

1 Médica Internista del Servicio de Clínica Médica. H.G.A. Dr. Enrique Tornú. CABA. Argentina.

2 Jefe del Servicio de Clínica Médica. H.G.A. Dr. Enrique Tornú. CABA. Argentina.

3 Médico Epidemiólogo adscripto a la Dirección del H.G.A. Dr. Enrique Tornú. CABA. Argentina. Docente de la UNLaM.

4 Médico clínico titular de Guardia. H.G.A. Dr. Enrique Tornú. CABA. Argentina.

5 Jefe de Unidad 8 del Servicio de Clínica Médica. H.G.A. Dr. Enrique Tornú. CABA. Argentina.

6 Jefe de Departamento de Clínica Médica. H.G.A. Dr. Enrique Tornú. CABA. Argentina.

Los autores expresan no poseer conflicto de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Gabriela Varela. Av. Santa Fe 4922,
2° F. 1425 CABA. Argentina.
TE: 15.3964-9960
fervarela2000@yahoo.es

EL ROL DEL MÉDICO CLÍNICO EN EL ÁREA QUIRÚRGICA EN HOSPITALES GENERALES: INTERCONSULTA O CO-MANEJO

THE ROLE OF INTERNIST IN SURGICAL SECTION IN GENERAL HOSPITALS: CONSULTATION OR CO-MANAGEMENT

Varela Gabriela F.¹, Crerar Silvina¹, Brosio Diego A.², Macías Guillermo³, Castellano Marcelo⁴, Scioscia Juan C.⁵, Pi Dote Daniel⁶.

RESUMEN

Introducción: el cambio de perfil de los pacientes en los servicios quirúrgicos (multicomorbilidades y polimedicación), replantea el modelo de interconsulta (IC) y la organización de esta actividad asistencial del servicio de clínica médica (CM).

Objetivo: determinar la organización de la actividad asistencial de los servicios de CM en el ámbito quirúrgico de los hospitales generales de agudos del GCBA.

Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo transversal, mediante encuesta creada ad-hoc a referentes de CM de los 13 Hospitales de Agudos del GCBA. Se excluyeron los pediátricos y los especializados.

Resultados: en todos los hospitales existe alguien a cargo de la distribución de la actividad asistencial. En el 53,8% es un jefe de servicio y en el 30,8% un jefe de sala. En el 69,2% son asignados diariamente y en el 38,5% se asignan dos médicos. Un hospital tiene un clínico permanente en cirugía general. En traumatología, lo tienen en el 76,9%. Ningún hospital realiza asistencia compartida global. No existe rotación de residentes de CM, pero intervienen en el 23%. En el 46,2% la IC es solo escrita y el 15,4% registra datos pormenorizados. El 69,2% considera que el motivo de IC es adecuado. Al 84,6% algún cirujano le manifestó la necesidad de médicos clínicos permanente.

Conclusiones: en el GCBA no hay una organización frente a la demanda persistente de IC a CM. Es una actividad oculta estadísticamente restando información para análisis e implementación de mejoras.

PALABRAS CLAVE: asistencia compartida, organización, cirugía, medicina interna, interconsulta.

ABSTRACT

Background: Changing profile of patients in surgical services (multi comorbidity and polypharmacy), re-defines the pattern of internal medicine consultations (MC) and the organization of this care activity by internal medicine services (IM).

AIM: To determine the organization of healthcare activity of IM services in the surgical area of general acute care hospitals of the GCBA.

Materials and methods: Observational cross-sectional study, through ad-hoc created survey held in leaders of IM of the 13 General Hospitals of the GCBA. Pediatric and specialized hospitals were excluded.

Results: All hospitals have someone in charge of the distribution of MC; 53.8% is a section chief and 30.8% an inpatient room chief. In 69.2% internists are assigned daily; in 38.5% two doctors are assigned. There is a permanent internist in trauma inpatient room in 76.9%, but only one hospital has one in surgical inpatient room. No hospital performs global co-management, and there is no rotation of IM residents, although they are involved in 23% of the MC. In 46.2% the MC is recorded on paper only and in 15.4% detailed data is recorded. 69.2% believe that the reason for the request of MC is appropriate. 84.6% referred that some surgeon sometimes expressed the need for permanent internists.

Conclusions: GCBA does not have an organization that addresses the persistent demand for MC to IM. It is a statistically hidden activity, subtracting information for analysis and implementation of improvements.

KEY WORDS: co-management, organization, surgery, internal medicine, consultation.

