



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



EDITORIAL

Nuevos modelos asistenciales en medicina interna: respondiendo a la necesidad de una atención integral a los pacientes



New care models in internal medicine: responding to the need for comprehensive care for patients

En este número de RCE se publican tres artículos que nos ofrecen la oportunidad de comentar nuevas realidades asistenciales de la medicina interna (MI). En el primer artículo, Cerqueiro et al.¹ presentan los resultados del beneficio clínico, en términos de reducción del número de ingresos y visitas a urgencias, de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y comorbilidad atendidos en las unidades hospitalarias del programa para la atención de pacientes con IC y pluripatología (Programa UMIPIC), impulsado por el Grupo de Trabajo de IC y Fibrilación Auricular de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Por su parte, Montero et al.² y Monte-Secades et al.³, del grupo de Trabajo de Asistencia Compartida e Interconsultas de la SEMI, publican sendos trabajos sobre cómo se presta y cómo debería prestarse la atención a pacientes que están bajo la tutela de otros especialistas. Su objetivo es homogeneizar términos y conceptos y hacer una propuesta para organizar esta actividad asistencial en los servicios de MI. Ambos artículos son complementarios ya que muestran visiones generales de dos situaciones coexistentes.

La asistencia compartida es la modalidad de interconsulta preferida por los cirujanos. En 2007, Salerno et al.⁴, comunicaron que los cirujanos encontraban la interconsulta tradicional demasiado limitada; solo el 41% de los solicitantes estaban de acuerdo con que la respuesta a la interconsulta se centrara en el problema consultado, y solo el 37% afirmaron que el consultor no debería prescribir sin el permiso del solicitante, de tal forma que el 59% de los solicitantes quirúrgicos, frente al 24% de los no quirúrgicos, se decantaron por un modelo de gestión compartida. En 1960, el Consejo Jurídico de la Asociación Médica Americana

estableció los principios éticos para la interconsulta tradicional⁵ y, años más tarde, se publicaron incluso normas para la facturación de la misma⁶.

En el artículo de Monte-Secades et al., se expone la propuesta del Grupo de Trabajo de Asistencia Compartida referida a los principios generales de la solicitud y de la respuesta a una interconsulta. De forma implícita, se deja al acuerdo entre solicitante y consultado la modalidad de respuesta, es decir, el grado de autonomía del consultor que va desde la simple opinión acerca del caso, hasta el modelo de asistencia compartida en el que ambas partes son corresponsables del paciente, cada uno en su área de conocimiento.

En la publicación de Montero et al., se desarrolla extensamente el modelo de asistencia compartida, especialmente en relación con la actividad quirúrgica. Aunque previamente se ha referido la asistencia compartida como un modelo de interconsulta, cuando se crean unidades específicas y acuerdos interservicios, esta se transforma en una modalidad asistencial en la que prima la colaboración multidisciplinar, frente a un modelo de atención fraccionada e incluso competitiva.

Pero el reto de la asistencia compartida no es solo médico-quirúrgico sino que se extiende también a otras especialidades médicas. Un claro ejemplo es la IC que exige una colaboración estrecha de diferentes especialistas para una adecuada asistencia hospitalaria y continuidad asistencial. La IC es la causa más frecuente de hospitalización en los pacientes mayores de 65 años⁷ y desde 2013 el diagnóstico de alta hospitalaria más frecuente⁸. La mayor parte de los ingresos por IC se producen en los servicios de MI ya que su prevalencia aumenta con la edad y asocia un alto grado de comorbilidad, fragilidad y dependencia. La atención convencional durante la hospitalización de estos pacientes se ha orientado a la resolución de la descompensación, pero la realización de un seguimiento adecuado que evite nuevas

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2015.07.006>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2015.11.001>

0014-2565/© 2015 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

descompensaciones no está estandarizado y muestra gran variabilidad en nuestro sistema sanitario. Las guías de práctica clínica de IC recomiendan, con un nivel de evidencia IA o IB, la creación de programas o unidades para el seguimiento de los pacientes, ya que han demostrado una mejora sustancial en su morbilidad^{9,10}.

