



Universidad
de Alcalá

COMISIÓN DE ESTUDIOS OFICIALES
DE POSGRADO Y DOCTORADO

ACTA DE EVALUACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

Año académico 2018/19

DOCTORANDO: PÉREZ SÁNCHEZ, LAURA
D.N.I./PASAPORTE: ****0585Z

PROGRAMA DE DOCTORADO: D420-CIENCIAS DE LA SALUD
DPTO. COORDINADOR DEL PROGRAMA: BIOLOGÍA DE SISTEMAS
TITULACIÓN DE DOCTOR EN: DOCTOR/A POR LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ

En el día de hoy 17/12/18, reunido el tribunal de evaluación nombrado por la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado y Doctorado de la Universidad y constituido por los miembros que suscriben la presente Acta, el aspirante defendió su Tesis Doctoral, elaborada bajo la dirección de **EDUARDO MONTERO RUIZ**.

Sobre el siguiente tema: *ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS SOLICITADAS EN UN HOSPITAL GENERAL*

Finalizada la defensa y discusión de la tesis, el tribunal acordó otorgar la CALIFICACIÓN GLOBAL⁴ de (no apto, aprobado, notable y sobresaliente): SOBRESALIENTE

Alcalá de Henares, 17 de XII de 2018

EL PRESIDENTE

Fdo.:

León Manzano

EL SECRETARIO

Fdo.:

Fdo.:

EL VOCAL

Fdo.:

Fdo.:

Con fecha 21 de enero de 2019 la Comisión Delegada de la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado, a la vista de los votos emitidos de manera anónima por el tribunal que ha juzgado la tesis, resuelve:

- Conceder la Mención de "Cum Laude"
 No conceder la Mención de "Cum Laude"

La Secretaria de la Comisión Delegada

FIRMA DEL ALUMNO

Fdo.:

Fdo.: PÉREZ SÁNCHEZ, LAURA

⁴ La calificación podrá ser "no apto" "aprobado" "notable" y "sobresaliente". El tribunal podrá otorgar la mención de "cum laude" si la calificación global es de sobresaliente y se emite en tal sentido el voto secreto positivo por unanimidad.

INCIDENCIAS / OBSERVACIONES:

EL TRIBUNAL SE CONSTITUYÓ CON EL PRESIDENTE
DEL TRIBUNAL SUPLENTE, DR D. LUIS MANZANO
ESPINOSA ANTE LA AUJENCIA, EXCUSADA, DEL
PRESIDENTE DEL TITULAR, DR D. MELCHOR
ÁLVAREZ DE MON SOTO

SIN OTRAS INCIDENCIAS.



Universidad
de Alcalá

COMISIÓN DE ESTUDIOS OFICIALES
DE POSGRADO Y DOCTORADO

En aplicación del art. 14.7 del RD. 99/2011 y el art. 14 del Reglamento de Elaboración, Autorización y Defensa de la Tesis Doctoral, la Comisión Delegada de la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado y Doctorado, en sesión pública de fecha 21 de enero, procedió al escrutinio de los votos emitidos por los miembros del tribunal de la tesis defendida por *PÉREZ SÁNCHEZ, LAURA*, el día 17 de diciembre de 2018, titulada *ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS SOLICITADAS EN UN HOSPITAL GENERAL*, para determinar, si a la misma, se le concede la mención "cum laude", arrojando como resultado el voto favorable de todos los miembros del tribunal.

Por lo tanto, la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado **resuelve otorgar** a dicha tesis la

MENCIÓN "CUM LAUDE"

Alcalá de Henares, 22 de enero de 2019

EL VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y TRANSFERENCIA



F. Javier de la Mata

F. Javier de la Mata de la Mata

Copia por e-mail a:

Doctorando: PÉREZ SÁNCHEZ, LAURA

Secretario del Tribunal: EMILIO CASARIEGO VALES

Director de Tesis: EDUARDO MONTERO RUIZ



Universidad
de Alcalá

ESCUELA DE DOCTORADO
Servicio de Estudios Oficiales de
Posgrado

DILIGENCIA DE DEPÓSITO DE TESIS.

Comprobado que el expediente académico de D./D^a _____
reúne los requisitos exigidos para la presentación de la Tesis, de acuerdo a la normativa vigente, y habiendo
presentado la misma en formato: soporte electrónico impreso en papel, para el depósito de la
misma, en el Servicio de Estudios Oficiales de Posgrado, con el nº de páginas: _____ se procede, con
fecha de hoy a registrar el depósito de la tesis.

Alcalá de Henares a _____ de _____ de 20 _____



Fdo. El Funcionario

Dr. D. Pedro de la Villa Polo, Coordinador de la Comisión Académica del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud.

INFORMA que la Tesis Doctoral **ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS SOLICITADAS EN UN HOSPITAL GENERAL**, presentada por Dña. **LAURA PÉREZ SÁNCHEZ**, bajo la dirección del Dr. D. Eduardo Montero Ruiz reúne los requisitos científicos de originalidad y rigor metodológicos para ser defendida ante un tribunal. Esta Comisión ha tenido también en cuenta la evaluación positiva anual del doctorando, habiendo obtenido las correspondientes competencias establecidas en el Programa.

Para que así conste y surta los efectos oportunos, se firma el presente informe en Alcalá de Henares a 04 de julio de 2018.




Fdo.: Pedro de la Villa Polo

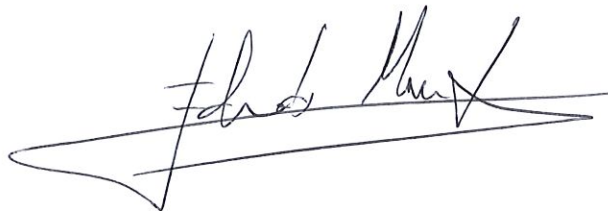
D. EDUARDO MONTERO RUIZ, Doctor en Medicina, Jefe de Sección en funciones del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Ramón y Cajal, de Madrid.

INFORMO QUE:

Dña. Laura Pérez Sánchez ha realizado, bajo mi dirección, el trabajo de investigación que lleva por título **“ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS SOLICITADAS EN UN HOSPITAL GENERAL”**.

El resultado de su investigación queda expuesto en el presente trabajo. Se trata de un estudio elaborado con rigor científico, estando conforme con las técnicas y metodología empleada; así como con los resultados obtenidos. Una vez examinado y revisado, doy mi conformidad para que sea defendido y juzgado como Tesis para la obtención del grado de Doctor.

Para que así conste donde proceda, firmo la presente en Madrid, a 27 de junio de 2018.





Programa de Doctorado en CIENCIAS DE LA SALUD (D 420)

ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS SOLICITADAS EN UN HOSPITAL GENERAL

Tesis Doctoral presentada por
LAURA PÉREZ SÁNCHEZ

2018



Programa de Doctorado en CIENCIAS DE LA SALUD (D 420)

ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS SOLICITADAS EN UN HOSPITAL GENERAL

Tesis Doctoral presentada por
LAURA PÉREZ SÁNCHEZ

Director:

DR. EDUARDO MONTERO RUIZ
Doctor en Medicina Interna.

Alcalá de Henares, 2018.

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas que han hecho posible que haya podido llegar hasta aquí y a las que tengo que agradecer su contribución.

En primer lugar, al Dr. Eduardo Montero, director de esta tesis y amigo, por haber confiado en mí para hacerme partícipe de sus proyectos, por sus conocimientos estadísticos y científicos de los que tanto abusé, por sus consejos tanto profesionales como personales, por su apoyo y aliento, su infinita paciencia en estos años de trabajo, sin los cuales quien sabe cuándo se hubiera concluido este trabajo. MUCHAS GRACIAS.

A los doctores, Dr. Joaquín López Álvarez, Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital Príncipe de Asturias donde inicié mi camino en este proceso, y al Dr. Luis Manzano Espinosa, Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital Ramón y Cajal, donde voy a culminarlo, les tengo que agradecer muy especialmente la oportunidad que me han brindado de poder trabajar en lo que me apasiona. Espero poder retornar la confianza que han depositado en mí desde el primer momento.

A la Universidad de Alcalá de Henares, en la que finalicé mi licenciatura en Medicina y en la que ahora tengo la gran satisfacción de leer la Tesis Doctoral. Especialmente, quiero mostrar mi agradecimiento al Hospital Universitario Príncipe de Asturias donde realicé mi formación como especialista en Medicina Interna y gracias al cual he podido realizar este proyecto.

A mis compañeros de trabajo más cercanos, a Ángela, Ana, Marta, Rosa, Luis, y Txema, gracias por vuestra ayuda y aliento cuando lo necesité. Y a los residentes que se han formado y se están formando con nosotros, porque nos estimulan a seguir aprendiendo y mejorando con ilusión.

A todos los profesores y otros compañeros, muy especialmente a Florentino, de los que, a lo largo de mi extenso proceso formativo, he aprendido lo que ahora

soy, de los que no solo he aprendido lo que viene en los libros de Medicina, sino también lo que de verdad significa ser médico.

Por supuesto a mis padres, Eugenio y Dionisia. Gracias por cuidarme siempre, desde allí dónde estáis, por enseñarme a ser una luchadora, a no rendirme y levantarme, a mirar siempre hacia delante a pesar de las adversidades. Gracias por haberme hecho sentir muy querida y feliz, por haber sido mis mejores profesores y por seguir ahí a pesar de todo. Aunque nunca podré devolveros todo lo que me distéis quiero aprovechar estas líneas para daros las gracias por todo. También quisiera dar las gracias a mis hermanos, Mónica y Eugenio, sin los cuales no sería quien soy ahora. Mencionar también a mis suegros y a mis cuñad@s, especialmente a Roberto, quienes con su apoyo y conocimientos fuera del ámbito de la medicina han contribuido de forma notable a la realización de este proyecto, gracias por estar ahí.

A mi marido, Óscar, por estar a mi lado, por ser mi amigo, mi compañero, mi pilar en momentos en los que me flaqueaban las fuerzas, por ayudarme a sacar tiempo de la rutina diaria para poder finalizar este trabajo, gracias.

A mis amigas, algunas ajenas a la medicina, como Sara y Julia, otras compañeras de profesión, como Miriam, Graciela y especialmente a Marga, que en los últimos años se ha convertido en una persona esencial en mi vida y quien, desde sus buenos consejos tanto personales como profesionales desde el ámbito de la psiquiatría, me han impulsado para llegar por fin a la culminación de esta tesis, apoyándome sobre todo cuando más lo precisé. Muchas gracias por vuestro apoyo, cariño y respeto, vuestra lealtad y confianza... gracias por vuestra amistad.

Por último, a todas aquellas personas que se han cruzado en este camino y que directa o indirectamente han contribuido a que este proyecto, que ha sido un anhelo en mi vida, sea hoy por fin una realidad.

Aquí acaba una etapa muy especial de mi vida, que ha contribuido decisivamente en mi formación, tanto profesional como personal, y que estoy segura dará paso a la entrada de otra, al menos, igual de apasionante.

*A mis padres, Eugenio y Dioni,
y a mis hijos Noa e Iago,
con ilusión y cariño...*

***“La Medicina es la ciencia de la incertidumbre
y el arte de la probabilidad”***

Sir William Osler.

RESUMEN

El perfil del paciente hospitalizado se está modificando hacia enfermos ancianos, con elevada comorbilidad y una mayor complejidad asistencial, lo que unido a una mayor especialización de los diferentes especialistas, entre otras razones, ha favorecido un aumento progresivo del apoyo asistencial de unos servicios a otros. La información existente sobre la interconsulta es escasa y descriptiva.

En el presente trabajo se establecen definiciones que aclaran la labor del médico fuera de su propio servicio, tales como la de asistencia compartida, medicina consultiva, medicina perioperatoria y de la interconsulta. Asimismo, se definen cuáles son los distintos tipos de las interconsultas. El objetivo es analizar la totalidad de las solicitudes de interconsultas de un hospital general.

Se ha realizado un estudio descriptivo de todas las interconsultas solicitadas en el hospital durante el año 2010 con datos obtenidos del Conjunto Mínimo Básico de Datos y de la aplicación informática específica para las interconsultas. Han participado 21.120 pacientes, a 4.720 de ellos se les solicitaron 8.377 interconsultas. Se solicita una interconsulta por cada dos pacientes ingresados, y uno de cada 5 pacientes tiene, al menos, una interconsulta solicitada. Las mujeres ingresan más pero se solicitan más interconsultas a los varones. El Área Médica es el que más interconsultas solicita. Existe una variabilidad estacional y en función de los días de la semana en la solicitud de las interconsultas. Los enfermos a los que se les solicitan son más complejos que aquellos sin interconsulta. Las interconsultas se piden, en su mayoría, con la complicación establecida; tienen muchos problemas que hacen que sea un sistema que no funcione bien, poco eficaz y caro. Las interconsultas suponen una alta carga de trabajo para los interconsultores, hecho que hay que tener en cuenta a la hora de planificar la actividad de cada servicio.

El estudio y conocimiento de las características y comportamiento de la solicitud de interconsultas podría permitir tomar medidas para mejorar su funcionamiento y resultados.

ABSTRACT

The profile of the inpatient is changing towards elderly patients with an elevated comorbidity and in need of more complex care. This, together with the progressive medical superspecialization among other reasons, has favoured a progressive increase in the health care support services given between one service and another. The current existing information concerning medical consultation is scarce and descriptive.

This paper sets out to define and therefore clarify a doctors' role outside his/her service, such as shared care (comanagement), consultative medicine, perioperative medicine and also medical consultation. Furthermore, the different types of medical consultation are defined. The principal objective is to analyze the total number of requests for medical consultation in a general hospital.

We conducted a descriptive study of all the consultations requested in the hospital in the year 2010, with data obtained from the " Basic Minimun Set of Data" (European medical data base) and also from the specific computer application used for consultations. 21.120 patients participated in the study and a total of 8.377 consultations were requested for 4.720 of those patients. One consultation is requested for each two hospitalized patients and one in five patients have at least one consultation requested. More women are hospitalized than men however more consultations are requested for men. The Medical Area (no surgical) is the field in which most consultations are requested. There is monthly and week day variability for consultation requests. The patients who have received a consultation request are in need of more complex medical care than those who have not. In general, the consultations are requested with the medical complication already established; these consultations have many problematic factors which make it a system which doesn't work well, is ineffective and expensive. The consultations result in a heavy workload for the consultants, something which should be taken into account when planning the activities of each service.

