

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 1515-3460
Buenos Aires
Vol 2 | Núm 4 | Dic 2014
Páginas 63-68.

Recibido: 19/05/2014
Aceptado: 01/11/2014

ESTUDIO DE LAS INTERCONSULTAS SOLICITADAS POR LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

STUDY OF INTERNAL MEDICINE CONSULTATIONS REQUESTED BY SURGICAL SERVICES

¹Gabriela Varela, ²Silvina Crerar, ³Diego Brosio, ⁴Guillermo Macías, ⁵Marcelo Castellano,
⁶Juan Carlos Scioscia, ⁷Daniel Pi Dote.

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

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

³ Jefe del Servicio de Clínica Médica.
H.G.A. Dr. Enrique Tornú.
CABA. Argentina.

⁴ Médico de planta del Servicio
Ortopedia y Traumatología. H.G.A.
Dr. Enrique Tornú. CABA. Argentina.
Docente de la UNLaM.

⁵ Médico clínico titular de Guardia.
H.G.A. Dr. Enrique Tornú. CABA.
Argentina.

⁶ Jefe de Unidad 8 del Servicio de Clínica
Médica. H.G.A. Dr. Enrique Tornú.
CABA. Argentina.

⁷ Jefe de Departamento de Clínica
Médica. H.G.A. Dr. Enrique Tornú.
CABA. Argentina.

RESUMEN

Introducción Existe un incremento de interconsultas clínicas debido al envejecimiento poblacional y a nuevos procedimientos quirúrgicos aplicables en pacientes de mayor edad. **Materiales y métodos** Se analizaron las características sociodemográficas y epidemiológicas de las interconsultas solicitadas en días laborables del periodo 01/06/2010-31/05/2013, por servicios quirúrgicos (cirugía general junto a vascular, urología, plástica, ORL, ginecología y tórax) al servicio de Medicina Interna, así como las diferencias con los no interconsultados. **Resultados** De 4.297 pacientes, se solicitaron 354 interconsultas (8,3 %) con una media de visita de 2,92. Ingresaron desde urgencias 167 (47,2 %) y programadas 107 (30,1 %). El 80,5 % las solicitó cirugía general, 6,5 % tórax y 5 % urología y ginecología. El 50,2 % fueron hombres. La edad media fue de 62,7 años (DE 18,5) y los hombres presentaron menor edad media (61,6; DE 17,9) ($p = 0,2629$). El 65 % fue dado de alta, el 25 % trasladado a otros servicios. Entre los no interconsultados (3.943) 21 % ingresaron desde la guardia y 73 % programados. El 89 % fue dado de alta y el 5,5 % trasladado a otros servicios. La mediana de estadía de los interconsultados fue mayor (10 vs 3 días; $p = 0,0001$) presentando además mayor edad media (62,7 vs. 54) ($p = 0,000$) y mortalidad (19,7 x 1.000 vs 1,5 x 1.000). Los motivos fueron evaluación general (26,3 %), nefrourológicas (12,4 %), cardiovasculares y síndrome febril (11,6 %). **Conclusiones** Los interconsultados presentaron mayor: edad media, mediana de estadía; más ingresos desde guardia; traslados a otros servicios y óbitos. El motivo más frecuente fue la evaluación general. Se demuestra la importancia de la interconsulta para identificar pacientes con mayor riesgo de presentar complicaciones clínicas.

PALABRAS CLAVE Interconsulta, medicina interna, tiempo de internación, cirugía.

