

# Encuesta SEMI sobre la organización y actividad en interconsultas y asistencia compartida

## SEMI survey on the organization and activity in consultation/referral and comanagement

Ana García<sup>1</sup>, David Rubal<sup>2</sup>, Laura Pérez<sup>3</sup>, Fernando Garrachón<sup>4</sup>, Héctor Meijide<sup>5</sup>, Eduardo Montero<sup>6</sup>, Grupo de Trabajo de Asistencia Compartida y Medicina Hospitalista de la SEMI.

<sup>1</sup> Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

<sup>2</sup> Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

<sup>3</sup> Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

<sup>4</sup> Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla.

<sup>5</sup> Servicio de Medicina Interna. Hospital Quironsalud A Coruña. A Coruña.

<sup>6</sup> Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

### ABSTRACT

**Background:** Currently, there is a lack of information about the activity carried out through consultations or referrals (IC), and even less about comanagement (AC). The Grupo de Trabajo de Asistencia Compartida y Medicina Hospitalista considered update the main organizational characteristics of CI and AC activities in the national territory.

**Material and methods:** During the months of January and February 2020, SEMI members, regardless of their position, were invited to participate in an anonymous telematic survey to study the CI and AC activity of the internal medicine (IM) departments. A cross-sectional descriptive study was carried out.

**Results:** A total of 107 hospitals participated in the survey. Shared care (AC) is provided in 75% of the centers, median of services attended with AC per hospital were 2 (0-13). Hip fracture care units predominate. Median number of staff in the IM departments were 13 (2-50), being full-time in IC/AC in 26% of them, developing the activity of IC/AC on a fixed basis in 50% of the cases. The range of patients treated in IC/AC was very wide (0-3500), with a median of 300. 42.4% of the IC/AC units have medical training.

**Conclusions:** There has been a strong growth of CI/AC units in recent years, with dedicated full-time members and with a growing teaching weight. There is still a lack of knowledge of the basic concepts of CI/AC.

**Keywords:** Survey, Internal Medicine, Consultation, Comanagement.

### RESUMEN

**Introducción:** Actualmente hay una carencia de información acerca de la actividad realizada a través de las interconsultas (IC), y menos aún sobre la asistencia compartida (AC). El Grupo de Trabajo de Asistencia Compartida y Medicina Hospitalista consideró necesario actualizar las principales características organizativas de las actividades de IC y AC en el territorio nacional.

**Material y métodos:** Durante los meses de enero y febrero de 2020 se invitó a los miembros de la SEMI, independientemente de su cargo, a participar en una encuesta anónima telemática para conocer la actividad de IC y AC de los servicios de MI. Se realizó un estudio descriptivo transversal.

**Resultados:** Un total de 107 hospitales participaron en la encuesta. En el 75% de los centros se realiza asistencia compartida, siendo la mediana por hospital de servicios atendidos con AC de 2 (0-13). Predominan las unidades de atención a la fractura de cadera. La mediana de adjuntos en los servicios de MI fue de 13 (2-50), siendo a tiempo completo en IC/AC en el 26% de ellos, desarrollando la actividad de IC/AC de manera fija y no rotatoria en el 50% de los casos. El rango de pacientes atendidos en IC/AC fue muy amplio (0-3500), mediana de 300. El 42,4% tiene formación MIR por la unidad de IC/AC.

**Conclusiones:** Se está produciendo un fuerte crecimiento de unidades de IC/AC en los últimos años, con miembros dedicados a tiempo completo y con un peso docente creciente. Todavía hay un importante grado de desconocimiento de los conceptos básicos sobre IC/AC.

