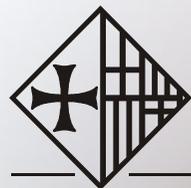


El Consultor Quirúrgico

¿Un rol de futuro para el internista?

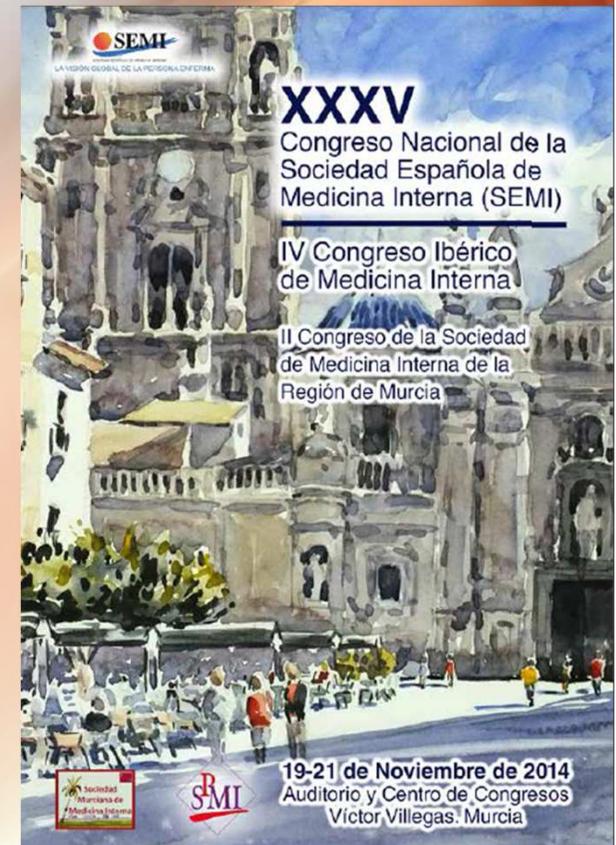
mucho

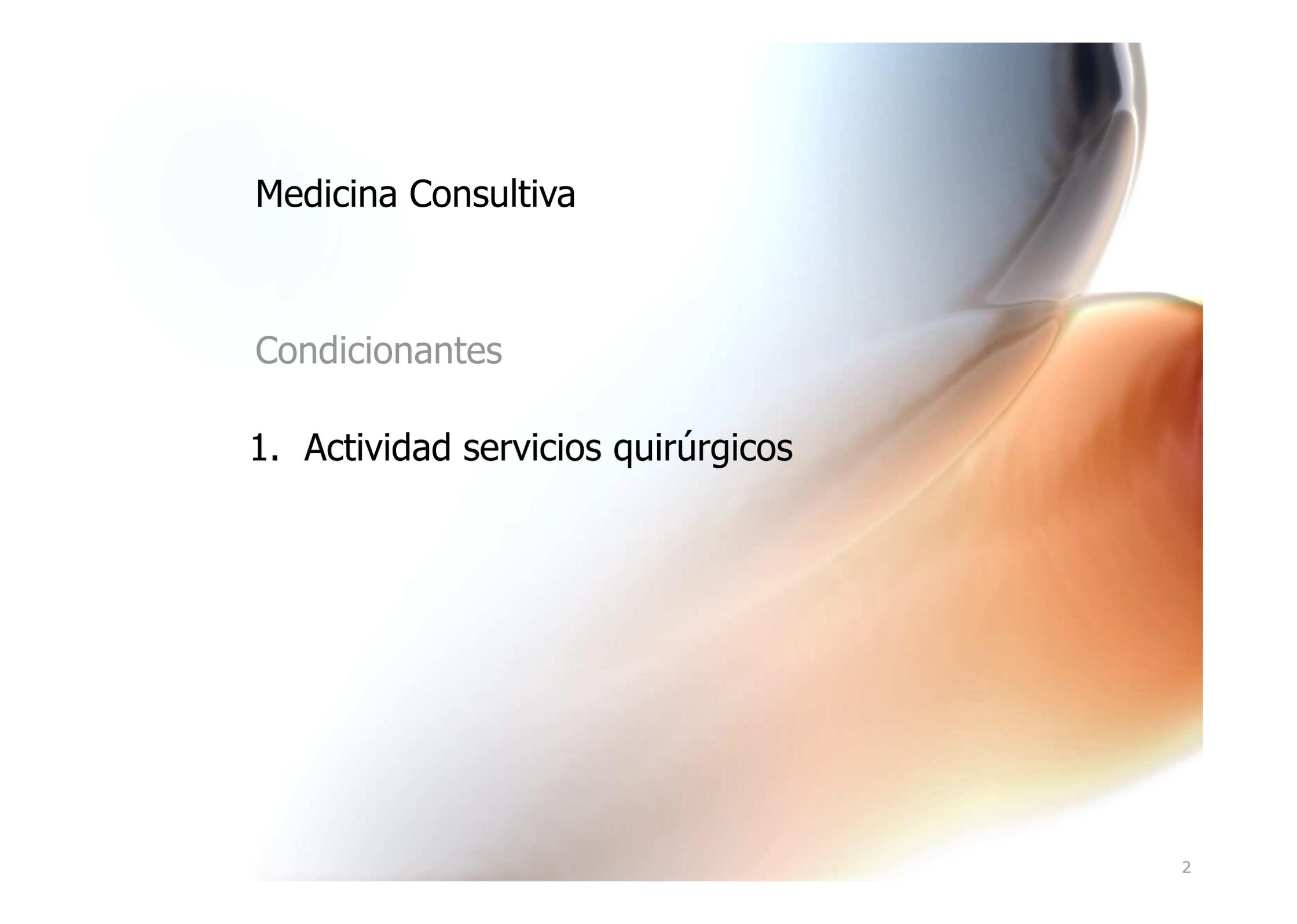
Jordi Casademont
Murcia Noviembre 2014



HOSPITAL DE LA
SANTA CREU I
SANT PAU

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA





Medicina Consultiva

Condicionantes

1. Actividad servicios quirúrgicos

