

El servicio de medicina interna en el siglo XXI

The internal medicine service in the XXI century

EMILIO CASARIEGO • LUGO (ESPAÑA)

La práctica de la medicina ha experimentado una profunda transformación en los últimos 30 años. Hoy en día esta evolución no ha terminado y, de hecho, los cambios más importantes están aún por venir. Para desarrollar su labor en este contexto, el médico precisa de una organización asistencial muy compleja. Tradicionalmente la unidad básica en las organizaciones sanitarias es el servicio clínico, si bien, en los últimos años, se han diseñado e implantado nuevos tipos de unidades de gestión entre diferentes servicios, niveles o centros sanitarios.

La medicina interna es la especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo. Básicamente su labor es hospitalaria y su trabajo se extiende a la práctica totalidad de todas las áreas clínicas de un centro. De esta forma se atiende a un gran número de pacientes de elevada complejidad y también se hacen actividades asistenciales muy diversas que incrementan el valor de la atención de otros equipos intra y extrahospitalarios.

Describimos, de una manera concisa, la situación hospitalaria en la actualidad, las estrategias de desarrollo del hospital del siglo XXI y el papel de los servicios de medicina interna en este proceso.

La actividad asistencial: análisis del entorno

Los profesionales y las organizaciones sanitarias han de dar respuesta, con la mayor calidad y celeridad, a las necesidades de la población a la que atienden. Estas necesidades están en permanente evolución y más en la actualidad donde estos cambios son múltiples y suponen una verdadera revolución en la forma de entender y practicar la medicina. Podemos citar:

El gasto sanitario

Crece en todos los países de la OCDE a un ritmo superior al del PIB. La tensión entre la tendencia inflacionista del gasto y las políticas de consolidación fiscal hacen previsible que se mantengan los controles sobre el gasto sanitario público en los próximos años. Por ello, en el mejor de los casos, debemos esperar un crecimiento en el entorno del aumento del PIB y, en paralelo, una mayor exigencia en el empleo de los recursos sanitarios y en la rendición de cuentas sobre su utilización.

El entorno político

Existe una estrategia clara: “las organizaciones sanitarias han de ser sistemas centrados en el paciente, y no en la enfermedad, disponer de mecanismos orientados a la gestión integrada de las enfermedades crónicas bajo un enfoque de gestión por procesos y que mejoren los resultados clínicos, que sea accesible a todos los ciudadanos utilizando las nuevas tecnologías de información y de comunicación y que disponga de estructuras organizativas que permitan mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos y ofertar la mayor calidad asistencial” (1-3). El compromiso es que no existan deficiencias en la distribución de los recursos, o en su disponibilidad, en nuestro país.

El factor demográfico

En los últimos 50 años se han producido en España cambios muy importantes, tanto en la estructura de su población como en las causas de enfermedad y muerte. En el conjunto del Estado 17% de la población tiene 65 años o más. Por otra parte, las proyecciones es-

Dr. Emilio Casariego Vales: PhD, MPH, FACP.
Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital
Universitario *Lucus Augusti*. Lugo. España.
Correspondencia: Dr. Emilio Casariego. Lugo.
España.
E-mail: emilio.casariego.vales@sergas.es

tablecen que la esperanza de vida al nacimiento alcanzará, en el año 2051, 87 años en los varones y 91 en las mujeres y la población mayor de 64 años que alcanzará hasta 36% (2). De ser cierto, supondría que los ingresos en las salas de medicina interna aumentarían 103% en el año 2050 con respecto a 2013 (4). ¿Cómo prepararse para esta situación?

Tendencias de salud: aumento de prevalencia de enfermedades crónicas

Los cambios demográficos modifican las causas de enfermedad de la población. Si bien es cierto que asociamos edad y cronicidad, la encuesta europea de salud de 2009 aprecia que hasta 45.6% de la población mayor de 16 años padece al menos un proceso crónico y 22% de la población dos o más procesos. En España, en 2009, los mayores de 74 años, tenían una media de 3.2 problemas o enfermedades crónicas. Por lo tanto, cabe esperar que, de forma progresiva, se incremente el número de pacientes donde coexistan patologías diversas que dificulten los diagnósticos, modifiquen los tratamientos, generen una pérdida mayor en la calidad de vida y modifiquen los patrones de uso de las organizaciones sanitarias (5).

