



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

[www.elsevier.es/eimc](http://www.elsevier.es/eimc)



## Original breve

### “Consultas de pasillo” (*curbside consultation*): otra actividad asistencial del infectólogo

Francisco Jover-Díaz \*, José M<sup>a</sup> Cuadrado-Pastor y Mariano Matarranz-del Amo

Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínico Universitario de San Juan, Alicante, España

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

##### *Historia del artículo:*

Recibido el 9 de febrero de 2009

Aceptado el 20 de mayo de 2009

On-line el 31 de agosto de 2009

##### *Palabras clave:*

Consultas de pasillo

Enfermedades infecciosas

Consulta informal

Antimicrobiano

#### RESUMEN

**Introducción:** Se define “consulta de pasillo” (CP) como el proceso informal en el que un médico obtiene información de otro médico en el tratamiento de un paciente que nunca ha valorado el médico consultado.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo observacional que tiene como objetivo conocer la frecuencia, los contenidos, los servicios demandantes y el resultado final de las CP realizadas a la Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI) en el período del 25-03-2008 al 5-12-2008. Las variables recogidas eran relativas al medio de contacto, tipo de pregunta, persona solicitante, complejidad del tema, tema relativo, recomendaciones y grado de seguimiento y evolución de la consulta. El grado de dificultad se evaluó mediante el sistema de la ACP (American Collage of Physicians). Se emplearon métodos estadísticos paramétricos y no paramétricos.

**Resultados:** Se recabaron 208 CP (1,13/día), con una mediana de 2 min. Los motivos de consulta más

frecuentes fueron seleccionar un antimicrobiano (54,4%), evaluar el diagnóstico (10,5%), interpretación de datos microbiológicos (9,6%) y la combinación de varios motivos (27,4%). En el 5,8% se precisó ingreso para

estudio y tratamiento de la enfermedad infecciosa. Se requirió una interconsulta formal en el 27% de los

casos. Se encontraron diferencias significativas entre médicos adjuntos y residentes y las realizadas por servicios médicos y quirúrgicos.

**Conclusiones:** Queremos destacar que las CP suponen una parte importante de la actividad asistencial de la UEI, aunque en su mayoría son sencillas y no suponen una carga de trabajo excesiva. Sin embargo, cuando

se trata de consultas de caso clínico, realizadas por staff, con un grado de dificultad alto y que implican servicios quirúrgicos generan una actividad formal significativa.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Curbside consultation: Another healthcare activity of the infectious disease specialist

#### ABSTRACT

##### *Keywords:*

Curbside consultation

Infectious diseases

Informal consultation

Antimicrobial

**Introduction:** “Curbside consultation” is the term used to describe an informal process in which a physician requests information from another physician about the management of a patient who has not been assessed by the person consulted.

**Material and Methods:** Prospective, observational study designed to determine the frequency, services requested, and final result of curbside consultations made over the period of 3 March to 12 May 2008. The variables recorded included the means by which contact was made, the type of question, person requesting information, complexity of the subject, related subject, recommendations, and degree of follow-up and evolution of the consultation. The degree of difficulty was evaluated using the system of the American Collage of Physicians. Parametric and nonparametric statistical tests were used in the analysis.

**Results:** A total of 208 consultations (1.13/day) were reported, lasting a median of 2 minutes. The most common reasons for consulting were selection of an antimicrobial agent (54.4%), evaluation of a diagnosis (10.5%), interpretation of microbiological data (9.6%), and a combination of reasons (27.4%). In 5.8% of cases, hospitalization was required to study and treat the infectious disease. A formal consultation was required in 27% of cases. Significant differences were found between staff physicians and medical residents and between medical and surgical departments.

**Conclusions:** Curbside consultations comprise an important part of healthcare activity in the Infectious Disease Department, although most requests are easily resolved and do not imply an excessive work burden. Nonetheless, when the consultation involves a difficult clinical case, the request is by a staff physician, and the surgery department is implicated, a significant amount of formal activity is generated.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [fjoverdiaz@coma.es](mailto:fjoverdiaz@coma.es) (F. Jover-Díaz).

## Introducción

Se define "consulta de pasillo" (CP) o *curbside consultation*, como el proceso informal por el que un médico obtiene información o consejo de otro médico en el tratamiento de un paciente que nunca ha valorado el médico consultado. En contraste con las consultas formales (interconsultas), las recomendaciones realizadas están basadas en la información proporcionada por el médico solicitante, aunque en ocasiones se puede tener acceso a la historia clínica para conocer más en profundidad la situación clínica del paciente. Los médicos consultores inician las consultas informales por una amplia variedad de motivos: confianza en la opinión del experto, urgencia y conveniencia del momento, accesibilidad, temor a conflictos legales, búsqueda de explicaciones académicas y autonomía. El objetivo de nuestro estudio fue conocer la frecuencia, contenidos, servicios demandantes y resultado final de las CP realizadas en la Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI).