**Palabras clave:** Encuesta, Medicina Interna, Interconsulta, Asistencia Compartida.

### INTRODUCCIÓN

Disponer de datos sobre lo que hacemos es fundamental para poder progresar en nuestra actividad asistencial y mejorarla. Actualmente hay una carencia casi total de información acerca de la actividad realizada a través de las interconsultas (IC), y menos aún sobre la asistencia compartida (AC). Hasta la fecha, se ha dado a conocer la encuesta SEMI sobre la actividad de los servicios de MI<sup>1</sup>, con una muy escasa información sobre las IC, y una pequeña encuesta básica específica sobre las mismas que ofreció resultados interesantes<sup>2</sup>. En los últimos años se han publicado los informes RECALMIN, el último en 2019<sup>3</sup>, que aporta datos relevantes, pero, como el propio informe señala, con problemas en la comprensión de las definiciones de IC y AC que

hacen tomar sus resultados con cautela. El primer intento importante para obtener información sobre las IC y la AC fue la encuesta realizada por el Grupo de trabajo de Asistencia Compartida y Medicina Hospitalista (GTACMH) publicada en 2016<sup>4</sup>. Dicha encuesta ofreció información interesante, pero poco verosímil en algunos aspectos.

Ante esta falta de información fiable, y para conocer la importante evolución de las IC y la AC en los últimos años, el GTACMH consideró necesario realizar una nueva encuesta. Como consecuencia de los problemas padecidos por los trabajos comentados anteriormente, se planteó hacer un estudio simplemente descriptivo de la situación y

Tabla 1. Preguntas del cuestionario.

PREGUNTAS
1) Nombre del hospital
2) Ciudad y provincia
3) Tipo de hospital (público, privado, financiación mixta)
4) Número de camas del hospital
5) Universitario (tiene estudiantes de medicina) (sí/no)
6) Residentes (tiene residentes de Medicina Interna) (sí/no)
7) Número total de adjuntos del servicio de Medicina Interna
8) Cuántos adjuntos se dedican a IC y AC a tiempo completo y cuántos a tiempo parcial
9) Año de creación de la unidad de IC y AC a tiempo completo
10) Las personas que hacen IC y AC son fijas (sí/no)
11) Las personas que hacen IC y AC son siempre las mismas en cada servicio receptor o van rotando
12) Número de pacientes vistos en IC y AC al año
13) Número de servicios en los que se realiza AC
14) Servicios en los que se realiza AC
15) ¿Tiene algún tipo de consulta preoperatoria?
16) ¿Tiene algún tipo de consulta postoperatoria?
17) Unidades especiales dentro de IC y AC (como unidad de cadera, pie diabético) (texto libre)
18) Rotación de residentes por la unidad de IC/AC (sí/no)
19) Especialidad que rota por la unidad de IC/AC
20) ¿Realiza su hospital algún tipo de seguimiento de la actividad asistencial de la unidad de IC/AC?
21) ¿Realizáis algún tipo de registro de vuestra actividad (sí/no)
22) ¿Tenéis algún tipo de protocolo de trabajo (anemia, delirium...) (texto libre)
23) Comentarios (texto libre)

IC: Interconsulta; AC: Asistencia compartida.

sin intención de establecer comparaciones de ningún tipo. Nuestro objetivo fue conocer las principales características organizativas de las actividades de IC y AC.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Durante los meses de enero y febrero de 2020 se invitó a los miembros de la SEMI, independientemente de su cargo, a participar en una encuesta anónima telemática para conocer la actividad de IC y AC de los servicios de MI. En dicha invitación se solicitaba que solo se completara un cuestionario por cada centro. Las preguntas realizadas están reflejadas en la Tabla 1. Los hospitales fueron divididos en 4 grupos según su número de camas: Grupo I (< 200 camas), grupo II (200 -399 camas), grupo III (400 -1000 camas) y grupo IV (> 1000 camas). Se trata de un estudio descriptivo transversal. Las variables cualitativas se expresan mediante frecuencia y porcentaje, mientras que las variables cuantitativas mediante mediana y rango.

