



## Original

## Factores que influyen en la solicitud de interconsultas a medicina interna por los servicios quirúrgicos

Eduardo Montero Ruiz\*, Laura Pérez Sánchez, Cristina Gómez Ayerbe, José María Barbero Allende, Marta García Sánchez y Joaquín López Álvarez

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

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 28 de mayo de 2010

Aceptado el 6 de diciembre de 2010

## Palabras clave:

Atención perioperatoria

Remisión y consulta

Comorbilidad

Pacientes ingresados

Medicina interna

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la evolución de la edad y la comorbilidad de los pacientes ingresados en los servicios quirúrgicos, el número de interconsultas pedidas por dichos servicios a medicina interna y valorar la existencia de variaciones estacionales y efecto llamada/rechazo en su solicitud.

**Material y métodos:** Comparamos la edad, el índice de comorbilidad de Charlson (ICh) y el número de interconsultas solicitadas de los pacientes dados de alta en 2000 con los de 2007, de traumatología, cirugía general y urología. Estudiamos las variaciones estacionales y el efecto llamada/rechazo analizando todas las interconsultas solicitadas por todos los servicios quirúrgicos del hospital desde 2000 hasta 2007.

**Resultados:** Entre 2000 y 2007 la edad aumentó el 5,6%; el ICh, el 5,8% y las interconsultas, el 60%. En julio y agosto se reduce la solicitud de interconsultas, mientras que en enero, febrero, junio y octubre se incrementan, hasta un 64% más en enero, aunque con variaciones dentro de un mismo mes de hasta casi el 50%. Detectamos diferencias que alcanzan el 68,2% en la solicitud de interconsultas a los diferentes internistas.

**Conclusiones:** Observamos un fuerte ascenso en la solicitud de interconsultas a medicina interna por los servicios quirúrgicos de nuestro hospital, que no se explica por el aumento de ingresos en dichos servicios, y que puede estar en relación con el incremento de la edad y la comorbilidad de sus enfermos. La petición de interconsultas presenta marcadas variaciones mensuales y también con respecto al internista consultor.

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Factors that influence interdepartmental referrals between Surgical Departments and Internal Medicine

## ABSTRACT

**Introduction:** To analyse the long term outcome of the age and comorbidity of patients admitted to Surgical Departments, the number of referrals to Internal Medicine made by these Departments, and to assess whether there are seasonal variations and the call/reject effect.

**Material and methods:** We compared the age, Charlson Comorbidity Index (CCI), and the number of referrals made by Traumatology, General Surgery and Urology of patients

## Keywords:

Perioperative care

Referral and consultation

Comorbidity

Admitted patients

Internal Medicine

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [emontero.hupa@salud.madrid.org](mailto:emontero.hupa@salud.madrid.org) (E. Montero Ruiz).

0009-739X/\$ - see front matter © 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.12.008

discharged in 2000, with those discharged in 2007. Seasonal variations and the call/reject effect were studied by analysing all the interdepartmental referrals made by all the surgical departments from the year 2000 to 2007.

**Results:** Age increased by 5.6% between 2000 and 2007, the CCI by 5.8%, and interdepartmental referrals by 60%. Interdepartmental referrals decreased in July and August, whilst they increased in January, February, June and October, up to 64% more in January, although with variations of almost 50% in the same month. We detected differences of up to 68.2% in the referrals requested to different physicians.

**Conclusions:** We observed a sharp increase in the requests for referral to Internal Medicine by Surgical Departments of our hospital, which is not explained by the increase in admissions to these Departments, and which could be associated with the increase in age and comorbidity of their patients. Requests for interdepartmental referral have marked monthly variations and also as regards the Consulting Physician.