Introducción

Desde hace mucho tiempo, en numerosos centros de internación la relación habitual entre los diferentes servicios se ha llevado a cabo mediante el sistema denominado como interconsulta (IC). Gross y Caputo definen interconsulta como la "solicitud a otro médico para que dé su opinión sobre el diagnóstico, la pauta a seguir o el tratamiento, o asumir una responsabilidad directa sobre un problema específico del enfermo" (1).

La interconsulta, así definida tradicionalmente consiste en un pedido formal del médico referente del paciente internado a otro colega para evaluar a dicho paciente y responder una pregunta específica. Lo que se espera del consultor es que aborde la cuestión planteada y proporcione asesoramiento y recomendaciones que orienten al médico de referencia. El interconsultor escribe en la historia clínica su actuación y en el caso que se requiera volver a examinar al paciente se solicitaría una nueva intervención.

El aumento de la expectativa de vida en la población general, acompañado de avances tecnológicos en las técnicas quirúrgicas y anestésicas, ha provocado un aumento de la proporción de adultos mayores en la composición de la población que requiere intervenciones quirúrgicas (2). Esta población generalmente padece varias enfermedades crónicas, lo que los convierte en pacientes pluripatológicos, polimedicados y con una elevada comorbilidad. El cambio del perfil de los pacientes internados en el servicio de cirugía complejiza la asistencia. Por lo que el cirujano requiere de manera creciente de un apoyo clínico, escenario que habilita el replanteo del modelo de interconsulta tradicional en el área quirúrgica.

Se estima que, al menos, el 60% de los pacientes quirúrgicos tienen comorbilidades médicas significativas, con mayor prevalencia en ancianos (3). Montero Ruiz y colab. observaron un aumento del 60% en un período de siete años en la solicitud de interconsultas a medicina interna por los servicios quirúrgicos que no se pudo explicar por el aumento de ingresos y que se relacionó con el incremento de la edad y de las comorbilidades (4).

Dentro de las posibles variantes para la atención de estos pacientes se encuentra el sistema de asistencia compartida o co-manejo donde el enfoque es multidisciplinario y la responsabilidad sobre el paciente hospitalizado es compartida entre el internista y el especialista correspondiente (5). En esta modalidad asistencial, el internista asume los problemas médicos preexistentes y nuevos del paciente, desde el ingreso hasta el alta, sin necesidad de interconsulta.

La literatura consultada señala que la presencia de un clínico, en el marco del sistema de asistencia compartida o co-manejo en un servicio quirúrgico como en ortopedia y traumatología, mejora la calidad de la asistencia prestada, con un ahorro importante de costos (6). Sharma y cols. demostraron el aumento del manejo compartido en patologías quirúrgicas en un 7,8% por año durante un período de cinco años. La edad avanzada, las admisiones a través del servicio de urgencias y el aumento

de las comorbilidades fueron los factores predictores del manejo compartido (7). Por lo citado inferimos que la participación del médico clínico en el ámbito quirúrgico se intensificará en los próximos años.

El objetivo principal 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 del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCBA) y eventualmente poder establecer un relevamiento que constituya una línea de base para futuros estudios o planificación de los servicios de clínica médica.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, que incluyó a todos los servicios de clínica médica pertenecientes al sistema de hospitales generales de agudos del Ministerio de Salud del GCBA (la población objetivo fueron los 13 Hospitales Generales de Agudos a saber: A. Zubizarreta, B. Rivadavia, D. Vélez Sarsfield, Donación F. Santojanni, Dr. C. Argerich, Dr. C. Durand, Dr. E. Tornú, Dr. I. Pirovano, Dr. J. A. Fernández, Dr. T. Álvarez, J. A. Penna, J. M. Ramos Mejía y P. Piñero). Por las características especiales en la atención se excluyeron los hospitales generales de niños y los hospitales especializados en salud mental, oftalmología, odontología, gastroenterología, infectología, quemados, rehabilitación, oncología y maternidad.

Como fuente primaria de datos se utilizó un cuestionario auto-administrado que fue enviado vía correo electrónico o en forma personal a referentes de los servicios de clínica médica de los Hospitales Públicos del GCBA, previo contacto personal o telefónico explicando el propósito de este trabajo. El mismo toma como referente empírico la experiencia presentada por Méndez López y Etxeberria Lekuona (8), que incluía dieciocho preguntas y se realizó durante el período 10/05/2015 - 15/07/2015. Las preguntas 1 a 16 tenían respuesta de opción múltiple y las preguntas 17 y 18 eran de texto libre. Se realizaron mínimas adaptaciones lingüísticas al ámbito local.

Se contactó a once Jefes de Departamento y División de Medicina de los distintos servicios de clínica médica y en dos casos en que no fue posible contactar a los mismos se estableció comunicación con médicos de planta que integran esos servicios. De esta manera se logró incluir a la totalidad de los hospitales en este estudio. Las respuestas se volcaron en una base de datos informatizada.