Estrategias de atención a pacientes con patologías crónicas

El modelo sanitario que heredamos estructura una distribución por niveles asistenciales y una atención hospitalaria sustentada en la atención por episodios. Sin embargo, este modelo fracasa cuando ha de afrontar problemas de salud que requieren una atención sanitaria basada en la integridad y la continuidad de cuidados (3,5). Éste es un nuevo escenario para el que es preciso adoptar nuevas estrategias. Sólo la suma de conocimientos y habilidades dentro y fuera del hospital, con el apoyo en el control y en la formación por parte del personal de enfermería, podrá dar una respuesta al desafío clínico y asistencial que suponen estos pacientes.

Las expectativas de los ciudadanos

La previsión es que de manera paulatina los pacientes (usuarios) demanden cada vez mayor capacidad de elección, de decisión, de transparencia, de inmediatez de respuesta y también de mayor confortabilidad.

La innovación tecnológica

En los próximos años surgirán avances significativos en el desarrollo de nuevos medicamentos, especialmente para el cáncer. También para los próximos 10 años se esperan avances en nanotecnología o robótica y manipulación genética. Además, en los próximos 20 años dispondremos de nuevos medicamentos biotecnológicos, implantes electromédicos y tecnología de las células madre. ¿Cómo afectarán estos avances a la práctica médica? Es difícil de pronosticar, pero no lo es tanto aventurar un profundo cambio en la configuración de las especialidades médicas y de su práctica (6).

Tecnologías de la información y las comunicaciones

La historia clínica digital compartida, la prescripción electrónica, la M-health o los dispositivos de control domiciliario son ejemplos de aplicaciones, parcialmente implantados, que suponen modificaciones importantes en la práctica sanitaria diaria. La introducción de este conjunto de tecnologías va a suponer una revolución en la manera en la que hoy entendemos la consulta médica e incluso la hospitalización de los pacientes.

Cambios de prestación del sistema sanitario

Como consecuencia es inevitable que se produzcan múltiples cambios en la prestación de servicios sanitarios a diferentes niveles.

El cambio del modelo sanitario

El modelo asistencial habitual está basado en la atención al episodio agudo; modelo que gestiona mal a pacientes con enfermedades crónicas en los que concurren en grado variables situaciones de comorbilidad, dependencia y fragilidad. La estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud es la respuesta a esta necesidad (3). Todas las experiencias señalan que el manejo sistemático de los pacientes con enfermedades crónicas reduce la frecuentación, las estancias hospitalarias, la tasa de consultas urgentes y el consumo de fármacos. Para ello la atención sanitaria debe de ser un continuo entre atención primaria, atención hospitalaria y también el sistema de servicios sociales. Este cambio será posible sólo si la atención primaria asume el control de los pacientes crónicos complejos.

La transformación del hospital

El hospital de los años venideros debe adaptarse a las nuevas circunstancias. La clave es la atención integral al paciente aguda y/o críticamente enfermo. Esto supone adecuar la intensidad de los cuidados a las necesidades asistenciales y coordinar las unidades de urgencias, hospitalización de enfermos agudos y las de cuidados intensivos en un continuo servicio asistencial que proporcione la máxima seguridad. Una segunda orientación prevista es disponer de un circuito independiente para los pacientes que acuden al hospital para una acción programada. Es evidente que nuestra planificación ha de cambiar para atender estas orientaciones (7, 8).

Los cambios en las profesiones sanitarias

Es evidente que modificaciones tan profundas obligarán a reconsiderar la configuración profesional del personal sanitario. Esto incluye la extensión o cambio de las competencias (en facultativos o en personal de enfermería) o la delegación a otras profesiones. Esta aproximación focaliza la labor del médico sobre el diagnóstico y la planificación asistencial mientras que otros papeles tradicionales, como el seguimiento de pacientes crónicos, podría traspasarse a otros profesionales que realizasen procedimientos protocolizados (9).