The study and better knowledge of the characteristics and behaviour associated with consultation requests could allow us to take measures to improve its performance and results.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	2
1.2. DEFINICIONES	9
1.2.1. Interconsulta	10
1.2.2. Asistencia Compartida.....	13
1.2.3. Medicina Perioperatoria y Medicina Consultiva.....	14
1.3. IMPORTANCIA DE LA INTERCONSULTA MÉDICA	15
1.4. PROCESO DE LA INTERCONSULTA.....	17
1.4.1. Solicitud.....	18
1.4.2. Respuesta	19
1.4.3. Seguimiento.....	19
1.4.4. Cierre.....	19
1.5. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SOLICITUD DE LAS INTERCONSULTAS ..	20
1.6. PROBLEMAS DE LAS INTERCONSULTAS Y POSIBLES SOLUCIONES	23
1.6.1. Problemas	23
1.6.2. Soluciones.....	29
1.7. LA INTERCONSULTA HOSPITALARIA Y MEDICINA INTERNA	30
1.8. INFORMACIÓN DISPONIBLE	31
2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	34
2.1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	35
2.2. OBJETIVO PRINCIPAL	35
2.3. OBJETIVO SECUNDARIOS.....	35
3. PACIENTES, MATERIAL Y MÉTODOS	36
3.1. ENTORNO.....	37
3.2. DISEÑO Y PERÍODO DE ESTUDIO.....	37
3.3. PACIENTES	38
3.3.1. Criterios de inclusión	38
3.3.2. Criterios de exclusión	38
3.4. VARIABLES DEL ESTUDIO	38
3.4.1. Variables relacionadas con el paciente:.....	38
3.4.2. Variables relacionadas con la interconsulta:	39
3.4.3. Los datos obtenidos se agrupan en los siguientes grupos:.....	40

3.5.	MATERIAL.....	41
3.5.1.	Conjunto Mínimo Básico de Datos.....	41
3.5.2.	Interconsulta Especializada	43
3.6.	MÉTODO.....	47
3.6.1.	Obtención de datos.....	47
3.7.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	49
4.	RESULTADOS.....	50
4.1.	DATOS EN LA POBLACIÓN GENERAL.....	52
4.1.1.	Características generales.....	52
4.1.2.	Características generales de los pacientes <i>Con /Sin</i> PIC en población general del estudio.....	53
4.1.3.	Características de los PIC en población general del estudio.....	55
4.1.4.	Variabilidad en la solicitud de PIC en función de los meses del año en la población general del estudio.....	57
4.1.5.	Variabilidad en la solicitud de PIC según el día de la semana en la población general del estudio.....	59
4.1.6.	Resumen de los resultados obtenidos en el grupo de la población general del estudio.....	61
4.2.	DATOS DEL ÁREA MÉDICA.....	62
4.2.1.	Características generales de los pacientes del AM.....	62
4.2.2.	Características de los pacientes del AM <i>Con/Sin</i> PIC.....	63
4.2.3.	Características generales de los PIC en AM.....	65
4.2.4.	PIC solicitados <i>a /por</i> los distintos servicios del AM.....	67
4.2.5.	Variabilidad de los PIC solicitados en función de los meses del año en AM.....	70
4.2.6.	Variabilidad en la solicitud de PIC en función del día de la semana en AM.....	73
4.3.	DATOS DEL ÁREA QUIRÚRGICA.....	76
4.3.1.	Características generales de los pacientes del AQ.....	76
4.3.2.	Características generales de los pacientes <i>Con/Sin</i> Parte Interconsulta en el AQ.....	77
4.3.3.	Características generales de los PIC solicitados en el AQ.....	79
4.3.4.	PIC solicitados <i>a/por</i> los distintos servicios del AQ, altas dadas por los distintos servicios y su relación (PIC/100 altas dadas).....	83
4.3.5.	Variabilidad de los PIC solicitados en función de los meses del año en el AQ.....	86
4.3.6.	Variabilidad en la solicitud de PIC en función del día de la semana en el AQ.....	89
4.4.	DATOS DE OBSTETRICIA.....	91
4.4.1.	Características generales de las pacientes del grupo OBS.....	91

4.4.2. Características generales de los pacientes <i>Con/Sin</i> PIC en OBS.	92
4.4.3. Características generales de los PIC en OBS.....	93
4.4.4. Variabilidad en la solicitud de los PIC en función de los meses del año en OBS. ...	97
4.4.5. Variabilidad en la solicitud de PIC en OBS en función del día de la semana.	99
4.5. DATOS DEL ÁREA OTROS.	102
4.5.1. Características generales de los PIC del AO.	102
4.5.2. Servicios solicitados en los PIC al AO.	104
4.5.3. Variabilidad en la solicitud de PIC según el mes del año en AO.	106
4.5.4. Variabilidad en la solicitud de PIC en función del día de la semana en AO.....	107
5. DISCUSIÓN	109
6. CONCLUSIONES.....	121
7. BIBLIOGRAFÍA	124

INDICE DE TABLAS

Tabla 3.1. Variables del estudio clasificadas según sus fuentes.....	48
Tabla 4.1. Datos generales de la población del estudio.	52
Tabla 4.2. Características de los pacientes <i>Con/Sin</i> Parte Interconsulta en población general.....	54
Tabla 4.3. Características de los Partes Interconsulta en la población general del estudio.	56
Tabla 4.4. Solicitud de Partes Interconsultas y altas dadas según meses del año en la población general del estudio.....	58
Tabla 4.5. Relación entre los Partes Interconsultas solicitados por cada 100 altas dadas según los meses del año.....	59
Tabla 4.6. Partes Interconsultas solicitados según día de la semana en población general del estudio.....	60
Tabla 4.7. Características de los pacientes del Área Médica.....	62
Tabla 4.8. Características de los pacientes del Área Médica <i>Con/Sin</i> Parte Interconsulta.	64
Tabla 4.9. Características de los Partes Interconsultas solicitados en Área Médica.	65
Tabla 4.10. Partes Interconsultas solicitados <i>a/por</i> los distintos servicios en Área Médica y su relación por cada 100 altas dadas.	68
Tabla 4.11. Solicitud de Partes Interconsultas y altas dadas según los meses del año en Área Médica.....	71
Tabla 4.12. Partes Interconsultas /100 altas dadas en los distintos meses del año del Área Médica.....	72
Tabla 4.13. Variabilidad en la solicitud de Partes Interconsultas según el día de la semana en Área Médica.	73
Tabla 4.14. Características generales de los pacientes del Área Quirúrgica.	76
Tabla 4.15. Características generales de pacientes <i>Con/Sin</i> Parte Interconsulta del Área Quirúrgica.....	78
Tabla 4.16. Características de los Partes Interconsulta en el Área Quirúrgica.....	80
Tabla 4.17. Partes Interconsultas solicitados en pacientes intervenidos.....	82
Tabla 4.18. Partes Interconsultas solicitados previos a la cirugía.	82

Tabla 4.19. Partes Interconsultas solicitados <i>a/por</i> los distintos servicios, las altas dadas por los distintos servicios y su relación.	84
Tabla 4.20. Variabilidad en la solicitud de Partes Interconsulta según los meses del año en Área Quirúrgica.	87
Tabla 4.21. Partes Interconsultas solicitados por cada 100 altas dadas según el mes en Área Quirúrgica.....	88
Tabla 4.22. Variabilidad en la solicitud de Partes Interconsultas según los días de la semana en el Área Quirúrgica.	89
Tabla 4.23. Características generales de las pacientes de Obstetricia.	91
Tabla 4.24. Características generales de las pacientes <i>Con/Sin</i> Parte Interconsulta en Obstetricia.....	93
Tabla 4.25. Características generales de los Partes Interconsultas en Obstetricia. ...	94
Tabla 4.26. Partes Interconsultas solicitados en pacientes intervenidas en Obstetricia.....	95
Tabla 4.27. Partes Interconsultas solicitados previos a cirugía en Obstetricia.	96
Tabla 4.28. Solicitud de Partes Interconsulta y altas por meses en Obstetricia.	97
Tabla 4.29. Relación de Partes Interconsulta /100 altas dadas según los meses en Obstetricia.....	99
Tabla 4.30. Variabilidad en la solicitud de Partes Interconsultas según los días de la semana.....	100
Tabla 4.31. Características de los Partes Interconsultas en Área Otros.	102
Tabla 4.32. Partes Interconsulta solicitados por otras áreas al Área Otros.....	102
Tabla 4.33. Partes Interconsultas solicitados desde el Área Otros a otras áreas....	103
Tabla 4.34. Servicios solicitados en los Partes Interconsultas al Área Otros.	105
Tabla 4.35. Variabilidad en la solicitud de Partes Interconsultas según los meses en el Área Otros.....	106
Tabla 4.36. Solicitud de Partes Interconsulta al Área Otros.	108

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1. Hipócrates. Museo Pushkin (Moscú).....	2
Figura 1.2. Galeno.....	3
Figura 1.3. Galeno e Hipócrates. Mural en la catedral de Anagni (Italia).	4
Figura 1.4. Carta de respuesta de la Clínica Mayo a una interconsulta de un médico rural.....	6
Figura 1.5. Willian Osler.	7
Figura 1.6. Proceso de la interconsulta.	18
Figura 3.1. Página principal de la intranet del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid).....	43
Figura 3.2. Página de entrada a la aplicación Interconsultas Especializada.	44
Figura 3.3. Solicitud de la interconsulta.....	44
Figura 3.4. Registro de interconsultas activas.....	45
Figura 3.5. Interconsulta.....	45
Figura 4.1. Características generales de los pacientes del estudio (variables porcentuales).	53
Figura 4.2. Características de los pacientes <i>Con/Sin</i> Parte Interconsulta en población general del estudio (variables porcentuales).	55
Figura 4.3.1. Partes Interconsulta solicitados a las distintas áreas en la población general del estudio.....	56
Figura 4.3.2. Partes Interconsulta solicitados por las distintas áreas en la población general del estudio.....	57
Figura 4.4. Porcentaje de Partes Interconsultas y altas dadas según los meses del año en población general.....	58
Figura 4.5. Partes Interconsulta solicitados según el día de la semana en la población general del estudio.	60
Figura 4.6. Características de los pacientes del Área Médica (variables porcentuales).	63
Figura 4.7. Características de los pacientes <i>Con/Sin</i> Parte Interconsulta (variables porcentuales) en el Área Médica.	64
Figura 4.8.1. Características de los Partes Interconsulta solicitados al Área Médica por las distintas áreas.	66

Figura 4.8.2. Características de los Partes Interconsultas solicitados por el Área Médica a las distintas áreas.....	66
Figura 4.9. Partes Interconsulta solicitados a los distintos servicios en el Área Médica (expresado en porcentaje).....	69
Figura 4.10. Partes Interconsulta solicitados por los distintos servicios en el Área Médica (expresado en porcentaje).....	69
Figura 4.11. Partes Interconsultas y altas según los meses del año del Área Médica.	71
Figura 4.12. Solicitud de Partes Interconsulta según el día de la semana en el Área Médica (expresado en porcentaje).....	74
Figura 4.13. Características generales de los pacientes del Área Quirúrgica (variables porcentuales).....	77
Figura 4.14. Características generales de pacientes <i>Con/Sin</i> Parte Interconsulta en Área Quirúrgica.....	79
Figura 4.15.1. Partes Interconsultas solicitados al Área Quirúrgica.	80
Figura 4.15.2. Partes Interconsulta solicitados por el Área Quirúrgica.....	81
Figura 4.16.1. Expresión gráfica de la tabla 4.17. Partes Interconsultas solicitados en pacientes intervenidos.	83
Figura 4.16.2. Expresión gráfica de la tabla 4.18. Partes Interconsultas solicitados antes de la intervención.....	83
Figura 4.17. Partes Interconsultas solicitados a los distintos servicios del Área Quirúrgica.	85
Figura 4.18. Partes Interconsultas solicitados por los distintos servicios del Área Quirúrgica.	85
Figura 4.19. Partes Interconsultas solicitados y altas dadas según los meses por el Área Quirúrgica.....	88
Figura 4.20. Partes Interconsulta solicitados según los días de la semana por el Área Quirúrgica.....	90
Figura 4.21. Características generales de las pacientes de Obstetricia.....	92
Figura 4.22. Distribución de los Partes Interconsulta solicitados al área Obstetricia.....	94
Figura 4.23.1. Expresión gráfica de tabla 4.26. Partes Interconsultas solicitados en pacientes intervenidas	95
Figura 4.23.2. Expresión gráfica de tabla 4.27. PIC solicitados previos a la cirugía en el grupo Obstetricia.....	96

Figura 4.24. Partes Interconsultas solicitados y altas dadas en Obstetricia según los meses del año.....	98
Figura 4.25. Partes Interconsultas solicitados según los días de la semana en Obstetricia.....	100
Figura 4.26.1. Expresión gráfica de tabla 4.32. Partes Interconsultas solicitados por cada área en el grupo del Área Otros.	103
Figura 4.26.2. Expresión gráfica de tabla 4.33. Partes Interconsultas solicitados por el Área Otros a otras áreas.....	104
Figura 4.27. Partes Interconsultas solicitados a los distintos servicios del grupo Área Otros.	105
Figura 4.28. Partes Interconsultas según los meses en Área Otros.....	107
Figura 4.29. Variabilidad en la solicitud de Partes Interconsultas según los días de la semana en Área Otros.....	108

LISTADO DE ABREVIATURAS

AM: Área Médica.

AQ: Área Quirúrgica.

AO: Área Otros.

A. médica: Pacientes del Área médica.

A. quirur: Pacientes del Área quirúrgica.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

CGD: Cirugía General Y Digestiva.

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos.

COM: Cirugía Oral y Maxilofacial.

COT: Cirugía Ortopédica y Traumatología.

DG: Datos Generales.

EI: Estancia media inadecuada.

ESI-Onc: Enfermedades del Sistema Inmune-Oncología.

GRD: Grupos Relacionados por el Diagnóstico.

GIN: Ginecología.

HUPA: Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

HUPAWEB: Página principal de la intranet del Hospital Príncipe de Asturias.

IC: Intervalo de confianza.

I. Charlson: Índice de comorbilidad de Charlson.

Ing. Urg: Ingresos urgentes.

M.I.: Medicina Interna.

Nº diag: Número de diagnósticos.

NHS: National Health Service (Sistema Nacional de Salud inglés).

NRL: Neurología

n.s: No significativo.

OBS: Obstetricia.

Obstet: Pacientes ingresados en obstetricia.

OFT: Oftalmología.

OR: Odds ratio.

ORL: Otorrinolaringología.

PIC: Parte Interconsulta.

Peso admin: Peso administrativo.

PorUCI: Pacientes que pasan en algún momento por la Unidad de Cuidados Intensivos.

Reing: Reingresos.

SEMI: Sociedad Española de Medicina Interna.

SERMAS: Servicio Madrileño de Salud.

Som cir: Pacientes sometidos a cirugía.

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

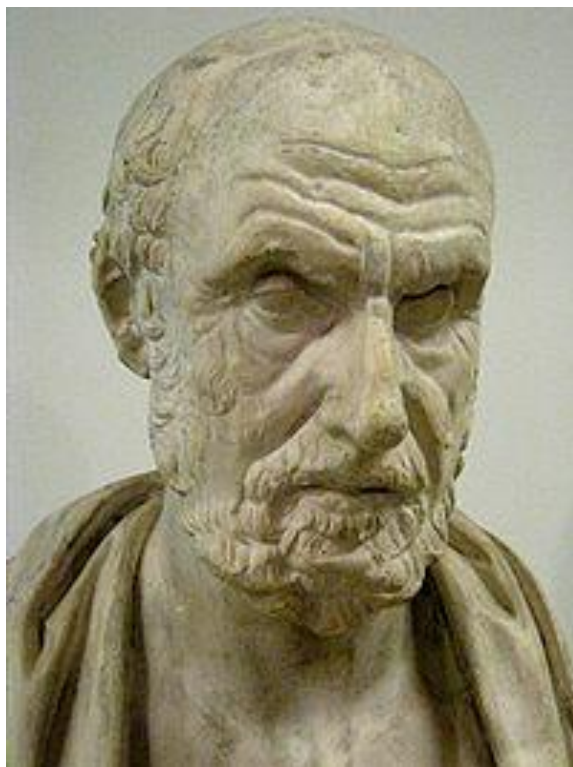
URO: Urología.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En la más remota antigüedad un chamán, o cualquier otro antecesor de los médicos, inexperto solicita la opinión de su maestro o de un colega más experimentado ante un paciente especialmente complejo. Esta idea, aunque puramente especulativa, no es difícil de imaginar. Al avanzar en el tiempo y llegar a la civilización egipcia, con sus “escuelas” médicas y una organización médica jerarquizada¹, la misma idea es mucho más creíble. Con la cultura griega ya es una realidad. Hace 2.400 años Hipócrates de Cos² (figura 1.1.) lo dijo claramente: *“No carece de decoro un médico que, al encontrarse en apuro con un enfermo en un momento dado y quedarse a oscuras por su inexperiencia, solicite que vengan otros médicos para conocer lo referente al enfermo en una consulta en común y para que sean sus colaboradores en procurar ayuda.”*

Figura 1.1. Hipócrates. Museo Pushkin (Moscú).



Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Hipócrates>
(accedido el 23 de abril de 2018).

En el siglo II Galeno de Pérgamo (figura 1.2.) se erige como la cúspide del saber médico de la antigüedad. Una de sus características principales fue la aceptación de la tradición hipocrática³, y también apoyó la solicitud de interconsultas a otros médicos⁴.

Figura 1.2. Galeno.



Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Galeno#mediaviewer/Archivo:Galen_detail.jpg (accedido el 23 de abril de 2018).

La práctica médica, y la influencia de Galeno sobre ella, permanecieron prácticamente sin cambios durante 1.500 años, salvo por algunos comentarios y “modernizaciones” menores⁵, hasta la llegada de la Ilustración (Revolución Científica) a finales del siglo XVII³. Durante este largo intervalo de tiempo, las interconsultas entre médicos debieron ser una situación habitual, incluso fueron reflejadas en pinturas como la que se haya en la catedral de Anagni (Italia), del siglo XII, y que representa a dos médicos conversando, nada menos que Hipócrates y Galeno (figura 1.3.). Las interconsultas fueron durante muchos siglos el medio de

comunicación, y también de debate, más importante entre médicos⁶. Eran una experiencia habitual tanto en España⁶ como fuera de ella^{7,8}.

Figura 1.3. Galeno e Hipócrates. Mural en la catedral de Anagni (Italia).



Disponible en: <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Galenohippokrates.jpg>
accedido el 23 de abril de 2018).

La llegada de la Ilustración provocó cambios importantes en la práctica de la medicina, y también en la de las interconsultas. Aunque existían algunas reglas sobre las mismas en siglos anteriores, fue en el XVIII cuando alcanzaron un gran desarrollo⁹. Las consultas se hacían por correspondencia o verbales directas^{6,9}, de forma periódica o eventual⁹, podía haber primera consulta, segunda consulta y consulta de desempate⁹, incluso se realizaban entre médicos y cirujanos⁹. Con cierta frecuencia implicaban a varios médicos a la vez, eran las denominadas juntas^{9,6}, las cuales solían convocarse a petición del enfermo o de sus familiares, aunque no siempre⁶.

En esta época, el ejercicio de la interconsulta es considerado bueno para el enfermo y para el profesional⁴. Se le concede una gran importancia y prestigio, incluso existía el puesto de médico consultor en el ejército español⁹. También se reconoce su dificultad para hacerla bien⁹. Se aprecian diversos problemas, como dificultades en las relaciones entre consultores, y que pueden ser causa de enlentecimiento y encarecimiento de la asistencia médica⁹. La experiencia del consultor es fundamental para la interconsulta, así como su labor docente sobre el médico que la solicita⁴. En ocasiones se considera que puede ser obligado consultar, especificándose en qué casos hay que hacerlo⁴. También se analizan las características e idoneidad del consultor y las cualidades que debe poseer, así como diversas consideraciones sobre la responsabilidad profesional y aspectos éticos y económicos⁴. No acudir o responder a una consulta solicitada por un colega era considerado una falta de respeto y consideración^{6,9}. Existía un procedimiento reglado de intervención por parte de los médicos sobre cómo debían ser las intervenciones y de qué apartados constaban⁹. Incluso se publicaron libros de más de 300 páginas, especialmente dirigidos a médicos noveles, sobre la metodología a seguir en la consulta, tanto para solicitarla como para contestarla¹⁰. Sin embargo, no siempre esta colaboración entre médicos, que parece honesta y prudente, es vista con buenos ojos por parte de la población. No hay nada más que recordar algunos refranes como “donde hay más doctores, hay más dolores” o “un médico cura, dos dudan, tres muerte segura”¹¹.

Estos procedimientos y comportamientos de los médicos en las interconsultas se mantuvieron hasta finales del siglo XIX y principios del XX. Con el desarrollo de diferentes parcelas o especialidades médicas (microbiología, anatomía patológica, psiquiatría, etc.), se comenzó a buscar una ayuda más especializada. A principios del siglo XX, las interconsultas ya no sólo se realizaban a médicos individuales, sino que también se solicitaba la colaboración de importantes centros hospitalarios. La figura 1.4 es un ejemplo de ello, muestra una de las cartas de respuesta de la Clínica Mayo de Rochester (Minnesota) a un médico rural del mismo estado de los Estados Unidos¹². Esta irrupción de las especialidades tuvo un efecto no deseado que alcanza su máximo exponente en el momento actual, la fragmentación de la asistencia médica y, como una consecuencia de la misma, la necesidad de “remitir” al paciente a múltiples especialistas por medio de interconsultas. A finales del XIX se

planteó en Gran Bretaña la necesidad de que los médicos generales actuasen como filtro y puerta de entrada hacia los hospitales, y posteriormente hacia los especialistas, enviando a los pacientes que consideraban oportuno mediante interconsultas¹³. Este sistema fue creciendo durante las primeras décadas del siglo XX, según fueron desarrollándose tanto el NHS británico¹³ como los diferentes sistemas nacionales de salud.

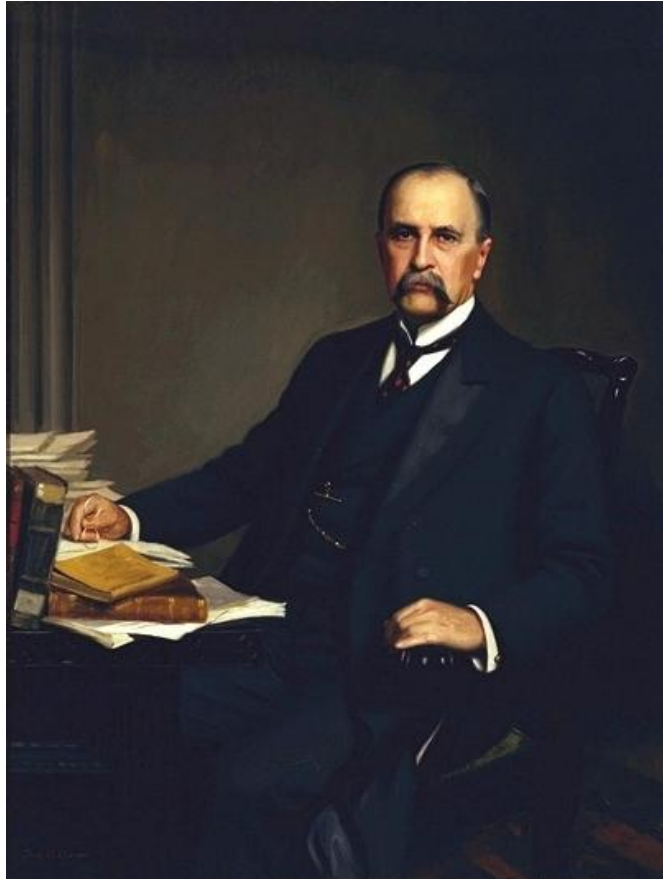
Figura 1.4. Carta de respuesta de la Clínica Mayo a una interconsulta de un médico rural.



Disponible en: <http://www.mayoclinicproceedings.org/action/doSearch?searchType=quick&searchText=Haddy+Haddy&occurrences=author&journalCode=jmcp&searchScope=fullSite&contentType=images&startPage> (accedido el 23 abril de 2018).

Quizás como una respuesta a esta situación de fragmentación asistencial, ya a principios del XX se toma conciencia de la especial capacidad y preparación del internista para la resolución de las interconsultas como “consultor universal”, tal y como fue definido por William Osler¹⁴ (figura 1.5.).

Figura 1.5. Willian Osler.



Disponible en:

http://es.wikipedia.org/wiki/William_Osler#mediaviewer/Archivo:Sir_William_Osler.jpg (accedido el 23 abril de 2018).

Esta especial capacidad e interés de los internistas se fue acentuando a lo largo de ese siglo, apareciendo estudios sobre las interconsultas que indicaban la necesidad de mejorar su dinámica y la enseñanza sobre las mismas¹⁵. En este sentido, fue fundamental el trabajo de Goldman et al sobre los “10 mandamientos” de las interconsultas¹⁶. Dicha evolución del interés y conocimiento sobre las interconsultas cristalizó, alrededor de 1980, en la formación de servicios

asistenciales hospitalarios dedicados a la resolución de interconsultas^{17,18} y con la aparición de libros monográficos sobre la interconsulta médica¹⁹. Unos años más tarde comienza a desarrollarse una evolución de las interconsultas ante la creciente necesidad de apoyo médico por parte de los servicios quirúrgicos, la Medicina Perioperatoria²⁰.

Sin embargo, y a pesar de este creciente desarrollo de la interconsulta médica, no todo ha ido en la buena dirección. Un ejemplo de ello es que, prácticamente desde la fundación del NHS inglés, la relación entre los médicos de atención primaria y los especialistas por medio de la interconsulta ha sido problemática, incluso con profundas desavenencias²¹. Hace 50 años, y ha empeorado desde entonces, ya hacían mención amarga de que la atención médica, y la interconsulta con ella, han pasado de un acto médico individualizado y respetuoso a uno impersonal y frío²².

En España, el interés por estudiar la interconsulta médica ha ido por detrás de otros países. Aparece en primer lugar en la especialidad de Psiquiatría, con la psiquiatría de interconsulta y enlace en los años 70 del siglo pasado²³. En la década siguiente es la Atención Primaria quien comienza a analizar diversos aspectos relacionados con ella²⁴ y, cerca ya del siglo XXI es la interconsulta hospitalaria la que comienza a ser estudiada²⁵. Finalizando la primera década de este siglo aparece el primer libro monográfico sobre la que denominan sus autores Medicina Consultiva²⁶. El último episodio de esta historia, hasta ahora y fruto del interés de los internistas por la interconsulta médica, es la creación a finales de 2013 de un grupo de trabajo específico para el estudio y desarrollo de la interconsulta médica en el seno de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)²⁷.

1.2. DEFINICIONES

La mejora continua de las técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos está provocando un cambio significativo en la medicina hospitalaria, con mayor intensidad en el área quirúrgica, donde el perfil del paciente hospitalizado se está modificando, al igual que ocurre en otras áreas médicas, hacia enfermos pluripatológicos y de mayor edad, lo que conlleva una elevada comorbilidad²⁷. La complejidad creciente que implica la asistencia a estos enfermos, unida a la progresiva especialización que se está imponiendo en las diversas áreas de conocimiento médicas, y a problemas organizativos que dificultan con frecuencia el seguimiento diario del paciente por el mismo facultativo, han favorecido un aumento progresivo de la participación de los servicios médicos en la atención de pacientes ingresados en otras especialidades médicas y quirúrgicas²⁷, incluso llegando a compartir la autoridad y responsabilidad sobre el enfermo mediante la modalidad asistencial conocida como asistencia compartida^{27,28}.

Esta colaboración entre médicos se ha practicado desde los inicios de la medicina por medio de la consulta de un médico a otro: la interconsulta médica. En la medicina moderna, las primeras propuestas de colaboración reglada entre los diversos servicios médicos y quirúrgicos ya fueron planteadas por Golmand en 1.983¹⁶. El internista, por su polivalencia y capacidad de enfoque multidisciplinar, es el especialista más requerido por los servicios quirúrgicos^{27,29} siendo, además, ésta la especialidad que más ha profundizado en el estudio y desarrollo de la interconsulta.

Sin embargo, la actividad hospitalaria que los distintos servicios desempeñan fuera de los mismos no dispone de definiciones y criterios bien establecidos a nivel organizativo, y su valoración y contabilidad es diferente en cada hospital. Un reflejo de ello aparece en la encuesta realizada por el Grupo de Gestión Clínica de la SEMI hace unos años³⁰. En el apartado dedicado a las interconsultas, el rango de las mismas procedentes de los servicios quirúrgicos fue de 0 a 3.900 al año³⁰. Esta gran diferencia probablemente indica que, entre otras razones, la definición y contabilidad de las interconsultas son muy diferentes entre los diversos servicios. Algo similar sucede con otras formas de colaboración posibles entre los servicios hospitalarios

diferentes de las interconsultas. Por ello, es fundamental establecer unas definiciones y criterios para poder valorar esta actividad, hacer estudios y comparar resultados²⁷.

1.2.1. Interconsulta

Si somos estrictos y revisamos los significados de la palabra **consulta** en el Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina³¹, se exponen cuatro acepciones sobre la misma palabra:

- 1.- *Acción o efecto de consultar*
- 2.- *Acción de recibir o atender el médico a sus pacientes*
- 3.- *Consultorio (hace referencia al lugar físico donde se realiza la acción de consultar).*
- 4.- *Interconsulta (consultation): opinión o dictamen que se solicita por escrito o de forma oral en relación con un asunto.*

Del mismo modo, continuando con la búsqueda en dicho diccionario, aparece también la definición específica de la palabra *interconsulta (consultation/referral)*³¹ entendiéndose como tal “*reunión o comunicación entre dos o más médicos o especialistas para deliberar sobre aspectos del diagnóstico o tratamiento de una enfermedad. Se puede hacer a solicitud del paciente, de la familia o del propio médico, por necesidad de un enfoque clínico multidisciplinar o por una evolución poco satisfactoria de la enfermedad*”. Teniendo en cuenta esta definición podemos hablar de “interconsulta” como aquella solicitud que hace tanto un paciente, familiar o el propio médico responsable del paciente a otro especialista. Si la solicitan el paciente o un familiar, podría ser considerada también como una segunda opinión, siendo necesario por tanto diferenciar entre estas interconsultas y las realizadas estrictamente entre médicos.

De las definiciones previamente referidas sería ésta última, la de interconsulta, la que más se aproxima a la hora de dejar establecida de una forma clara la actividad de los distintos especialistas fuera de su propio servicio. Sin

embargo, dicha definición no resulta del todo apropiada, por lo que nosotros hemos decidido adoptar la ofrecida por otros autores^{27,32}: “*la 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*”.

La interconsulta es el modelo organizativo más habitual mediante el cual los diferentes servicios asistenciales dan soporte a otros servicios, aportándoles los conocimientos y habilidades propios de su especialidad. Solo se debe cerrar cuando se emite la opinión, una vez recibidos los estudios solicitados a petición del consultor, si los hay, y no precisa seguimiento por su parte, o dicho seguimiento es capaz de asumirlo el médico responsable del enfermo³³. Por lo tanto, puede permanecer abierta por tiempo indefinido, o bien cerrarse en un único acto médico.