Las variables consideradas en este estudio fueron: coordinador a cargo de la distribución y actividad asistencial con respecto a las IC, cargo del médico interconsultor, distribución temporal entre los médicos para realizar las IC, sistema de adjudicación de la carga de trabajo de las IC, tipo de rotación de los encargados de las IC, actividad de los residentes clínicos con respecto a las IC, forma de solicitud de IC, horario de cobertura de realización de IC, registro de la actividad de las IC, actividad asistencial del servicio de clínica médica en el área de traumatología y forma de seguimiento de las IC realizadas.

Los datos se procesaron como variables cualitativas expresadas en porcentajes. Para la evaluación de las diferencias entre los mismos se aplicó el test de χ^2 . El análisis se realizó mediante los programas MS Excel y Stata SE12.

El presente trabajo se desarrolló según los lineamientos establecidos en la legislación vigente. Se protegió la confidencialidad de los datos de los encuestados, a quienes se les comunicó que conocerían los resultados generales y podrían hacer uso de los mismos, pero no de los datos individuales, en resguardo de la privacidad de las instituciones y de los participantes involucrados.

Resultados

Se recabó información de los 13 servicios de clínica médica de los hospitales generales de agudos del GCBA.

Se pudo observar que en todos los hospitales un profesional se encuentra a cargo de la distribución de la actividad asistencial del médico clínico en el área quirúrgica. En el 53,8% esta actividad está a cargo del jefe del servicio, mientras que en el 30,8% de un jefe de sala.

Para responder a las IC, en un 38,5% de los casos los servicios designan a algunos de sus profesionales de acuerdo a un cronograma.

El 69,2% de los médicos que desarrollan las interconsultas son asignados diariamente para responder las demandas solicitadas por el área quirúrgica y el 7,7% de forma mensual y semanal.

En un hospital (7,7%) se ha designado a un médico de planta de forma permanente para el desarrollo de la tarea clínica en el servicio de cirugía general. Respecto al área traumatólogica, en el 76,9% de los casos se ha designado un médico clínico permanente; de ellos, el 46,1% es el mismo profesional y el 30,8% es un médico rotativo (Figura 1).

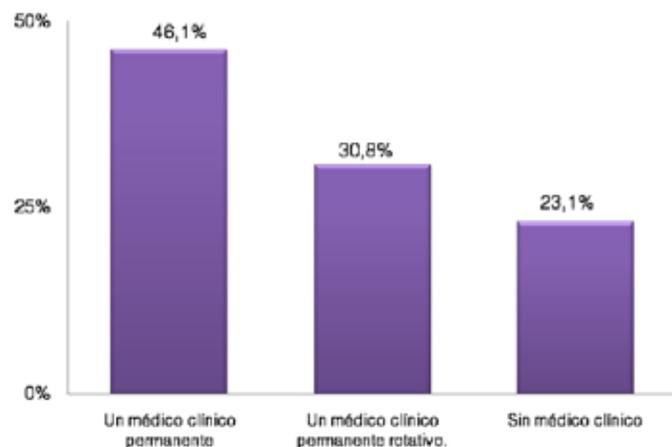


Figura 1. Asignación de los profesionales en el seguimiento clínico diario de los pacientes internados en el área de traumatología sin necesidad de solicitar interconsulta (Asistencia compartida) (%).

Con respecto a la modalidad de interconsultas, observamos que en ningún hospital se realiza asistencia compartida en todo el ámbito quirúrgico. Salvo en un caso, en todos los hospitales los médicos que realizan las IC comparten su labor con la atención en las salas de internación del servicio de clínica médica o en consultorios externos.

En el 38,5% de los hospitales se asignan dos médicos clínicos, mientras que en el 15,4% sólo uno para responder las IC. En un hospital son los médicos residentes los encargados de realizar estas interconsultas.

En ningún hospital ha sido prevista la rotación programada de los residentes de clínica médica por los servicios quirúrgicos como parte de la formación. Sin embargo, se observó que éstos intervienen en la realización de las IC en el 23% de las veces (15,4% acompañando a un médico de planta y 7,7% de forma autónoma) (Figura 2).

