



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ARTÍCULO ESPECIAL

Principios generales de la interconsulta médica en enfermos hospitalizados



R. Monte-Secades^{a,*}, E. Montero-Ruiz^b, A. Gil-Díaz^c, J. Castiella-Herrero^d y por el Grupo de Asistencia Compartida e Interconsultas de la Sociedad Española de Medicina Interna

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

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

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

^d Servicio de Medicina Interna, Fundación Hospital Calahorra, Calahorra, La Rioja, España

Recibido el 17 de mayo de 2015; aceptado el 30 de mayo de 2015

Disponible en Internet el 10 de julio de 2015

PALABRAS CLAVE

Medicina Interna;
Consulta médica;
Pacientes
hospitalizados

KEYWORDS

Internal Medicine;
Medical consultation;
Hospitalised patients

Resumen La interconsulta médica en pacientes hospitalizados constituye una actividad habitual entre los especialistas en medicina interna. Sin embargo, a pesar de su impacto e importancia crecientes, no se ha establecido un modelo que defina sus características, sus objetivos o la información que debe contener. En este trabajo, desde el Grupo de Asistencia Compartida e Interconsultas de la Sociedad Española de Medicina Interna, se proponen unas recomendaciones generales respecto a la forma de solicitar y de responder una interconsulta médica hospitalaria, así como un formato para la misma.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

General principles of medical interconsultation for hospitalised patients

Abstract Medical interconsultation for hospitalised patients is a regular activity among internal medicine specialists. However, despite its growing impact and importance, a model that defines its characteristics, objectives and information has not been established. This study, conducted by the Shared Care and Interconsultations Group of the Spanish Society of Internal Medicine, proposes a number of general recommendations concerning the method for requesting and responding to hospital medical interconsultations, as well as a format for these interconsultations.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rafael.monte.secades@sergas.es (R. Monte-Secades).

La actividad médica realizada como consultor por los especialistas de medicina interna en el ambiente hospitalario ha aumentado en los últimos años, especialmente en los servicios quirúrgicos. Existen varios factores que explican esta tendencia. La especialización de los médicos, cada vez más pronunciada, genera una fragmentación de la asistencia entre varios facultativos. Por otra parte, los cirujanos, obligados por la elevada demanda de atención y las listas de espera, pasan más tiempo en el quirófano y menos en las plantas de hospitalización. Finalmente, el aumento de la esperanza de vida de la población ha cambiado el perfil del paciente hospitalizado, que ahora es un enfermo de edad avanzada con una elevada comorbilidad y complejidad^{1,2}.

A pesar del impacto e importancia crecientes que supone la interconsulta médica hospitalaria, no se ha establecido un modelo estándar de interconsulta, y tampoco existe formación reglada al respecto. Se han publicado trabajos que han propuesto una serie de recomendaciones generales sobre la forma de responder una interconsulta, la actitud respecto a la solicitud de pruebas y la relación con el médico responsable del enfermo, si bien están realizados desde la perspectiva de sistemas sanitarios que no son superponibles al nuestro^{3,4}. Por otra parte, en los últimos años, la realidad cambiante de nuestra profesión y de la asistencia hospitalaria está modificando la relación entre clínicos y cirujanos hacia modelos de asistencia compartida, lo que aumenta las posibilidades de sistemas colaborativos y de relación entre profesionales.

En España, la participación de los servicios de medicina interna en la atención de pacientes fuera de su servicio es habitual en todos los hospitales. Sin embargo, en muchos casos dicha actividad es discontinua, poco valorada y no está registrada adecuadamente en los cuadros de mando. Los datos disponibles provienen de encuestas y muestran una organización heterogénea entre los diferentes hospitales. Así, el sistema de trabajo más frecuente es el de asignación rotatoria de interconsultas entre los médicos del servicio (64-69%), trabajo que es adicional al convencional en un 67% de los casos, si bien en el 15-25% de los servicios de medicina interna existen facultativos asignados a la tarea de interconsulta con dedicación exclusiva^{5,6}. En la mayoría de los centros las interconsultas se realizan sin protocolo de solicitud previo (94%) y solo se dispone de un registro avanzado de actividad en un 8% de los hospitales. Sin embargo, hasta un 21% de los hospitales encuestados disponen de internistas integrados en servicios quirúrgicos^{5,6}.