En relación a diversas características, el Grupo de Trabajo de Asistencia Compartida e Interconsultas de la Sociedad Española de Medicina Interna propone clasificar las interconsultas en los siguientes tipos que, a su vez, pueden combinarse entre sí²⁷:

1. En cuanto al ámbito de atención se diferencian en:
 - a. *Hospitalaria*: Las que se realizan en enfermos hospitalizados.
 - b. *Ambulatoria*: Se realizan en pacientes en régimen ambulatorio, ya sea en o desde un centro de Atención Primaria o bien en consultas externas hospitalarias.

2. Por sus características:
 - a. *Formal*: El consultor documenta formalmente sus recomendaciones tras realizar una revisión de la historia y los datos disponibles, así como de examinar al paciente.
 - b. *Informal*: Sin cumplir todos los requisitos de la interconsulta formal, pero puede ser profunda y extensa en sus juicios y valoraciones

3. Según la prioridad con la que precisen ser contestadas pueden ser:
 - a. *Urgentes*: Precisa respuesta inmediata.
 - b. *Preferentes*: Precisa respuesta en un plazo máximo de 24 h.

- c. *Ordinarias o normales*: aquellas en las que la respuesta puede demorarse más de 24 h.

4. Si hacemos referencia a su adecuación en el tiempo al ser solicitadas podemos catalogarlas de:
 - a. *Prematuras*: Solicitada a pesar de que el paciente permanece estable y, además, los datos básicos (historia, exploración, pruebas elementales) no han sido obtenidos todavía, o no se han ensayado los tratamientos empíricos estándares.
 - b. *Retrasadas*: Se debería haber solicitado antes por la mala situación o deterioro del paciente o por los hallazgos potencialmente graves en la historia, exploración o pruebas complementarias.
 - c. *Adecuadas*: La que no es ni prematura ni retrasada.

5. Relación con la cirugía pueden ser:
 - a. *Preoperatorias*: Solicitada antes de la intervención en un paciente quirúrgico.
 - b. *Postoperatorias*: Solicitada después de la intervención en un paciente quirúrgico.

6. Otros tipos de interconsultas que no están incluidas en los grupos anteriores son:
 - a. *Repetidas*: Solicitada por el mismo motivo y al mismo servicio sin estar cerrada la anterior.
 - b. *Duplicada*: Solicitada por el mismo motivo a otro servicio sin estar cerrada la anterior.
 - c. *Programada*: Solicitada para la valoración de enfermos por parte de un especialista, médico o quirúrgico, de acuerdo con un protocolo asistencial previamente establecido y acordado. Es la excepción a la regla general de trabajo a demanda que supone la interconsulta.
 - d. *Electrónica*: Utilizan servicios de telemedicina para su valoración (teleconsulta, correo electrónico, teléfono, etc.). No cumple criterios de interconsulta formal ya que, aunque se puede acceder a parte o toda la información del paciente, no se le valora directamente.

- e. *Realizada durante la guardia médica*: Un aspecto a tener en cuenta es la actividad de interconsulta durante la guardia médica, que puede llegar a ser tan importante como la realizada durante el horario laboral. Dada la diferente organización y medios de la guardia médica intrahospitalaria en cada centro, a la hora de valorar y cuantificar esta actividad concreta, debemos describir claramente que son interconsultas correspondientes al periodo de guardia y contabilizar de forma independiente las que se cierran durante la guardia, las no cerradas entran en el circuito habitual de la interconsulta.

Con la propuesta, por parte de expertos y de la SEMI, de la definición y tipos de la interconsulta se pretende establecer criterios claros que permitan cuantificar, organizar y valorar de una forma más correcta la actividad desempeñada en ellas, así como facilitar el desarrollo de protocolos de realización de las mismas para un mejor y correcto funcionamiento, ya que, entre otras cosas, la carga de trabajo que originan llega a ser similar al que soporta un especialista en su área de hospitalización^{29,34}.

1.2.2. Asistencia Compartida

La asistencia compartida se define como “*responsabilidad y autoridad compartidas en la asistencia médica a un paciente hospitalizado*”^{27,35,36}. En esta modalidad asistencial, junto con el especialista del servicio a cargo del enfermo, el internista se hace responsable de los problemas médicos preexistentes y nuevos del enfermo desde el ingreso hasta el alta, sin necesidad de interconsulta. Esta modalidad asistencial se está implantando con más intensidad en el ámbito quirúrgico, aunque no exclusivo de este. Este modelo requiere asumir el concepto de equipo multidisciplinar, y se rige por los siguientes principios de actuación necesarios para su correcto funcionamiento²⁷:

1. Llegar a conseguir la formación de un equipo de trabajo multidisciplinar basado en el respeto mutuo, que asegure una buena coordinación y una comunicación fluida entre profesionales.
2. Aclarar en todo momento que la *responsabilidad* sobre el enfermo desde su llegada al hospital hasta el alta *es compartida* entre el internista y el especialista correspondiente, modulada de acuerdo con las necesidades del paciente.
3. Asegurar que la atención médica se realizará de forma reglada, diaria y adaptada a la situación clínica del enfermo.
4. Por tanto, siguiendo el esquema de los puntos previos, tener en cuenta que la información médica al paciente y familiares se realizará por ambos especialistas en la forma que sea precisa y adaptada a la situación.

La interconsulta (*consultation/referral*) y la asistencia compartida (*comanagement*) constituyen la actividad de los distintos servicios fuera del suyo propio.

1.2.3. Medicina Perioperatoria y Medicina Consultiva

Existen otros modelos tales como la medicina consultiva o la medicina perioperatoria que no tienen una definición claramente establecida, o sobre los cuales no se ha llegado a un consenso. Por ello, y según en las últimas publicaciones al respecto^{27,36}, se podrían definir como:

- **Medicina perioperatoria:** Toda aquella actividad médica relacionada con el proceso quirúrgico³⁶. Lo que se pretende es que el paciente llegue a la cirugía en las mejores condiciones, que la intervención se realice con la mayor seguridad y eficacia posibles y que el postoperatorio transcurra de forma satisfactoria, para lo que se intenta evitar el mayor número de complicaciones y si éstas se presentan, resolverlas a la mayor brevedad posible.

- **Medicina consultiva:** Hace referencia a un concepto acuñado de la literatura científica anglosajona y, lo que viene a significar en nuestro medio (a falta de traducción específica) según la definición propuesta por el grupo de Asistencia Compartida e Interconsultas de la SEMI, es: *El conjunto de actividades asistenciales realizadas por un clínico como consultor de pacientes en colaboración con otras especialidades médicas o quirúrgicas*²⁷. Sería lo que es actualmente nuestra interconsulta.

1.3. IMPORTANCIA DE LA INTERCONSULTA MÉDICA

Los enfermos hospitalizados están aumentando su edad y tienen alta y creciente comorbilidad^{37,38}. Se estima que, al menos, el 60% de los pacientes quirúrgicos tienen comorbilidades médicas significativas, con mayor prevalencia aún en ancianos³⁹. Prácticamente todos reciben medicamentos, además de los suyos habituales⁴⁰. El 68% de los pacientes quirúrgicos programados toman 5 fármacos de forma habitual⁴¹.

La complejidad creciente de la atención médica a estos enfermos, junto con la progresiva especialización con reducción de la formación médica general imperante en la actualidad, y a dificultades organizativas que dificultan con frecuencia el seguimiento diario del paciente por el mismo facultativo, han favorecido un aumento progresivo de la demanda de colaboración entre servicios⁴². Aunque esta situación es más evidente en los servicios quirúrgicos, en los servicios médicos puede estar ocurriendo algo parecido, aunque con menor intensidad, siendo una excepción el área de Psiquiatría⁴³, que sí demanda con fuerza el apoyo de los internistas.

El sistema de relación habitual entre los diferentes servicios hospitalarios es la interconsulta médica. Es fundamental para un correcto funcionamiento del hospital, ya que su función es aportar conocimientos específicos a otras especialidades no familiarizadas con la causa de la interconsulta²⁹. Cuando se requiere ayuda experta, una interconsulta solicitada en el momento adecuado, y bien justificada, es esencial para ofrecer una buena atención médica al paciente⁴⁴. El proceso de la interconsulta

es un componente crítico de la calidad de la atención médica⁴⁵. Una formación insuficiente sobre las habilidades y conocimientos necesarios para la interconsulta es un grave problema que puede resultar en una escasa calidad de la asistencia médica prestada al paciente, con frustración y confusión del mismo, y una mala relación entre los facultativos implicados⁴⁶. Un aspecto importante del proceso de interconsulta es que intervienen dos profesionales simultáneamente, el solicitante y el consultor. Por más que uno actúe correctamente, si el otro no lo hace la interconsulta será defectuosa. El tráfico diario de interconsultas entre los distintos servicios del hospital es muy denso, conlleva un importante volumen de trabajo, y de la fluidez de dichos intercambios puede depender el correcto funcionamiento del propio hospital. Un aspecto interesante de las interconsultas es que parece que guardan relación con el riesgo de reingreso del paciente, quizás por ser solicitadas en enfermos con mayor comorbilidad y dificultad de manejo⁴⁷.

En los últimos años se ha producido un importante incremento en la solicitud de interconsultas^{37,48,49} y, en especial, al área médica⁵⁰. Este problema puede ser mayor en los grandes centros porque, a mayor disponibilidad de especialistas, se solicitan más interconsultas⁵¹. Dicho incremento no parece justificarse únicamente por el mayor número de ingresos. Una posible explicación para este hecho es que se ha constatado mayor edad y complejidad de los enfermos hospitalizados, pero en mayor medida en los que ingresan en los servicios quirúrgicos³⁷. Estos hallazgos refuerzan la idea de que actualmente se puede operar a enfermos de mayor edad y con más comorbilidad. Probablemente todo ello se deba a un aumento en la esperanza y la calidad de vida de la población, así como a las mejoras en los procedimientos y las técnicas anestésicas y quirúrgicas³⁷. Un aspecto a tener en cuenta en este sentido es que, al aumentar su especialización, el médico solicita más interconsultas⁵². Sin embargo, un alto número de interconsultas, hasta el 65% son inadecuadas⁵³. La calidad de la asistencia recibida no es mejor por tener muchas interconsultas solicitadas y, además, originan mayores costes⁵⁴. El incremento de las solicitudes de interconsulta conlleva un riesgo elevado de someter al enfermo a un “circo de consultores”⁵⁵. El aumento de solicitud de interconsultas es más acentuado en el caso de Medicina Interna, entre los años 2000 y 2007, las interconsultas solicitadas a este servicio aumentaron en un 60%³⁷.

La interconsulta implica una carga de trabajo especialmente intensa para el consultor^{29,56} y, sin embargo, pocas veces está bien estructurada y registrada. Un sistema de interconsultas organizado y centralizado, y con una buena dinámica de trabajo, favorece el buen resultado de las mismas^{57,58,59}, con un gran efecto beneficioso sobre el funcionamiento de la asistencia sanitaria, y del consumo de recursos económicos, ya que la interconsulta es muy costosa económicamente⁶⁰. Desconocemos su volumen real, pero es muy elevado. Un cálculo aproximado estimó que, en el año 2006, los servicios de medicina interna españoles recibieron más de 111.000 peticiones de interconsulta solo del área quirúrgica⁶¹.

Es una actividad muy variable, cada hospital, servicio y médico tienen características diferentes, pero hay que tener presente que, en el entorno hospitalario, la gran mayoría de las interconsultas se solicita a pacientes complejos con alta morbi-mortalidad^{37,62} y estancia hospitalaria^{56,62,63}. A pesar de su importancia, no hay mucha literatura al respecto, algo más abundante sobre la interconsulta extrahospitalaria. Además, estas publicaciones provienen de sistemas sanitarios muy diferentes, por lo que no siempre se pueden adoptar sus resultados y conclusiones.

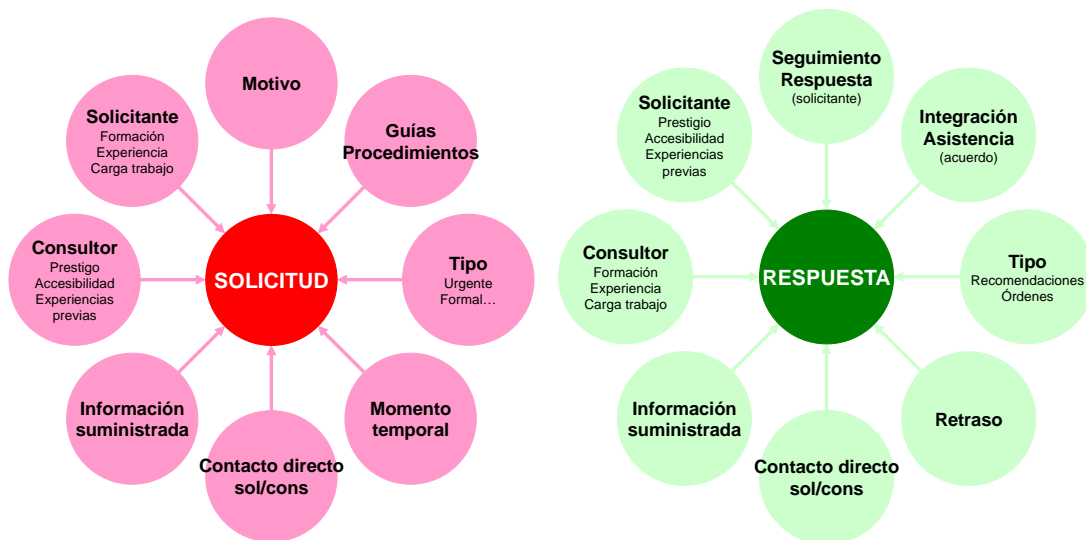
1.4. PROCESO DE LA INTERCONSULTA

El desarrollo de todo el proceso de la interconsulta requiere, en primer lugar, una correcta transferencia de información al consultor sobre la historia clínica, exploración física, pruebas complementarias efectuadas y demás información relevante para el caso. Cuando el consultor ha analizado toda esa información, efectúa otra transferencia hacia el solicitante con sus hallazgos y recomendaciones.

Hay diversas barreras temporales y logísticas que dificultan la comunicación y el traspaso de información suficiente en las interconsultas. Una mala transferencia de información es uno de los mayores problemas de las interconsultas⁶⁴. El proceso de la interconsulta funcionará claramente mejor si, en todas sus fases, el solicitante y el consultor contactan directamente^{25,56,63,64,65}.

El proceso de la interconsulta es muy complejo. Puede ser dividido en varios subprocesos (figura 1.6).

Figura 1.6. Proceso de la interconsulta.



1.4.1. Solicitud

Una interconsulta debería ser solicitada si el problema está fuera de la competencia del solicitante o necesita un procedimiento para el que no está capacitado, en el momento oportuno, con información suficiente y adecuando su grado de urgencia a las necesidades reales³³. Depende del nivel de formación del solicitante, su experiencia⁶⁶ o carga de trabajo, entre otras características. También del consultor, su prestigio, interacciones o contactos previos (efecto llamada/rechazo)⁶⁷, grado de disponibilidad o capacidad de comunicación. Si existen guías de actuación consensuadas por ambas partes, la solicitud, y todo el proceso de la interconsulta, se verán muy favorecidos⁶⁸.