## Material y métodos

Estudio prospectivo observacional de CP realizadas en la UEI en el período del 25-03-2008 al 5-12-2008. Entre la cartera de clientes secundarios se encuentran todos los demás servicios del Departamento 17 de Salud, incluyendo Atención Primaria. Existen 2 facultativos a tiempo completo con un teléfono corporativo para interconsultas inmediatas en horario de 8.00 a 15.00. Las variables del estudio se recogieron mediante un protocolo diseñado para tal efecto de tamaño bolsillo. Las variables eran relativas al medio de contacto, tipo de pregunta, persona solicitante, complejidad del tema, tema relativo, recomendaciones y grado de seguimiento y evolución de la consulta. Los tipos de consultas se clasificaron según se refiriesen a: tratamiento, diagnóstico, profilaxis, información sobre antibióticos y epidemiología. El grado de dificultad se evaluó mediante el sistema de la ACP (American Collage of Physicians) en sencillas, moderadas y difíciles<sup>1</sup>. Se emplearon métodos estadísticos paramétricos y no paramétricos.

## Resultados

Se recabaron 208 CP (1,1/día). El tiempo total empleado fue de 556 min (mediana de 2 min/CP). El 92,3% fueron realizadas por médicos pertenecientes a 27 servicios. El 70% fueron de servicios médicos, el 20% fueron de servicios quirúrgicos y el resto, de servicios centrales. El 83,5% de las CP trataba sobre pacientes y el 14% trataba sobre el propio consultor o familiares. El 61,5% se realizó de manera verbal y el 36,5% se realizó por teléfono. El 61,5% se formuló como caso clínico y el 38,5% se formuló como pregunta concreta. La duración de la CP fue inferior a 2 min en el 57,2%, de entre 2 y 5 min en el 39,9% y superior a 5 min en el 2,9%. En el 78% de los casos médicos adjuntos realizaron las CP y en el 22% las realizaron médicos residentes. Las CP constituyeron un 35,8% de las consultas recibidas en el período de estudio. El motivo de consulta más frecuente de CP fue seleccionar un antimicrobiano (109 casos [54,4%]), seguido de evaluar el diagnóstico (22 casos [10,57%]), interpretación de datos microbiológicos (20 casos [9,6%]) y la combinación de varios motivos (57 casos [27,4%]).

Las infecciones consultadas con más frecuencia fueron sepsis (11%), neumonía comunitaria (11%), infecciones de piel y partes blandas (9,1%) y bacteriemia (7,7%). La infección fue nosocomial en el 28,4%. En cuanto a la etiología, era conocida en el 44%, y los bacilos gramnegativos fueron los microorganismos más aislados. Las preguntas se clasificaron según su grado de dificultad mediante el sistema de la ACP en: simple (44,2%), moderada

(50,5%) y difícil (5,3%). Las recomendaciones realizadas tras la consulta se muestran en la figura 1. Las consultas se resolvieron en la misma entrevista en el 72,6% de los casos. Sin embargo, en un 27% de las CP se produjo la derivación a la UEI para una segunda valoración. En el 5,8% de las CP se precisó ingreso para estudio y tratamiento de la enfermedad infecciosa. Se requirió una interconsulta formal en el 27% de los casos (el 11,5% a pacientes ingresados, el 9,6% se derivó a consultas externas y un 5,9% ingresó a cargo de la UEI).

Se encontraron diferencias significativas cuando se comparaban las CP planteadas por médicos adjuntos y residentes en las siguientes características: derivación (el 36,1 versus el 6,8%;  $p < 0,0001$ ), consulta telefónica (el 41,5 versus el 22,7%;  $p = 0,017$ ) y discusión de caso clínico (el 70,1 versus el 50%;  $p = 0,019$ ). También se apreciaron diferencias significativas entre las CP realizadas por servicios médicos y quirúrgicos (tabla 1).