Situación de la medicina interna en la sanidad del siglo XXI

La medicina interna fue creada en el siglo XIX y desde entonces ha sufrido múltiples cambios para adaptarse a las circunstancias asistenciales de cada momento y de cada país. Como consecuencia, en diferentes países, ha seguido diferentes trayectorias. En España su actividad se centró, hasta finales de los años 80 del pasado siglo, en el ámbito hospitalario. El espectacular desarrollo de las subespecialidades médicas, sobre todo en la segunda mitad del siglo XX, permitió la redistribución de las tareas asistenciales tanto intra como extrahospitalarias. Sin embargo, desde finales de los años 90, el notable y paulatino cambio en las características de los pacientes ha propiciado un nuevo reparto de las cargas asistenciales.

Así, en el año 2008, 15.5% de todos los pacientes ingresados en los hospitales españoles fueron atendidos por servicios de medicina interna. Desde entonces esta cifra está creciendo a un ritmo promedio de 11% anual. En 2013 hasta 17.9%, y sigue creciendo (4, 10). Lógicamente la complejidad de los pacientes alcanza a todos los servicios hospitalarios y con ello se eleva el número de interconsultas intrahospitalarias. Por ello, hasta 61% de los servicios de medicina interna han creado unidades de interconsultas para atender a los pacientes en otros servicios (4). No existe un análisis a nivel nacional de cuál es la carga de trabajo que puede suponer esta actividad; sin embargo, sirvan como referencia las cifras del hospital en donde trabaja el autor de este texto. En dicho hospital, 19.6% de todas las altas hospitalarias provienen del servicio de medicina interna y se suman las interconsultas en el resto de los servicios (definidos como aquellos que suponen al menos dos visitas por paciente) se alcanza hasta 26.2% de todas las altas del hospital. Esto es: los internistas atienden a uno de cada cuatro pacientes hospitalizados, independientemente de su edad o del servicio donde estén ingresados (E. Casariego; Datos no publicados).

De la misma forma, las consultas extrahospitalarias se han elevado hasta 9.4 por cada 1000 habitantes año (4,11). Además, 22% de los hospitales tienen integradas unidades de estancia corta, 55% consultas dedicadas a VIH, 39% consultas de diagnóstico rápido, 30% consultas monográficas de insuficiencia cardiaca o 10% hospitalización a domicilio.

Todo ello parece indicar que estamos en una fase de transformación hospitalaria, adaptación a una nueva realidad asistencial marcada por las nuevas circunstancias (2) y los nuevos pacientes (12). Así, de forma natural, el papel del internista ha crecido en los últimos 10- 15 años (9,13-16). Y, parece claro que es un proceso que no ha hecho más que empezar.

Objetivos de los servicios de medicina interna

1. El papel central asistencial de la medicina interna debe ser: el manejo integral del paciente crónico complejo,

el adulto con difícil diagnóstico sin enfermedad órgano-específica y el paciente hospitalizado crítica o agudamente enfermo (8,14,15).

2. Desarrollar procesos de organización que definan las funciones y los estándares profesionales. Sólo así es posible medir la actividad y la calidad de la atención como base de una mejora progresiva.
3. Impulsar y estructurar la adquisición de conocimientos y habilidades por los profesionales: procesos de formación e investigación.

Por lo tanto el mapa de procesos clave del servicio debe de incluir tanto los asistenciales como los de soporte (organización y gestión) y los estratégicos (formación e investigación) (Figura 1).