ABSTRACT

Introduction There is an increment in the number of internal medicine consultations secondary to population aging and to the new procedures applicable to older patients. **Materials and methods:** We describe the characteristics of clinical consultations requested by surgical services (general surgery, vascular surgery, urology, plastic surgery, otorhinolaryngology, gynecology and thoracic surgery) during the period 06/01/2010-05/31/2013, excluding weekends. We analyze the epidemiological differences between these patients and those for whom no consultation was made. **Results:** From a total of 4297 patients, there were 354 consultations (8.3%), with a mean of 2.92. One hundred and sixty seven (47.2%) came from the emergency room and 107 (30.1%) were programmed. The 80.5% corresponded to general surgery, 6.5% to thoracic surgery and 5% to urology and gynecology. The 50.2% were men. The mean age was 62.7 years (SD 18.5), with men younger than women (mean 61.6; SD 17.9) ($p=0.2629$). A 65% were discharged from the ward while 25% were transferred to other services. From the patients without consultations (3 943), 21% came from the emergency room and 73% were programmed. 89% were discharged and 5.5% were transferred to other services. the median stay length was higher for patients with consultation (10 vs 3 days; $p=0.0001$), who also showed higher mean age (62.7 vs 54) ($p=0.000$) and higher

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Gabriela Varela.
Avenida Santa Fe 4922 2° F.
1425 CABA. Argentina.
fervarela2000@yahoo.es

mortality (19.7x1000 vs 1.5x1000). The reasons for internal medicine consultation were general assessment (26.3%). nephrourological causes (12.4%). cardiovascular causes and febrile syndrome (11.6%).

Conclusions: The patients who required consultations presented higher mean age, higher median stay length, more admissions from the emergency room, more transfers to other services and higher death rate. The principal reason for clinical consultation was general assessment. We demonstrated the importance of internal medicine consultation in the identification of patients with higher risk of clinical complications..

KEY WORDS: Consultation, internal medicine, length of stay, surgery.

Introducción

La interconsulta médica (IC) representa en la actualidad una de las formas de comunicación, de relación y de intercambio de conocimientos específicos más frecuentes entre los diferentes servicios, siendo de vital importancia para el desarrollo de la actividad asistencial. En el caso de los servicios de medicina interna esta actividad constituye un soporte a otros servicios del hospital, aportando conocimientos y habilidades propios de la especialidad.

Para el médico clínico la actividad que deriva de las interconsultas constituye una importante carga de trabajo muchas veces subestimada. En la literatura hay pocos trabajos relacionados con el tema, siendo la mayoría de ellos europeos y norteamericanos (1-6). Existen publicaciones relacionadas con la intervención del médico clínico en el área traumatólica o con la evaluación prequirúrgica pero muy pocos concentran su atención en las interconsultas solicitadas para pacientes internados en otras áreas quirúrgicas (1,5).

En los últimos años se observa una tendencia al incremento en el número de interconsultas. Esto podría vincularse con el envejecimiento de la población debido al aumento de la expectativa de vida (en CABA: 78,5 años mujeres y 73,4 hombres) (7) asociando que esta población presenta mayor complejidad y más comorbilidades. También podría vincularse a nuevos procedimientos quirúrgicos y/o anes-tésicos que permiten tratar a pacientes de mayor edad (2).

Según trabajos europeos el mayor número de pacientes interconsultados ingresan derivados desde el servicio de urgencias siendo gran parte de estas consultas motivadas por enfermedades crónicas o descompensación de las mismas y el resto debido a procesos agudos (1,3-5,8). En cuanto al motivo de interconsulta entre los más frecuentes se encuentran los relacionados con cuadros respiratorios, cardiovasculares y el síndrome febril.

La literatura consultada da cuenta de evidencia adicional acerca de un aumento de la mortalidad y estadía hospitalaria del grupo de pacientes en que se solicita interconsulta comparada con el que no (4,8,9).

Evalutando las características de los pacientes internados en los diferentes servicios quirúrgicos se observa una similitud en la complejidad de los pacientes traumatológicos a los del resto del área quirúrgica (incremento de la edad y comorbilidad); lo que nos hace pensar y deducir que la participación del médico clínico seguramente aumentará en los próximos años (2,10-12).