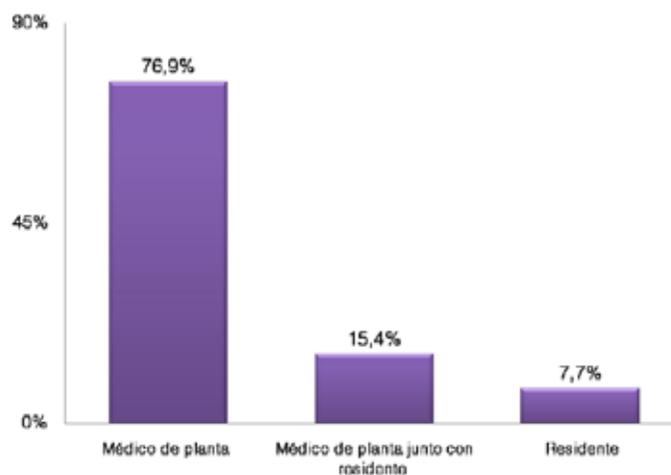


Gráfico 2. Función de los profesionales que realizan las interconsultas (%).

En el 53,8% la solicitud de IC se realiza de varias formas (vía telefónica/verbal/ escrita) (Tabla 1). El horario en que estas IC ocurren es de lunes a viernes por las mañanas en el 92,3% y en un hospital también por las tardes. En caso de necesidad de localizar de forma urgente al médico a cargo de su realización, en el 38,5% es a través de un teléfono móvil personal, en el 23% es con la búsqueda de forma personal y en el 38,5% una combinación de éstas.

TABLA 1. FORMA DE SOLICITAR LAS INTERCONSULTAS

Forma de solicitar las Interconsultas	Número	%
Mixto (Vía telefónica/verbal/ escrita)	7	53,8%
A través de Interconsulta escrita	6	46,2%
Total general	13	100%

Según lo referido por los profesionales consultados, en el 76,9% de los hospitales el seguimiento es realizado por el mismo médico que fue responsable de responder la IC inicial (Tabla 2). En el 61,5% de los servicios existe comunicación entre los interconsultores y los médicos clínicos del servicio de emergencias para realizar el seguimiento de algún paciente fuera del horario habitual de atención de las IC.

TABLA 2. SEGUIMIENTO DE UNA INTERCONSULTA

Seguimiento de una Interconsulta	Número	%
El mismo médico responsable de responder la IC	10	76,9%
El médico que le corresponde según cronograma	2	15,4%
Solo ante nueva solicitud de IC.	1	7,7%
Total general	13	100%

Sólo en el 15,4% de los hospitales existe un registro estadístico con datos pormenorizados de las IC realizadas. En el resto sólo se registran datos filiatorios de los pacientes (Tabla 3).

TABLA 3. REGISTRO DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS

Registro de IC realizadas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Registrado en papel (Solo datos filiatorios)	8	61,5%
Base de datos informatizada (Solo datos filiatorios)	2	15,4%
Base de datos informatizada o registrado en papel con otros datos además de los filiatorios (antecedentes- internaciones-intercurrencias- etc.)	2	15,4%
Otros	1	7,7%
Total general	13	100%

Además se encontró que sólo el 69,2% de los profesionales interconsultores considera que frecuentemente el motivo de IC solicitada es adecuado. El 84,6% de los profesionales consultados refiere que es frecuente que los servicios de cirugía consideren como una necesidad la existencia permanente de un médico clínico en el ámbito quirúrgico, resaltando la necesidad de contar de médicos clínicos con experiencia en clínica quirúrgica de forma permanente en el área.

Discusión

A partir de la encuesta desarrollada, observamos que la organización del sistema de IC solicitadas desde los servicios de internación quirúrgicos en los hospitales generales del ámbito del GCBA no presenta un patrón uniforme. Se observó un abanico de alternativas que incluyen desde un hospital que cuenta con un único profesional designado exclusivamente en el servicio de cirugía general hasta otra alternativa más frecuente, en casi la totalidad de los hospitales, donde los médicos que realizan las IC simultáneamente realizan otras actividades en el servicio de clínica médica tanto en interna-

ción como en consultorios externos. En ningún caso se informó que un profesional realizara asistencia compartida en todo el ámbito quirúrgico.

En este sentido, estos resultados difieren con la literatura consultada. Según dos encuestas realizadas a los servicios de medicina interna en España, entre el 21,6% y el 25% de los hospitales poseen médicos internistas integrados en servicios quirúrgicos y en el 64,7%-69% la carga de trabajo es adicional a la convencional (y en un 15,7% de dedicación exclusiva) (8,9). Esta situación indicaría que en nuestro medio esta tarea es considerada subordinada a la tarea principal de los servicios clínicos, por lo que no logra reconocimiento suficiente en la actualidad.

En nuestro estudio, el 38,5% de los encargados de realizar las IC son dos médicos clínicos por día mientras que en el 15,4% solo uno, datos similares a la bibliografía disponible (8,9). En el 76,9% de las interconsultas se registran los datos filiatorios y sólo en dos hospitales se registran datos pormenorizados de las IC, porcentajes similares a la bibliografía consultada (8). Esto produce un subregistro de esta actividad, lo que conlleva a que sea un trabajo no visibilizado y por ende no ha sido objeto de planificación en el ámbito hospitalario.