Procesos asistenciales en los servicios de medicina interna

Los procesos clave a nivel asistencial que se proponen son los siguientes:

Atención al paciente agudamente enfermo hospitalizado

Este proceso se ha dividido en dos atendiendo a la responsabilidad directa del médico internista en la asistencia al paciente, bien como médico directamente responsable o, en segundo lugar, con otro especialista como médico directamente responsable (interconsultas). En ambos casos este proceso está claramente definido por una secuencia de actividades que se pueden diferenciar en: ingreso, seguimiento y alta (Figura 2) (11,17). El subproceso de ingreso debe incluir varios estándares (historia completa y tratamiento al ingreso o transferencias entre departamentos ágiles). El de seguimiento ha de asegurar la calidad de la atención y la seguridad del paciente (médico referente único, pase de vista diario, personal de enfermería suficiente, etc). Por último el subproceso de alta ha de incluir su planificación, un informe de alta correcto o la conciliación del tratamiento (18)

Proceso de consultoría a atención primaria y otras especialidades

En su concepción actual debe diferenciarse de la “consulta externa clásica” en la medida que su objetivo principal es



Figura 1. Mapa sintético de procesos en una Unidad de Medicina Interna.



Figura 2. Proceso de hospitalización en una Unidad de Medicina Interna.

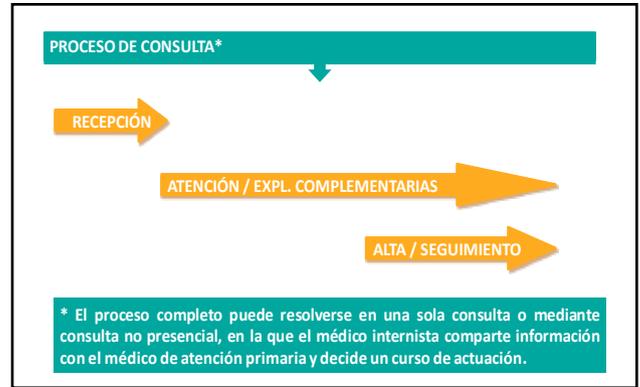


Figura 3. Proceso de consulta en una Unidad de Medicina Interna.

disponer de procedimientos ágiles que permitan priorizar a los pacientes más graves y diagnosticar con rapidez. Para ello el diseño debe evitar las consultas presenciales innecesarias. Se enfatiza la relación con los facultativos extrahospitalarios ya que de ellos proceden la mayoría de las consultas. Por ello es importante estructurar comunicaciones estables y circuitos rápidos de evaluación de pacientes.

La atención se subdivide en recepción, evaluación y alta (Figura 3). Esta secuencia de actividades puede modificarse en el caso de la consulta no presencial (donde el paciente no se desplaza y el contacto se produce por otro medio) y de la interconsulta (facultativos emisores y receptores de la consulta, discuten y deciden aspectos concretos de la atención a un paciente) (18).

Proceso de atención al paciente crónico complejo y de continuidad asistencial

Este proceso participa de los dos anteriores (Figura 4) y su objetivo es la atención sistemática de pacientes en los que, en numerosas ocasiones, convive la cronicidad con la dependencia y la fragilidad. Las experiencias muestran que el manejo sistemático de estos pacientes reduce la frecuentación, las estancias hospitalarias, las consultas urgentes y el consumo de medicamentos (19). Las claves para prestar esta atención están recogidas en la estrategia de abordaje a la cronicidad del Ministerio de Sanidad (3).

Este proceso requiere el acceso universal de los pacientes potencialmente elegibles y la selección de aquellos en los que es posible obtener un beneficio de su situación clínica.