Los objetivos del estudio fueron determinar y describir las características de las consultas solicitadas por los servicios quirúrgicos (cirugía general, urología, cirugía plástica, otorrinolaringología, ginecología y cirugía de tórax) (exceptuando traumatología) al servicio de Medicina Interna de los pacientes que se internaron en la sala de cirugía general del Hospital General de Agudos "Dr. E. Tornú" (HGAET), desde el 01 de junio de 2010 al 31 de mayo de 2013. Y analizar las diferencias en el perfil epidemiológico entre los pacientes a los que se les solicitó interconsultas y a los que no.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio con diseño observacional descriptivo que comprendió el periodo entre el 1° de junio de 2010 y 31 de mayo de 2013 sobre las interconsultas solicitadas por los servicios quirúrgicos al servicio de clínica médica.

Los datos se obtuvieron a partir de una base de datos informatizada del servicio de clínica médica. Esta base es mantenida por dos médicas destinadas al seguimiento diario de los pacientes que ingresan a la sala traumatología y a la realización de las interconsultas solicitadas por los otros servicios quirúrgicos. Para la recolección de datos se utilizó un formulario creado ad hoc.

Los datos sobre cantidad de internaciones fueron aportados por la Secretaria del Departamento de Cirugía y por el Departamento de Estadística.

Se incluyeron todas las interconsultas realizadas al servicio de Medicina Interna en los días laborables habituales (lunes

a viernes durante las mañanas) procedentes de los diferentes servicios quirúrgicos (cirugía general junto a cirugía vascular, urología, cirugía plástica, otorrinolaringología, ginecología y cirugía de tórax) de los pacientes de ambos sexos que ingresaron a la sala de internación quirúrgica. Se excluyeron las interconsultas solicitadas fuera del horario laborable habitual (realizadas por médicos clínicos pertenecientes al departamento de urgencia) y los pacientes ingresados en el sector de traumatología, ya que estos últimos cuentan con seguimiento clínico diario por médicos internistas sin necesidad de solicitud de interconsulta.

Las variables consideradas en este estudio fueron edad, sexo, servicio que solicita interconsulta, procedencia del paciente, motivo de ingreso, motivo de consulta, número días de seguimiento, número de visitas, estadía previa a la interconsulta, estadía hospitalaria total, mortalidad intrahospitalaria y destino del paciente.

Se ha considerado un solo motivo de interconsulta y un solo motivo de internación para facilitar la interpretación de los resultados y se consideró "interconsulta" a la primera respuesta a la consulta solicitada; "seguimiento" a los días de control de las mismas interconsultas (sin necesidad de solicitud de nueva interconsulta); y "visitas" a la suma de las interconsultas y seguimientos.

Para la evaluación de las diferencias entre las variables cuantitativas se utilizó el test t de Student. Para las variables con distribución no normal, se usó el test de igualdad de medianas. Los datos fueron analizados con los programas Excel y Stata.

El presente trabajo cuenta con la Aprobación del Comité de Docencia e Investigación y Ética en Investigación del HGAET de acuerdo a la Ley 3301/09 de la CABA.

Resultados

Durante el período entre el 1° de Junio de 2010 y 31 de Mayo de 2013 se internaron en el HGAET 22.039 pacientes, de los cuales 4297 lo hicieron en la sala de cirugía (19,2 %).

Se solicitaron en dicho período 354 consultas (8,3 %) al servicio de clínica médica; 167 (47,2 %) ingresaron derivados desde el servicio de urgencias, 73 (20,7 %) desde otros servicios, 107 (30,1 %) en forma programada, desconociéndose la procedencia de 7 casos (2 %).

Se realizaron 680 seguimientos y 1.034 visitas siendo la media de visita de 2,92.