1.4.2. Respuesta

En la respuesta a la solicitud de interconsulta, las características del solicitante y del consultor comentadas anteriormente se intercambian. La calidad y extensión de la respuesta dependerá del nivel de formación del consultor, su experiencia⁶⁶ o carga de trabajo, entre otros factores. También estará influenciada por el prestigio del solicitante y los contactos previos que pudieran haber tenido los dos médicos. Es importante que el solicitante compruebe que la interconsulta ha sido contestada con la rapidez necesaria y en qué forma (recomendaciones u órdenes)⁶⁹. Al menos el 25-50% de los solicitantes desconoce si una interconsulta solicitada por él mismo ha sido contestada⁷⁰. Un mal seguimiento lleva a repetir inadecuadamente la interconsulta, a una asistencia ineficiente y empeora la satisfacción del paciente⁷¹. La integración de la asistencia significa que ambos médicos están de acuerdo con el plan de manejo y con el papel a desarrollar por cada uno de ellos⁷⁰.

1.4.3. Seguimiento

En ocasiones, la interconsulta se puede hacer en un acto único y cerrarla sin necesidad de efectuar un seguimiento en visitas sucesivas, pero, en general, será necesario realizarlo en la mayoría de los casos. Una interconsulta debe ser seguida de principio a fin por el mismo médico, en tiempo y forma adecuados y especificando claramente la periodicidad con la que visitará al paciente³³. No es correcto indicar al solicitante que nos avise para volver a ver al paciente o cuando llegue el resultado de una prueba solicitada, sólo debería hacerlo si surge un imprevisto.

1.4.4. Cierre

Se debe realizar en el momento adecuado, con conocimiento del hecho por parte del solicitante y con un informe/resumen final. El cierre se efectuará cuando se

emite una opinión una vez finalizado el estudio pertinente, si lo hubiera, y el paciente no precisa seguimiento, o dicho seguimiento es capaz de asumirlo el médico solicitante y esta circunstancia ha sido discutida con éste³³.

1.5. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SOLICITUD DE LAS INTERCONSULTAS

Cuando la bibliografía disponible hace referencia a los factores que influyen en la solicitud de las interconsultas, en la mayoría de los casos se refiere a aquellas interconsultas que son solicitadas al servicio de Medicina Interna, ya que son éstas las más estudiadas³⁷. Lo que parece estar claro es que el número de solicitudes de interconsultas ha aumentado de manera muy importante en los últimos años^{37,50} y esto no parece estar únicamente justificado por un aumento en el número de ingresos^{37,50}. Hay otros elementos a tener en cuenta que favorecen este crecimiento de la actividad de las interconsultas.

De los factores que influyen en la solicitud de las interconsultas, uno de los más importantes, y que parece obvio, es el notable aumento de la edad y de comorbilidad de los pacientes hospitalizados^{37,50}. La mayor esperanza y calidad de vida, junto con los avances médicos, hacen que, cada vez en mayor número, los pacientes sean pluripatológicos en el momento de su ingreso y que precisen, por tanto, una atención más globalizada. Además, la tendencia hacia una mayor especialización médica, así como el gran desarrollo de las técnicas diagnósticas y terapéuticas favorecen la fragmentación de la asistencia. Por todo ello, parece razonable pensar que la colaboración entre los distintos servicios en la valoración, diagnóstico y tratamiento de estos pacientes sea más que necesaria.

Son muchos los factores relacionados con un adecuado funcionamiento de las interconsultas. Según algunos autores, como Goldman et¹⁶, para que una interconsulta sea efectiva se deberían cumplir ciertas premisas, entre las que se exponen algunas: a) saber identificar quién y qué se solicita en la interconsulta, b) poder establecer una relación cordial y, a ser posible, una comunicación verbal oral

entre el interconsultor y el médico responsable del enfermo que solicita la interconsulta, c) intentar ajustar con la mayor precisión posible la urgencia o no de las interconsultas para facilitar el trabajo al interconsultor, d) exponer las respuestas de forma clara y concisa, con adecuada explicación de las recomendaciones dadas.

Elementos a tener en cuenta en la solicitud de interconsultas son los que dependen del propio médico, tanto del que la solicita (solicitante) como del que la responde (interconsultor). El artículo de Montero et al⁶⁷ pone de manifiesto que existe una marcada variabilidad a la hora de realizar interconsultas dependiendo tanto del médico solicitante como del médico interconsultor, mostrando una postura a favor o en contra, en la petición de interconsultas, para algunos médicos concretos. Una posible causa de estos hallazgos podría ser una mayor o menor preparación médica de los distintos médicos solicitantes que realizan la interconsulta. Otras posibles explicaciones para estos hallazgos pueden ser una mayor laxitud o, por el contrario, un excesivo rigor en los criterios sobre las interconsultas y la forma de resolverlas por parte del interconsultor. Una razón a tener en cuenta a la hora de interpretar lo que sucede al solicitar las interconsultas puede ser que no se cumplan las expectativas que los médicos solicitantes tienen sobre las mismas, muchas veces diferentes de las del interconsultor^{37,72}.

Claramente influyente a la hora de solicitar interconsultas es también la estacionalidad. En otro estudio de Montero et al³⁷, se pone de manifiesto la existencia de diferencias bastante acusadas en la solicitud de las interconsultas según los distintos meses del año. Por ejemplo, el número de interconsultas solicitadas en los meses de invierno (diciembre, enero y febrero) es significativamente mayor que el de las solicitadas en verano. Una justificación de esto podría ser una mayor o menor actividad general de estos servicios, coincidiendo o no con períodos vacacionales. Sin embargo, meses tradicionalmente con vacaciones como pueden ser diciembre y enero, no muestran un descenso en el número de interconsultas. Otra posible explicación puede ser que los meses con mayor número de solicitud de interconsultas son aquellos con mayor morbilidad médica y, por el contrario, los de menor solicitud de interconsultas también suelen ser los de menor morbilidad médica³⁷.

Otro factor a tener en cuenta en la solicitud o no de las interconsultas es el diferente grado de compromiso frente al enfermo del médico solicitante derivado, la mayor parte de las veces, de la organización propia de cada servicio^{67,73}. Según algunos estudios realizados, entre ellos el de Taibo et al⁷³, parece ponerse de manifiesto que el modelo organizativo del “pase de visita” que, en general, mantienen los servicios quirúrgicos en el que cada día pasa la planta de hospitalización un médico distinto debido a la diversidad de actividades asistenciales de los cirujanos (guardias, consultas, quirófanos...), no sólo no es el más efectivo sino que además genera mayor estancia media inadecuada de los pacientes, con la repercusión a nivel de complicaciones y de coste económico que ello conlleva⁷³. Este modelo organizativo impide un seguimiento continuado del enfermo por el mismo médico, lo que lleva consigo, por un lado, el retraso en la toma de decisiones así como en la realización de pruebas complementarias y, por otro, una falta de atención e incorrecta valoración de la situación del paciente en el momento de realizar la interconsulta, con las consecuencias posteriores que ello genera (interconsultas duplicadas, solicitadas a servicios no apropiados, repetición de las mismas por no estar de acuerdo con la opinión del interconsultor, y un largo etc.)⁶². Toda esta actividad asistencial “extra” así como las estancias inadecuadas generadas desde una inapropiada organización por parte de algunos servicios, más notoria en los servicios quirúrgicos, de acuerdo con Tejedor et al⁷⁴, podría verse reducida y resultar más eficaces llevando a la práctica medidas tales como establecer protocolos de actuación ante procesos quirúrgicos concretos o permitir una organización de la actividad asistencial en la que un mismo médico pase visita todos los días, entre otras⁷³.

Desde un punto de vista global hay que destacar la importancia que las interconsultas tienen en la optimización de la calidad asistencial que damos a nuestros pacientes, así como su influencia en la interrelación entre médicos especialistas de los distintos campos de la medicina²⁵.

La realización de estudios más profundos acerca del conocimiento y la problemática de la interconsulta serían de gran utilidad, ya que permitiría incrementar el apoyo en aquellos servicios en los que existe una mayor dificultad para el manejo de procesos médicos y, por tanto, que requieren un mayor apoyo por

parte de otros servicios, principalmente de Medicina Interna. Ayudaría a identificar tanto problemas propios de cada centro como a detectar posibles problemas comunes a todos los hospitales e, incluso, podría ayudar a establecer criterios unificados para la solicitud de las interconsultas. Todo esto permitiría plantear estrategias para incrementar la calidad asistencial ofrecida a los pacientes, así como mejorar diversos aspectos de la actividad hospitalaria; entre otros, obtener una situación clínica óptima del enfermo que va a ser intervenido, disminuir las complicaciones postoperatorias y la estancia hospitalaria o incluso mejorar el control del gasto. Añadido a lo previo sería esencial en este modelo de atención la existencia de, al menos, un facultativo con dedicación exclusiva a este cometido, fácilmente localizable y que efectúe un seguimiento diario del paciente hasta que finalice la interconsulta para lograr un buen funcionamiento de dicho sistema²⁹.

1.6. PROBLEMAS DE LAS INTERCONSULTAS Y POSIBLES SOLUCIONES

1.6.1. Problemas

El sistema más habitual de comunicación entre los diversos servicios asistenciales, como se ha mencionado previamente, es la interconsulta, mediante el cual un servicio asistencial hospitalario solicita la ayuda de otro servicio para la resolución de problemas concretos sobre un enfermo. La actividad de la interconsulta supone una carga de trabajo importante para el consultor y una sobrecarga para la guardia médica^{63,75,76}. La interconsulta es un trabajo no programado, discontinuo, no registrado en la actividad hospitalaria, falto de estímulos, poco valorado y escasamente organizado y que, en ocasiones, provoca recelo, sobre todo al consultor, a trabajar en plantas quirúrgicas⁶³. A pesar de su importancia se dispone de escasa información al respecto, y este desconocimiento, así como los inconvenientes y problemas que suscita, influyen de manera decisiva para que la interconsulta sea una forma de actuación médica costosa económicamente y poco eficaz^{16,60,61}.

La interconsulta es un parámetro adecuado para valorar la dificultad de la asistencia médica, ya que habitualmente se solicita porque el facultativo responsable del paciente no se siente capacitado para resolver ciertos problemas del enfermo⁵⁰. Sin embargo, la interconsulta presenta múltiples problemas como son, entre otros, el mecanismo de puesta en marcha⁶¹, la delimitación/transferencia de la responsabilidad⁶¹, el efecto llamada/rechazo tanto sobre el consultor³⁷ como sobre el solicitante⁶⁷, la estacionalidad³⁷, las repeticiones^{25,29}, la urgencia de la interconsulta²⁵ (con una baja concordancia entre el solicitante y el consultor⁶⁴), si se solicita con retraso^{56,63}, demora en la respuesta²⁵, si se establece contacto verbal^{25,56,62,63} y la calidad de la comunicación durante el proceso de la interconsulta^{62,77}. Todos estos problemas hacen que el sistema de interconsultas sea poco eficaz⁷⁸ y con un alto coste económico⁶⁰ que supone un sobrecoste importante para la asistencia sanitaria⁷⁹. Implicar simultáneamente a múltiples especialistas en la atención médica a un enfermo disminuye la responsabilidad, genera confusión, pérdida de tiempo, aumenta la morbimortalidad⁵⁶ y facilita la aparición de una insuficiente coordinación e integración de la asistencia^{80,81}, entre otros muchos problemas⁶¹. Se corre el riesgo de meter al enfermo en lo que algunos autores han denominado el “síndrome del circo de consultores”⁵⁵, con una atención del enfermo fragmentada “por comités”, exceso de pruebas y repetidas, polifarmacia peligrosa, confusión, aislamiento del paciente y complacencia o pérdida de interés del médico responsable⁸².

Quizás, de todos estos problemas los más importantes sean los referidos a la transmisión, oral y escrita, de la información relacionada con la interconsulta⁶². También es importante que, según algunos autores⁶⁴, el 13% de las interconsultas sean duplicadas, lo que pone de manifiesto un mal funcionamiento de las mismas, ya que las razones de esta duplicidad probablemente son no haber leído las interconsultas previas, un retraso excesivo en su respuesta o una respuesta no acorde con las expectativas del solicitante⁶⁴. Algo similar podría decirse para el hecho de que en casi la cuarta parte de las interconsultas el servicio al que se solicitaba la interconsulta no fuera el adecuado para consultar, lo que mostraría una falta de atención y correcta valoración de la situación del paciente en el momento de hacer la petición de interconsulta⁶⁴. También es llamativo que el 14,4% de las interconsultas fueran solicitadas por enfermedad propia del servicio solicitante, lo

que probablemente implica una incorrecta valoración de la situación clínica del enfermo⁶⁴. Hasta el 65% de las interconsultas serían inadecuadas⁵³.

De todos los problemas señalados anteriormente, algunos, por su especial relevancia, merecen ser comentados con mayor amplitud.

- *Puesta en marcha*: Parece incoherente que, si un médico solicita una interconsulta porque no puede resolver un problema médico, se le exija que detecte de forma precoz este problema, para el que no se encuentra cualificado, y ponga en marcha la solicitud de una interconsulta al servicio adecuado y en el momento apropiado⁶³. Generalmente, según los escasos estudios referentes a este tema, la mayoría de las interconsultas se solicitan en un tiempo inapropiado, o muy precozmente cuando aún están pendientes realización de pruebas o ensayos de tratamiento, o muy tarde cuando ya se ha instaurado la complicación^{61,62}.
- *Confusión*. Con relativa frecuencia la interacción entre los diferentes especialistas implicados en las interconsultas genera confusión, no sólo en cuanto a cuál es el propósito de la interconsulta y las razones por las que se solicita, sino también en cuanto a las expectativas creadas acerca de las mismas, que suelen ser muy distintas (las del solicitante y las del consultor)^{83,84}. No es infrecuente que el médico solicitante no exponga de forma clara el motivo concreto de la interconsulta, que el consultor no responda a la cuestión planteada o que no se tengan en cuenta recomendaciones por no considerarse apropiadas. Todo ello hace que dicha interacción sea ineficaz. La implicación de varios internistas en la resolución de las interconsultas también genera confusión, diluye la responsabilidad, aumenta la morbimortalidad y genera importante pérdida de tiempo y de recursos⁵⁶.
- *Concordancia solicitante – consultor*. Es frecuente que no exista un pleno acuerdo entre el médico solicitante y el interconsultor sobre el momento de realización de las interconsultas o, incluso, sobre los motivos de su

solicitud. A menudo son solicitadas interconsultas por motivos inadecuados⁶¹ y el momento de la petición también resulta, a veces, poco oportuno^{61,62}. Algunas son solicitadas de forma “prematura”, y la mayor parte de las veces de forma “tardía”, según la opinión del interconsultor^{61,62}. Asimismo, la consideración de “urgente” también es diferente entre el solicitante e interconsultor y esto puede ser debido a los distintos criterios de los profesionales implicados^{25,29,61,62}. Una consecuencia de solicitar las interconsultas en momentos no apropiados es la duplicidad de las mismas^{25,61,62} que vuelven a poner de manifiesto la falta de acuerdo entre el solicitante y el interconsultor^{25,61,62}.

