



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ORIGINAL BREVE

Análisis de pacientes compartidos en consultas de medicina interna y otras especialidades médicas



A. Jiménez-Puente^{a,d,*}, M.D. Martín-Escalante^b, F. Martos-Pérez^{b,c} y J. García-Alegría^{b,d}

^a Unidad de Evaluación, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

^b Área de Medicina, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

^c Líneas de Procesos Asistenciales, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

^d Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC)

Recibido el 5 de diciembre de 2018; aceptado el 14 de marzo de 2019

Disponible en Internet el 20 de abril de 2019

PALABRAS CLAVE

Pluripatología;
Enfermedades
crónicas;
Consultas externas;
Modelos
asistenciales;
Medicina interna

Resumen

Objetivo: El envejecimiento poblacional hace que cada vez más pacientes presenten pluripatología y sean atendidos por diferentes especialidades. Estudiamos la evolución de consultas y del porcentaje de pacientes atendidos por varias especialidades médicas.

Métodos: Se analizaron las consultas de medicina interna (MI) y otras especialidades médicas en un hospital durante los años 1997, 2007 y 2017 en población general y mayores de 65 años.

Resultados: A lo largo de 20 años, la tasa de primeras consultas de MI por 1.000 habitantes aumentó en un 44% y la de otras especialidades médicas en un 137%. Los pacientes vistos en más de una especialidad pasaron del 13,8% en 1997 al 32,6% en 2017 y alcanzaron el 45,5% en los mayores de 65 años.

Conclusiones: La atención a poblaciones con creciente comorbilidad tiene un alto impacto en los sistemas de salud e implica la necesidad de cambios organizativos para su asistencia.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Polypathology;
Chronic diseases;
Outpatient clinics;
Healthcare models;
Internal medicine

Analysis of patients shared in consultations of internal medicine and other medical specialties

Abstract

Background and objective: The aging population is resulting in an increasing number of patients with multiple diseases that require treatment by various specialties. We examined the evolution of consultations and of the percentage of patients treated by several medical specialties.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ajpuente@hcs.es (A. Jiménez-Puente).

Methods: We analysed internal medicine (IM) consultations and those of other medical specialties in a hospital during 1997, 2007 and 2017 for the general population and for those older than 65 years.

Results: Over the course of 20 years, the rate of first IM consultations per 1000 inhabitants increased 44%, and that of other medical specialties increased 137%. The percentage of patients seen by more than one specialty went from 13.8% in 1997 to 32.6% in 2017 and reached 45.5% for those older than 65 years.

Conclusions: The care for populations with growing comorbidity has a major impact on health systems and requires organisational changes for their care.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). All rights reserved.

Introducción

El aumento de la carga de enfermedad que conlleva el envejecimiento de la población supone un reto para los sistemas de salud. Los hospitales, que fueron diseñados en tiempos en que predominaban las enfermedades agudas, se adaptan con dificultad al actual predominio de las enfermedades crónicas.

De un sistema sanitario en que el médico general tenía amplias competencias, se pasó en los años 70 al desarrollo de las especialidades médicas, modelo que se adapta con dificultad a un panorama en que predomina la comorbilidad de los pacientes¹⁻³.

Es conocido que la fragmentación de la asistencia en las enfermedades crónicas se asocia a una atención de menor calidad y a costes más elevados⁴, incluso una revisión sistemática reciente indica que una mayor continuidad de la atención por parte de los médicos, tanto con generalistas como con especialistas, se asociada con menores tasas de mortalidad, aunque toda la evidencia es observacional⁵.

Se dispone de poca información precisa sobre la atención de pacientes por distintas especialidades en el área de hospitalización^{6,7}, y mucho menos en las de asistencia ambulatoria, como consultas externas.

Nuestros objetivos fueron: a) analizar la evolución de los patrones de atención a pacientes en consultas externas de especialidades médicas en un periodo de 20 años y b) describir las combinaciones de especialidades que atienden a los pacientes y, en especial, a los ancianos.