© 2011 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Entre las actividades que desarrollan los servicios de medicina interna está dar soporte a otros servicios del hospital, aportándoles los conocimientos y habilidades propios de la especialidad. Esta función se realiza habitualmente mediante la resolución de interconsultas, que suponen una elevada carga de trabajo<sup>1-3</sup>, incluso para la guardia médica<sup>4</sup>. De todas las interconsultas que recibe medicina interna, las solicitadas por los servicios quirúrgicos tienen una importancia especial, tanto por su número y su complejidad como por la dedicación y el tiempo que precisan para su resolución<sup>1,2</sup>. A pesar de la trascendencia que tienen las interconsultas, conocemos muy poco sus características generales y los aspectos y situaciones que pueden influir en su solicitud y desarrollo. Aclarar estas cuestiones es fundamental a la hora de planificar la actividad del servicio de medicina interna y de las propias interconsultas.

Los objetivos de este trabajo son analizar la evolución de la edad y la comorbilidad de los pacientes ingresados en los servicios quirúrgicos, el número de interconsultas solicitadas por dichos servicios a medicina interna y valorar la existencia de variaciones estacionales y la posibilidad de un efecto llamada/rechazo en su solicitud.

## Material y métodos

El Hospital Universitario Príncipe de Asturias, dotado con 550 camas, da cobertura a una población casi exclusivamente urbana de 375.000 habitantes. Está acreditado para la formación de residentes. Las especialidades médicas presentes en el hospital y con funcionamiento independiente de Medicina Interna son: Alergia, Cardiología, Digestivo, Endocrinología, Hematología, Nefrología, Neumología, Neurología, Oncología Médica, Psiquiatría y Reumatología. El área quirúrgica la constituyen los servicios de Cirugía General y Digestivo (CGD), Cirugía Oral y Maxilofacial, Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), Dermatología, Ginecología y Obstetricia, Oftalmología, Otorrinolaringología y Urología (URO).

En nuestro hospital, medicina interna destina cada mes a un facultativo, con carácter rotatorio y dedicación exclusiva, a resolver interconsultas. Este modelo de organización, en

función de las características de cada internista consultor, puede favorecer la aparición de distorsiones en la solicitud de interconsultas por los servicios quirúrgicos, pues estos conocen las peculiaridades del consultor. Esto puede traducirse en solicitar más (efecto llamada) o menos (efecto rechazo) interconsultas de las necesarias.

Nuestro servicio mantiene desde 1999 un registro administrativo de las interconsultas que le son solicitadas en horario laboral, urgentes y no urgentes, excluyendo las remitidas a la unidad de enfermedades infecciosas. Las variables recogidas en el registro incluyen el servicio peticionario, la fecha de solicitud y el internista consultor. El resto de los datos necesarios los obtuvimos del Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios (CMBD) facilitados por el Servicio de Admisión y Documentación Clínica del hospital.

Para estudiar las diferencias respecto a la edad y la comorbilidad, hemos comparado a todos los pacientes dados de alta en 2000 con los dados de alta en 2007, de edad igual o mayor de 15 años, de los tres servicios quirúrgicos que solicitan más interconsultas: COT, CGD y URO. Las variables analizadas son la edad, el sexo y el índice de comorbilidad de Charlson<sup>5</sup> (ICh), el cual ha sido validado para su utilización con bases de datos administrativas similares al CMBD<sup>6</sup>. La variación temporal en la solicitud de interconsultas la analizamos comparando las pedidas en el año 2000 con las solicitadas en 2007 por estos tres servicios.

Las variaciones estacionales las estudiamos analizando el número y mes de solicitud de las interconsultas pedidas desde enero de 2000 hasta diciembre de 2007 por todos los servicios quirúrgicos del hospital. Investigamos el posible efecto llamada/rechazo con el análisis del número de interconsultas mensuales recibidas por cada internista consultor desde enero de 2000 hasta diciembre de 2007, solicitadas por todos los servicios quirúrgicos del hospital. Este análisis ha incluido únicamente a los internistas que, en el periodo de estudio, han estado 3 meses o como consultores.