Los internistas debemos poner en marcha programas o unidades que proporcionen los cuidados y seguimiento adecuados a estos pacientes. Así se ha hecho desde el grupo de trabajo de IC y fibrilación auricular de la SEMI con el programa UMIPIC, cuyos primeros resultados se nos presentan en este número de RCE¹. El estudio muestra la utilidad del programa en un grupo de pacientes con IC sobre los que hay pocas evidencias: los pacientes crónicos complejos con mucha comorbilidad asociada. Los resultados del programa después del primer año de seguimiento demuestran una reducción de los reingresos por cualquier causa del 75% y por IC descompensada del 85%; y de las visitas a Urgencias por cualquier causa del 54% y por IC del 72%. Los autores afirman que el programa UMIPIC no requiere una gran infraestructura y que sus resultados son independientes de las características y tipo de hospital. Asimismo, hacen una estimación del posible ahorro de gasto sanitario obtenido con el programa. No obstante, sería deseable que cuando aumente el número de pacientes y unidades adscritas, se valorasen de nuevo los resultados en función de las características de las mismas y se llevase a cabo un estudio económico detallado para demostrar su rendimiento y poder argumentar ante las autoridades sanitarias la utilidad de su implementación con carácter más general. Sería conveniente también orientar estos programas hacia el trabajo multidisciplinar, estableciendo una estrecha colaboración con otros especialistas. Las sociedades científicas implicadas han llegado al convencimiento de que esta colaboración es necesaria y así lo han plasmado en un documento de consenso sobre atención a la IC aguda la Sociedad Española de Cardiología, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias y SEMI¹¹.

A pesar de las bondades de estos nuevos modelos de asistencia, existen amenazas y oportunidades en su implementación. Algunos servicios y gerencias pueden mostrarse reticentes a apostar por las unidades de medicina perioperatoria o de IC. Uno de los principales escollos para la universalización de la asistencia compartida es la dificultad de medir su impacto sobre los resultados del servicio receptor. Si el trabajo de todos los actores implicados no queda reflejado en los registros administrativos oficiales del servicio responsable del paciente, los equipos directivos deberán realizar, cuando menos, un acto de fe para considerar que una modificación de los indicadores asistenciales se debe al esfuerzo simultáneo de los servicios participantes. Es de vital importancia incluir en el informe de alta los diagnósticos y procedimientos generados por la colaboración del internista o, si se elabora un informe adicional, el servicio de codificación debe recoger la información de cada paciente y ampliar la emitida en el informe de alta. La experiencia de nuestra unidad de medicina perioperatoria en ese sentido ha sido muy positiva¹². Tenemos la ocasión de transformar estas amenazas en oportunidades y demostrar que el beneficio de nuestra colaboración es económicamente favorable.

Otro problema que puede surgir es la resistencia del propio servicio de MI que proporciona la asistencia, al que

se le «sustraen» facultativos que «trabajarán para otros». La reticencia se expresa de modos diversos: ¿qué ganamos si la carga asistencial del servicio de MI sigue siendo la misma y los recursos menores?, ¿cómo se demuestra que existe también un beneficio directo para el propio servicio? La respuesta a estos interrogantes debe provenir de indicadores que muestren el efecto sobre la carga de trabajo del servicio de MI que provee la asistencia. En primer lugar, si una gran parte de la actividad consultora se realiza en exclusiva por un equipo, esa tarea se detrae de la que habitualmente realizaba el servicio. En segundo lugar, la presencia de internistas en los servicios quirúrgicos probablemente disminuirá la demanda de atención urgente. En tercer lugar, la continuidad de un equipo genera confianza y reduce sustancialmente las solicitudes de traslado innecesarias, con la correspondiente carga de estancias hospitalarias. De acuerdo con nuestra propia experiencia, las estancias anuales derivadas del modelo tradicional de interconsulta disminuyen de modo notable, lo que se refleja directamente sobre un indicador como el «Índice de Utilización de Estancias» del servicio de MI. Parece por tanto oportuno realizar un esfuerzo para detectar e incluir la actividad derivada de estas nuevas modalidades asistenciales en los indicadores habituales basados en el CMBD.