En ningún hospital existe la rotación programada de los residentes de clínica médica por los servicios quirúrgicos, sin embargo el relevamiento realizado permite afirmar que ellos intervienen en la realización de las IC en el 23% (en un hospital de forma autónoma). Según dos encuestas realizadas en España, en el 45,1% de los hospitales los residentes participan en las IC de forma autónoma y en un 5% de forma supervisada (8,9).

Actualmente el sistema de residencia de clínica médica del GCBA no contempla la rotación por los servicios quirúrgicos; es decir, la formación médica durante este periodo no incluye el aprendizaje del manejo clínico quirúrgico de este tipo de pacientes. Ello presenta un interrogante respecto de si es necesario capacitar a los residentes de las áreas quirúrgicas en temas clínicos o integrar a los residentes de clínica médica en el ámbito quirúrgico como parte de su programa de formación.

En cuanto a la forma de comunicar las IC que no son urgentes, la bibliografía refiere que entre el 84 al 94% de las solicitudes se realiza por contacto verbal sin un protocolo previo (8,10). Estos datos son diferentes a los obtenidos en nuestra investigación, donde el 46,2% se realiza por IC escrita solamente, es decir sin apelar a otras formas de contacto o comunicación (personal o telefónica) que consideramos benefician el intercambio de opiniones y puntos de vista sobre cada caso en particular. Varios autores advierten que el contacto favorece la evolución de la IC, y que los fallos de comunicación son la causa principal de los malos resultados de las mismas y de los problemas relacionados con la responsabilidad sobre el enfermo, potenciando además las repeticiones inadecuadas de las IC que pueden alcanzar hasta el 80% (10,11).

Montero Ruiz y col. (10) señalan que el 65,5 % de las IC se consideran justificadas, frecuencia similar a la hallada en nuestro estudio (69,2 %). Los autores consultados indican que el 80 % de las veces la información de la solicitud de la IC es entre aceptable y buena, y que es bajo el conflicto entre médicos (6,7 %) (10). Sin embargo, informalmente en nuestro estudio, la queja recurrente de los interconsultores es la escasa información y justificación en las solicitudes de IC.

En nuestro medio, en el caso de las IC urgentes el médico de IC es localizado a través del contacto verbal (personal o telefónico), similar a lo encontrado por Montero Ruiz y col. (10), donde se refiere además que no existen conflictos entre médicos en este tipo de IC. En otro estudio se indica que sólo el 25 % de las IC urgentes revisten esa condición según los médicos clínicos interconsultores (11).

En los últimos años, se han producido una serie de cambios epidemiológicos, tecnológicos y de formación profesional que han replanteado el modelo de interconsulta tradicional de los servicios de clínica médica en el área quirúrgica. De acuerdo con la literatura, las características de los pacientes internados en los diferentes servicios quirúrgicos guardan similitud, en la complejidad, con los pacientes traumatológicos (incremento de la edad y comorbilidad); ello justificaría un aumento progresivo de la participación del servicio de medicina interna en la atención a los pacientes ingresados en áreas quirúrgicas (2,4,7,12,13).

En la misma dirección, el 84,6 % de los profesionales consultados ha manifestado que sus colegas de servicios quirúrgicos han expresado la necesidad de la existencia permanente de un médico clínico en el ámbito quirúrgico. En una consulta realizada a cirujanos respecto del papel del internista en el período perioperatorio, el 83 % opinó que las consultas solicitadas eran para evaluación general de pacientes complejos y percibían que las funciones más importantes del internista en el ámbito quirúrgico son la estratificación del riesgo cardíaco y el manejo de fármacos. El 80 % creía que el internista debería ser el encargado de explicar a los pacientes sobre los riesgos quirúrgicos y sólo el 20 % creía necesario el seguimiento postoperatorio por parte del internista. Sin embargo todos coincidían en la importancia de la intervención del médico internista en el ajuste de medicación postoperatoria (14).

Un alto porcentaje de los hospitales (76,9 %) presenta un médico clínico permanente en el área de ortopedia y traumatología. En distintos trabajos se afirma que la adscripción de internistas a tiempo completo a este servicio mejora la calidad de la asistencia (6,15,16). En una encuesta de satisfacción realizada al personal del servicio de traumatología sobre la adscripción de un internista, tanto el personal de enfermería como los traumatólogos prefirieron el sistema de trabajo multidisciplinario, integrado y colaborativo de internistas en la atención médica de los pacientes ingresados en traumatología. Los traumatólogos resaltaron que la atención coordinada junto a los clínicos mejora tanto la atención de complicaciones pre y post quirúrgicas, como la comuni-

cación entre médicos, la programación del alta hospitalaria y la calidad de la atención. Los médicos traumatólogos reflejaron una mayor valoración que el equipo de enfermería (17). Otra encuesta realizada a traumatólogos y médicos internistas muestra que dichos profesionales fueron los que mejor valoraron la atención en conjunto, por encima incluso de los propios internistas (18).