## RESULTADOS

Se recibieron 144 cuestionarios de 107 hospitales: 81 hospitales enviaron 1 respuesta, 18 hospitales 2 respuestas, 5 hospitales 3 respuestas y 3 hospitales 4 respuestas. El análisis de las respuestas re-

petidas permitió unificarlas en una sola encuesta en 11 hospitales, mientras que en 15 hospitales el grado de discrepancia era tan grande que no fue posible agrupar las respuestas, por lo que, finalmente, sus encuestas no se pudieron incluir en el estudio los 92 centros. En la Tabla 2 se recoge la distribución territorial de los hospitales encuestados.

Atendiendo a las características estructurales de los centros, 35 (38%) eran del grupo I, 25 (27,2%) del grupo II, 25 (27,2%) del grupo III y 7 (7,6%) del grupo IV. La mayor parte de los hospitales encuestados, 72 (78,3%) tenían financiación pública, 12 (13%) privada y 8 (8,7%) mixta. En 63 centros (68%) había docencia pregrado y en 61 (66%) residentes de MI. La mediana de adjuntos en los servicios de MI fue de 13 (2-50); en el grupo I, 8 (2-19), en el grupo II, 13 (5-26), en el grupo III, 20 (9-32) y en el grupo IV, 30 (12-50). Había adjuntos a tiempo completo en 24 hospitales (26%), mediana de 1 (0-9), a tiempo parcial en 44 centros (48%), mediana de 2 (0-26), mientras que en 24 hospitales (26%) se combinaban ambas dedicaciones. De los 67 hospitales (72%) que contestaron sobre la rotación de miembros de la unidad, en 34 (50%) los adjuntos eran fijos, en 25 (37%) rotaban y en 8 (11%) existían ambas posibilidades.

La Figura 1 muestra el año de creación de las diferentes unidades de IC/AC. En dichas unidades, el rango de pacientes atendidos en IC/AC fue muy amplio (0-3500) con una mediana de 300. Por grupos

Tabla 2. Distribución territorial de los centros participantes.

ÁMBITO TERRITORIAL	Nº HOSPITALES
Madrid	17
Cataluña	15
Andalucía	11
Comunidad Valenciana	9
Galicia	8
Asturias, País Vasco	5
Castilla La Mancha, Castilla y León	3
Aragón, Canarias, Cantabria, Extremadura, Murcia, Navarra	2
Islas Baleares, La Rioja, Melilla	1
Argentina	1

de hospitales, grupo I: 120 (0-1302), grupo II: 590 (50-3500), grupo III: 825 (100-2345) y grupo IV: 700 (300-1968). En términos de docencia, en 39 centros (42,4%) rotan residentes por la unidad de IC/AC, procedentes principalmente de MI, 32 (34%), pero también de Medicina de Familia, 13 (14,1%), Traumatología, 6 (6,3%) y otras especialidades, 8 (8,7%). Se documentó algún tipo de seguimiento de la actividad realizada por parte de la Dirección médica en 51 centros (55,4%), si bien buena parte de las propias unidades de IC/AC registran su actividad (70,7%).

La encuesta arrojó que en 69 hospitales (75%) se realiza asistencia compartida, con una mediana por hospital de servicios atendidos con AC de 2 (0-13). El desglose por servicios está recogido en la Tabla 3. Además de la AC en planta de hospitalización convencional, en 18 hospitales (19,6%) se realiza consulta preoperatoria, y en 23 (25%) consulta postoperatoria. Existen unidades que focalizan su atención a determinados procesos dentro de la unidad de IC/AC en 30 centros (32,6%), predominando claramente las unidades de atención a la fractura cadera, si bien se ha reportado la atención a otros procesos como colecistitis aguda, hipertensión gestacional, unidad de pie diabético, cirugía de neoplasia de colon, entre otras. Sólo en 41 hospitales (44,6%) la atención se realiza de forma protocolizada siguiendo algún tipo de vía clínica.