La asistencia mediante interconsulta del paciente ingresado representa un aspecto significativo de la práctica clínica actual. Es un área asistencial importante que influye en la calidad de ésta y en la utilización de recursos. Las CP pueden representar una oportunidad de beneficio para el paciente y el sistema sanitario. La CP es el proceso asistencial informal mediante el que un médico obtiene información o consejo de otro médico especialista en el tratamiento concreto de un paciente concreto o sobre una situación clínica. El consultado generalmente no está familiarizado con el paciente y no revisa su historia clínica. En contraste con las consultas formales (por escrito), las recomendaciones del médico consultado están basadas casi exclusivamente en la información que obtiene el consultor y no del paciente o la historia clínica. La CP no establece una relación médico-paciente convencional. Sus principales ventajas son que supone una "formación continuada", facilita el tratamiento clínico de

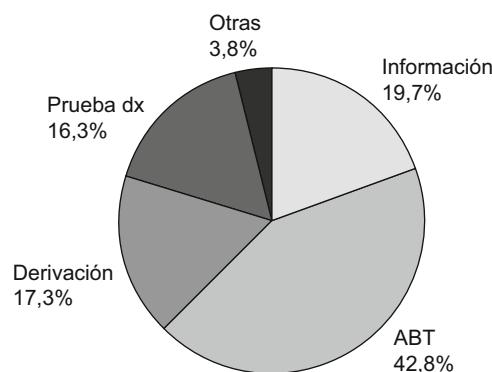


Figura 1. Tipos de recomendaciones realizadas tras la consulta.

Tabla 1  
"Consultas de pasillo": diferencias entre servicios médicos y quirúrgicos

	Médicos, %	Quirúrgicos, %	p
Contacto telefónico	32,7	58,1	0,008
Caso clínico	62,7	80,6	0,04
Infección nosocomial	23,4	66,7	0,0001
% Adjuntos/MIR	72/28	93,5/6,5	0,006
<i>Grado de dificultad, %</i>			
Simple	46	25,8	0,05
Moderada	48	67,7	
Compleja	5,3	6,5	
Derivación	24	58,1	0,0001

MIR: médico interno residente

pacientes y mejora la capacidad de respuesta rápida del consultado. Sin embargo, se han descrito potenciales desventajas de este método de consulta. Entre ellas, una información incompleta, dudas sobre la calidad de la información intercambiada por ambos interlocutores, la falta de compensación económica y los aspectos medicolegales.

Las enfermedades infecciosas, por su frecuencia y debido a su naturaleza transversal e interdisciplinaria, son una de las especialidades que con mayor frecuencia reciben consultas de otros médicos. Diferentes estudios realizados han demostrado que los servicios que mayor frecuencia reciben CP son Cardiología, Gastroenterología y Enfermedades Infecciosas<sup>2,3</sup>. En un trabajo más reciente, Jordan et al<sup>4</sup> encontraron que Enfermedades Infecciosas estaba entre los servicios más consultados junto con Gastroenterología y Respiratorio. En estos estudios, las CP constituyan casi una cuarta parte del total de consultas recibidas, y la media de CP por semana era de 3,2 CP<sup>2,3</sup>. Leblebicioglu et al<sup>5</sup> en un estudio multicéntrico comunicaron un total de 362 CP en un período de 3 meses, lo que supone 1,4 CP/semana. El 58,8% de las CP duró menos de 5 min, el 18,8% duró entre 6 y 10 min, el 15,2% duró entre 11 y 20 min y el 7,2% duró más de 20 min. La media fue de 10,6 min por CP. En este trabajo, el 55% de las CP fueron telefónicas. En nuestro estudio la frecuencia fue de 1,1 CP/día (5,6 CP/semana); la mediana de tiempo empleado por CP fue de 2 min y el 97% fue de menos de 5 min. En la literatura médica los 4 motivos de consulta más frecuentes fueron: 1) ayuda a seleccionar un plan terapéutico apropiado; 2) consejo para seleccionar una profilaxis adecuada; 3) interpretación de resultados de laboratorio o microbiológicos, y 4) proporcionar información sobre antibióticos<sup>2–5</sup>. Estos datos coinciden con los encontrados en nuestro trabajo.

Las CP constituyeron un 35,8% de las consultas recibidas en el período de estudio. Este dato puede tener varias explicaciones. Por un lado, la disponibilidad telefónica (móvil corporativo) de los facultativos facilita la comunicación e inmediatez, por lo que se evita la interconsulta escrita en algunas situaciones. Otra explicación puede ser la existencia desde hace 6 años de un programa de evaluación de adecuación de política de antibióticos con recomendaciones escritas, lo que facilita la consulta directa. Y en tercer lugar, el tamaño y organización del hospital facilita una comunicación directa entre los facultativos, al tener un contacto casi diario.