Montero et al. hacen referencia en su artículo a la importancia de la selección de la población diana a atender². Dan una cifra que mueve a la reflexión: el 90% de los pacientes quirúrgicos se beneficiarían de un programa de asistencia compartida. Para hacer frente a esa potencial demanda sería preciso efectuar una profunda reestructuración de lo que hoy entendemos por unidades y procesos quirúrgicos, con una drástica redistribución de recursos e incremento de las plantillas, hoy por hoy difícilmente imaginable. En cualquier caso parece razonable establecer una estrategia de selección para cada centro basada en una combinación de distintos criterios. Por ejemplo, procesos quirúrgicos de alto riesgo por la presencia de comorbilidad previa o por acaecer en pacientes ancianos (p. ej. la factura de cadera o la cistectomía radical); o procesos que conlleven casi obligatoriamente el concurso de una o más especialidades médicas (como los grandes defectos de cobertura en cirugía plástica o las neoplasias de cabeza y cuello en ORL o cirugía maxilofacial). En nuestra opinión, es aconsejable establecer acuerdos concretos por proceso, especialidad y centro.

No compartimos, sin embargo, la afirmación de que el internista, por exhaustivo y meticuloso, no se adaptará a estos ambientes de trabajo. Por el contrario, entendemos que una de las principales fortalezas del internista para esta tarea es ser capaz de ajustar el esfuerzo diagnóstico y terapéutico al objetivo principal, que es el de proceder a la intervención quirúrgica y conseguir unas condiciones que permitan el alta posterior del paciente. Coincidimos plenamente en que el internista no debe ser un obstáculo para el alta tras el proceso quirúrgico. Bien al contrario, una vez que el estado clínico lo permita, debe facilitar la información pertinente para transferir el seguimiento del paciente al nivel asistencial apropiado.

La especialidad de MI, por sus características de versatilidad, polivalencia, flexibilidad, adaptación a los cambios y capacidad de innovación e integración, se encuentra en una situación propicia para contribuir a la solución de los

nuevos problemas que, para la atención sanitaria, plantean cambios demográficos, como el progresivo envejecimiento poblacional y la creciente pluripatología, cronicidad, comorbilidad, fragilidad y dependencia. Estas circunstancias, con frecuencia añadidas a procesos muy prevalentes, como la IC o la fractura de cadera, ponen al internista frente al reto de aportar soluciones eficaces mediante nuevos modelos asistenciales orientados a una atención integral y personalizada, adaptada a las necesidades concretas de cada paciente. Diversas publicaciones avalan esta posición de la MI¹³⁻¹⁷ y algunos de los beneficios que pueden aportar^{18,19}.

La faceta del internista como consultor se está haciendo cada vez más necesaria en todos los ámbitos. Probablemente fue en Estados Unidos, por la especial organización de su asistencia hospitalaria, donde fue determinante la figura de un médico capaz de asegurar una visión no fragmentada, que diera continuidad a la asistencia de cualquier paciente ingresado. Incluso se creó el término «*hospitalista*» para designar a aquellos médicos dedicados a asistir a pacientes hospitalizados, en contraposición a otros especialistas con una labor más focalizada en problemas concretos. Prestigiosas facultades, como la Johns Hopkins, establecieron programas de formación específica en lo que denominaron «*medicina consultiva*»²⁰. La transversalidad de la atención no es más que la expresión, a nivel organizativo, de esta realidad asistencial: los pacientes ya no «son» de una especialidad, sino del sistema sanitario en su conjunto. Ejemplo de ello es el esfuerzo de los sistemas sanitarios por generar «*procesos asistenciales integrados*». Si a lo expuesto añadimos el creciente envejecimiento de la población, la pluripatología, la polifarmacia y el hecho de que, cada vez, la edad es una contraindicación menos relevante para realizar procedimientos quirúrgicos y diagnósticos, veremos configurado el entorno que justifica la importancia de la MI.

Los internistas hemos demostrado repetidamente nuestra capacidad de adaptación, creatividad, espíritu de servicio, colaboración y la voluntad para abordar nuevos problemas de salud. Nuestra formación es idónea para este cometido. En ocasiones, hemos temido por la situación y el futuro de nuestra especialidad en el sistema sanitario. Parece evidente que de la mano de la asistencia compartida, una realidad ya en el momento actual, nuestro papel es y será cada vez más preponderante. Hemos de asumir este nuevo rol con la misma fuerza y profesionalidad con que hemos afrontado otros retos.