USA

- 33×10^6 IQ/año
- 1×10^6 complicaciones médicas
 - IAM
 - IC
 - AVC
 - Neumonía
 - TEP-TVP
 - Insuficiencia respiratoria
 - Delirium*
 - Insuficiencia renal...
- 25.000×10^6 millones \$



España

- 2012: $3,4 \times 10^6$ IQ

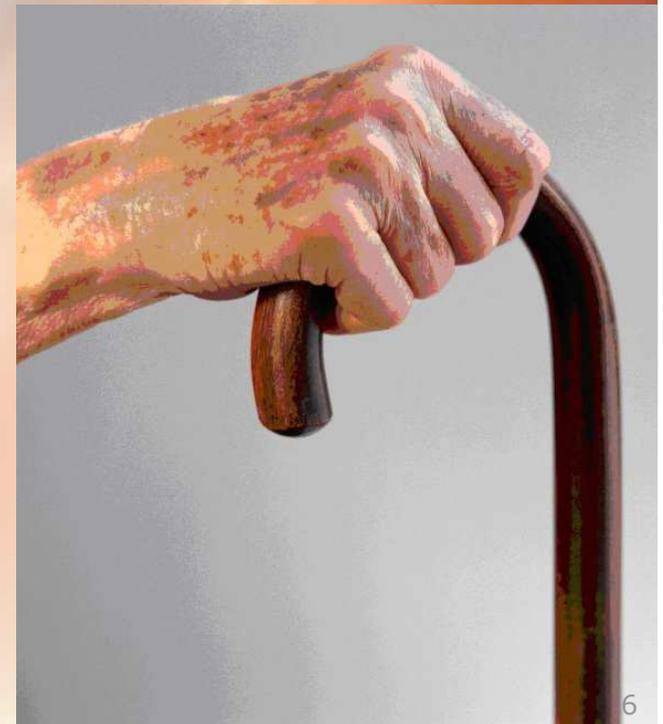
<http://www.msps.es>



- 
- Más actividad → más complicaciones → más consultas
 - HSCSP
 - 2013 \approx 2047 consultas

