía ortopédica y traumatología?. *Rev Clin Esp* 2019
  7. 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.
  8. Tadros RO, Faries PL, Malik R, Vouyouka AG, Ting W, Dunn A, et al. The effect of a hospitalist comanagement service on vascular surgery inpatients. *J Vasc Surg* 2015; 61: 1550-5.
  9. Rohatgi N, Wei PH, Grujic O, Ahuja N. Surgical comanagement by hospitalistsin colorectal surgery. *J Am Coll Surg* 2018; 227: 404-10.
  10. Montero Ruiz E, Rebollar Merino A, Rivera Rodríguez T, García Sánchez M, Agudo Alonso R, Barbero Allende JM. Effect of comanagement with internal medicine on hospital stay of patients admitted to the service of Otolaryngology. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2015; 66: 264-8.
  11. Polevoi SK, Jewel Shim J, McCulloch CE, Grimes B, Govindarajan P. Marked reduction in length of stay for patients with psychiatric emergencies after implementation of a comanagement model. *Acad Emerg Med* 2013; 20: 338-43.
  12. Huddleston JM, Long KH, Naessens JM, Vanness D, Larson D, Trousdale R, et al, and the Hospitalist–Orthopedic Team Trial Investigators. Medical and surgical comanagement after elective hip and knee arthroplasty: A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2004;141:28–38.
  13. Zapatero Gaviría A, Barba Martín R, Román Sánchez P, Casariego Vales E, Díez Manglano J, García Cors M, et al. RECALMIN. La atención al paciente en las unidades de Medicina Interna del Sistema Nacional de Salud. *Rev Clin Esp* 2016; 216: 175-82.