- *Transferencia – delimitación de responsabilidad.* La delimitación de la responsabilidad sobre el enfermo durante el tiempo que está abierta una interconsulta es un aspecto especialmente delicado a tener en cuenta. Si bien, desde el punto de vista formal, el enfermo está bajo la responsabilidad del servicio y médico solicitante, en la práctica habitual esto no está tan claro^{85,86}. No es infrecuente que el médico solicitante considere que el motivo de que ha generado la interconsulta sea, en ese momento, el problema fundamental del enfermo por lo que, en ocasiones, se desentiende del paciente⁶¹. Por otro lado, el interconsultor se limita a resolver simplemente el problema por el que fue solicitada la interconsulta sin ampliar más su actuación. Todas estas situaciones de transferencia y de “vacío” de responsabilidad sobre un enfermo pueden provocar importantes fallos de comunicación y omisiones con un impacto negativo y peligroso para el paciente⁶¹ generando una prolongación del ingreso y una peor atención médica, entre otros problemas^{61,87}.
- *Tipos de respuesta.* La forma de responder la interconsulta tampoco está claramente estipulada y, por tanto, puede dar lugar a problemas. A veces, incluso con el mismo interconsultor, el tipo de respuesta varía en función de la interconsulta recibida. Existen dos posibles tipos de respuesta a una interconsulta⁶¹. La más correcta es en la que el interconsultor da un punto de vista sobre el problema planteado en la interconsulta y ofrece unas recomendaciones que deben ser valoradas e interpretadas por el médico

responsable (solicitante)⁶¹. Esto no es siempre fácil ya que pueden existir problemas a la hora de interpretar dichas recomendaciones por parte del médico solicitante, en ocasiones por falta de formación o bien por la incapacidad para ello. Otra forma de responder las interconsultas sería la ejecutiva. En este modelo de respuesta, el interconsultor solicita pruebas complementarias y pauta tratamientos que considera oportunos de forma paralela al médico solicitante, por lo que la comunicación y coordinación entre ambos especialistas debe ser más fluida⁶¹. Esta segunda modalidad de respuesta puede generar a su vez problemas organizativos, éticos y legales³³.

- *Comunicación*: Este resulta ser uno de los problemas fundamentales de las interconsultas. La comunicación entre el médico solicitante y el interconsultor es muy importante y en numerosas ocasiones no se realiza en condiciones adecuadas^{61,64}. Es primordial establecer una comunicación, a ser posible por vía oral, fluida y adecuada entre ambos especialistas, aunque la mayor parte de las veces resulta difícil^{61,63}. En numerosas ocasiones viene determinada al establecer y delimitar de forma clara la responsabilidad sobre el enfermo¹⁶.

La comunicación oral debe realizarse de forma correcta y en las condiciones adecuadas. Las principales causas de una pobre comunicación oral son, entre otras, la transmisión de información en lugares poco apropiados con importante nivel de ruidos que facilitan las distracciones e impiden la conversación, una estructura jerárquica de la medicina, poco flexible en ciertos aspectos, que puede dificultar la discusión abierta de los casos, las barreras de lenguaje, la falta de tiempo y la pérdida de interés y de comunicación directa y personal^{61,87}.

Por otro lado existen otros tipos de errores en la transmisión de información, en concreto 2 fundamentales: a) el producido por omisión de información crítica acerca del caso que no es aportada en la solicitud de la interconsulta, y b) el que se produce en el proceso de comunicación por letra ilegible, inclusión de información irrelevante y escasa o nula comunicación verbal entre ambos médicos^{61,64}. Todo ello tiene

consecuencias negativas para un correcto funcionamiento de las interconsultas.

Los defectos en la comunicación son la principal causa de los problemas relacionados con la transferencia de responsabilidad sobre el enfermo⁸⁵ y generan un manejo más difícil e ingrato de la interconsulta, así como de su seguimiento, con los problemas secundarios que se pueden generar (problemas de duplicidad de interconsultas, errores en tratamientos...) así como las consecuencias de los mismos^{61,85}.

- *Otros problemas.* Otras fuentes de problemas pueden ser:
 - El tiempo de respuesta: La rapidez en la respuesta a una interconsulta es fundamental, de modo que una interconsulta “urgente” debe ser valorada y contestada en el momento y el resto a lo largo del mismo día o a lo sumo en las siguientes 24h^{25,33,56,68}.
 - La accesibilidad del interconsultor, no siempre fácil⁶¹.
 - El seguimiento de las interconsultas: Un seguimiento diario de las interconsultas por el interconsultor favorece el cumplimiento de las recomendaciones, evita errores en cuanto a la repetición de las mismas e influye en una mejor relación entre solicitante-interconsultor^{16,61,64}.
 - Otro problema importante, sobre todo para los responsables de gestión de los hospitales, es que la actividad realizada mediante la interconsulta no queda registrada en los informes de alta, restándoles complejidad y generando pérdida de información en los mismos, con las consecuencias que esto genera (asistenciales, de gestión y económicas) tanto para el enfermo como para el propio hospital^{25,61}.
 - Existe escaso aprendizaje y conocimiento por parte del interconsultor en este campo, así como de los enfermos y enfermedades a las que en

ocasiones se enfrenta. El consultor aprende esta actividad mediante el método ensayo-error¹⁶. En cuanto a la formación de los residentes sobre la interconsulta, hay que destacar que es escasa o nula, siendo este un aspecto sobre el que sería conveniente realizar intervenciones a la mayor brevedad⁶¹.

La interconsulta es un foco de conflictos con otras especialidades⁸⁸, conflictos que pueden desencadenarse en cualquier momento mientras permanecen abiertas⁸⁹ y que se producen, al menos, en el 6% de las interconsultas⁶² y por múltiples razones⁶⁴. Una de las causas principales de estos conflictos es la discrepancia entre el solicitante y el consultor sobre la urgencia de la interconsulta²⁵, que puede ser explicada por la diferente percepción de la situación clínica del paciente entre el solicitante y el consultor⁹⁰, también por los diferentes motivos que pueden originar una consulta urgente²⁹. También hay que tener en cuenta que una de cada cinco interconsultas son repeticiones^{25,62}. Si bien el porcentaje de repeticiones injustificadas es pequeño, es importante porque se producen por no leer la contestación a una interconsulta previa, lo que implica un fallo absoluto de la comunicación, siendo este hecho una fuente importante de conflictos entre el solicitante y el consultor⁶². Las distintas especialidades tienen diferentes perspectivas sobre la interconsulta⁹¹. Diferencias en la formación, cultura y filosofía de las especialidades médicas frecuentemente crean la base del conflicto⁹²).

1.6.2. Soluciones

Se han propuesto algunas posibles soluciones a estos problemas^{16,61}:

- Una mejor y más completa formación médica general mejoraría enormemente todo lo relacionado con las interconsultas^{16,61}.
- Una correcta formación sobre la delimitación y transferencia de responsabilidad sobre el enfermo^{61,85}.
- Una mejor organización desde el punto de vista clínico de los diferentes servicios, en especial los quirúrgicos^{61,73}.

- La adscripción de un médico concreto a la labor de las interconsultas^{29,56,61}.
- Establecer de forma clara unos criterios para la solicitud, respuesta y seguimiento de las interconsultas y darlo a conocer, tanto a médicos solicitantes como a interconsultores, de manera que cada uno sepa a qué atenerse⁶¹.
- En aquellos servicios quirúrgicos, y no quirúrgicos, cuyo volumen de pacientes o las características de los enfermos que atienden lo permitan, una posible solución sería la adscripción de internistas a dichos servicios para una atención integral y de mayor calidad^{61,85,93}.

Como resumen podemos decir que existe escasa información acerca de la actividad de la interconsulta e importantes problemas en su organización y desarrollo. Gran parte de éstos se resolverían con una correcta organización, una fluida comunicación entre ambas partes y con la existencia de unos criterios claros de petición y respuesta, así como de delimitación y transferencia de responsabilidad sobre el enfermo.

1.7. LA INTERCONSULTA HOSPITALARIA Y MEDICINA INTERNA

Como ya se mencionó anteriormente, Medicina Interna es la especialidad que aporta más información al conocimiento de la interconsulta, quizás porque es la que más interés ha desarrollado por la misma. El internista, probablemente por su polivalencia y visión integral del enfermo, es el especialista más requerido por los servicios quirúrgicos^{18,42,56,94,95}. Un cálculo conservador estimó que, en nuestro país, los servicios de Medicina Interna recibieron más de 111.000 peticiones de interconsultas, solo del área quirúrgica, durante el año 2006⁶¹. En general, esto supone una carga de trabajo adicional, generalmente minusvalorada⁶³, incluso por el propio internista⁶³, y puede generar cierto rechazo. Este rechazo probablemente se debe a que, cuando llega una petición de interconsulta, a priori se desconoce su complejidad ni cuánto tiempo va a requerir su resolución²⁵, y a que generalmente es un trabajo no programado, discontinuo y con una mezcla de falta de estímulo y

recelos frente a posibles confrontaciones y problemas de relación en plantas hospitalarias que no son las suyas, y casi nunca registrado en la actividad hospitalaria⁶³.

Para un internista, la carga de trabajo que representan las interconsultas se aproxima mucho a la que supone el área de hospitalización a su cargo²⁹, aspecto confirmado recientemente en el estudio REINA de la SEMI³⁴. Un aspecto a tener en cuenta sobre el carácter polivalente e integrador del internista es que, con cierta frecuencia, al responder a una interconsulta deriva al paciente a un tercer servicio, actúa como puente entre el servicio solicitante y el que, finalmente, recibió el enfermo²⁹. Los generalistas tienen mejores resultados que los especialistas en las interconsultas⁵⁴.

1.8. INFORMACIÓN DISPONIBLE

A pesar de lo descrito hasta ahora, la información disponible en la literatura acerca de las interconsultas es escasa, al menos en nuestro medio. Desde hace años, ha sido objeto de atención en la literatura estadounidense todo lo referente al estudio de la valoración preoperatoria del paciente quirúrgico^{96,97}, la función del médico consultor tanto intra como extrahospitalario así como la formación de los residentes en estos campos⁹⁸, incluso con libros monográficos dedicados al tema³². Sin embargo, toda esta literatura proviene de un sistema sanitario muy diferente al nuestro en cuanto a organización y funcionamiento, por lo que extrapolar directamente sus resultados a nuestro medio es arriesgado.

Por el contrario, los datos disponibles de otras áreas geográficas sobre la labor de la interconsulta son mucho más escasos. Existen algunas publicaciones canadienses^{79,99,100}, neozelandesas⁵⁵, irlandesas¹⁰¹ u holandesas^{102,103,104}, pero la mayoría fuera de EEUU son españolas. En su mayor parte, los trabajos publicados son descriptivos, sobre aspectos parciales, y gran parte de los mismos coinciden en los resultados²⁹. Todos coinciden en afirmar que la actividad de las interconsultas es una actividad que conlleva una importante carga de trabajo en el ámbito hospitalario

y que cuenta con escasa organización, programación y valoración, no sólo por parte de los organismos responsables sino también por los propios profesionales sanitarios^{29,61,64,85}.

En España hay descritos varios artículos que hacen referencia a las interconsultas realizadas al servicio de Medicina Interna sobre todo las procedentes de los servicios quirúrgicos^{29,62,85}, pero cuando buscamos más allá, apenas existen datos sobre las realizadas a otros servicios. Solo hemos encontrado publicados dos artículos en los que se describen las interconsultas realizadas al servicio de Urología^{105,106}, otros tres que se refieren a las realizadas al servicio de Neurología^{107,108,109} y alguno referente a las realizadas al servicio de ORL¹¹⁰, otros también a Geriátrica, a éste último sobre todo por parte de Traumatología^{111,112,113}.

En cuanto a las interconsultas realizadas por Atención Primaria al resto de especialidades, sí son más numerosas las publicaciones debido, en gran parte, a las importantes limitaciones a las que se encuentran sujetas estos profesionales (de tiempo, de recursos disponibles)¹¹⁴. También hay autores que describen la actividad de interconsulta realizada por Psiquiatría⁴³.

En todos los artículos revisados se pone de manifiesto la gran magnitud del trabajo que las interconsultas suponen para un servicio concreto^{29,62,64,85} así como la importante labor médica realizada y los costes que se generan a raíz de las mismas^{25,29,62,63}. Es necesario establecer unos principios que nos permitan un funcionamiento más uniforme en relación a esta actividad asistencial y que, del mismo modo, nos posibilite realizar un análisis más fiable de dicha actividad que permita proponer soluciones a los diferentes problemas que surjan.

A pesar de ser la interconsulta un método de trabajo establecido ya desde hace mucho tiempo, llama notoriamente la atención la escasa organización de las mismas, así como la ausencia de un registro adecuado de éstas, estando sujetas a la variabilidad organizativa de los distintos servicios y hospitales¹¹⁵. En una encuesta realizada en septiembre y octubre de 2008 en los hospitales de titularidad pública con mayor número de camas de cada una de las provincias españolas¹¹⁵ (en Madrid y Barcelona se eligieron hospitales terciarios de mediano tamaño) y de las ciudades

de Ceuta y Melilla, se pone de manifiesto que menos del 10% de los servicios encuestados hace un registro de calidad y útil como herramienta de control de la actividad derivada de la interconsulta. Además, subrayan la escasa organización, programación y valoración de esta actividad¹¹⁵, variabilidad que también queda reflejada en la encuesta a servicios de Medicina Interna realizada por la SEMI³⁰.

Como resumen, hemos establecido la definición de los diversos modelos de colaboración entre los diferentes servicios médicos (quirúrgicos y no quirúrgicos). También, la importante necesidad de establecer una correcta organización, valoración y cuantificación de los mismos, haciendo referencia sobre todo a las interconsultas como el principal modelo de colaboración, mediante el cual los diferentes servicios asistenciales dan soporte a otros servicios, aportándoles los conocimientos y habilidades propios de su especialidad. La interconsulta es una actividad fundamental para el correcto funcionamiento de la asistencia hospitalaria y con importantes repercusiones económicas. Es muy necesaria la realización de estudios que permitan profundizar y desarrollar esta actividad.

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

2.1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El perfil del paciente hospitalizado se está modificando de manera llamativa en los últimos años debido al aumento significativo de la edad y calidad de vida de la población, y a la mejora en las técnicas y procedimientos médicos y quirúrgicos. Esto hace que los enfermos hospitalizados sean de mayor edad, pluripatológicos, y con elevada comorbilidad. La complejidad creciente de su asistencia, la progresiva especialización de los diferentes especialistas, y los problemas organizativos que dificultan con frecuencia el seguimiento diario del paciente por el mismo facultativo, ha favorecido un aumento progresivo del apoyo asistencial de unos servicios a otros.

La actividad hospitalaria que los diferentes servicios desempeñan fuera de los mismos, generalmente en forma de interconsultas, no dispone de definiciones y criterios de funcionamiento bien establecidos a nivel organizativo, ni de registros que permitan analizarla adecuadamente. Por ello, no se han publicado estudios, ni siquiera descriptivos, sobre la actividad de interconsulta a nivel hospitalario, solo unos pocos a nivel de servicio, y la mayoría de ellos de Medicina Interna. Es de gran importancia, tanto a nivel asistencial como de gestión hospitalaria, conocer la actividad de las interconsultas hospitalarias.

