



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

Asistencia compartida (*comanagement*) con Medicina Interna en el Servicio de Ginecología



Eduardo Montero Ruiz^{a,*}, Ángela Rebollar Merino^a, Pedro Fuentes Castro^b,
Marta García Sánchez^a, Rosa Agudo Alonso^a y José María Barbero Allende^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

^b Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

Recibido el 3 de marzo de 2015; aceptado el 3 de marzo de 2015

Disponible en Internet el 30 de abril de 2015

PALABRAS CLAVE

Remisión y consulta;
Asistencia compartida;
Medicina Interna;
Ginecología

Resumen

Objetivo: Las pacientes hospitalizadas en Ginecología están aumentando su edad y complejidad, dificultando la labor de los ginecólogos. Estudiamos el efecto de la asistencia compartida (AC) con Medicina Interna (MI) sobre la estancia hospitalaria de las enfermas ingresadas en Ginecología.

Material y método: Comparamos las pacientes ≥ 14 años dadas de alta de Ginecología en 2013, con AC con MI, con las del 2012, sin AC. Analizamos edad, ingreso urgente, cirugía sí/no, peso administrativo, número total de diagnósticos, índice de comorbilidad de Charlson (ICH), estancia hospitalaria, fallecimiento y reingresos.

Resultados: En el año 2013 observamos incrementos del 20,6% en el número de diagnósticos y del 46,2% en el ICH. La estancia media ajustada se redujo en 0,5 días (IC 95% 0,2 a 0,7; $p < 0,001$).

Conclusiones: La AC con MI se asocia a una disminución de la estancia media en Ginecología, en línea con lo observado en otros servicios quirúrgicos.

© 2015 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Referral and
consultation;
Comanagement;
Internal Medicine;
Gynecology

Comanagement with Internal Medicine in a Gynecology Department

Abstract

Objective: There has been an increase in the age and complexity of patients hospitalized in gynecology departments, which has affected the work of gynecologists. We studied the effect of comanagement (CM) with Internal Medicine (IM) on hospital stay among gynecology inpatients.

Material and methods: We compared patients aged ≥ 14 years old discharged from the gynecology department in 2013 who underwent CM with IM with patients who did not undergo CM and who were discharged in 2012. We analyzed age, emergency admission, surgery yes/no,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eduardo.montero@salud.madrid.org (E. Montero Ruiz).

administrative weight, number of diagnoses, the Charlson comorbidity index (CCI), hospital stay, fallecimiento, and readmissions.

Results: In 2013, we observed increases of 20.6% in the number of diagnoses and of 46.2% in the CCI. The adjusted length of stay was reduced by 0.5 days (95% CI 0.2 to 0.7; $p < 0.001$).

Conclusions: CM with IM is associated with a decrease in length of stay in gynecology, in line with that observed in other surgical departments.

© 2015 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Las mejoras en las técnicas y procedimientos anestésicos y quirúrgicos posibilitan que los servicios quirúrgicos estén incrementando las intervenciones a pacientes de mayor edad y comorbilidad. Además, el desarrollo de la cirugía ambulatoria y de corta estancia hace que muchos enfermos operados no ingresen en el hospital, o lo hagan por un breve período de tiempo. Como resultado de todo ello, los pacientes que permanecen hospitalizados en los servicios quirúrgicos están aumentando su edad, comorbilidad y complejidad, haciendo más difícil la labor de los cirujanos. El servicio de Ginecología (GIN) no escapa a esta situación, motivo por el que está adquiriendo una importancia creciente la valoración y manejo de los problemas médicos en estas enfermas¹.

Una nueva organización asistencial hospitalaria que se está extendiendo poco a poco, en especial entre los servicios quirúrgicos, es la asistencia compartida (AC) (*comanagement*) con Medicina Interna (MI), la cual ha dado muy buenos resultados en nuestro entorno². En un estudio previo comprobamos que las pacientes ingresadas en GIN presentan algunas características que harían que la AC con MI pudiera ser beneficiosa para ellas, de manera similar a lo que sucede con los pacientes ingresados en otros servicios quirúrgicos³. Apoyados por este hallazgo, el 1/1/2013 iniciamos esta forma de colaboración asistencial entre GIN y MI. No hemos encontrado en la literatura ningún tipo de colaboración entre MI y GIN comparable a la descrita en este artículo.

Nuestro objetivo es estudiar el efecto de la AC con MI sobre la estancia hospitalaria de las enfermas ingresadas en GIN.

Material y método

Nuestro hospital imparte docencia de pre- y posgrado, está acreditado para la formación de residentes médicos y quirúrgicos y, actualmente, dispone de unas 450 camas para atender a una población casi exclusivamente urbana de 250.000 habitantes. El estudio, observacional retrospectivo, ha incluido a todas las pacientes ≥ 14 años de edad dadas de alta desde el 1/1/2012 al 31/12/2013 del servicio de GIN. Durante este período la actividad realizada por este servicio no ha sufrido variaciones organizativas significativas, con la única excepción de la AC con MI desde el 1/1/2013.