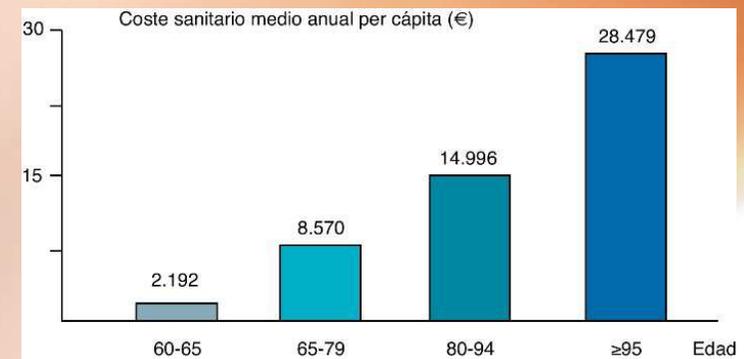
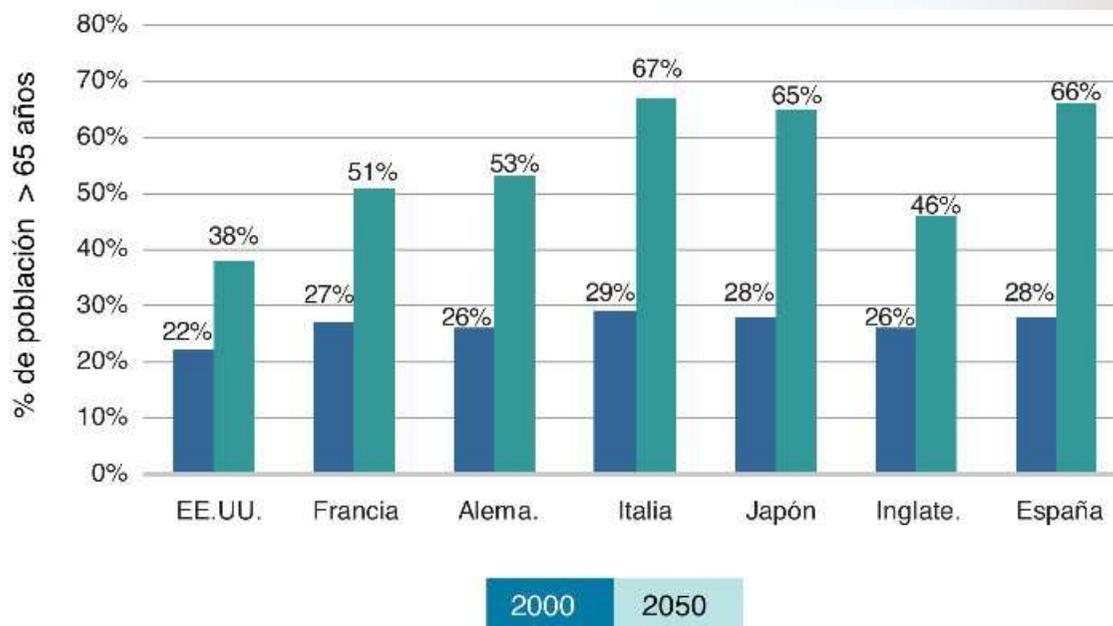
Condicionantes

1. Actividad servicios quirúrgicos
2. Envejecimiento / comorbilidad



Población USA > 65 años pasará de 35 a 70x10⁶ en los próximos 20 años
 Incremento 25% en nº de IQ
 Incremento en 50% el coste quirúrgico
 Incremento 100% en complicaciones quirúrgicas

CDC fact book 2001/2002. Atlanta, GA:Centers for Disease Control and Prevention, 2001
 Moritz K. Global aging: An irreversible truth.
 Standard & Poor's; 2010 [consultado Jun 2012]. Disponible en: csis.org/files/attachments/110923_gai_presentation.pdf



Condicionantes

1. Actividad servicios quirúrgicos
2. Envejecimiento / comorbilidad
3. Avance en técnicas y procedimientos quirúrgicos
 - Más complejos
 - Especialización

Condicionantes

1. Actividad servicios quirúrgicos
2. Envejecimiento / comorbilidad
3. Avance en técnicas y procedimientos quirúrgicos
4. Organización asistencial servicios quirúrgicos
 - Recepción de pacientes (historia clínica)
 - Seguimiento (pases de visita)
 - Organización del equipo (cirujano, residentes)