Además, se ha comunicado que a los especialistas en enfermedades infecciosas se nos consulta con mayor frecuencia para seleccionar un plan terapéutico apropiado que a otros especialistas (el 87 versus el 52%)<sup>2,7</sup>. En nuestro estudio, el 27,1% de las CP requirió una segunda valoración de manera formal, ya fuera como ingreso, interconsulta formal o derivación a consultas externas. Estos datos coinciden con los publicados por Schlech et al<sup>6</sup> (30,1%) y son algo superiores al trabajo de Myers<sup>8</sup> (11,5%). En el trabajo de Schlesinger<sup>9</sup>, las consultas formales y CP se diferencian fundamentalmente en que éstas se realizan frecuentemente con objeto terapéutico (el 56% frente al 35% de las consultas formales) ( $p < 0,001$ ). En nuestro estudio no encontramos estas diferencias.

Los posibles riesgos de este tipo de consultas son un planteamiento erróneo de la cuestión (datos insuficientes o parciales) y las posibles implicaciones legales. Es cierto que, en ocasiones, pueden existir consultas que busquen ratificar opiniones. Sin embargo, en general las CP eran concretas y referidas a planteamientos terapéuticos. Cuando el diagnóstico no era evidente o se planteaban dudas, la recomendación era solicitar una consulta o derivación formal, lo que sucedió en un 27% de los casos.

Un aspecto para tener presente son las posibles implicaciones legales de la CP, ya que el médico consultado, en general, no participa de forma directa en el proceso asistencial, pero sí puede influir en éste. Sin embargo, el hecho de participar de forma indirecta en la asistencia del paciente no implica que la responsabilidad última del paciente recaiga en el médico consultor. Existen sentencias judiciales que han determinado que en las CP no existe una relación médico-paciente entre el consultado y el paciente que es objeto de la consulta. Por tanto, en ausencia de esta relación, no existe base jurídica para reclamación de malapraxis. El riesgo de negligencia asociado a las CP parece mínimo, independientemente del medio con que se realice la consulta<sup>10</sup>.

No obstante, se ha recomendado que el uso de un registro escrito que documente estas consultas puede ayudar a evitar problemas medicolegales<sup>10</sup>.

En conclusión, queremos destacar que las CP suponen una parte importante de la actividad asistencial de la UCI, aunque en su mayoría son sencillas y no suponen una carga de trabajo excesiva. Sin embargo, cuando se trata de consultas de caso clínico, realizadas por staff, con un grado de dificultad alto y que implican servicios quirúrgicos generan una actividad formal significativa.

## Bibliografía

1. 1995 Documentation guidelines ACP for evaluation & management services. [Consultado 5 Dic 2008]. Disponible en: URL: [http://www.cms.hhs.gov/MLNEdWebGuide/25\\_EMDOC.asp](http://www.cms.hhs.gov/MLNEdWebGuide/25_EMDOC.asp).
2. Keating NL, Zaslavsky AM, Ayanian JZ. Physicians' experiences and beliefs regarding informal consultation. *JAMA*. 1998;280:900–4.
3. Kuo D, Gifford DR, Stein MD. Curbside consultation practices and attitudes among primary care physicians and medical subspecialists. *JAMA*. 1998;280:905–9.
4. Jordan MR, Conley J, Ghalil WA. Consultation patterns and clinical correlates of consultation in a tertiary care setting. *BMC Res Notes*. 2008;1:96.
5. Leblebicioglu H, Akbulut A, Ulusoy S, Sunbul M, Aydin K, Geyik MF, et al. Informal consultations in infectious diseases and clinical microbiology practice. *Clin Microbiol Infect*. 2003;9:724–6.
6. Schlech III WF. The practice of infectious diseases in the 1990s: The Canadian experience. *Clin Infect Dis*. 1995;20:291–5.
7. Duncan CJA, Gallacher K, Kennedy DH, Fox R, Seaton RA, MacConnachie AA. Infectious disease telephone consultations: Numerous, varied and an important educational resource. *J Infect*. 2007;54:515–6.
8. Myers JP. Curbside consultation in infectious diseases: A prospective study. *J Infect Dis*. 1984;150:797–802.
9. Schlesinger Y, Paltiel O, Yinnon AM. Analysis and impact of infectious disease consultations in a general hospital. *J Hosp Infect*. 1998;40:39–46.
10. Olick RS, Bergus GR. Malpractice liability for informal consultations. *Fam Med*. 2003;35:476–81.