## Análisis estadístico

La edad y el ICh los describimos con la media y su intervalo de confianza (IC) del 95%. La comparación de las medias la efectuamos con la prueba de la t de Student. La descripción del sexo y las interconsultas la hacemos mediante su número y

porcentaje. La comparación de proporciones la efectuamos con la prueba de la  $\chi^2$ .

La solicitud de interconsultas por meses y por internista la describimos con la media mensual y el intervalo, ya que consideramos que este muestra de forma más clara las variaciones que se producen en la petición de interconsultas. La comparación de las medias frente a la media total, con su IC del 95%, la efectuamos con la prueba de la t de Student. En el estudio del posible efecto llamada/rechazo, la comparación de las medias frente a la media total, con su IC del 95%, la realizamos mediante regresión lineal, ajustando por años y meses naturales para controlar los posibles efectos originados por los diferentes periodos considerados en el estudio. El nivel de significación estadística lo establecimos en  $p < 0,05$ . Todos los cálculos los hicimos con el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 15.0; SPSS Inc.; Chicago, Illinois, Estados Unidos).

## Resultados

En el año 2000 ingresaron en el área quirúrgica de nuestro centro 7.015 pacientes y 7.510 en 2007, de los que el 66,3 y el 75,1% respectivamente pertenecieron a COT, CGD y URO. En los resultados (tabla 1) observamos que no hay variaciones en el sexo, mientras que la edad aumentó el 5,6% y el ICh, el 5,8%, con algunas diferencias entre los tres servicios. COT es el que muestra mayores cambios, con incrementos del 10,3% en la edad y del 25,8% en el ICh. En CGD también se observa un aumento del 2,4% en la edad, si bien con un descenso, no

significativo, del 2,5% en el ICh. En URO la edad aumentó el 5,9%, con un incremento, no significativo, del 6,8% en el ICh.

En la evolución temporal de los tres servicios quirúrgicos estudiados individualmente observamos que, mientras el número total de ingresos aumentó el 21,4% en 2007 respecto a 2000, el de interconsultas lo hizo el 60% (fig. 1). El incremento en la solicitud de interconsultas por parte de COT fue ligeramente superior, pero no significativo, al de sus ingresos (fig. 1). La solicitud de interconsultas por CGD muestra una elevación que alcanza el 104,5%, cuando sus ingresos lo hicieron el 16% (fig. 1), casi se duplica el porcentaje de pacientes ingresados en este servicio por los que se solicita interconsultas (tabla 1). Aunque en menor grado, algo parecido ocurre con URO (fig. 1). En este caso, a pesar del fuerte incremento de las interconsultas, no alcanza significación estadística por el número relativamente pequeño de interconsultas en ambos años.

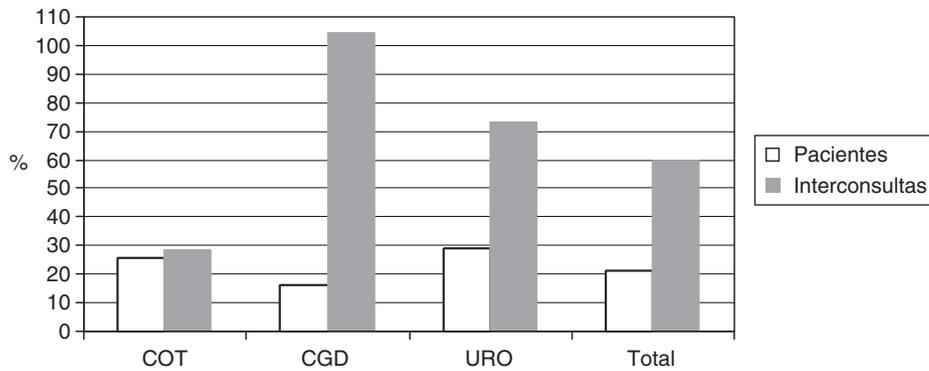
Respecto a la posible variación estacional, observamos la existencia de diferencias bastante acusadas en la solicitud de interconsultas entre los diversos meses del año (tabla 2). En enero, febrero, junio y octubre recibimos un mayor número de interconsultas. Por el contrario, en julio y agosto las peticiones descienden de forma significativa. En enero los servicios quirúrgicos solicitaron un 64% más interconsultas respecto a agosto. Con todo, se aprecian fuertes variaciones en el mismo mes que, en algunos casos, se acercan al 50%.