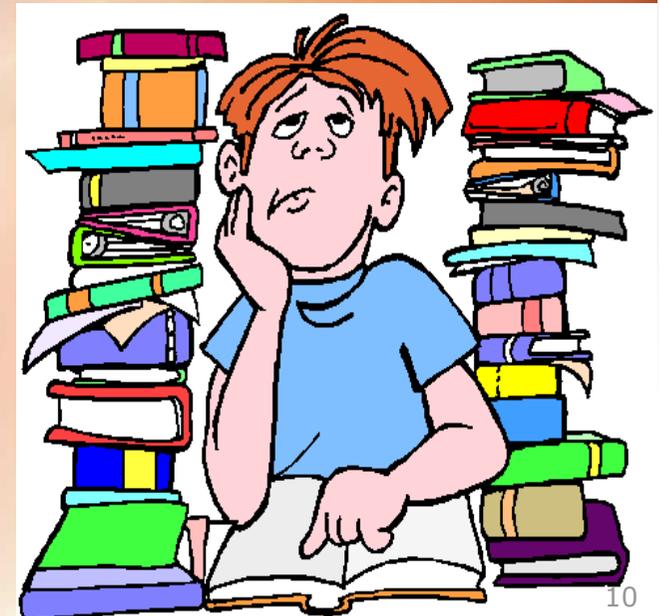
Condicionantes

1. Actividad servicios quirúrgicos
2. Envejecimiento / comorbilidad
3. Avance en técnicas y procedimientos quirúrgicos
4. Organización asistencial servicios quirúrgicos
5. Actividad "no convencional"

→ Poco estudio

- 1999/2008:
 - Comunicaciones a congresos: 37
 - Artículos en revistas: 6
 - Guías clínicas: 1

(E. Montero Ruiz. XXIX Congreso SEMI. A Coruña 2008)

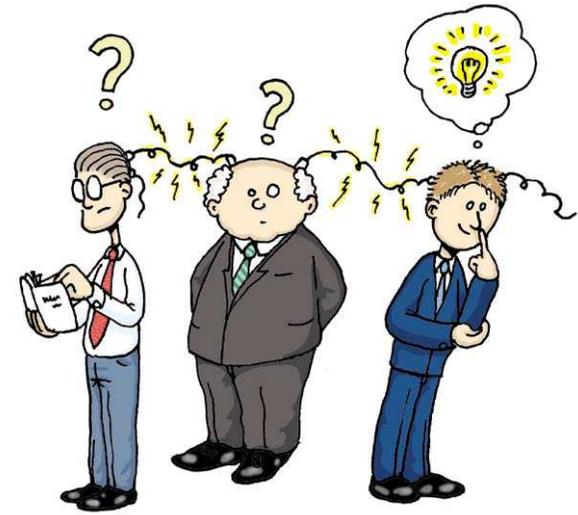


Condicionantes

...

5. Actividad "inusual"

→ Poca evidencia/conocimiento



- ¿Un soplo sistólico en área Ao requiere mayores estudios antes de un IQ no cardiaca?
- ¿Un paciente con bacteriuria asintomática debe recibir tratamiento antibiótico antes de una artroplastia de cadera?
- ¿Qué pacientes deben recibir esteroides a dosis de "estrés"?
- ¿Es útil monitorizar las troponinas en el postoperatorio de cirugía no cardiaca?
- ¿Qué medicamentos deben tomarse-no tomarse la mañana de la IQ?
- ¿Es necesaria la RX tórax rutinaria a pacientes asintomáticos?
- ¿Una intervención nutricional preoperatoria mejora el pronóstico de pacientes malnutridos sometidos a IQ programada?
- ...

- 
1. Actividad servicios quirúrgicos
 2. Envejecimiento / comorbilidad
 3. Avance en técnicas y procedimientos quirúrgicos
 4. Organización asistencial servicios quirúrgicos
 5. Actividad "inusual"

 6. Riesgo complicaciones graves → muerte

¿Qué causa la mortalidad perioperatoria?

0.7 – 0.8% Muertes (4.038 / 485.850)

1:2680 Anestesia

1:420 Cirugía

1:95 Enfermedad médica

67% “Nueva” enfermedad

43% Enfermedad subyacente

< 1/3 Cardíaca

> 1/3 Pulmonar

- 1/3 Otros problemas médicos

Fleischer, L, J Am Soc Anesthesiology, May 2002, Vol 96, Issue 5, p.1039-1041

1. Actividad servicios quirúrgicos
2. Envejecimiento / comorbilidad
3. Avance en técnicas y procedimientos quirúrgicos
4. Organización asistencial servicios quirúrgicos
5. Actividad "inusual"
6. Riesgo

→ ¡Necesidad!