Material y métodos

El estudio se realizó en el Hospital Costa del Sol, centro de agudos de la Junta de Andalucía situado en Marbella y dotado de 402 camas que atiende a 400.000 habitantes de la costa de la provincia de Málaga. El hospital inició su actividad a finales de 1993 y todos los episodios atendidos desde entonces están recogidos en una misma aplicación informática (HP-HCIS), lo que permite su seguimiento a largo plazo con criterios homogéneos.

Se analizó una extracción de datos de citas de un periodo de 20 años, haciendo cortes en los 3 años a estudio: 1997,

2007 y 2017, donde se identificaron los pacientes atendidos en primeras consultas o revisiones de medicina interna (MI), aparato digestivo, cardiología, hematología, neumología y nefrología. El análisis tuvo en cuenta el número de historia para poder analizar pacientes diferentes y no solo visitas.

Se calcularon los pacientes atendidos solo por MI, y por una a 5 de las otras especialidades, así como la edad media de cada grupo, comparando esta mediante análisis de varianza (Anova). El nivel de significación se estableció en $p < 0,05$. Las bases de datos se trataron con MS Access®, los análisis estadísticos con SPSS® para Windows y las tablas con MS Excel®.

Resultados

En 2017 se atendieron 22.432 consultas de MI, prácticamente el triple que en 1997. El resto de especialidades médicas atendieron 53.892 consultas, casi 4 veces más que en 1997.

La [tabla 1](#) resume las cifras de población atendida, número de internistas y otros especialistas, actividad en consultas y número de pacientes compartidos entre especialidades.

En los 20 años del estudio, la población del área aumentó en un 68%, los mayores de 65 años en un 119%, los internistas en plantilla en un 171% y los facultativos del resto de especialidades estudiadas en un 247%. Las altas anuales en hospitalización por internista disminuyeron de 216 en 1997 a 143 en 2017 (−34%) y de 150 a 86 en el resto de especialidades médicas (−42%), mientras que aumentó la actividad ambulatoria: 1.058 consultas externas por internista en 1997 y 1.181 en 2017 (+12%), frente a 976 y 1.036 en el resto de especialidades médicas (+6%).

La tasa de primeras consultas por 1.000 habitantes aumentó entre 1997 y 2017 de 12,7 a 18,3 en MI (+44%) y de 22,0 a 52,2 (+137%) en el resto de especialidades médicas, en especial en hematología y aparato digestivo (+181 y +139%).

El porcentaje de pacientes vistos en MI como única especialidad médica se redujo del 86,2% en 1997 al 67,5% en 2017. Los pacientes vistos en MI y otra especialidad médica aumentaron del 12,6 al 22,7% y en MI y 2 o más especialidades, del 1,2 al 9,9%.

Tabla 1 Evolución de actividad en consultas de medicina interna y distribución por edad de los pacientes

	1997 Número	Porcentaje	2007 Número	Porcentaje	2017 Número	Porcentaje
<i>Población del área</i>	233.515		340.458		392.744	
<i>Población del área mayor de 65 años</i>	27.895	11,9	43.476	12,8	61.134	15,6
<i>Especialistas en MI</i>	7		14		19	
<i>Especialistas del resto de especialidades médicas analizadas</i>	15		42		52	
<i>Actividad en consultas externas de MI</i>						
Primeras consultas	2.930	39,6	4.866	31,0	7.183	32,0
Revisiones	4.477	60,4	10.818	69,0	15.249	68,0
Total consultas	7.407		15.684		22.432	
Primeras consultas por 1.000 habitantes	12,7		14,3		18,3	
<i>Actividad en consultas externas de otras especialidades médicas</i>						
Primeras consultas	5.076	34,7	14.773	36,9	20.489	38,0
Revisiones	9.561	65,3	25.248	63,1	33.406	62,0
Total consultas	14.637		40.021		53.895	
Primeras consultas por 1.000 habitantes	22,0		43,4		52,2	
Pacientes atendidos solo en MI	3.441	86,2	6.370	73,5	8.698	67,5
Atendidos en MI y otra especialidad médica	503	12,6	1.830	21,1	2.924	22,7
Atendidos en MI y 2 especialidades médicas	44	1,1	395	4,6	948	7,4
Atendidos en MI y 3 o 4 especialidades médicas	2	0,1	77	0,9	317	2,5
Total pacientes atendidos en consultas de MI	3.990		8.672		12.887	
<i>Edad (años) de los pacientes</i>						
	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Atendidos solo en MI	47,5	18,4	50,9	18,9	53,5	17,8
Atendidos en MI y otra especialidad médica	55,4	16,3	59,4	17,2	61,5	15,8
Atendidos en MI y 2 especialidades médicas	61,0	15,1	65,1	13,3	64,2	14,8
Atendidos en MI y 3 o 4 especialidades médicas	51,2	31,2	68,5	11,1	73,1	10,2
Total pacientes atendidos en consultas de MI	48,6	18,4	53,5	18,8	56,4	17,6
Anova: p intergrupos	< 0,0001		< 0,0001		< 0,0001	