Las propuestas de mejora referidas por los profesionales sobre los procesos de organización del trabajo se concentraron en la necesidad de la incorporación de médicos clínicos, con dedicación exclusiva, en el área quirúrgica. Según estudios realizados, las IC de los servicios quirúrgicos a un servicio de medicina interna suponen el 4 % de los pacientes internados constatándose una media de cuatro visitas por IC (19,20). El tiempo destinado para la primera consulta se estipula de 60 minutos y para las siguientes (revisiones/resultados) de 30 minutos ya que se tratan de pacientes complejos (9,21). Esta tarea refleja un aumento de hasta un 30 % de la carga diaria de trabajo de un servicio de Medicina Interna (8). Estos datos deberían ser considerados para poder planificar y evaluar la cuantía del trabajo que conforma la intervención del médico clínico en el área quirúrgica. Tomando en cuenta esta información y las estadísticas del GCBA que informan que en el ámbito quirúrgico se internaron 30.600 pacientes en el año 2013 (4.900 en el área de traumatológica y 25.700 en el resto de las áreas quirúrgicas) (22), se podría afirmar que si el 4 % de los pacientes internados requerirían IC, esto representaría alrededor de 1.200 de estas intervenciones.

Algunas dimensiones problemáticas consideradas significativas (comunicación cirujano-clínico, acceso al consultor, oportunidad de la solicitud, etc.) no pudieron ser exploradas en este trabajo debido a la metodología desarrollada. Se necesitan más estudios que permitan diseñar proyectos de gestión superadores para la organización de los servicios involucrados que contemplen la intervención del médico clínico en el área quirúrgica.

Esta investigación nos ha permitido exponer que en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires no se ha desarrollado una organización estandarizada frente a la demanda histórica persistente de interconsultas a los servicios de clínica médica. Ello promovió distintas alternativas al momento de responder las interconsultas solicitadas por el área quirúrgica que podemos calificar como no satisfactorias. Por otro lado, la demanda manifestada por la mayoría de los cirujanos por contar con la presencia de un médico clínico en los servicios quirúrgicos se conjuga con los cambios en el perfil de la población atendida, que fundamenta la necesidad de organizar sistemas de atención compartida. Además, esta tarea queda oculta desde el punto de vista estadístico, ya que su registro es exiguo por lo que no es factible contar con información pertinente para el análisis y la implementación de mejoras a esta práctica. Como una de sus consecuencias aparece la no inclusión de una rotación por la internación quirúrgica en el programa de formación de residentes.

Concluimos que la atención del paciente quirúrgico representa un desafío importante en nuestros días, siendo esencial la participación del médico clínico en este proceso. Esta preocupación fue el fundamento de este trabajo orientado a visibilizar diferentes aspectos inherentes a la IC, cuyo propósito puede contribuir al diálogo entre los ámbitos involucrados (hospitalario, societario, ministerial) en pos de lograr una organización que pueda dar respuestas adecuadas a las complejas situaciones que se presentan cotidianamente en el ámbito de la internación quirúrgica.

AGRADECIMIENTOS

A los Servicios de Clínica Médica de los Hospitales Generales de Agudos: A. Zubizarreta, B. Rivadavia, D. Vélez Sarsfield, F. Santojanni, Dr. C. Argerich, Dr. C. Durand, Dr. E. Tornú, Dr. I. Pirovano, Dr. J. A. Fernández, Dr. T. Álvarez, J. A. Penna, J. M. Ramos Mejía, P. Piñero.

A Jorge Varela, Selva Leguizamón, Agustina y Malena por su valiosa colaboración. A Domingo Brosio y Pedro Crerar por su valiosa colaboración.

ENCUESTA SOBRE LA ACTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE CLÍNICA MÉDICA EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

Nombre del hospital:

1) ¿Existe un coordinador a cargo de la distribución y actividad asistencial del médico clínico en el área quirúrgica?

- A. SI. Médico de planta.
- B. SI. Jefe de Sala.
- C. SI. Jefe de Servicio.
- D. NO.
- E. Otro: _____

2) ¿Cuántos médicos por día son los encargados de realizar las interconsultas (IC) solicitadas por los servicios quirúrgicos?

- A. Número: _____
- B. Ninguno

3) ¿Quién realiza las IC solicitadas por los servicios quirúrgicos?