Desde el Grupo de Trabajo de Asistencia Compartida e Interconsultas de la Sociedad Española de Medicina Interna se han intentado estandarizar las definiciones de los diferentes aspectos relacionados con la actividad del internista fuera de su propio servicio, incluida la interconsulta⁷: «solicitud a otro médico para que dé su opinión sobre el diagnóstico, la pauta a seguir, o el tratamiento, o para asumir una responsabilidad directa sobre un problema específico del enfermo».

En este trabajo se proponen unos principios generales de la interconsulta médica en pacientes hospitalizados, tanto en lo que se refiere a la solicitud como a la respuesta, además de un formato estándar para la misma, aspectos todos ellos que podrían generalizarse a otras especialidades diferentes de la medicina interna.

Principios generales de la solicitud de interconsulta

1. ¿Quién debe solicitar la interconsulta? El médico responsable del enfermo (clínico o cirujano o médico en formación). No deben solicitarla enfermeras, estudiantes o personal administrativo.
2. ¿Cuándo se debe solicitar la interconsulta? Cuando el médico responsable haya valorado completamente la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias elementales realizadas, existiendo suficientes datos para pedir la interconsulta.
3. ¿Cómo solicitar la interconsulta? Cada centro debe definir y organizar los circuitos de distribución de las interconsultas, a fin de garantizar su recepción por el médico consultor en tiempo y forma adecuados. Deben evitarse las consultas informales, «de pasillo». Es recomendable establecer contacto verbal con el médico consultor.

Principios generales de la respuesta a la interconsulta

1. La coordinación y comunicación efectivas entre los médicos responsables del paciente son esenciales, y la mejor forma de garantizarlas es el contacto verbal, especialmente al inicio de la interconsulta, pero también antes del cierre de la misma^{3,4,8}. Esta actitud ayuda a delimitar tanto el motivo de la consulta como la urgencia de la misma, aunque ambos aspectos pudieran estar especificados en el formato de solicitud de la interconsulta. Además, es importante para aclarar diversas situaciones que pueden degenerar en conflictos entre los médicos implicados. Por otra parte, contribuye a evitar incidentes y errores médicos derivados de los fallos en la transmisión de información⁹.

Existen varios modelos colaborativos dentro de las posibilidades que abre la interconsulta médica en pacientes hospitalizados. Es recomendable concretar las expectativas del médico solicitante respecto al consultor y viceversa, asegurando una comunicación entre ambos que determine aspectos como el grado de autonomía en la solicitud de pruebas y prescripción de tratamientos.

Es necesario establecer, de acuerdo con el médico solicitante, el grado de autonomía requerido. No hay que olvidar que el médico consultor es «invitado» por el médico responsable del enfermo a colaborar en su atención clínica y, por tanto, debe respetar los términos de esta solicitud. En general, los servicios quirúrgicos y dentro de estos especialmente el de traumatología, son más proclives que los servicios médicos a solicitar una implicación más activa del internista consultor en cuanto a la solicitud de pruebas y prescripción de órdenes de tratamiento. No obstante, en una encuesta realizada en hospitales americanos, el 70% de los especialistas que no querían que el médico consultor transcribiera órdenes de tratamiento en las historias de sus enfermos, aceptarían ese grado de autonomía si previamente se realizase una discusión verbal del caso⁴. En general, con el conocimiento y la autorización del médico solicitante, es aconsejable que la actitud del internista consultor sea activa e independiente, tanto en la solicitud de las

pruebas complementarias como en la transcripción de las órdenes de tratamiento que sean precisas para responder la interconsulta.

2. La respuesta a la interconsulta debe ser específica y ceñida al motivo de la misma, una vez establecidas las condiciones de la misma según el punto anterior. No es preciso repetir datos en la respuesta que ya están recogidos en la historia clínica.
3. Seguimiento clínico. La responsabilidad del médico consultor no termina hasta el momento de cerrar la interconsulta, el cual no se produce generalmente tras el primer contacto con el enfermo. La realización de un seguimiento clínico apropiado en cada caso garantiza el cumplimiento de las recomendaciones y órdenes de tratamiento, así como la mejora en los estándares de la atención^{2-4,10,11}.