El 80,5 % de las interconsultas fueron solicitadas por el servicio de cirugía general (integrando en este mismo al servicio de cirugía vascular), el 6,5 % por el servicio de cirugía de tórax y 5 % por urología y ginecología (Figura 1). Cabe aclarar

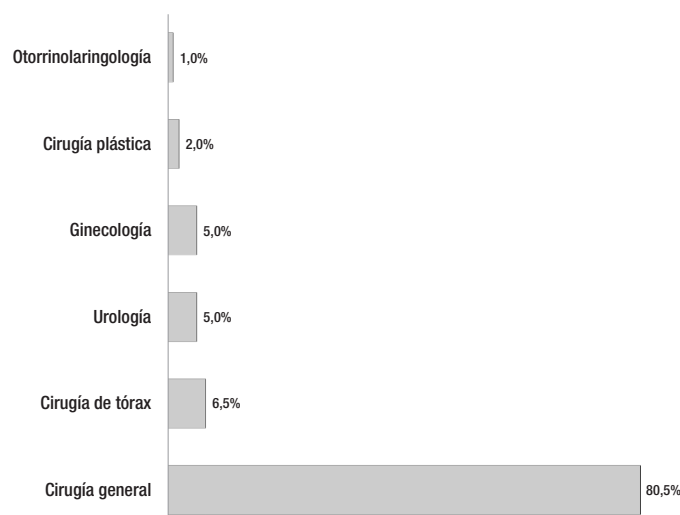


Figura 1. Interconsultas por servicios (%).

que el mayor porcentaje de internaciones se encuentra en el servicio de cirugía general (57,1 %).

En el estudio se observó un porcentaje similar de hombres (50,2 %) y mujeres (49,8 %) siendo la Razón de masculinidad cercana a 1.

La edad media fue de 62,7 (DE 18,5). Los varones presentaron menor edad media (61,6; DE 17,9), aunque la diferencia con las mujeres (63,8; DE 19) no fue significativa ($p = 0,2629$).

Los días de internación no presentan una distribución normal por lo que se utilizó como medida de centralización y dispersión a la mediana y el rango intercuartil (RI). La mediana de la estadía hospitalaria fue de 10 días (RI = 15,3 días) y la de tiempo de solicitud de interconsulta desde el ingreso fue de 3 días (RI = 7).

En cuanto al egreso, el 65 % fue dado de alta mientras que el 25 % requirió traslado a otros servicios: (39 % a unidad de cuidados intensivos (UTI), 32 % a clínica médica (CM), 13 % unidad de cuidados intermedios (UTIM), 10 % a guardia, 3,2 % a unidad de cuidados paliativos (UCP) y 2 % a neumología).

Fallecieron 7 pacientes (2 %) con una edad media de 72 años (DE 17,9), ingresando 5 de ellos desde el servicio de urgencias y desconociéndose el egreso en el 8 % de los casos.

El porcentaje de interconsultas muestra una tendencia en aumento a lo largo de todo el período, tal como muestra la figura 2.

Fueron 3.943 pacientes (91,7 %) los que no se realizaron interconsultas (NIC), los cuales presentaron una mediana de edad de 55 años y una estadía mediana de 3 días. El 21 % de los casos fueron ingresados desde la guardia y el 73 % fueron de forma programada, el 5,5 % desde otros servicios y se desconoció la procedencia del 0,5 % de los casos.

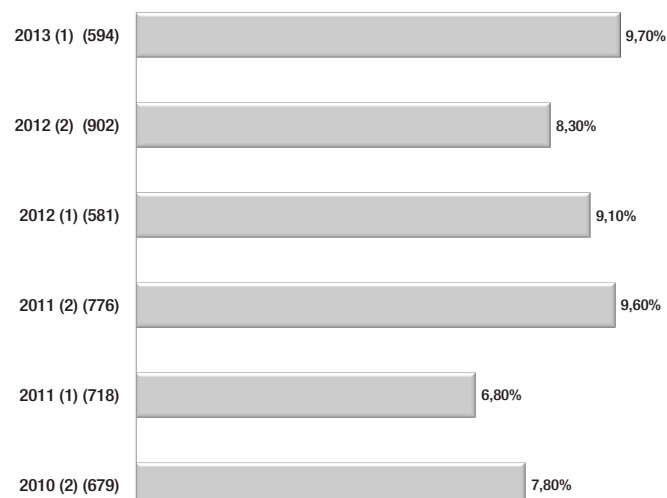


Figura 2. Porcentaje de interconsultas en cada semestre. Entre paréntesis, número total de pacientes internados en el pabellón quirúrgico. El porcentaje indica la cantidad de interconsultas.