DS: desviación estándar; MI: medicina interna.

Otras especialidades médicas analizadas: aparato digestivo; cardiología; hematología; neumología y nefrología.

Los pacientes atendidos en MI eran mayoritariamente mujeres en los 3 años a estudio (63% en 1997, 60% en 2007 y 59% en 2017), en 1997 tenían 48,6 años (desviación estándar: 18,4) años y 56,4 (17,6) en 2017, año en que los pacientes vistos solo en MI tenían 53,5 años de media, edad que aumentaba cuantas más especialidades estaban implicadas, hasta llegar a 73,1 años en los tratados por 3 o 4 especialidades. A lo largo de los 20 años estudiados, la edad media aumentó 6 años en los atendidos solo en MI y 22 años en los atendidos por 3 o 4 especialidades.

La [tabla 2](#) muestra la distribución de pacientes atendidos en MI y otras especialidades médicas para el año 2017. Las combinaciones más frecuentes en el global de pacientes fueron MI y aparato digestivo (9%), MI y cardiología (8%), y MI y neumología (4%).

Entre los mayores de 65 años, solo el 54,5% fueron vistos solo en MI. El 13% fueron atendidos por MI y cardiología, el 9% por MI y aparato digestivo y el 5% por MI y neumología.

Discusión

A lo largo de 20 años hemos observado un aumento importante de los pacientes atendidos en consultas por MI y otras especialidades médicas. En la actualidad, casi un tercio de los enfermos son vistos en el mismo año en MI y otra especialidad médica del hospital. Los importantes aumentos de actividad hallados en nuestro estudio son coherentes con lo ocurrido a nivel nacional donde, según el Sistema de Información en Atención Especializada, las consultas de especialidades médicas del Sistema Nacional de Salud aumentaron desde 15 millones en 1997 hasta más de 30 millones en 2016⁸. La proyección de esta tendencia hacia el futuro plantea una situación difícilmente sostenible.

Hay pocos estudios que hayan evaluado la asignación de tareas y el papel de atención primaria y especializada en la atención de los pacientes y la adecuación de las derivaciones entre especialidades hospitalarias⁹. En

Tabla 2 Pacientes vistos en consultas de medicina interna y otra especialidad médica

					Total de pacientes		Mayores de 65 años	
					Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Pacientes vistos solo en consultas de medicina interna					8.698	67,5	2.483	54,5
Pacientes vistos en consultas de medicina interna y otra especialidad médica								
Aparato Digestivo	Cardiología	Neumología	Nefrología	Hematología				
X					1.148	8,9	404	8,9
	X				1.036	8,0	605	13,3
		X			509	3,9	215	4,7
		X		X	317	2,5	133	2,9
			X		231	1,8	135	3,0
X	X				224	1,7	147	3,2
	X	X			167	1,3	106	2,3
X		X			137	1,1	66	1,4
X		X		X	100	0,8	39	0,9
	X		X		65	0,5	49	1,1
	X	X		X	61	0,5	37	0,8
X	X	X			45	0,3	31	0,7
X	X	X		X	25	0,2	19	0,4
X			X		23	0,2	15	0,3
X	X		X		20	0,2	17	0,4
	X	X	X		19	0,1	16	0,4
		X	X	X	16	0,1	12	0,3
		X	X		15	0,1	5	0,1
	X	X	X	X	12	0,1	10	0,2
X		X	X	X	9	0,1	7	0,2
X		X	X		5	0,0	2	0,0
X	X	X	X	X	4	0,0	3	0,1
X	X	X	X		1	0,0	0	0,0
Total					12.887	100,0	4.556	100,0