- A. Residente (Año de residencia: _____)
- B. Médico de planta
- C. Médico de planta acompañado junto con residente de clínica médica.

4) ¿Cómo es la distribución temporal entre los médicos clínicos para realizar las IC?

- A. Diaria
- B. Semanal
- C. Mensual
- D. Médicos de planta con cargo asignado al área quirúrgica exclusivamente.
- E. Otro: _____

5) ¿Cuál es el sistema de adjudicación de la carga de trabajo de las IC?

- A. Según cronograma
- B. Adjudicación por cargo para área quirúrgica exclusiva
- C. Un solo responsable
- D. Equipo de interconsultores
- E. Otros: _____

6) ¿Existe algún tipo de rotación de los encargados de las IC?

- A. Sí
- B. No

7) ¿Cómo es la dedicación laboral de los encargados de la atención de las IC en relación con otras actividades asistenciales dentro del servicio de clínica y en la Institución?

- A. Integración en servicio quirúrgico con dedicación exclusiva
- B. Compartida con otras tareas (sala de internación de clínica médica - consultorios)
- C. Otro: _____

8) ¿Los residentes del servicio de clínica médica rotan por los servicios quirúrgicos?

- A. SI. (Año de residencia: _____)
- B. NO

9) ¿Cómo solicitan la IC?

- A. A través de llamados telefónicos
- B. De forma verbal personalmente
- C. A través de Interconsulta escrita
- D. Otros: _____

10) ¿Cuál es el horario de cobertura de los interconsultas del servicio de Clínica Médica?

- A. Lunes a viernes por las mañanas
- B. Lunes a viernes por las mañanas y las tardes
- C. Lunes a viernes las 24 horas del día
- D. Lunes a domingo por las mañanas
- E. Lunes a domingo por las mañanas y tardes
- F. Lunes a domingo las 24 horas del día
- G. Otro: _____

11) ¿Existe comunicación entre los médicos clínicos del servicio de clínica médica y los médicos clínicos del servicio de emergencias (guardia externa) para realizar seguimiento de algún paciente fuera del horario de cobertura?

- A. SI
- B. NO

12) ¿Cuál es la forma de localizar de forma urgente al médico clínico a cargo de realizar interconsulta?

- A. Teléfono móvil personal
- B. Teléfono móvil utilizado exclusivamente para responder interconsultas. (EJ: Radio)
- C. Teléfono fijo
- D. Búsqueda de forma personal
- E. Otros: _____

13) ¿Existe algún tipo de registro del trabajo desarrollado en las IC?

- A. Sí. Registrado en papel (Solo datos filiatorios).
- B. Sí. Base de datos informatizada (Solo datos filiatorios).
- C. Sí. Base de datos informatizada o registrado en papel con otros datos además de los filiatorios (antecedentes- internaciones-intercurrencias- etc.)
- D. No
- E. Otros: _____

14) ¿Quién realiza el seguimiento de una IC?

- A. El mismo médico que fuera responsable de responder a la IC
- B. El médico que le corresponde según cronograma a responder las IC
- C. Solo ante nueva solicitud de interconsulta por parte del médico cirujano
- D. Residente de clínica médica
- E. Otro: _____

15) En su opinión, con que frecuencia considera adecuado el motivo de IC?

- A. Siempre
- B. En la mayoría de las veces
- C. Pocas veces
- D. Nunca
- E. Desconoce

16) ¿Existe seguimiento clínico diario de los pacientes internados en el área de traumatología sin necesidad de solicitar interconsulta?

- A. SI. Hay un médico clínico de planta con dedicación exclusiva en el área de traumatología.
- B. SI. Un médico clínico que no siempre es el mismo asiste al área de traumatología
- C. SI. La residencia de clínica médica esta a cargo del seguimiento de los pacientes del área de traumatología.
- D. NO.
- E. Desconoce.

17) En su opinión cuál debería ser la mejor forma de trabajar con respecto a las interconsultas solicitadas por los servicios quirúrgicos al servicio de clínica médica?**18) ¿Algún cirujano le ha manifestado la necesidad de la existencia permanente de un médico clínico en el ámbito quirúrgico?**

Se mantendrá confidencialidad de los datos de los encuestados. La respuesta implica que conoce la encuesta y los objetivos del proyecto.