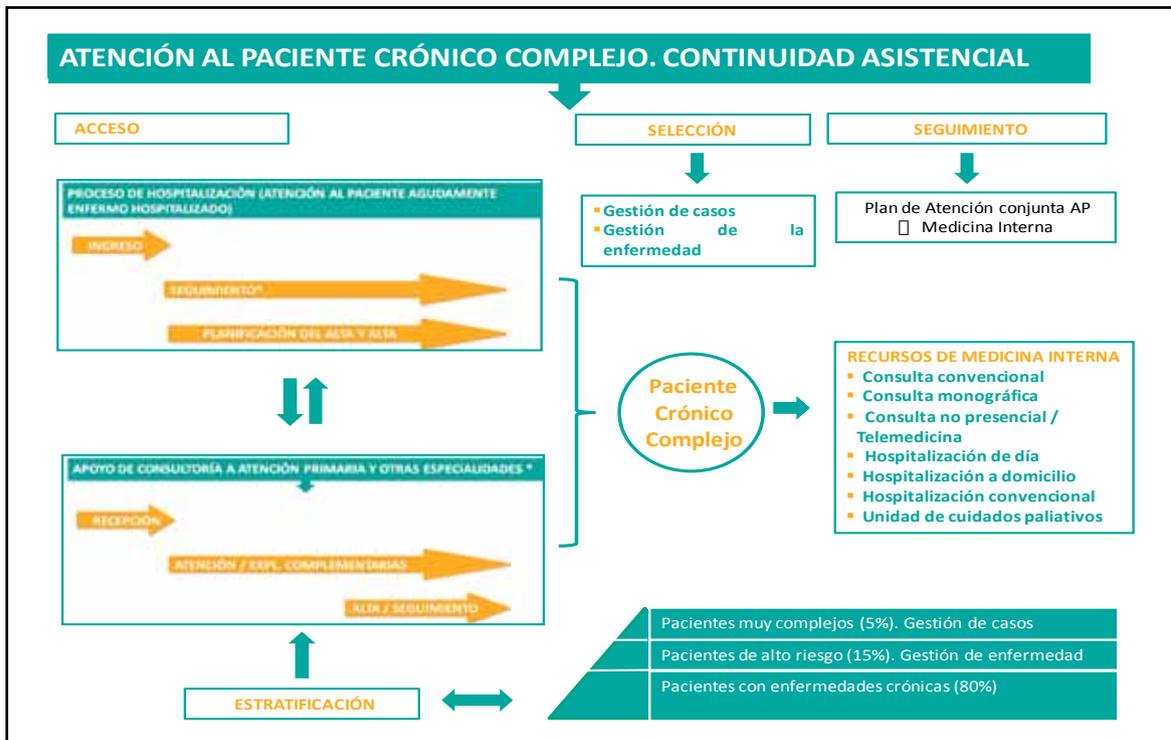


Figura 4. Proceso atención al paciente crónico complejo en una Unidad de Medicina Interna.

La selección adecuada debe de permitir una correcta gestión de casos o menos probable, de la enfermedad. Se requiere un seguimiento muy estrecho con los recursos adecuados (médico responsable único, personal de enfermería específico, modelo de atención conjunta con atención primaria, fácil acceso, etc). En su seguimiento se pueden utilizar diferentes recursos de la medicina interna: consulta convencional, consulta monográfica, consulta no presencial/telemedicina, hospitalización de día, hospitalización a domicilio, hospitalización convencional o unidades de cuidados paliativos según las necesidades (18).

Procesos no asistenciales en los servicios de medicina interna

El soporte de esta actividad son los Procesos Organizados. Su responsable ha de diseñar su arquitectura asistencial (organigrama, cartera de servicios, etc), liderar su arquitectura humana (sesiones clínicas, reuniones de coordinación, etc) y dotar y actualizar los indicadores de calidad y seguridad que permitan medir y mejorar el funcionamiento asistencial.

Sin embargo, nada de ello sería posible sin un plan de formación e investigación. La formación continuada de todo el personal, de todas las categorías y de todos los rangos, es clave para cumplir los objetivos previos. Desarrollar proyectos de investigación, evaluados en concursos competitivos y participar en publicaciones en revistas de prestigio es indispensable para el progreso y mejora del servicio. Por ello, la investigación debe de tener un plan con objetivos propios.

Conclusión

En los próximos años los servicios de medicina interna asumirán una mayor carga de trabajo en todos los ámbitos de su actividad asistencial. Se centrará fundamentalmente en las áreas de diagnóstico y en el tratamiento y manejo de los pacientes más complejos. Y no será exclusivamente en las áreas tradicionales sino también en todos los ámbitos intra y extrahospitalarios.

El incremento paralelo de la actividad asistencial y de su complejidad clínica es un reto enorme. Enfrentarlo obliga a los internistas a disponer de los conocimientos y habilidades para la atención integral del paciente, disponer de una estructura de atención adecuada y observar exigentes niveles de calidad.