~ 2000 "Perioperative Medicine" { Medicina Perioperatoria
Medicina Consultiva

Perioperative Medicine Departments

2007 Series: Update Sessions from Internal Medicine 2007

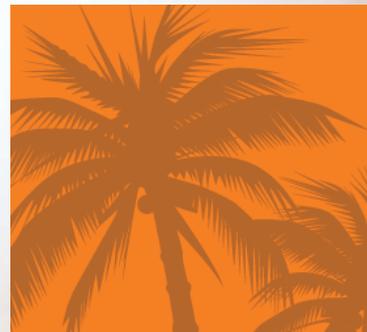
Annals of Internal Medicine

Update in Perioperative Medicine

Steven L. Cohn, MD, and Gerald W. Smetana, MD*



The Journal of Education
in Perioperative Medicine



4th Annual Perioperative Medicine Summit 2009

Using Evidence to Improve Quality, Safety and Patient Outcomes

February 5-7, 2009
Eden Roc Resort
Miami Beach, Florida



BMC Family Practice

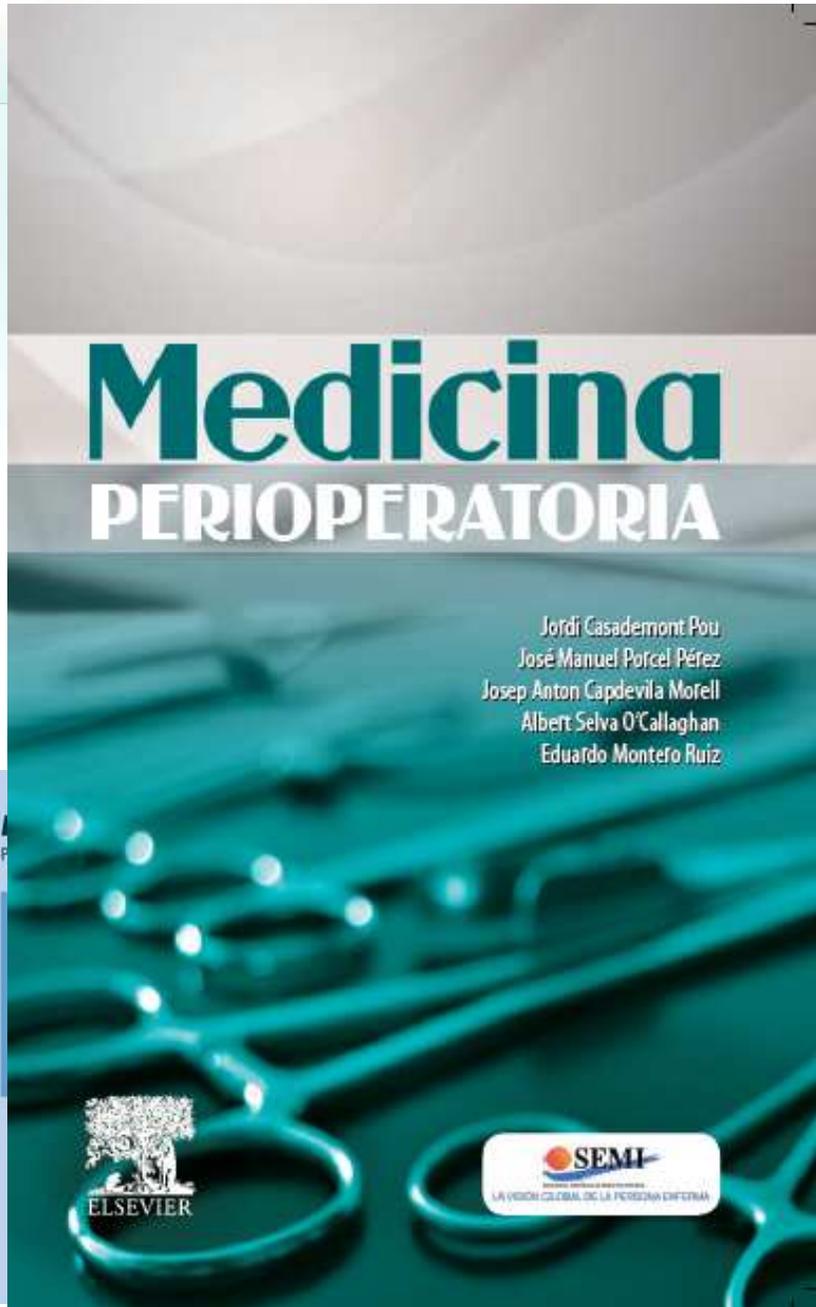


Research article

Open Access

An internist's role in perioperative medicine: a survey of surgeons' opinions