hospitalización, se ha descrito que la actuación simultánea o consecutiva de diferentes especialidades sobre el enfermo origina problemas¹⁰, entre otros, de polifarmacia, duplicidad de pruebas o indicaciones médicas confusas o, incluso, contrarias¹¹.

La mayoría de los estudios existentes sobre atención compartida entre especialidades se refieren a las interconsultas en hospitalización^{6,7}, existiendo poca información sobre los «pacientes compartidos» en consultas. A este respecto, entendemos que «compartir pacientes» no equivale a «asistencia compartida», que implica una atención integral con comunicación fluida entre médicos y buena coordinación². La integración implica un conjunto de modelos de financiación, organizativos y de prestación de servicios diseñados para crear conectividad, alineación y colaboración entre los distintos profesionales implicados¹².

Sobre la elevada comorbilidad de los pacientes atendidos en MI, el estudio MICARE¹³, realizado en consultas de MI a nivel nacional informó que el 93% de los pacientes tenían algún factor de riesgo cardiovascular, el 71% de nivel alto o muy alto y el 50% tenía alguna lesión de órgano diana. En el caso concreto de la insuficiencia cardíaca, se han descrito los buenos resultados clínicos de los pacientes seguidos por MI¹⁴. En nuestros resultados, los pacientes tratados por varias especialidades resultaron ser más ancianos que el resto, lo que va contra la intuición de que el esfuerzo

terapéutico debería ser mayor en los pacientes con más años potenciales de vida.

Nuestro estudio se limitó a las 5 especialidades cuyo campo podría ser compartido por MI. Los porcentajes de pacientes tratados por varios servicios hubieran sido muy superiores de haber estudiado otras especialidades que suelen atender pacientes de edad avanzada, como traumatología o urología. Las cifras también habrían sido mayores de haberse incluido las consultas atendidas en especialidades como endocrinología, neurología o reumatología en centros de referencia, a las que atención primaria de nuestra área deriva anualmente en torno a 500, 1.800 y 800 pacientes, respectivamente.

Los procesos susceptibles de asistencia compartida entre varias especialidades han ido ganando relevancia con los años. Por ejemplo, la insuficiencia cardíaca o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica que presentaban en nuestro hospital tasas de 11,2 y 4,4 altas por 10.000 habitantes en 1997, alcanzaron en 2017 tasas de 15,0 y 6,0, respectivamente.

Entre las limitaciones del estudio, está que la coincidencia de consultas de distintas especialidades se analizó por años naturales, siendo posible que 2 consultas ocurrieran en diferentes años pese a estar próximas en el tiempo. También, la posible interferencia del progresivo desarrollo de las consultorías u otras formas de actividad virtual, sin

presencia del paciente y la atención por parte de MI de patología endocrina, neurológica o reumatológica.

Entre las iniciativas para intentar reducir la fragmentación de cuidados están la atención por parte de médicos *generalistas* y la continuidad de cuidados. En países desarrollados hay una creciente necesidad de médicos *generalistas*, tanto en atención primaria como en los hospitales¹⁵. En la atención especializada la denominación para el médico generalista ha sido distinta en EE. UU., donde se denominan *hospitalistas* y provienen de distintas especialidades, aunque mayoritariamente son internistas¹⁶, y en Europa, donde este papel lo ejercen básicamente los médicos internistas¹⁷.