El 89 % se fue de alta y el 5,5 % requirió traslado a otros servicios (48 % a UTI, 17 % a CM, 16 % a neumología, 10 % a guardia, 7 % a UTIM y 1 % a UCP); en el 5,4 % se desconoció su egreso y fallecieron 6 pacientes (0,15 %) con una edad media de 69,3 años (DE 12,5).

Comparando ambos grupos, la razón no interconsultados / interconsultados fue de 0,09. La mediana de la estadía de los pacientes interconsultados fue mayor (Mediana: 10 días; RI = 15,25 días) con respecto a los no interconsultados (Mediana: 3; RI: 3) de forma estadísticamente significativa ($p = 0,000$), y la mediana de estadía previo a la interconsulta fue similar a la mediana de estadía de los pacientes no interconsultados (3 días) (Tabla 1).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE ESTADÍA DE PACIENTES INTERCONSULTADOS Y NO INTERCONSULTADOS

Parámetros	Interconsultados (n = 354)		No Interconsultados (n = 3.943)
	Días hasta la interconsulta	Días de +internación	Días de internación
Media	6	14	5
DE	8,07	14,28	9,8
Valor Máx.	65	135	368
Valor Mín.	1	1	1
Mediana	3	10	3
Q1	1	5	2
Q3	8	20,25	5
RI	7	15,25	3

Fuente: elaboración propia

Los pacientes interconsultados además presentaron mayor edad media (62,7 vs. 54 años) ($p = 0,000$) (Tabla 2).

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DE EDAD DE PACIENTES INTERCONSULTADOS Y NO INTERCONSULTADOS

Edad (años)	Interconsultados		Total (n = 354)	No interconsultados Total (n = 3.943)
	Femenino (n = 176)	Masculino (n = 178)		
Media	63,8	61,6	62,7	53,9
DE	19	17,9	18,5	18,3
IC 95%	61-66,7	59-64,2	60,8-64,6	53,3 - 54,5
Mediana	65,5	65	65	55
Valor Máx.	95	94	95	101
Valor Mín.	15	17	15	11
Rango	80	77	80	90

Fuente: elaboración propia

Se observa mayor números de óbitos en el primer grupo (19,7x1000 vs. 1,5x1000) siendo la edad media de los mismos mayor de forma no significativa (interconsultados: 72 años con DE 17,9; no interconsultados: 69,3 años con DE 12,5) ($p = 0,38$).

El motivo de interconsulta más frecuente fue la evaluación clínica general (26,3 %) (Tabla 3). Entre los pacientes interconsultados, los principales motivos de internación fueron las patologías de la vía biliar (21,75 %), las vasculares (8,2 %) y las de origen pancreático (7 %).

TABLA 3. MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES (N = 354)

Motivo de consulta	Número
Evaluación clínica general	93
Nefro-urológicos	44
Cardiovascular	41
Fiebre	41
Respiratorias	21
Metabólicas-electrolíticas	21
Infectológicas	20
Gastrointestinal	16
Hematológicas	14
Relacionadas con el tratamiento	12
Neurológicas	11
Dermatológicas	3
Otros	17

Discusión

No hemos encontrado en la literatura nacional estudios que tomen en cuenta las interconsultas quirúrgicas (no traumatológicas) a un servicio de clínica médica en un hospital público.

Existen en la actualidad pocos trabajos extranjeros relacionados con el tema, seguramente debido a la dificultad que presenta la elaboración de estudios de este tipo, que nosotros asociamos con la mencionada subestimación de esta actividad asistencial del médico clínico. Resulta difícil comparar entre los diferentes artículos debido a las características de los mismos, resaltando que en el nuestro no se toma en cuenta a los pacientes traumatológicos (ya que cuentan con seguimiento clínico diario) los cuales figuran –en la mayoría de los estudios consultados– como el servicio que más interconsultas solicita (2-4). En nuestra experiencia el servicio que más interconsultas solicitó fue el servicio de cirugía general (80,5 %) presentando un alto porcentaje si lo comparamos con la bibliografía que muestran valores entre el 40-68 % (2,11). Es importante aclarar que el mismo fue el que más internaciones presentó en el período estudiado (57 %).