## DISCUSIÓN

El nivel de participación en la encuesta ha sido similar al de estudios previos<sup>1,3,4</sup>, con una representatividad adecuada, respuestas de hospitales de todo el territorio nacional (uno argentino), de todos los tamaños, tanto públicos como privados. En los últimos años está aumentando el interés y la importancia de la actividad de IC/AC, como se muestra en la Figura 1, con la creación de unidades específicas y con el incremento de personas fijas dedicadas a este trabajo con respecto a encuestas previas<sup>1,4</sup>. Es interesante reseñar que en el 42,4% de las unidades rotan residentes, lo que refuerza la idea de la importancia que está adquiriendo esta actividad y su papel docente.

Aunque el número de adjuntos de los servicios de MI coincide de forma general con el estudio RECALMIN<sup>3</sup>, es llamativa la diferencia entre hospitales del mismo nivel, con dotaciones aparentemente muy escasas en algunos casos. Asimismo, la variabilidad en el número de pa-

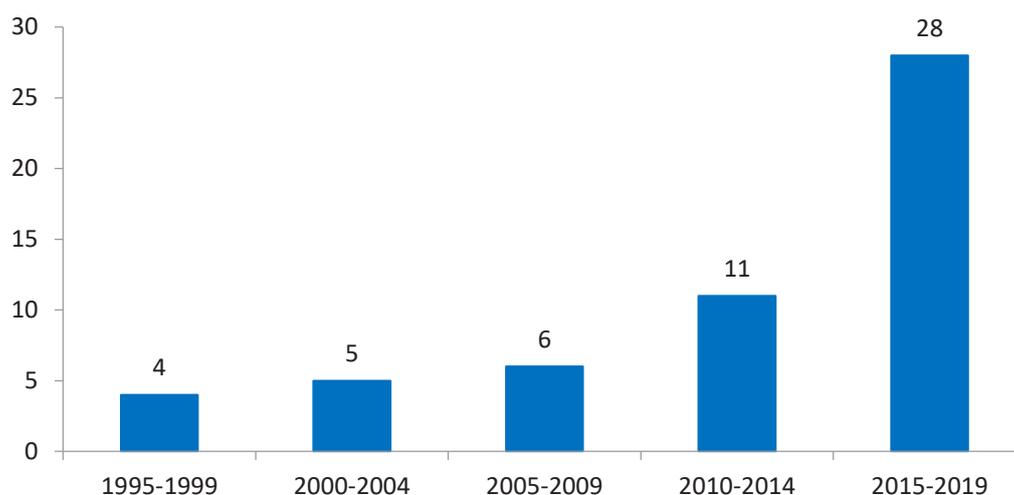
Tabla 3. Servicios con Asistencia Compartida

SERVICIOS CON AC	
Traumatología	64
Neurocirugía	17
Psiquiatría	10
C. General	33
Oncología	17
C. Plástica	8
Urología	29
ORL	16
C. Maxilofacial	7
C. Vascular	26
Gine/Obs	15
C. Cardíaca	5

cientes atendidos, incluso entre hospitales del mismo grupo, es difícil de interpretar. La única explicación razonable es que sean hospitales monográficos. En encuestas anteriores se han producido contestaciones similares<sup>1,3</sup>, lo que hace pensar en problemas de concepto, como puede ser el contabilizar como una IC nueva cada vez que se va a ver a un paciente, a pesar de existir documentos específicos sobre ellos<sup>8-10</sup>.