Lisa PausJenssen*, Heather A Ward and Sharon E Card



SALA DE CONFERENCIAS 10+11



MED
des
ma
ael M
abal
ma
ario V
z Ma
na
tario
les
na
us A
Pou
na
i Sant Pau. Barcelona

Revista Clínica Española

AHEAD OF PRINT NÚMERO ACTUAL ARCHIVO SUPLEMENTOS

Artículo especial

Definiciones de la actividad de Medicina Interna fuera de su propio servicio

Definitions of Internal Medicine activities outside of the im department

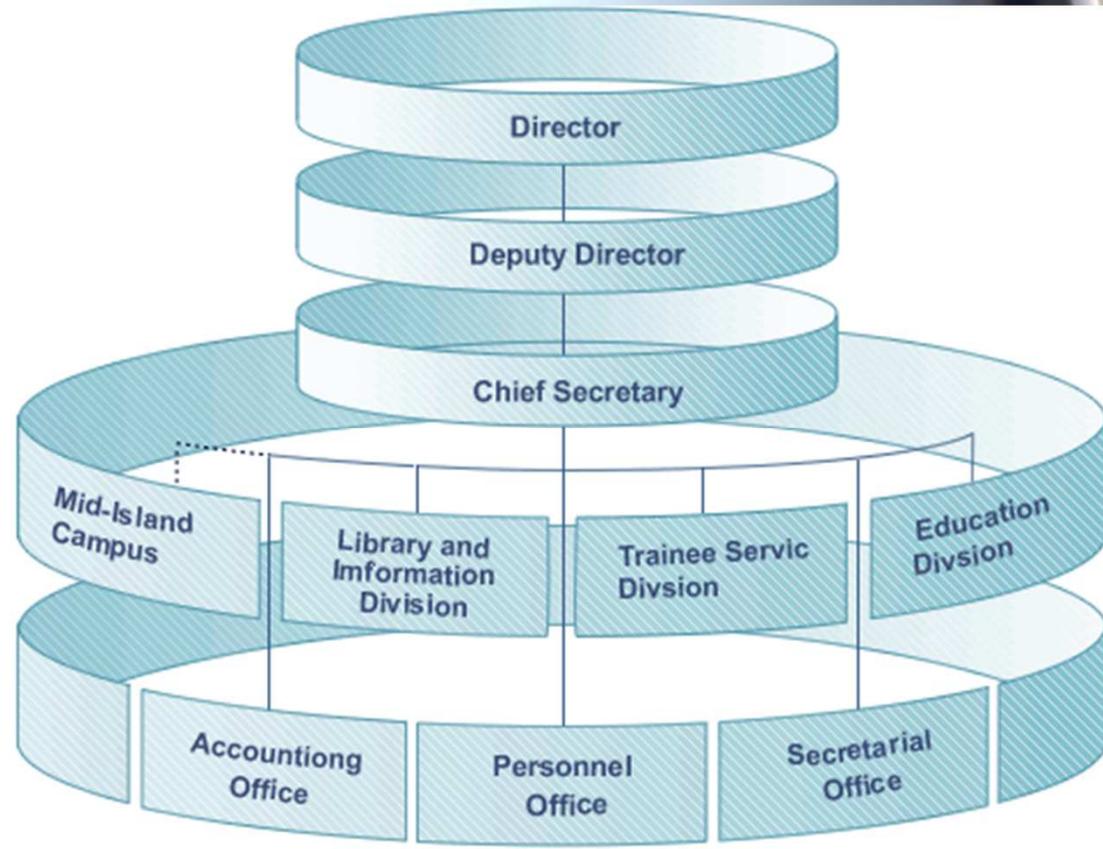
E. Montero Ruiz ^{a,*,✉}, R. Monte Secades ^b, por el Subgrupo de Trabajo de Asistencia Compartida e Interconsultas (Grupo de Trabajo de Gestión Clínica) de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

→ ¡Necesidad!