Bibliografía

1. Cerqueiro JM, González-Franco A, Montero-Pérez-Barquero M, Llácer P, Conde A, Dávila MF, et al. Reducción de ingresos y visitas a Urgencias en pacientes frágiles con insuficiencia cardíaca: resultados del programa asistencial UMPIC. *Rev Clin Esp.* 2016;216:8-14.
2. Montero Ruiz E. Asistencia compartida (*comanagement*). *Rev Clin Esp.* 2016;216:19-25.
3. 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;216:26-9.
4. Salerno SM, Hurst FP, Halvorson S, Mercado DL. Principles of effective consultation: an update for the 21st-century consultant. *Arch Intern Med.* 2007;167:271-5.
5. Opinions and reports of the judicial council. Gross RJ, Caputo GM, Kammerer WS, editores. Kammerer and Gross' Medical Consultation: The internist on surgical, obstetric, and psychiatric services. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 1998. p. 8.
6. Goldman L, Lee T, Rudd P. Ten commandments for effective consultations. *Arch Intern Med.* 1983;143:1753-5.
7. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Estadísticas Comentadas: La hospitalización de las personas mayores en el Sistema Nacional de Salud. CMBD- Año 2010 [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [consultado 18 Oct 2015] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>.
8. Informe de hospitalización - CMBD - Registro de altas. Informe resumen 2013 [Publicación en Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. [consultado 18 Oct 2015] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/INFORME_CMBD_2013.1.pdf.
9. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail.* 2012;14:803-69.
10. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation.* 2013;128:e240-327.
11. Llorens P, Manito Lorite N, Manzano Espinosa L, Martín-Sánchez FJ, Comín Colet J, Formiga F, et al. Consenso para la mejora de la atención integral de los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda. *Emergencias.* 2015;27:245-66.
12. Garrachón F. Medicina perioperatoria: impacto sobre los indicadores de gestión de Cirugía Ortopédica y Traumatología. *Rev Clin Esp.* 2011;211(Sup C):238.
13. Torres Salinas M, Capdevila Morel JA, Armario García P, Montull Morer S, grupo de trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña. Alternativas a la hospitalización convencional en Medicina Interna. *Med Clin (Barc).* 2005;124:620-6.
14. Barba Martín R, Marco Martínez J, Losa JE, Canora Lebrato J, Plaza Canteli S, Zapatero Gaviria A. Análisis de 2 años de actividad de Medicina Interna en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. *Rev Clin Esp.* 2009;209:459-66.
15. García Alegría J, Conthe Gutiérrez P, por la Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina Interna. Orientación estratégica de la Sociedad Española de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2011;211:46-51.
16. García Alegría J. La realidad asistencial de la Medicina Interna en España. *Rev Clin Esp.* 2011;211:245-6.
17. Ramos JM, Sánchez-Martínez R, Nieto F, Sastre J, Valero B, Priego M, et al. Characteristics and outcome in nonagenarians admitted in general internal medicine and other specialties. *Eur J Intern Med.* 2013;24:740-4.
18. Wada M, Nishiyama D, Kawashima A, Fujiwara M, Kagawa K. Effects of establishing a department of General Internal Medicine on the length of hospitalization. *Intern Med.* 2015;54:2161-5.
19. Gomez-Soto FM, Puerto JL, Andrey JL, Fernandez FJ, Escobar MA, Garcia-Egido AA, et al. Consultation between specialists in Internal Medicine and Family Medicine improves management and prognosis of heart failure. *Eur J Intern Med.* 2008;19:548-54.

20. Johns Hopkins Hospitalist Program. General Internal Medicine. Página web [acceso 18 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.hopkinsmedicine.org/gim/clinical/Hospitalists/index.html>

Ó. Aramburu-Bodas^{a,*} y F. Garrachón-Vallo^b

^a *Unidad de Insuficiencia Cardíaca en Pacientes Pluripatológicos, Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España*

^b *Unidad de Medicina Perioperatoria, Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: oscarab@ono.com
(Ó. Aramburu-Bodas).