La AC se realiza según criterios establecidos². En resumen, implica atender a todas las pacientes ginecológicas, durante todos los días que permanecen ingresadas, por internistas de igual forma a la realizada en las plantas de MI: obtención de la historia clínica y exploración física, solicitud de pruebas complementarias y prescripción de tratamientos, con total libertad pero coordinados con los ginecólogos. Los internistas no intervienen en ningún caso en la decisión de ingreso ni en la indicación quirúrgica, que son exclusivas de los ginecólogos.

Las variables analizadas son: edad, ingreso urgente, si la paciente fue operada o no, el peso administrativo asociado al GRD, número total de diagnósticos, índice de comorbilidad de Charlson (ICh), ajustado por la edad y con pesos actualizados⁴, estancia hospitalaria, fallecimiento y reingresos en menos de 15 días por cualquier causa y en cualquier servicio. Los datos fueron obtenidos del conjunto mínimo básico de datos hospitalarios de nuestro centro, el cual admite hasta 13 diagnósticos codificados según la CIE-9-MC. Según datos facilitados por el hospital, el coste del día de estancia más económico de todos los servicios durante el año 2010 fue MI con 323 €.

Análisis estadístico

La edad, estancia, peso administrativo, número de diagnósticos y el ICh los describimos con la media y su intervalo de confianza del 95% (IC 95%). El resto de las variables, todas cualitativas, las describimos mediante el porcentaje y su IC 95%. Por el tipo de trabajo y la naturaleza clínica de los resultados consideramos suficiente una precisión de ± 5 centésimas, por lo que los hemos redondeado a un decimal, con la excepción del peso administrativo en el que mantenemos los 4 decimales. Las diferencias de medias entre ambos grupos las estudiamos con la *t* de Student. Las demás variables las analizamos mediante la obtención de la *odds ratio* (OR). Ajustamos la estancia con un modelo de regresión lineal múltiple. Se introdujeron las variables en el modelo mediante el método de regresión por pasos. Los criterios de inclusión y exclusión de las variables en el modelo se fijan en $p < 0,05$ para la inclusión y $p > 0,10$ para la exclusión. El modelo final se seleccionó utilizando el criterio del cuadrado del coeficiente de correlación múltiple ajustado. El nivel de significación estadística lo establecimos en $p < 0,05$. Todos los cálculos fueron realizados con el paquete estadístico SPSS 15.0 (SPSS Inc. Chicago, EE. UU.).

Resultados

En los 2 años del estudio, GIN dio de alta a un total de 1.777 mujeres (tabla 1). En el año 2013 (grupo con AC) observamos incrementos significativos del 20,6% en el número de diagnósticos y del 46,2% en el ICh (tabla 1). Al realizar el ajuste estadístico, la estancia media resultante se redujo en 0,5 días (IC 95%: $-0,7$ a $-0,2$; $p < 0,001$), lo que supone un descenso del 17,2%.

Utilizando como referencia el coste de estancia en MI en 2010, el más económico del hospital, la reducción de la estancia media asociada con la AC supuso una disminución de costes, por este motivo, como mínimo de 131.946 €.

Tabla 1 Resultados en Ginecología

	Total	Sin AC (2012)	Con AC (2013)	Dif/OR (IC 95%)	SE
N	1.777	960	817		
Edad (años; IC 95%)	46,5 (45,8 a 47,3)	46 (45 a 47)	47,2 (46,1 a 48,3)	1,2 (-0,3 a 2,7)	N.S.
Ingresos urgentes (%; IC 95%)	39,5 (37,2 a 41,8)	38,5 (35,5 a 41,6)	40,6 (37,3 a 44)	OR 1,1 (0,9 a 1,3)	N.S.
Operadas (%; IC 95%)	79,7 (77,8 a 81,6)	80,5 (78 a 83)	78,7 (75,9 a 81,5)	OR 0,9 (0,7 a 1,1)	N.S.
Peso asociado a GRD (IC 95%)	1,2205 (1,1830 a 1,2579)	1,2017 (1,1486 a 1,2548)	1,2425 (1,1901 a 1,2948)	0,04 (-0,34 a 0,12)	N.S.
N.º de diagnósticos (IC 95%)	3,7 (3,6 a 3,9)	3,4 (3,2 a 3,6)	4,1 (3,9 a 4,3)	0,7 (0,4 a 1)	p < 0,001
ICH (IC 95%)	1,6 (1,4 a 1,7)	1,3 (1,2 a 1,4)	1,9 (1,7 a 2,1)	0,6 (0,4 a 0,9)	p < 0,001
Fallecimiento (%; IC 95%)	0,1 (-0,1 a 0,2)	0,1 (-0,1 a 0,3)	0,1 (-0,1 a 0,3)	OR 1,2 (0,1 a 18,8)	n.s.
Reingresos (%; IC 95%)	6,2 (5,1 a 7,4)	5,5 (4,1 a 7)	7,1 (5,3 a 8,9)	OR 1,3 (0,9 a 1,9)	n.s.
Estancia (días; IC 95%)	2,8 (2,7 a 3)	2,9 (2,7 a 3)	2,8 (2,6 a 3)	-0,1 (-0,4 a 0,2)	n.s.