Los internistas participantes estuvieron una media de 4,7 (3-9) meses como consultores a lo largo del periodo de estudio. Recibieron peticiones de interconsultas de forma bastante diferente entre ellos, incluso con importantes variaciones en

Tabla 1 – Resultados

	2000	2007	Diferencia	p
<b>COT</b>				
N	1.424	1.793		
Edad, media (IC del 95%)	50,3 (49,2-51,4)	55,5 (54,5-56,5)	5,2 (3,7-6,7)	< 0,001
Mujeres, n (%)	758 (53,3)	964 (53,8)		NS
ICh, media (IC del 95%)	1,63 (1,53-1,73)	2,05 (1,95-2,15)	0,42 (0,28-0,56)	< 0,001
Interconsultas, n (%)	108 (7,58)	139 (7,75)		NS
<b>CGD</b>				
N	2.397	2.780		
Edad, media (IC del 95%)	53,6 (52,8-54,3)	54,9 (54,2-55,6)	1,3 (0,3-2,3)	0,01
Mujeres, n (%)	1.083 (45,2)	1.205 (43,3)		NS
ICh, media (IC del 95%)	2,41 (2,27-2,54)	2,34 (2,23-2,45)	-0,06 (-0,24-0,11)	NS
Interconsultas, n (%)	67 (2,8)	137 (4,93)		< 0,001
<b>URO</b>				
N	827	1.068		
Edad, media (IC del 95%)	57,4 (56-58,8)	60,8 (59,7-61,9)	3,4 (1,6-5,1)	< 0,001
Mujeres, n (%)	179 (21,7)	247 (23,1)		NS
ICh, media (IC del 95%)	2,79 (2,61-2,97)	2,98 (2,83-3,13)	0,19 (-0,04-0,42)	NS
Interconsultas, n (%)	30 (3,63)	52 (4,87)		NS
<b>Total</b>				
N	4.648	5.641		
Edad, media (IC del 95%)	53,2 (52,7-53,8)	56,2 (55,7-56,7)	3 (2,2-3,7)	< 0,001
Mujeres, n (%)	2.020 (43,5)	2.416 (42,8)		NS
ICh, media (IC del 95%)	2,24 (2,15-2,32)	2,37 (2,3-2,44)	0,13 (0,02-0,24)	0,02
Interconsultas, n (%)	205 (4,41)	328 (5,81)		0,002

CGD: Cirugía General y Digestivo; COT: Cirugía Ortopédica y Traumatología; IC: intervalo de confianza; ICh: índice de comorbilidad de Charlson; NS: no significativo; URO: Urología.



**Figura 1 – Incrementos de pacientes e interconsultas en 2007 respecto a 2000. COT: Cirugía Ortopédica y Traumatología; CGD: Cirugía General y Digestivo; URO: Urología.**

un mismo internista (tabla 3). Apreciamos claras tendencias tanto para el efecto llamada como para el efecto rechazo, demostrado este último en un caso, con diferencias que alcanzan el 68,2% más interconsultas solicitadas al internista 4 respecto al 7.