¿Organitzación ideal?



Actividad:

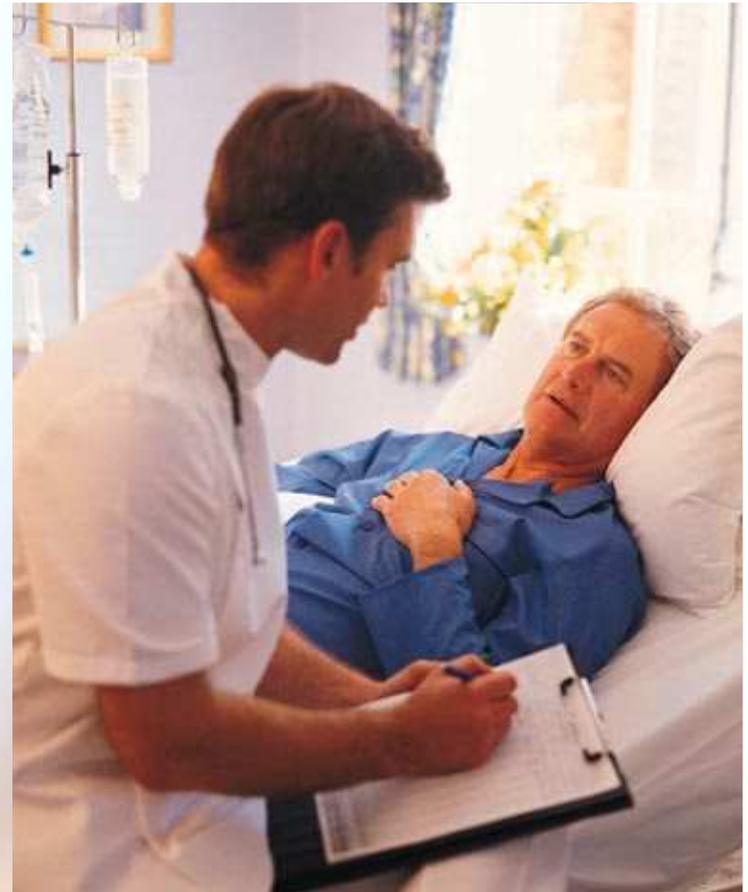
→ "Reactiva"

→ "Proactiva" !!

Cirujano → Indica
Anestesista → Autoritza

Rol del Médico Consultor:

- Establecer diagnósticos precisos
- Evaluar la extensión del daño orgánico
- Recomendaciones específicas para minimizar riesgo
- Optimizar medicación
- Asegurar un buen postoperatorio
- Garantizar un seguimiento si es necesario



Determinar el "riesgo"

- Global Assessment of Risk (ASA)
- Cardiac Perioperative Risk
 - Gupta PRC (Goldman Risk Index)
 - Functional capacity
 - Surgical risk
- Pulmonary Perioperative Risk
 - Risk Factor Evaluation
- DVT Risk
 - Risk Factor Evaluation
- Endocarditis Risk
 - Sanford Guidelines
- Risk from Medical Conditions
- Risk from Medications

Factores de riesgo

- Tipo de cirugía
- Urgencia de la cirugía
- Tipo de paciente

Qx calculator:

<http://www.qxmd.com> (para móvil)

<http://surgicalriskcalculator.com>

TABLA 3-2. Tabla de doble entrada para la estratificación y el protocolo de actuación teniendo en cuenta los riesgos de la cirugía y del paciente

		Riesgo dependiendo del paciente			
		Bajo	Intermedio	Alto	Muy alto
Riesgo dependiendo de la cirugía	Bajo	A	A	A	D
	Intermedio	A	A	B	D
	Alto	A	B	C	D

A: no precisa de estudios complementarios preoperatorios. B: valoración clínica estricta para descartar una cardiopatía subyacente. Valorar ergometría. Si es un cardiópata debe tener un informe reciente de su estado cardiológico. Es razonable la utilización preoperatoria de fármacos bloqueadores beta. C: consulta a cardiología para evaluación del riesgo. Se aconseja la utilización preoperatoria de fármacos bloqueadores beta. D: demorar la cirugía si no es emergente. Remitir al cardiólogo para el tratamiento prequirúrgico de la cardiopatía. Se aconseja la utilización preoperatoria de fármacos bloqueadores beta.