Se aconseja realizar un seguimiento reglado del enfermo, mientras los problemas clínicos por los que se le atiende estén abiertos, según los términos de valoración especificados en el punto 1. La interconsulta solo se debe cerrar cuando se emite una opinión una vez recibidos los estudios solicitados (si es el caso) y el paciente no precisa seguimiento, o este es capaz de asumirlo el médico solicitante con el que se ha discutido esta circunstancia.

En el caso de que el motivo de ingreso original (p. ej., quirúrgico) se haya resuelto y los problemas clínicos relacionados con la interconsulta se mantengan activos, se considerará el traslado al servicio de medicina interna.

4. Información al paciente y familiares. El internista consultor se responsabilizará de aportar al enfermo y a sus familiares la información relativa al motivo de la interconsulta. Se aconseja que el médico solicitante esté presente cuando esta se produzca, especialmente en los casos más graves. La información debe ser continuada y coherente con la ofrecida por el médico responsable del paciente.

Formato de solicitud y respuesta de la interconsulta

No existe un formato estándar de interconsulta médica hospitalaria, y cada centro hospitalario ha establecido sus propias reglas al respecto. En las tablas 1 y 2 se propone un documento formal que intenta recoger aquellos datos y aspectos mínimos que deberían figurar en una solicitud de interconsulta, y en la respuesta del médico consultor.

En la solicitud, aparte de los datos de filiación obligatorios del enfermo, se refuerza la recomendación de aportar los datos de contacto del médico solicitante, que permitan una comunicación verbal efectiva. Por otra parte, sería aconsejable indicar el grado de urgencia de la interconsulta y el tipo de colaboración requerida al internista consultor. En la misma línea, el consultor debería especificar en la respuesta las vías de contacto necesarias que garanticen una comunicación adecuada y si cree necesario realizar un seguimiento clínico continuado del paciente.

El informe de alta hospitalaria es un documento básico de la historia clínica del enfermo, que está regulado por ley. En él, deben recogerse los datos administrativos del paciente, los referidos a sus antecedentes personales, la enfermedad actual, las pruebas y los procedimientos

Tabla 1 Formato de solicitud de interconsulta en enfermos hospitalizados

Datos de filiación del enfermo	Nombre, apellidos, NHC, cama
Momento de solicitud de la IC	Fecha y hora
Datos del médico solicitante	Servicio de referencia, teléfono de contacto, buscapersonas
Establecer la urgencia de la IC	Urgente: precisa repuesta inmediata. Se exige contacto entre especialistas, directo o vía teléfono buscapersonas Preferente: plazo de respuesta inferior a 24 h Ordinaria o normal: la respuesta puede demorarse más de 24 h
Referencia a la enfermedad actual	Motivo de ingreso actual en servicio médico o quirúrgico
Referencia a antecedentes personales y tratamientos habituales del enfermo	Cuando tengan interés para la IC
Motivo de la IC	Referencia a síntomas, exploración física, pruebas complementarias y tratamiento, según proceda Establecer con claridad el motivo de la IC
Establecer el tipo de colaboración y autonomía requeridas	

IC: interconsulta; NHC: número de historia clínica.

realizados durante el ingreso, el juicio clínico, el tratamiento y las recomendaciones al alta. Sin embargo, su grado de cumplimentación entre los diferentes servicios es variable y es frecuente que no se especifiquen nuevos diagnósticos o no se tengan en cuenta los problemas asociados a la conciliación del tratamiento domiciliario del paciente¹². En muchas ocasiones la propia actividad del médico consultor es la que propicia esas modificaciones en los tratamientos domiciliarios o el diagnóstico de nuevas enfermedades. Por tanto, es recomendable que el consultor colabore con el servicio solicitante de la interconsulta en la preparación del informe de alta hospitalaria y realice un resumen de su valoración en el momento de cerrar la interconsulta que pueda ser incluido, de acuerdo con el médico responsable del enfermo, en dicho informe.