El porcentaje de hospitales en los que está implantada la AC (75%), el número de servicios con AC por hospital<sup>2</sup> y su especialidad son similares a los descritos en el informe RECALMIN<sup>3</sup>, por lo que parece que se va consolidando esta actividad asistencial. Como era de esperar, las unidades de atención a la fractura de cadera son las más numerosas dentro de la AC. Sin embargo, el número de hospitales en los que se hace algún tipo de consulta pre o postoperatoria es similar al del único estudio disponible<sup>4</sup>, sin avances en este sentido. Este aspecto es fundamental, porque tanto las consultas pre<sup>5,6</sup> como las postquirúrgicas<sup>7</sup> hechas por internistas han demostrado la mejora de resultados en salud. Además, solo en la mitad de los centros la dirección hace algún tipo de seguimiento de esta actividad, lo que demuestra un escaso interés institucional por la misma en la actualidad, si bien la gran mayoría de las unidades sí registran, aunque sea de forma elemental,

Figura 1. Año de creación y número de unidades de IC/AC.



su actividad. Esto es importante porque es un requisito indispensable para demostrar su valor.

Este estudio tiene limitaciones. Es posible que muchos de los cuestionarios recibidos sean de hospitales con especial interés en IC/AC, lo que supone un sesgo que puede hacer que los resultados no sean representativos de la realidad del país. Las encuestas previas fueron dirigidas a los jefes de servicio o unidad<sup>1,3,4</sup> o solo a hospitales terciarios<sup>2</sup> mientras que esta lo ha sido a todos los miembros de la SEMI, independientemente de su nivel de responsabilidad. Otra posible limitación es que la encuesta, al ser anónima y telemática, haya dado lugar a más errores que si se hubiera hecho personalizada, lo que hubiera permitido subsanar algunos de los errores detectados.

Como conclusiones podemos decir que se está produciendo un fuerte crecimiento de unidades de IC/AC en los últimos años, con miembros dedicados a tiempo completo y con un peso docente creciente. Hay presencia de internistas realizando AC en muchos servicios, especialmente quirúrgicos, de todo tipo de hospitales, pero con poca actividad de consultas externas relacionadas. Asimismo, todavía hay un importante grado de desconocimiento de los conceptos básicos sobre IC/AC y, también en algunos casos, una recogida, rigor y transmisión de información sobre IC/AC muy deficiente, por lo que es de suma importancia disponer de registros fiables de la actividad de IC/AC que se realiza en nuestros hospitales.

#### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

#### FINANCIACIÓN

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

#### ASPECTOS ÉTICOS

Se han seguido los protocolos establecidos por sus respectivos centros sanitarios para acceder a los datos de las historias clínicas a los fines de poder realizar este tipo de publicación con finalidad de investigación / divulgación para la comunidad científica

## BIBLIOGRAFÍA

1. 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. *Rev Clin Esp.* 2011; 211: 223-32.
2. Méndez López I, Etxeberria Lekuona D. Organización del trabajo de las interconsultas recibidas desde los servicios quirúrgicos en los servicios de medicina interna. *Rev Clin Esp.* 2011; 211: 61-3.
3. Registro RECALMIN 2019. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/informe-recalmin2019.pdf> Accedido el 25/5/2021.
4. Marco Martínez J, Montero Ruiz E, Fernández Pérez C, Méndez Bailón M, García Klepzig JL, Garrachón Vallo F. Encuesta nacional sobre la actividad de los internistas en asistencia compartida-interconsultas en los hospitales españoles. *Rev Clin Esp.* 2016; 216: 414-18.
5. Vazirani S, Lankarani-Fard A, Liang LJ, Stelzner M, Asch SM. Perioperative processes and outcomes after implementation of a hospitalist-run preoperative clinic. *J Hosp Med.* 2012; 7: 697-701.
6. Thilen SR, Wijesundera DN, Treggiari MM. Preoperative consultations. *Anesthesiol Clin.* 2016; 34: 17-33.
7. Schonberger RB, Dai F, Brandt C, Burg MM. Ambulatory medical follow-up in the year after surgery and subsequent survival in a national cohort of Veterans Health Administration surgical patients. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2016; 30: 671-9.
8. Montero Ruiz E, Monte Secades R. Definiciones de la actividad de Medicina Interna fuera de su propio servicio. *Rev Clin Esp.* 2015;215: 182-5.
9. 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.
10. 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.