Bibliografía

1. Gross R, Caputo G, editors. Kammerer and Gros's Medical Consultation: The Internist on Surgical, Obstetric, and Psychiatric Services. 3 ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998.
2. Montero Ruiz E, López Álvarez J, Hernández Ahijado C. Estudio de las interconsultas solicitadas a un servicio de Medicina Interna. *RevClin Esp.* 2004;204(10):507-10.
3. Montero Ruiz E. Asistencia compartida (comanagement). *RevClin Esp.* 2016;216(1):27-33.
4. Montero Ruiz E, Pérez Sánchez L, Gómez Ayerbe C, Barbero Allende JM, Sánchez MG, López Álvarez J. Factores que influyen en la solicitud de interconsultas a medicina interna por los servicios quirúrgicos. *Cir Esp.* [10.1016/j.ciresp.2010.12.008]. 2011;89(02):106-11.
5. Montero Ruiz E, Monte Secades R. Definiciones de la actividad de Medicina Interna fuera de su propio servicio. *RevClin Esp.* [10.1016/j.rce.2014.08.012]. 2015;215(3):182-5.
6. Montero Ruiz E, Hernández Ahijado C, López Álvarez J. Efecto de la adscripción de internistas a un servicio quirúrgico. *Med Clin.*[10.1157/13072420]. 2005;124(09):332-5.
7. Sharma G, Kuo Y-F, Freeman J, Zhang DD, Goodwin JS. Comanagement of hospitalized surgical patients by medicine physicians in the United States. *ArchInternMed.* 2010;170(4):363-8.
8. Méndez López I, EtxeberriaLekuona D. Organización del trabajo de las interconsultas recibidas desde servicios quirúrgicos en los servicios de medicina interna. *RevClin Esp.* [10.1016/j.rce.2010.05.021]. 2011;211(1):61-3.
9. Losa JE, 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. *RevClin Esp.* [10.1016/j.rce.2011.01.002]. 2011;211(5):223-32.
10. Montero Ruiz E, Rebollar Merino Á, 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 Calidad Asistencial.* 2014;29(1):3-9.
11. Montero Ruiz E, López Álvarez J. La interconsulta médica: problemas y soluciones. *Med Clin.* [10.1016/j.medcli.2009.06.039]. 2011;136(11):488-90.
12. Bugar JM, Ghali WA, Quan H. Utilization of a preoperative assessment clinic in a tertiary care centre. *ClinInvestMed.* 2002;25(1/2):11.
13. Varela G, Crerar S, Brosio D, Macías G, Castellano M, Scioscia JC, et al. Estudio de las interconsultas solicitadas por los servicios quirúrgicos al servicio de medicina interna. *Revista Argentina de Medicina.* 2014;2(4):63-8.
14. PausJenssen L, Ward HA, Card SE. An internist's role in perioperative medicine: a survey of surgeons' opinions. *BMC FamPract.* 2008;9(1):1-6.
15. Sáez López P, MadrugaGalán F, Caballero JAR. Detección de problemas en pacientes geriátricos con fractura de cadera. Importancia de la colaboración entre traumatólogo y geriatra. *RevEspCirOrtopTraumatol.* 2007;51(03):144-51.
16. Huddleston JM, Long KH, Naessens JM, Vanness D, Larson D, Trousdale R, et al. Medical and Surgical Comanagement after Elective Hip and Knee Arthroplasty: A Randomized, Controlled Trial. *Ann InternMed.* 2004;141(1):28-38.
17. Monte Secades R, Rabuñal Rey R, Peña Zemsch M, BalAlvaredo M. Adscripción de un internista a un servicio de cirugía ortopédica y traumatología: encuesta de satisfacción. *Rev Clin Esp.* [10.1016/j.rce.2010.10.011]. 2011;211(5):267-8.
18. Ruiz Ribera I, González Anglada I, Garmendia C, García Caballero R, Villamor C, Martín Segarra O, et al. Calidad en la atención a los pacientes de traumatología a través de la interconsulta a medicina interna: opinión de los profesionales. *RevClin Esp.* 2013;213(EspecCongr):413.
19. Monte Secades R, Rabuñal Rey R, RigueiroVelooso MT, García Pais MJ, Casariego Vales E, Guerrero Lombardía J. Papel del internista como consultor de servicios quirúrgicos. *RevClin Esp.* 2004;204(7):345-50.
20. Girón González JA. La interconsulta de servicios quirúrgicos: una misión para el internista. *RevClin Esp.* 2004;204(7):343-4.
21. Castillo Rueda Ad, Portugal Álvarez Jd. Proyecto técnico de gestión y funcionamiento de la unidad asistencial de Medicina Interna. *AnMed Interna* 2004;21(1):31-8.
22. Departamento de Estadísticas de Salud (GCBA). Movimiento Hospitalario - Año 2013. Movimiento de internación y consultorios externos. Buenos Aires: GCBA; 2013 [citado 21-12- 2015]. Disponible en: http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/egresos_indicadores_de_internacion_consultas_axternas_ano_2013.pdf.