2.2. OBJETIVO PRINCIPAL

El objetivo principal de esta tesis es describir el número y las características principales de las solicitudes de interconsultas en un hospital general y en sus diferentes áreas asistenciales.

2.3. OBJETIVO SECUNDARIOS

Describir las diferencias principales entre los pacientes a los que se les solicita interconsultas y a los que no.

Estudiar la variabilidad en la solicitud de interconsultas en función del mes y del día de la semana.

3. PACIENTES, MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. ENTORNO

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, de Alcalá de Henares (Madrid), dependiente del Servicio Madrileño de Salud. Es un hospital de segundo nivel dotado con 600 camas de hospitalización durante el año 2010, año del estudio, que tiene a su cargo la Atención Especializada del Área de Salud 3 de Madrid, con 347.421 habitantes, fundamentalmente de carácter urbano, censados ese mismo año. Asimismo, es uno de los centros de formación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares, imparte docencia de pre y postgrado y está acreditado para la formación de Médicos Internos Residentes tanto médicos como quirúrgicos, y también de farmacéuticos y psicólogos. Dispone de las siguientes especialidades:

Médicas: Alergia, Cardiología, Digestivo, Endocrinología y Nutrición, Hematología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Enfermedades del Sistema Inmune-Oncología Médica, Psiquiatría y Reumatología.

Quirúrgicas: Anestesiología y Reanimación, Cirugía General y de Aparato Digestivo, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Dermatología Médico-Quirúrgica, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, Otorrinolaringología y Urología.

3.2. DISEÑO Y PERÍODO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional retrospectivo de las solicitudes de interconsultas realizadas por los diferentes servicios hospitalarios durante el año 2010.

3.3. PACIENTES

3.3.1. Criterios de inclusión

En el estudio se incluyeron la totalidad de pacientes con edad igual o mayor a 14 años dados de alta de todos los servicios del hospital durante el año 2010.

3.3.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron los pacientes dados de alta desde la UCI, ya que el proceso de interconsulta en este servicio es diferente al del resto del hospital. Con frecuencia solicitan la interconsulta de manera verbal, no a través de la aplicación informática y, también con frecuencia, a médicos específicos fuera de la organización habitual de la interconsulta. También han sido excluidos aquellos pacientes con información disponible incompleta o mal codificados en los registros del hospital.

3.4. VARIABLES DEL ESTUDIO

3.4.1. Variables relacionadas con el paciente:

- La edad (en años).
- El sexo.
- Tipo de ingreso (urgente o programado).
- Si el paciente fue sometido a cirugía.
- El paso por la Unidad de Cuidados Intensivos durante cualquier momento del ingreso.
- El Índice de comorbilidad de Charlson*.
- El número de diagnósticos codificados al alta**.
- El peso administrativo***.
- Los reingresos.

- Los éxitos.
- Mes del alta.
- La estancia media (en días).
- En pacientes operados, la estancia prequirúrgica.

***Índice de comorbilidad de Charlson:** Es un indicador de comorbilidad especialmente diseñado para pacientes médicos, que utiliza 19 situaciones clínicas para tratar de establecer el riesgo de mortalidad a corto plazo¹¹⁶, y está validado para su uso con bases de datos administrativas¹¹⁷. Aunque fue desarrollado hace 30 años, ha sido actualizado en 2011¹¹⁸.

****Número de diagnósticos al alta:** Algunos autores consideran que el recuento de enfermedades es un indicador de comorbilidad tan predictivo como el índice de Charlson¹¹⁹.

*****Peso administrativo:** Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) constituyen un sistema de clasificación de enfermos que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital (es decir, su casuística), con el coste que representa su asistencia. El peso relativo de un episodio agrupado en un GRD representa una medida del coste esperado de dicho episodio respecto al episodio promedio. Este peso se puede utilizar para estudiar las diferencias en las tasas de mortalidad de los pacientes hospitalizados¹²⁰, y puede ser considerado un indicador indirecto de la comorbilidad.

3.4.2. Variables relacionadas con la interconsulta:

- Pacientes con Parte Interconsulta (PIC) solicitado.
- Número de PIC solicitados por paciente.
- Si el PIC es normal o preferente.
- La demora entre el ingreso y la realización del PIC (medida en días).
- Área que solicita el PIC (área quirúrgica, médica, obstétrica, otra).
- Servicio que solicita el PIC.
- Área que contesta la interconsulta.

- Servicio que contesta el PIC.
- Mes de solicitud de la interconsulta.
- Día de la semana en el que se solicitó la interconsulta.
- En pacientes operados, si la interconsulta se solicitó antes o después de la intervención.

3.4.3. Los datos obtenidos se agrupan en los siguientes grupos:

- **Datos Generales (DG):** Son los datos que describen las características generales de todos los pacientes incluidos en el estudio.
- **Área Médica (AM):** Datos correspondientes a los pacientes dados de alta desde Cardiología, Digestivo, Endocrinología, Enfermedades del Sistema Inmune-Oncología (ESI-Onco), Hematología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología y Psiquiatría.
- **Área Quirúrgica (AQ):** Datos correspondientes a los pacientes dados de alta desde Cirugía General y Digestiva (CGD), Maxilofacial (COM), Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), Ginecología (GIN), Oftalmología (OFT), Otorrinolaringología (ORL), y Urología (URO).
- **Obstetricia (OBS):** Datos de las pacientes obstétricas.
- **Área Otros (AO):** Aunque se trata de servicios sin altas, sí que solicitan y contestan interconsultas: Anestesia, Dermatología, Rehabilitación y Medicina Preventiva.

3.5. MATERIAL

Los datos para realizar este trabajo se extrajeron de las aplicaciones informáticas del HUPA. El hospital cuenta con una Intranet propia la cual tiene un visor clínico capaz de integrar todos los datos de todos los episodios de un mismo paciente y mostrarlos al clínico. Las aplicaciones informáticas y bases de datos utilizadas para la realización de este estudio fueron el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del hospital y la aplicación “Interconsultas Especializada”.

3.5.1. Conjunto Mínimo Básico de Datos

En 1981 la Comunidad Económica Europea, definió, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y el Comité Hospitalario de las Comunidades Europeas, el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria como un núcleo de información mínimo y común sobre los episodios de hospitalización. Posteriormente el Consejo de Europa lo incluyó como parte integrante del sistema de información hospitalario. En España, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó en 1987 la implantación del CMBD formado por diferentes variables de acuerdo con la recomendación de la comisión europea.

En el año 1999, La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, aprobó el Decreto 89 norma que regula el CMBD al alta hospitalaria y cirugía ambulatoria de la Comunidad de Madrid, tanto para hospitales públicos como privados. Con la finalización del proceso de transferencias sanitarias comenzó el de unificación de la estructura de las bases de datos derivadas de ambas normativas.

Desde la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud, se remiten instrucciones periódicas para la remisión de esta información, respetando siempre el contenido mínimo establecido por el Decreto 89/1999¹²¹ publicándose trimestralmente en este servicio de consulta online, los informes y las tablas correspondientes.

El **CMBD** incluye las siguientes variables para cada ingreso de paciente, o lo que también se denomina episodio hospitalario:

1. Código del centro.
2. Número de episodio.
3. Número de historia clínica.
4. Fecha de nacimiento.
5. Sexo.
6. Lugar de residencia habitual.
7. Financiación de la asistencia prestada.
8. Fecha de ingreso.
9. Circunstancias del ingreso.
10. Diagnóstico principal.
11. Otros diagnósticos hasta un total de 12.
12. Procedimientos quirúrgicos y obstétricos.
13. Otros procedimientos relevantes.
14. Fecha de intervención.
15. Fecha de alta.
16. Tipo de alta.
17. Identificación del centro de traslado, en su caso.
18. Servicio de alta.
19. Código M (Código de Morfología de Neoplasia).

El diagnóstico principal y otros diagnósticos se extraen del informe de alta realizado por el médico responsable del paciente, y se codifican siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9 MC) con el número de revisión y edición vigente para cada año. La codificación de otros diagnósticos incluye a los que coexisten con el diagnóstico principal en el momento del ingreso o se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria y que influyen en la duración de la misma o en el tratamiento administrado.

3.5.2. Interconsulta Especializada

La página oficial del hospital “HUPAWEB”, también denominada INTRANET, tiene a su vez una cartelera de aplicaciones entre las cuales se encuentra una específica para la solicitud de interconsultas denominada “*Interconsultas Especializada*”. A través de dicha aplicación se solicitan y se pueden contestar las interconsultas entre los distintos especialistas (figuras 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 y 3.5).

Figura 3.1. Página principal de la intranet del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid).



HUPAWEB: página web del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares, Madrid).

Figura 3.2. Página de entrada a la aplicación Interconsultas Especializada.



Figura 3.3. Solicitud de la interconsulta.



Figura 3.4. Registro de interconsultas activas.

INTERCONSULTAS ENTRE SERVICIOS DE ESPECIALIZADA
 Ud. es Montero Ruiz, Eduardo del servicio MIN
 Interconsultas solicitadas al servicio de MIN

Paciente con Interconsulta	Peticionario	Respuestas	Fecha	Preferente	Estado
[Redacted]	[Redacted]	2	07/06/2016 10:48:53	Si	A
[Redacted]	[Redacted]	1	06/06/2016 10:05:46	Si	A

Interconsultas solicitadas desde el servicio de MIN

Paciente con Interconsulta	Peticionario	Respuestas	Fecha	Preferente	Estado
[Redacted]	[Redacted]	0	09/06/2016 2:23:50	No	A
[Redacted]	[Redacted]	1	08/06/2016 16:37:04	No	A
[Redacted]	[Redacted]	0	08/06/2016 14:07:40	No	A
[Redacted]	[Redacted]	0	08/06/2016 13:55:06	No	A
[Redacted]	[Redacted]	0	08/06/2016 13:38:45	Si	A
[Redacted]	[Redacted]	2	08/06/2016 13:09:45	No	A
[Redacted]	[Redacted]	1	08/06/2016 12:55:38	No	A
[Redacted]	[Redacted]	0	08/06/2016 12:39:03	No	A
[Redacted]	[Redacted]	0	08/06/2016 12:05:28	No	A

Figura 3.5. Interconsulta.

Consulta Original

Peticionario: [Redacted]
 Paciente: [Redacted]

Interconsulta:
 Paciente con amputación MI abierta por gangrena gaseosa. Ayer sepaes por vía central. Ruego valoración y seguimiento. Un saludo

Respuestas

Realizado: [Redacted]
 Paciente: [Redacted]
 Interconsulta: contestado en historia

Realizado: [Redacted]
 Paciente: [Redacted]
 Interconsulta: en historia

[Contestar este mensaje](#)

Trazabilidad de la Interconsulta

Vista Por: [Redacted]	Fecha: 09/06/2016 10:31:00
Vista Por: [Redacted]	Fecha: 07/06/2016 13:47:00
Vista Por: [Redacted]	Fecha: 07/06/2016 13:44:00
Vista Por: [Redacted]	Fecha: 07/06/2016 12:21:00
Vista Por: [Redacted]	Fecha: 07/06/2016 10:48:00

Los datos de interés para este trabajo que figuran en dicha aplicación son:

- Número de historia clínica.
- Número de episodio.
- Día de la solicitud.
- Hora de la solicitud.
- Servicio que la solicita.
- Servicio al que se dirige la interconsulta.
- Tipo de interconsulta (normal o preferente).

Todas las aplicaciones informáticas y bases de datos administrativas descritas anteriormente y utilizadas para el desarrollo de este trabajo de investigación cumplen la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal¹²² y la Ley de Autonomía del Paciente¹²³.

3.6. MÉTODO

3.6.1. Obtención de datos

La metodología empleada para la inclusión de los pacientes del estudio y la secuencia realizada para extraer los datos necesarios y obtener las variables, se realiza a partir de las siguientes aplicaciones y bases de datos informáticas que se describen a continuación:

3.6.1.1. CMBD

La población de pacientes, así como los datos necesarios para el estudio, se obtuvieron a través del CMBD del hospital. Para ello se identificaron todos los enfermos con edad igual o superior a 14 años dados de alta del hospital en el periodo del estudio, con la excepción de los datos de alta por la UCI. Posteriormente se volcaron estos datos en una hoja de cálculo Microsoft Excel[®], y se calcularon las variables derivadas de los datos primarios.

3.6.1.2. INTRANET a través de aplicación específica “Interconsultas Especializada”

Los datos correspondientes de la aplicación informática específica de la intranet del HUPA para la solicitud de interconsultas son volcados a una hoja de cálculo Microsoft Excel[®] y, en un segundo tiempo, se extraen los datos necesarios para el estudio: El número de interconsultas por paciente, si la interconsulta es o no preferente, el servicio y área que realiza la interconsultas, el servicio y área a los que se solicita la misma, así como las interconsultas realizadas por mes y por días de la semana.

3.6.1.3. Base de datos final

Finalmente, se combinaron ambas hojas de cálculo en una sola, lo que permite extraer otros datos necesarios para el estudio, como la demora entre el ingreso y la realización del Parte Interconsulta, la estancia prequirúrgica (en el área

quirúrgica) y las interconsultas realizadas previas a la cirugía. Se entiende como interconsultas solicitadas aquellas pedidas mediante dicha aplicación electrónica, desestimándose las solicitadas vía oral, telefónica, buscapersonas, de pasillo o por cualquier otro mecanismo distinto al referido previamente.

El resumen, todos los datos empleados en este estudio y la fuente a partir de la cual se han extraído se recogen en la tabla 3.1.

Tabla 3.1. Variables del estudio clasificadas según sus fuentes.

Conjunto Mínimo Básico de Datos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de Historia Clínica. ▪ Número de episodio ▪ Fecha de nacimiento. ▪ Sexo. ▪ Fecha de ingreso. ▪ Tipo de ingreso: urgente o programado. ▪ Diagnóstico principal. ▪ Otros diagnósticos. ▪ Fecha de alta. ▪ Fecha de intervención quirúrgica ▪ Tipo de alta. ▪ Servicio de alta.
INTRANET: Aplicación informática específica (“Interconsultas Especializada”)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de Historia Clínica. ▪ Número de episodio. ▪ Servicio que solicita la interconsulta. ▪ Servicio destinatario de la interconsulta. ▪ Fecha de la solicitud de la interconsulta. ▪ Hora a la que se solicita la interconsulta. ▪ Hora a la que es contestada la interconsulta. ▪ Si es interconsulta preferente o no.
Derivadas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demora ingreso – solicitud PIC. ▪ PIC antes-después de la cirugía

3.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La descripción de las variables cuantitativas se realizó con la media y su intervalo de confianza del 95% (IC 95%), y se comprobó su distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cualitativas fueron descritas con su porcentaje y el IC 95% correspondiente. Las diferencias de medias fueron analizadas mediante la “t” de Student o la “U” de Mann-Whitney según fuera lo apropiado, y el análisis de las variables categóricas mediante el cálculo de la Odds Ratio (OR).