## Discusión

Los resultados que hemos obtenido muestran varios aspectos que influyen en la petición de interconsultas a medicina interna por los servicios quirúrgicos. Se ha producido un importante incremento en la solicitud de interconsultas en 2007 respecto a 2000. Dicho incremento no se justifica únicamente por el mayor número de ingresos. Una explicación para este hecho es que se ha constatado mayores edad y complejidad de los enfermos que ingresan en los servicios quirúrgicos. Estos hallazgos refuerzan la idea de que actualmente se puede operar a enfermos de mayor edad y más comorbilidad. Probablemente todo ello se deba a un aumento de la esperanza y la calidad de vida de la población y las mejoras en los procedimientos y las técnicas anestésicas y quirúrgicas.

Observamos que los traumatólogos mantienen un alto nivel de solicitud de interconsultas, probablemente porque

son conscientes de sus limitaciones en el manejo de la patología no propia de su especialidad. Sin embargo, tanto los cirujanos generales como los urólogos han incrementado muy notablemente la petición de interconsultas. Una explicación a este fenómeno puede ser que, si bien manejan mejor que los traumatólogos algunas patologías médicas, se están viendo superados por los modestos incrementos de la edad y, sobre todo, la comorbilidad de sus pacientes, ya que esta es más importante que la edad en la determinación del riesgo perioperatorio de complicaciones<sup>7</sup>. Otras posibles causas del incremento de interconsultas por cirujanos generales y urólogos podrían ser el efecto de la presión ejercida por las listas de espera o una peor formación médica general como consecuencia de la progresivamente mayor especialización. La consecuencia de todo ello es que estos servicios requieren un mayor control de sus enfermos por medicina interna. La habilidad y la experiencia en el manejo de la patología médica en pacientes quirúrgicos tienen claros efectos beneficiosos en cuanto a calidad y costes de la asistencia prestada<sup>8</sup>. La capacidad y la preparación de los médicos influyen más que las características y la dotación del hospital en los resultados obtenidos en esta clase de enfermos<sup>9</sup>. De hecho, la mortalidad de los pacientes quirúrgicos ingresados se debe no tanto a la aparición de complicaciones como a la capacidad para reconocerlas y tratarlas precozmente<sup>10</sup>.

**Tabla 2 – Solicitud de interconsultas por meses**

Mes	Media (intervalo)	Diferencia medias (IC del 95%)	p
Enero	31 (22-45)	4,98 (3,58 a 6,38)	< 0,001
Febrero	28,2 (21-33)	2,2 (0,8 a 3,6)	0,002
Marzo	26,2 (15-39)	0,2 (-1,17 a 1,63)	NS
Abril	24,6 (16-34)	-1,39 (-2,79 a 0,01)	NS
Mayo	25,6 (16-36)	-0,39 (-1,79 a 1,01)	NS
Junio	30,6 (16-39)	4,61 (3,21 a 6,01)	< 0,001
Julio	21,4 (13-30)	-4,64 (-6,04 a -3,24)	< 0,001
Agosto	18,9 (11-26)	-7,12 (-8,72 a -5,72)	< 0,001
Septiembre	25,7 (16-32)	-0,27 (-1,67 a 1,13)	NS
Octubre	29,1 (21-36)	3,11 (1,71 a 4,51)	< 0,001
Noviembre	26,1 (21-34)	0,11 (-1,29 a 1,51)	NS
Diciembre	24,6 (19-30)	-1,39 (-2,79 a 0,01)	NS
Total	26 (11-45)		

IC: intervalo de confianza; NS: no significativo.

**Tabla 3 – Solicitud de interconsultas al mes a los diferentes internistas**

Internista	Media (intervalo)	Diferencia ajustada (IC del 95%)	p
1	22 (16-45)	-2,25 (-6,82-2,31)	NS
2	23,7 (21-27)	-4,79 (-11,73-2,14)	NS
3	28,2 (23-33)	2,02 (-4,03-8,06)	NS
4	31,7 (22-39)	4,96 (-2,01-11,94)	NS
5	23,2 (14-30)	-0,39 (-6,76-5,99)	NS
6	31 (26-36)	2,34 (-3,21-7,89)	NS
7	21 (19-23)	-7,67 (-14,43 a -0,91)	0,03
8	29,5 (22-39)	1,49 (-3,03-6,02)	NS
9	26,7 (19-37)	3,13 (-3,87-10,13)	NS
10	26,4 (16-36)	1,21 (-3,58-6)	NS
11	24,8 (14-35)	-1,22 (-6,26-3,81)	NS
12	23,6 (16-32)	-3,0 (-8,46-2,47)	NS
13	28,8 (24-36)	-1,39 (-2,79-0,01)	NS
Total	26,2 (14-45)		