El porcentaje de interconsultas fue mayor (8,3 %) con respecto a la literatura citada (4 %) (1,4), destacándose además que los valores mayores se observaron en los últimos semestres. Creemos que esta tendencia, en parte, se puede explicar por una mejor comunicación entre los médicos cirujanos y los médicos clínicos, interviniendo además varios factores como la presencia del mismo médico clínico en la sala de cirugía, la rapidez de la respuesta, el seguimiento continuo del paciente y la experiencia adquirida en el trabajo conjunto. En un artículo publicado por Montero Ruiz y colaboradores, se han comparado las características de los pacientes dados de alta entre 2000 y 2007, pudiendo observar un aumento del número de interconsultas clínicas generadas principalmente por el servicio de cirugía general que llegaron al 104,5 % con solo un leve aumento en el número de ingresos (16 %), relacionándolo este autor con el aumento de la edad y comorbilidades en dicho período (10).

La edad media de los pacientes IC en nuestra serie fue de 62,7 años. A diferencia de otro trabajo publicado donde tampoco se incluían pacientes traumatológicos que fue de 74 años (1). La media de visita fue similar que la bibliografía (3,3 días) (1,4).

Cuando se analiza el lugar de admisión de los pacientes IC se observa que fueron más frecuentes los que ingresaron derivados de la guardia (47,2 %) que aquellos internados de forma programada (30,1 %) a diferencia de los pacientes NIC que fue a la inversa. Esto concuerda con el trabajo publicado por Soler y col. (70,5 % desde guardia, 29,5 % programados) (1). Esta característica junto a la mayor mediana de estadía (10 días) indica el grado de complejidad de los pacientes interconsultados y la dificultad en su manejo.

En nuestro estudio, el motivo más frecuente de interconsulta por categorías de enfermedades fue la evaluación clínica general, seguida por causas nefrourológicas, cardiovasculares y el síndrome febril. Los pocos estudios existentes que presentan diferentes características entre sí, y concuerdan que es difícil cuantificar los motivos de IC por la dispersión de los datos, coinciden en que en primer lugar se encuentran los motivos

respiratorios y cardiovasculares y en segundo lugar el síndrome febril (1-5).

Por otra parte, en los pacientes IC se requirió el traslado a otros servicios en un porcentaje mayor siendo más frecuente en ambos grupos el traslado a UTI en primer lugar y a clínica médica en segundo lugar.

Al evaluar la mortalidad, se evidenció una mayor mortalidad en los pacientes IC, siendo la edad media de los fallecidos mayor que la de los pacientes fallecidos NIC. Todos estos resultados son similares a los publicados por Soler y col. (15 % de fallecidos en pacientes IC y 2 % en NIC) (1,4).

La mayor mortalidad en los pacientes IC se puede interpretar que es debido a que son pacientes de mayor edad con mayor fragilidad y complicaciones, asociado además a su condición de ingreso ya que 5 de los 7 pacientes fallecidos fueron ingresados desde el servicio de urgencias.

Es decir al igual que la bibliografía consultada en los pacientes que requirieron interconsulta presentaron mayor estadía media hospitalaria, mayor mortalidad y mayor porcentaje de ingresos desde los servicios de urgencias. Por ello creemos que uno de los objetivos principales del médico clínico que realiza interconsultas sería reducir la morbilidad y la estadía media hospitalaria a través de la visión global del paciente y trabajando de forma interdisciplinaria junto a los servicios quirúrgicos de referencia. Para llevar adelante esta tarea, es necesario tener en claro algunos aspectos relacionados con los profesionales intervinientes. Es importante conocer claramente el propósito y las razones de la interconsulta, delimitar la responsabilidad sobre el enfermo entre el solicitante y el consultor y la adecuada transferencia de ésta entre ellos, disponiendo de una comunicación fluida y adecuada.