AC: asistencia compartida; Dif: diferencia; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; ICh: índice de comorbilidad de Charlson; N.S.: no significativo; OR: odds ratio; SE: significación estadística.

Discusión

El estudio de la estancia hospitalaria tiene importancia porque, entre otros motivos, es un buen indicador de padecer sucesos adversos⁵ y del coste asistencial⁶. Nuestros resultados muestran que la AC con MI se asocia a una reducción significativa de la estancia hospitalaria en GIN, lo que se traduce en una importante disminución de costes.

Existen diversas razones que permiten explicar nuestros resultados. Hay evidencias de que la AC con MI disminuye la estancia, mortalidad y reingresos, entre otros parámetros asistenciales, en los pacientes quirúrgicos⁷, probablemente porque los antecedentes médicos son uno de los factores favorecedores de complicaciones más importantes en el paciente quirúrgico⁸. Es posible que una gran mayoría de los enfermos ingresados en los servicios quirúrgicos pudiera beneficiarse de la AC con MI³. Por otro lado, en las enfermas ginecológicas operadas, al menos por laparoscopia, el factor más importante para que se prolongue la estancia hospitalaria son las complicaciones postoperatorias⁹, sobre las que los internistas pueden ejercer una influencia decisiva.

La mortalidad y los reingresos, condicionados en parte por altas prematuras, pueden influir de manera determinante sobre la duración de la estancia hospitalaria. En nuestro caso ambos parámetros se han mantenido estables, a pesar de que observamos que las pacientes del grupo con AC con MI son más complejas que las del grupo sin AC. La acción de los internistas favorece que las enfermas se vayan en mejores condiciones y reingresen menos. Debemos tener en cuenta que el 72,6% de los pacientes quirúrgicos que reingresan lo hacen por motivos médicos¹⁰.

Este trabajo presenta limitaciones. El tipo de diseño utilizado con controles históricos implica un riesgo de sesgos originados por el efecto período, entre otros. En nuestro caso, su existencia provoca que las pacientes con AC con MI sean más complejas y con mayor comorbilidad, hecho que reforzaría nuestros resultados. Otra limitación es que el estudio ha sido realizado en un único hospital con sus características propias, por lo que es necesario comprobar nuestros resultados en otros centros y condiciones.

Como conclusión, podemos decir que la AC con MI se asocia a una disminución de la estancia media y de los costes relacionados en GIN, en línea con lo ya observado en otros servicios quirúrgicos. La AC con MI es un modelo de organización asistencial a tener en cuenta en GIN.

Responsabilidades éticas:

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Hughes S, Leary A, Zweizig S, Cain J. Surgery in elderly people: preoperative, operative and postoperative care to assist healing. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27:753–65.
2. 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.
3. Montero Ruiz E, Gómez Ayerbe C, Pérez Sánchez L, Melgar Molero V. Pacientes quirúrgicos ingresados: asistencia compartida con Medicina Interna. *Med Clin (Barc)*. 2012;138:177–9.
4. Quan H, Li B, Couris CM, Fushimi K, Graham P, Hider P, et al. Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. *Am J Epidemiol*. 2011;173:676–82.
5. Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *Int J Qual Health Care*. 2002;14:269–76.
6. Ferraris VA, Ferraris SP, Singh A. Operative outcome and hospital cost. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1998;115:593–602.
7. Hinami K, Feinglass J, Ferranti DE, Williams MV. Potential role of comanagement in «rescue» of surgical patients. *Am J Manag Care*. 2011;17:e333–9.
8. Fritsch G, Flamm M, Hepner DL, Panisch S, Seer J, Soennichsen A. Abnormal pre-operative tests, pathologic findings of medical history, and their predictive value for perioperative complications. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2012;56:339–50.
9. Zand B, Frumovitz M, Jofre MF, Nick AM, dos Reis R, Munsell MF, et al. Risk factors for prolonged hospitalization after gynecologic laparoscopic surgery. *Gynecol Oncol*. 2012;126:428–31.
10. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med*. 2009;360:1418–28.