IC: intervalo de confianza; NS: no significativo.

Hay claras diferencias en el número de interconsultas solicitadas por los servicios quirúrgicos en los diferentes meses del año. Una justificación de este hallazgo podría ser la mayor o menor actividad general de estos servicios, coincidiendo o no con periodos vacacionales. Sin embargo, meses tradicionalmente con vacaciones —como pueden ser diciembre, enero o abril— no muestran un descenso en el número de interconsultas. Otra posible explicación es que los meses con mayor número de interconsultas también suelen ser los meses con mayor morbilidad médica y, por el contrario, los meses con menor número de interconsultas también suelen ser los de menor morbilidad médica.

Los resultados muestran tendencias, a favor o en contra, en la petición de interconsultas para algunos médicos concretos, llegando a un rechazo significativo para uno de ellos. Posibles explicaciones para estos hallazgos pueden ser una laxitud o, por el contrario, excesivo rigor en los criterios sobre las interconsultas y la forma de resolverlas por parte del consultor, o que el internista «entorpezca» la actividad habitual del cirujano. Otra razón puede ser el incumplimiento de las expectativas que los cirujanos tienen sobre las interconsultas, muchas veces diferentes de las del consultor<sup>11</sup>. En relación con este efecto llamada/rechazo, hay que señalar que, si bien no lo hemos medido, detectamos un efecto similar en los servicios quirúrgicos, con mayor o menor número de interconsultas solicitadas en función del médico que pasa visita.

Este estudio presenta varias limitaciones. Es retrospectivo y los datos sobre las interconsultas se obtuvieron de un registro administrativo, no clínico. Además se limita a las interconsultas solicitadas en horario laboral, con exclusión de las solicitadas a la guardia, si bien parece que las características y el comportamiento de las interconsultas en ambos casos son similares<sup>4,12</sup>. Una segunda limitación es que los datos de interés clínico del CMBD se obtienen de los informes de alta de los servicios quirúrgicos. Estos informes no tienen una buena calidad<sup>2</sup>, incluso pueden contener errores<sup>13</sup>. En este sentido cabe destacar que, de los informes de alta realizados por COT, sólo el 45% tiene un ICh > 0, porcentaje que se eleva al 71,3% si son datos de alta por servicios médicos<sup>14</sup>. Estas limitaciones del informe de alta quirúrgico pueden ayudar a explicar las diferencias entre el ICh de nuestros enfermos y los publicados

por otros autores<sup>15</sup>. En cualquier caso, las variaciones del ICh que hemos encontrado son valorables, ya que los informes fueron realizados por los mismos especialistas quirúrgicos y en las mismas condiciones. Otra limitación importante es que se circunscribe a un único hospital y servicio de medicina interna, ambos con una organización particular respecto a las interconsultas que puede influir decisivamente en los hallazgos obtenidos. Dada la variabilidad organizativa de los hospitales en general y de los servicios de medicina interna en particular respecto a las interconsultas<sup>16</sup>, es necesario realizar más estudios de este tipo en otros centros para confirmar nuestros hallazgos.