Llama la atención que el principal motivo de interconsulta fue la evaluación clínica general (26 %), la gran mayoría de estas solicitudes fueron prequirúrgicas (60 %), este hecho señalaría la necesidad de una valoración del enfermo quirúrgico en el período preoperatorio por el médico clínico, para identificar a aquellos pacientes con mayor morbilidad. De esta manera se podrían evitar las suspensiones de cirugías, el stress del paciente y prolongación innecesaria de la internación, con una mejora significativa en la calidad de la atención médica.

Sobre la participación del médico internista en la atención de los pacientes en los servicios quirúrgicos se generan dos situaciones que merecen ser debatidas. La primera es si el médico clínico debe continuar acotando su intervención en torno a la solución de los problemas puntuales, que originaron el motivo de consulta. La segunda, se refiere a ponderar la importancia de una valoración global de los pacientes internados. En este caso, el seguimiento diario por parte del internista permitiría detectar variaciones iniciales en la situación clínica, cambios en el estado general de los enfermos, que llevaría a identificar

y actuar rápidamente las complicaciones que puedan surgir, sin esperar que sean detectadas en forma tardía.

En este estudio no se incluyeron las interconsultas realizadas por el servicio de urgencias (fuera del horario laboral habitual) ya que éstas no son registradas en forma sistemática, careciéndose así de los datos para su análisis

Pensamos que estudios de este tipo ayudan a mejorar la organización, la gestión local de recursos humanos y a planear estrategias que promuevan mejorar la calidad en los servicios asistenciales hospitalarios por parte de del servicio de clínica médica a otros. Y que el gran desafío, en la actualidad, es la de delinear el rol de médico especialista en medicina interna en un servicio de cirugía.

Agradecimientos

Al Departamento de Estadística del Hospital Tornú.
A Paula, Lucas y Duque.

Bibliografía

1. Soler-Bel J, Sala C, Relafio N y col. Estudio de las interconsultas solicitadas por el Servicio de Cirugía General al Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid)* 2007; 24: 520-524.
2. Montero Ruiz E, Lopez Alvarez J, Hernandez Ahijado C. Estudio de las interconsultas solicitadas a un servicio de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2004;204:507-10.
3. García Lázaro M, et al. Estudio de la actividad asistencial de Medicina Interna en relación a las interconsultas. *An. Med. Interna* 2003; 20(10):510-514.
4. Monte Secades R, Rabuñal Rey R y col. Papel del internista como consultor de los servicios quirúrgicos. *Rev Clin Esp.* 2004 Jul;204(7):345-50.
5. Díaz Peromingo JA, Grandes Ibáñez J y col. Study of consultation in an Internal Medicine Department. *Rev Clin Esp.* 1999;199(2):66-72.
6. Salerno SM, Hurst F. y col. Principles of effective consultation: an update for the 21 st -century consultant. *Arch Intern Med.* 2007 Feb 12; 167(3):271-5.
7. Ministerio de Hacienda, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. DGEC-MH GCBA 2010. El modelo CABA II y los resultados del Censo 2010. Informe de resultados 575. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/ir_2013_575.pdf
8. Mollema R et al. The value of peri-operative consultation on a general surgical ward by the internist. *Neth J Med.* 2000;56 (1):7-11.
9. Girón JA. La interconsulta de servicios quirúrgicos: Una misión para el internista. *Rev Clin Esp* 2004;204:343-4.
10. Montero Ruiz E, Pérez Sánchez L y col. Factores que influyen en la solicitud de interconsultas a medicina interna por los servicios quirúrgicos. *Cir Esp.* 2011;89 (2):106-11.
11. Bugar JM et al. Utilization of a preoperative assessment clinic in a tertiary care centre. *Clin Invest Med.* 2002;25(1-2):11-8.
12. Sharma G, Kuo YF y col. Comanagement of hospitalized surgical patients by medicine physicians in the United States. *Arch Intern Med.* 2010;170(4):363-8.