Fleisher LA, et al. ACC/AHA 2007 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2007; 50:e159-241

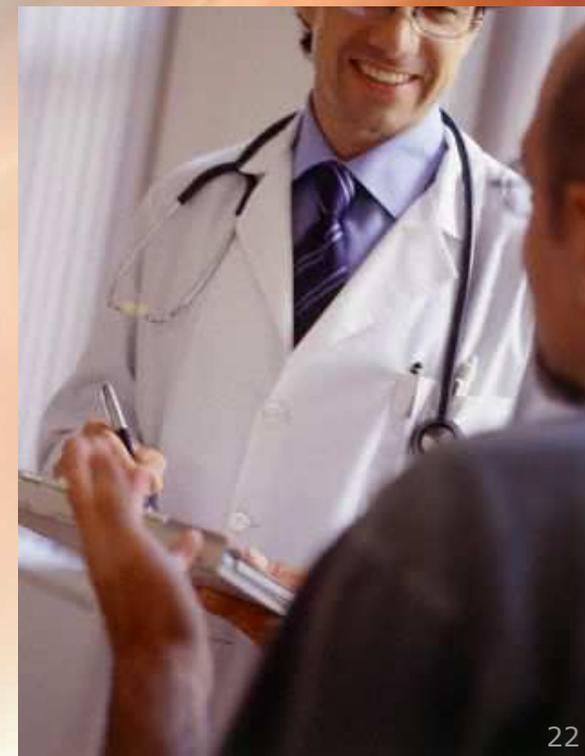
Rol del Médico Consultor:

Establecer diagnósticos precisos
Evaluar la extensión del daño orgánico
Recomendaciones específicas para minimizar riesgo
Optimizar medicación
Asegurar un buen postoperatorio
Garantizar un seguimiento si es necesario

Historia y documentación del paciente:

- antecedentes tóxicos (tabaco*, alcohol)
- historial quirúrgico y anestésico
- alergias a medicamentos o látex
- historia de sangrado...

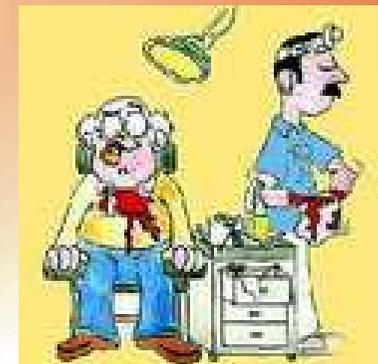
*OR: Current 5.5, 2 mo. cessation 1.26





5-10% "población de riesgo" tiene alergia al látex
personal sanitario
dermatitis atópica
espina bífida
problemas urológicos (sondajes)

22% pacientes toman tratamientos de herboristería en USA?
3 Gs: **G**inkgo biloba, **G**arlic y **G**inseng



- Organización

- ¿Qué no deberíamos hacer?

- Personal no motivado/en formación
- Decirle al anestesista como tiene que hacer su trabajo (tipo anestesia)
- Autorizar / denegar la cirugía
- Esperar que el cirujano piense como un internista
- Hacer recomendaciones obvias / muchas recomendaciones
- No focalizarse en los aspectos importantes
 - Cambiar planes terapéuticos
 - Iniciar diagnósticos diferenciales...



•Organización

Goldman's Ten Commandments of Effective Consultations

1. Determine the question
2. Establish Urgency
3. Look for Yourself
4. Be as brief as appropriate
5. Be specific and concise
6. Provide contingency plans
7. Honor thy turf
8. Teach with tact
9. Talk is cheap and effective
10. Follow-up

Goldman L. Arch Intern Med. 1983 Sep;143(9):1753-5.

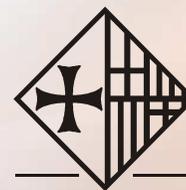
Conclusiones:

El conocimiento frecuentemente deriva de años de experiencia.

Somos los expertos en situaciones médicas y manejo farmacológico "no convencionales".
Asumamos el cuidado de estos pacientes.

Es una tarea muy gratificante donde el internista puede ser muy útil.

Hay mucho camino "científico" por recorrer.



HOSPITAL DE LA
SANTA CREU I
SANT PAU

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

Jordi Casademont