Como conclusiones podemos decir que se ha producido un fuerte incremento en la solicitud de interconsultas a medicina interna por los servicios quirúrgicos de nuestro hospital, que no se explica por el aumento de ingresos en dichos servicios y puede estar en relación con las mayores edad y comorbilidad de sus enfermos. La petición de interconsultas presenta marcadas variaciones mensuales que se debe tener en cuenta a la hora de planificar la actividad del servicio de medicina interna. En algunos casos hay un efecto rechazo, probablemente también un efecto llamada, en el consultor por parte de los servicios quirúrgicos a la hora de solicitar interconsultas a medicina interna.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

Queremos agradecer a la Srta. Catalina Beceiro su ayuda en la obtención y el tratamiento informático de los datos del CMBD.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Monte Secades R, Rabuñal Rey R, Rigueiro Veloso MT, García País MJ, Casariego Vales E, Guerrero Lombardía J. Papel del

- internista como consultor de servicios quirúrgicos. *Rev Clin Esp.* 2004;204:345-50.
2. Montero Ruiz E, López Álvarez J, Hernández Ahijado C. Estudio de las interconsultas solicitadas a un servicio de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2004;204:507-10.
  3. Soler-Bel J, Sala C, Relaño N, Moya MJ, Vergéz L, Flor A. Estudio de las interconsultas solicitadas por el Servicio de Cirugía General al Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid).* 2007;24:520-4.
  4. Tudela P, Rego MJ, Tor J, Estrada O, Mòdol JM, Sauquillo JC. Análisis de los avisos internos al equipo de guardia del área médica en un hospital general. *Med Clin (Barc).* 2000;114:730-1.
  5. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis.* 1987;40:373-83.
  6. Deyo RA, Cherkin DC, Ciol MA. Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative databases. *J Clin Epidemiol.* 1992;45:613-9.
  7. Dunlop WE, Rosenblood L, Lawrason L, Birdsall L, Rusnak CH. Effects of age and severity of illness on outcome and length of stay in geriatric surgical patients. *Am J Surg.* 1993;165:577-80.
  8. Rich EC, Gifford G, Luxenberg M, Dowd B. The relationship of house staff experience to the cost and quality of inpatient care. *JAMA.* 1990;263:953-7.
  9. Burns LR, Wholey DR. The effects of patient, hospital, and physician characteristics on length of stay and mortality. *Med Care.* 1991;29:251-71.
  10. Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB. Variation in hospital mortality associated with inpatient surgery. *N Engl J Med.* 2009;361:1368-75.
  11. Salerno SM, Hurst FP, Halvorson S, Mercado DL. Principles of effective consultation: an update for the 21st-century consultant. *Arch Intern Med.* 2007;167:271-5.
  12. Tudela P, Mòdol JM, Rego MJ, Tor J. El papel del internista más allá de su servicio. *Rev Clin Esp.* 2006;206:114.
  13. Lawrence VA, Hilsenbeck SG, Mulrow CD, Dhanda R, Sapp J, Page CP. Incidence and hospital stay for cardiac and pulmonary complications after abdominal surgery. *J Gen Intern Med.* 1995;10:671-8.
  14. Nistal S, Barba R, Losa J, González-Anglada I, Guijarro C, Moreno L, et al. Reingreso en Medicina Interna de pacientes con fractura de cadera. En: *Revista Clínica Española. Comunicaciones al XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Sitges.* 2007. 21-24 de noviembre.
  15. García Lázaro M, Lucena Merino MM, Montero Pérez-Barquero M, Sánchez Guijo P. Estudio de la actividad asistencial de Medicina Interna en relación a las interconsultas. *An Med Interna (Madrid).* 2003;20: 510-4.
  16. Méndez López I. Papel del internista como consultor de servicios quirúrgicos. Ponencia en el XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna; La Coruña, 19-22 de noviembre de 2008 [citado 19 Ene 2010]. Disponible en: [http://www.fesemi.org/congresos/congresos\\_semi/previos/xxix\\_semi/Dr.%20Mendez%20Lopez.pdf](http://www.fesemi.org/congresos/congresos_semi/previos/xxix_semi/Dr.%20Mendez%20Lopez.pdf)