En resumen, la interconsulta médica es una labor fundamental de los servicios de medicina interna, de gran impacto en el funcionamiento hospitalario. El establecimiento de unos principios generales que la definan, y la propuesta de un formato para su desarrollo, debe ayudar a disminuir la variabilidad que hasta ahora ha caracterizado su desempeño y a establecer estándares de calidad que pongan en valor esta actividad.

Tabla 2 Formato de respuesta de interconsulta en enfermos hospitalizados

Datos de filiación del enfermo	Nombre, apellidos, NHC, cama
Momento de respuesta de la IC	Fecha y hora
Datos del médico consultor	Nombre, servicio de referencia, teléfono de contacto, buscapersonas
Diagnóstico de ingreso	
Referencia al motivo de IC	
Referencia a antecedentes personales	Cuando tengan interés para la IC
Exploración física y pruebas complementarias	En referencia al motivo de la IC
Impresión diagnóstica	En referencia al motivo de la IC
Tratamiento indicado	
Necesidad de seguimiento clínico	
Informe resumen de cierre de la IC (opciones)	– Inclusión en notas evolutivas de curso clínico ^a – Informe independiente, añadido e incluido en el informe principal de alta ^b

IC: interconsulta; NHC: número de historia clínica.

^a Inclusión en las notas evolutivas, especificando los diagnósticos y los cambios en el tratamiento cuando los hubiere, así como las recomendaciones al alta, con especial cuidado en la conciliación de la medicación domiciliaria. El médico solicitante lo añade en el informe de alta principal.

^b Informe independiente, añadido e incluido en el informe principal de alta por el médico consultor, siempre con el conocimiento y autorización del médico solicitante. Se especificarán los diagnósticos y los cambios en el tratamiento cuando los hubiere, así como las recomendaciones al alta, con especial cuidado en la conciliación de la medicación domiciliaria.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. O'Malley AS, Reschovsky JD. Referral and consultation communication between primary care and specialist physicians: Finding common ground. *Arch Intern Med.* 2011;171:56–65.
2. Monte Secades R, Rabunal Rey R, Rigueiro Veloso MT, García País MJ, Casariego Vales E, Guerrero Lombardia J. Papel del internista como consultor de servicios quirúrgicos. *Rev Clin Esp.* 2004;204:345–50.
3. Goldman L, Lee T, Rudd P. Ten commandments for effective consultations. *Arch Intern Med.* 1983;143:1753–5.
4. 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.
5. Losa JE, Zapatero A, Barba R, Marco J, Plaza S, Canora J. Encuesta SEMI sobre la oferta asistencial de los internistas en los hospitales del Sistema Público de Salud. *Rev Clin Esp.* 2011;211:223–32.
6. Méndez López I, Etxeberria Lekuona D. Organización del trabajo de las interconsultas recibidas desde servicios quirúrgicos en los servicios de medicina interna. *Rev Clin Esp.* 2011;211:61–3.
7. Montero Ruiz E, Monte Secades R. Definiciones de la actividad de Medicina Interna fuera de su propio servicio. *Rev Clin Esp.* 2015;215:182–5.
8. Caplan JP, Querques J, Epstein LA, Stern TA. Consultation, communication, and conflict management by out-of-operating room anesthesiologists: Strangers in a strange land. *Anesthesiol Clin.* 2009;27:111–20.
9. Nagpal K, Vats A, Ahmed K, Vincent C, Moorthy K. An evaluation of information transfer through the continuum of surgical care: A feasibility study. *Ann Surg.* 2010;252:402–7.
10. Phy MP, Vanness DJ, Melton LJ 3rd, Long KH, Schleck CD, Larson DR, et al. Effects of a hospitalist model on elderly patients with hip fracture. *Arch Intern Med.* 2005;165:796–801.
11. Montero Ruiz E, Hernández Ahijado C, López Álvarez J. Efecto de la adscripción de internistas a un servicio quirúrgico. *Med Clin (Barc).* 2005;124:332–5.
12. Conthe Gutiérrez P, García Alegría J, Pujol Farriols R, Alfageme Michavilla I, Artola Menéndez S, Barba Martín R, et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. *Med Clin (Barc).* 2010;134:505–10.