Hay muchas evidencias que confirman que los *hospitalistas* agregan valor al sistema sanitario al reducir costes, simplificar procesos y contribuir a mejorar los resultados clínicos^{3,18,19}, incluso tratando comorbilidades que afectan a especialidades limítrofes^{3,20}. Con frecuencia ocurre que los temas organizativos apenas se estudian desde el punto de vista de la investigación, y así ha ocurrido con la función de los *generalistas* en consultas externas. Entendemos que nuestro estudio puede ayudar a caracterizar y dimensionar la extensión de este ámbito de trabajo.

Bibliografía

- Román P, Ruiz-Cantero A. La pluripatología, un fenómeno emergente y un reto para los sistemas sanitarios. *Rev Clin Esp.* 2017;217:229-37.
- Montero-Ruiz E, Manzano-Espinosa L. El problema de la fragmentación de la medicina hospitalaria. *Med Clín (Barc).* 2019;152:115-7.
- Varela J, Zapatero A, Gómez-Huelgas R, Maestre A, Díez-Manglano J, Barba R. Por una Medicina Interna de Alto Valor. Madrid: Sociedad Española de Medicina Interna; 2017.
- Frandsen BR, Joynt KE, Rebitzer JB, Jha AK. Care fragmentation, quality, and costs among chronically ill patients. *Am J Manag Care.* 2015;21:355-62.
- Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open.* 2018;8:e021161.
- Casariago-Vales E, Cámara LA. Interconsultas hospitalarias: un puzzle por ordenar. *Rev Clin Esp.* 2018;218:293-5, 10.1016/j.rce.2018.04.003.
- Monte-Secades R, Montero-Ruiz E, Feyjoo-Casero J, González-Anglada M, Freire-Romero M, Gil-Díaz A, et al. Análisis de la actividad de interconsulta realizada por los servicios de medicina interna Estudio REINA-SEMI: Registro de Interconsultas y Asistencia Compartida de la Sociedad Española de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2018;218:279-84.
- Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Sistema de Información en Atención Especializada. [consultado 16 Nov 2018] Disponible en: <https://bit.ly/2qXQnG5>.
- Guevara JP, Hsu D, Forrest CB. Performance measures of the specialty referral process: A systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:168.
- Baines RJ, de Bruijne MC, Langelaan M, Wagner C. What are the safety risks for patients undergoing treatment by multiple specialties: A retrospective patient record review study. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:497.
- Bodenheimer T. Coordinating care-a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med.* 2008;358:1064-71.
- World Health Organization. Integrated care models: an overview. 2016 [consultado 16 Nov 2018] Disponible en: <https://bit.ly/2PCCLs6>.
- De la Peña A, Roca-Cusachs A, Suárez C, Bonet S. Riesgo vascular en las consultas de Medicina Interna. Estudio MICARE. *Med Clín (Barc).* 2013;140:e11-2, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.05.043>.
- Cerqueiro JM, González-Franco A, Montero-Pérez-Barquero M, Llácerd P, Conde A, Dávila MF, et al. Reducción de ingresos y visitas a Urgencias en pacientes frágiles con insuficiencia cardíaca: resultados del programa asistencial UMIPIC. *Rev Clin Esp.* 2016;216:8-14, 10.1016/j.rce.2015.07.006.
- Wachter RM. Renaissance of hospital generalists. *BMJ.* 2012;344:e652.
- American Medical Association. Creating the Hospital of the Future: The Implications for Hospital-Focused Physician Practice, 2012. [consultado 16-11-2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2DQjFz1>.
- Future Hospital Commission. Future hospital: caring for medical patients. A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians, 2013 [consultado 16 Nov 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/1MhInn2>.
- Varela J. Las reformas necesarias en los hospitales: 10 recomendaciones para mejorar la eficiencia, la calidad y la efectividad. *Med Clín (Barc).* 2016;146:133-7.
- Temple RM, Kirthi V, Patterson LJ. Is it time for a new kind of hospital physician? *BMJ.* 2012;344:e2240.
- Levi M. Generalism in modern subspecializing medicine. *Eur J Intern Med.* 2017;39:36-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2017.01.002>.