Financiación y conflictos de interés

El autor no declara ningún conflicto de interés. Este documento no dispone de financiación alguna.

Referencias

1. **Palanca I (Dir), Medina J (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos.** Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. *Min Sani Polit Soc.* 2009. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf.
2. Proceso Asistencial del Paciente con Enfermedades Crónicas Complejas y Pluripatológico. SEMI, semFYC, FAECAP. *Fundación IMAS. SEMI. Estándares de las Unidades de MI 38 / 39.*
3. **Ferrer C, Orozco D, Román P (Coord.Cientif.)**. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. *Min Sani, Servi Soci Igual.* 2012.
4. **Zapatero Gaviria A, Barba Martín R, Román Sánchez P, Casariego Vales E, Díez Manglano J, García Cors M et al.** RECALMIN. La atención del paciente en las unidades de medicina interna del Sistema Nacional de Salud. *Rev Clin Esp.* 2016; **216**: 175-82.
5. **Ollero M (Coord.), Álvarez M, Barón B y cols.** Proceso asistencial integrado. Atención a pacientes pluripatológicos. 2ª Edición. *Consej Salud.* Andalucía. 2007.
6. Consultant physicians working with patients, revised 5th edition (online update). London: RCP, 2013.
7. 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.
8. **Dowdle R.** Acute internal medicine and general internal medicine. En: Royal College of Physicians. Consultant physicians working with patients, revised 5th edition (online update). *London: RCP,* 2013, **pp.:** 17-25.
9. Royal College of Physicians. Acute medical care. The right person, in the right setting – first time. Report of the Acute Medicine Task Force. *London: RCP,* 2007.
10. **Barba Martín R, Marco Martínez J, Emilio Losa J, 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.
11. Metodología de análisis de la hospitalización en el SNS. Modelo de indicadores basado en el Registro de Altas (CMBD). Documento base. Agencia de Calidad del SNS Instituto de Información Sanitaria. *Min sani Cons.* 2008.
12. **Rabuñal R, Monte R, Casariego E, Pita S, Pértega S, Bal M.** Valoración de las actividades básicas de la vida diaria y de deterioro cognitivo en centenarios: concordancia entre las escalas utilizadas. *Rev Calid Asist* 2012; **27**: 44-49.
13. **Matesanz Fernández M, Íñiguez Vázquez I, Rubal Bran D, Pértega Díaz S, Conde Freire J, Casariego Vales E.** Multimorbilidad en los servicios médicos hospitalarios: un problema clínico y de gestión. *Galicia Clin* 2012; **73 (Supl. 1)**: S15-S19.
14. **Kramer MH, Bauer W, Dicker D, Durusu-Tanriover M, Ferreira F, Rigby SP, et al.** Working group on professional issues; European Federation of Internal Medicine. The changing face of internal medicine: patient centred care. *Eur J Intern Med* 2014; **25**: 125-7.
15. College of Physicians. Consultant physicians working with patients, revised 5th edition (online update). *London: RCP,* 2013. <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/consultant-physicians-working-patients-revised-5th-edition>
16. **Casariego Vales E.** Pacientes crónicos, pronósticos completas. *Rev Clin Esp* 2013; **213**: 336-7.
17. **Palanca I (Dir), González L (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos.** Unidad de enfermería de hospitalización polivalente de agudos. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. *Min Sani Polit Soc.* 2009. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UEH.pdf>
18. **Grupo de Trabajo de SEMI (Coords. Cientif. Casariego E y Elola J).** Los Servicios de Medicina Interna en el Sistema Nacional de Salud. Estándares de organización y funcionamiento para un servicio centrado en el Paciente. *Soci Española Med Inte,* Madrid, 2016. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/formularios/estandares-mi-s-xxi.pdf>.
19. **Matesanz-Fernández M, Monte-Secades R, Íñiguez-Vázquez I, Rubal-Bran D, Guerrero-Sande H, Casariego-Vales E.** Characteristics and temporal pattern of the readmissions of patients with multiple hospital admissions in the medical departments of a general hospital. *Eur J Intern Med.* 2015 ; **26**: 776-81.