Por el tipo de trabajo y la naturaleza clínica de los resultados se consideró suficiente una precisión de ± 5 centésimas, por lo que fueron redondeados a un decimal, con la excepción del peso administrativo en el que se mantuvieron los 4 decimales. La significación estadística se estableció en $p < 0,05$. Los datos fueron introducidos en una hoja de cálculo Microsoft Office Excel 2003 (Microsoft Corp. Redmond, Washington, EEUU) para su análisis junto con el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 15.0; SPSS Inc. Chicago, Illinois, EEUU).

4. RESULTADOS

En el año 2.010, en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, de Alcalá de Henares (Madrid), se dieron 23.811 altas, de las cuales 2.326 fueron de pacientes menores de 14 años. De los restantes 21.485 pacientes ≥ 14 años también fue necesario excluir a los 346 dados de alta de la UCI, a 8 pacientes del Servicio de Anestesiología que permanecieron en Reanimación, quizás por pertenecer a la Unidad del Dolor y encontrarse mal codificados, a 7 pacientes pertenecientes al Servicio de Dermatología y otros 4 pacientes más del Servicio de Pediatría (en ambos casos también mal codificados).

Finalmente, para nuestro estudio se ha contado con un total de 21.120 pacientes, de los cuales el rango de edad se encuentra entre los 14 y 105 años, el rango de interconsultas por paciente fue de 1 a 29 y el rango de demora medido en días, entre el ingreso y la solicitud del PIC, fue de 0 a 190 días.

Los resultados obtenidos se expresan a continuación. En primer lugar, se exponen las características generales de los pacientes descritos como el grupo de Datos Generales (DG). Posteriormente se expondrán por los distintos subgrupos: Área Médica (AM), Área Quirúrgica (AQ), Obstetricia (OBS) y Área Otros (AO).

4.1. DATOS EN LA POBLACIÓN GENERAL

4.1.1. Características generales.

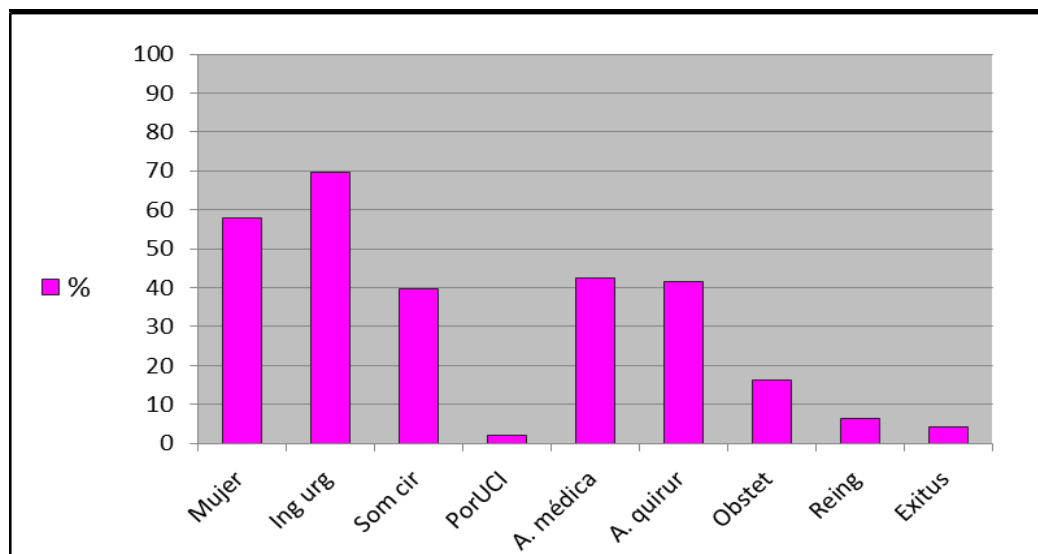
El número total de pacientes incluidos fue de 21.120. Los resultados obtenidos de las características generales de los pacientes incluidos en el estudio se expresan en la tabla 4.1. En la figura 4.1. se muestran los datos de las variables porcentuales de forma más gráfica.

Tabla 4.1. Datos generales de la población del estudio.

Nº pacientes	21.120
Edad; años (IC 95%)	56,2 (55,9 a 56,5)
Mujer; % (IC 95%)	57,8 (57,1 a 58,5)
Ing urg; % (IC 95%)	69,7 (69,1 a 70,4)
Som cir; % (IC 95%)	39,8 (39,2 a 40,5)
PorUCI; % (IC 95%)	2,2 (2 a 2,4)
A. médica; % (IC 95%)	42,5 (41,9 a 43,2)
A. quirur; % (IC 95%)	41,4 (40,8 a 42,1)
Obstet; % (IC 95%)	16,1 (15,6 a 16,6)
Peso admin (IC 95%)	1,6689 (1,6448 a 1,6930)
Nº diag (IC 95%)	6 (5,9 a 6,1)
I. Charlson (IC 95%)	3,2 (3,1 a 3,3)
Estancia; días (IC 95%)	7 (6,8 a 7,1)
Reing; % (IC 95%)	6,3 (5,9 a 6,6)
Exitus; % (IC 95%)	4,1 (3,8 a 4,3)

Ing Urg: ingresos urgentes; **Som cir:** pacientes sometidos a cirugía; **PorUCI:** pacientes que pasan en algún momento por UCI; **A. médica:** pacientes del Área médica; **A. quirur:** pacientes del Área quirúrgica; **Obstet:** pacientes ingresados en obstetricia; **Peso admin:** Peso administrativo; **Nº diag:** número de diagnósticos; **I. Charlson:** Índice de Charlson; **Reing:** Reingresos; **IC 95%:** Intervalo de confianza del 95%.

Figura 4.1. Características generales de los pacientes del estudio (variables porcentuales).



Ing Urg: ingresos urgentes; **Som cir:** pacientes sometidos a cirugía; **PorUCI:** pacientes que pasan en algún momento por UCI; **A. médica:** pacientes del Área médica; **A. quirur:** pacientes del Área quirúrgica; **Obstet:** pacientes ingresados en obstetricia; **Reing:** Reingresos.

4.1.2. Características generales de los pacientes *Con /Sin* PIC en población general del estudio.

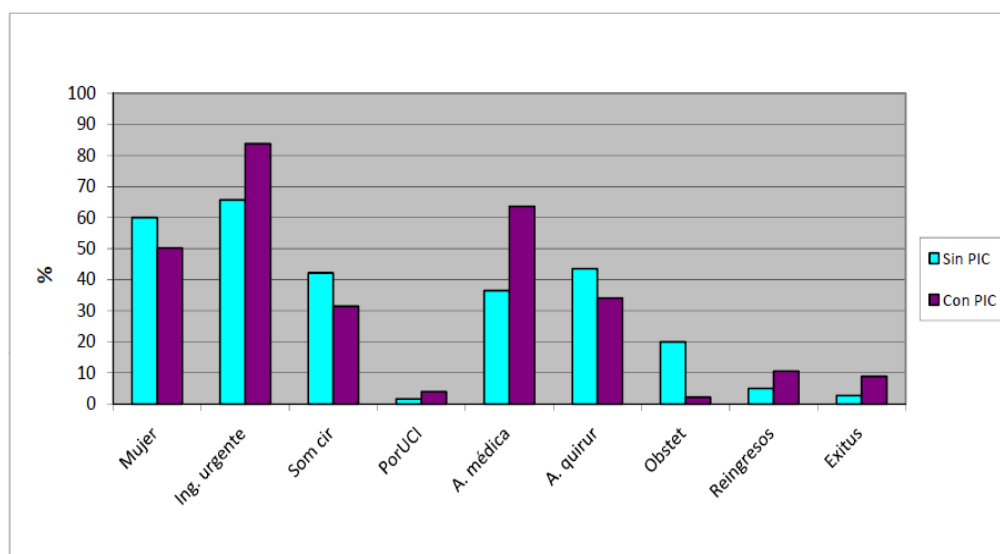
Del total de los pacientes incluidos (N=21.120), a 4.720 de ellos se les solicitó PIC. Se analizan las diferentes variables en cada grupo, así como la diferencia o la Odds ratio (OR) entre ambos. Los datos sobre las características de los pacientes de ambos grupos se exponen a continuación en la tabla 4.2. En la figura 4.2 se muestran de manera gráfica los datos de las variables porcentuales obtenidos de los distintos grupos de pacientes *Con* y *Sin* PIC.

Tabla 4.2. Características de los pacientes *Con/Sin* Parte Interconsulta en población general.

	Sin PIC	Con PIC	Dif/OR	Signif.
N	16.400	4.720		
Edad; años (IC 95%)	53,1 (52,8 a 53,4)	66,9 (66,4 a 67,4)	13,8 (13,1 a 14,5)	p<0,001
Mujer; % (IC 95%)	60 (59,2 a 60,7)	50,2 (48,8 a 51,6)	OR 0,7 (0,6 a 0,8)	p<0,001
Ing. Urg; % (IC 95%)	65,7 (65 a 66,4)	83,8 (82,7 a 84,8)	OR 2,7 (2,5 a 2,9)	p<0,001
Som cir; % (IC 95)	42,2 (41,5 a 43)	31,5 (30,2 a 32,8)	OR 0,6 (0,5 a 0,7)	p<0,001
PorUCI; % (IC 95%)	1,7 (1,5 a 1,9)	4 (3,5 a 4,6)	OR 2,4 (2 a 2,9)	p<0,001
A. médica; % (IC 95%)	36,5 (35,7 a 37,2)	63,6 (62,3 a 65)	OR 3,1 (2,9 a 3,3)	p<0,001
A. quirur; % (IC 95%)	43,5 (42,8 a 44,3)	34,1 (32,8 a 35,5)	OR 0,7 (0,6 a 0,8)	p<0,001
Obstet; % (IC 95%)	20 (19,4 a 20,6)	2,2 (1,8 a 2,6)	OR 0,1 (0,1 a 0,1)	p<0,001
Peso admin (IC 95%)	1,3794 (1,3622 a 1,3966)	2,6749 (2,5911 a 2,7586)	1,2955 (1,2403 a 1,3507)	p<0,001
Nº diag (IC 95%)	5,3 (5,2 a 5,4)	8,3 (8,2 a 8,4)	3 (2,8 a 3,1)	p<0,001
I. Charlson (IC 95%)	2,6 (2,5 a 2,7)	5,2 (5,1 a 5,3)	2,6 (2,5 a 2,7)	p<0,001
Estancia; días (IC 95%)	4,7 (4,6 a 4,8)	14,9 (14,5 a 15,3)	10,2 (9,9 a 10,4)	p<0,001
Reing ; % (IC 95%)	5 (4,7 a 5,4)	10,6 (9,8 a 1,2)	OR 2,3 (2 a 2,5)	p<0,001
Éxitus; % (IC 95%)	2,7 (2,5 a 2,9)	8,9 (8,1 a 9,7)	OR 3,5 (3,1 a 4)	p<0,001

N: número de pacientes; **Ing Urg:** ingresos urgentes; **Som cir:** pacientes sometidos a cirugía; **PorUCI:** pacientes que pasan en algún momento por UCI; **A. médica:** pacientes del Área médica; **A. quirur:** pacientes del Área quirúrgica; **Obstet:** pacientes ingresados en obstetricia; **Peso admin:** Peso administrativo; **Nº diag:** número de diagnósticos; **I. Charlson:** Índice de Charlson; **Reing:** Reingresos; **IC 95%:** Intervalo de confianza del 95%; **Dif:** diferencia; **OR:** Odds ratio; **PIC:** Parte interconsulta; **Signif:** significación estadística.

Figura 4.2. Características de los pacientes *Con/Sin* Parte Interconsulta en población general del estudio (variables porcentuales).



Ing Urg: ingresos urgentes; **Som cir:** pacientes sometidos a cirugía; **PorUCI:** pacientes que pasan en algún momento por UCI; **A. médica:** pacientes del Área médica; **A. quirur:** pacientes del Área quirúrgica; **Obstet:** pacientes ingresados en obstetricia.

4.1.3. Características de los PIC en población general del estudio.

El número total de PIC solicitados fue de 8.377 a 4720 pacientes. Las características de los PIC solicitados se exponen en la tabla 4.3. En las figuras 4.3.1 y 4.3.2 se muestran gráficamente los datos de peticiones a las diferentes áreas y por las diferentes áreas.

Tabla 4.3. Características de los Partes Interconsulta en la población general del estudio.

Nº total PIC	8.377
Pac con PIC; % (IC del 95%)	22,3 (21,8 a 22,9)
Media PIC/pac (IC 95%)	1,8 (1,7 a 1,9)
PIC preferente; % (IC del 95%)	33,9 (32,9 a 35)
Demora ingreso-PIC; días (IC 95%)	9,5 (9,2 a 9,8)

Áreas	PIC solicitados <u>al</u> área	PIC solicitados <u>por</u> el área
Médica; % (IC del 95%)	45 (44 a 46,1)	69,8 (68,8 a 70,7)
Quirúrgica; % (IC del 95%)	22 (21,1 a 22,9)	27,8 (26,9 a 28,8)
Obstetricia; % (IC del 95%)	0	1,7 (1,4 a 1,9)
Otros; % (IC del 95%)	33 (32 a 34)	0,8 (0,6 a 0,9)

PIC: Parte Interconsulta; Pac con PIC: paciente con Parte Interconsulta; Media PIC/pac: media de Partes Interconsulta por paciente; Demora ingreso-PIC: tiempo transcurrido desde el ingreso hasta la solicitud del PIC; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.

Figura 4.3.1. Partes Interconsulta solicitados a las distintas áreas en la población general del estudio.

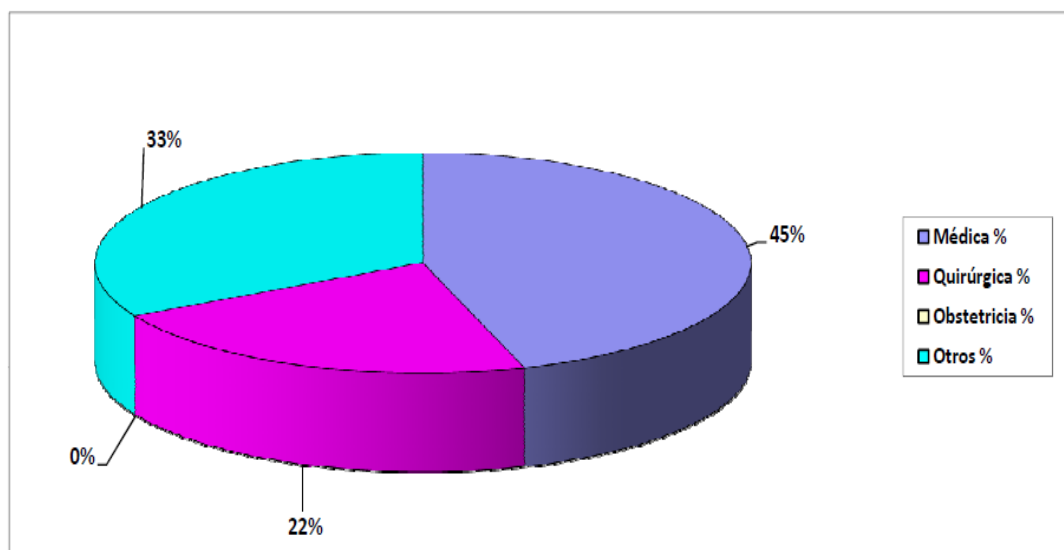
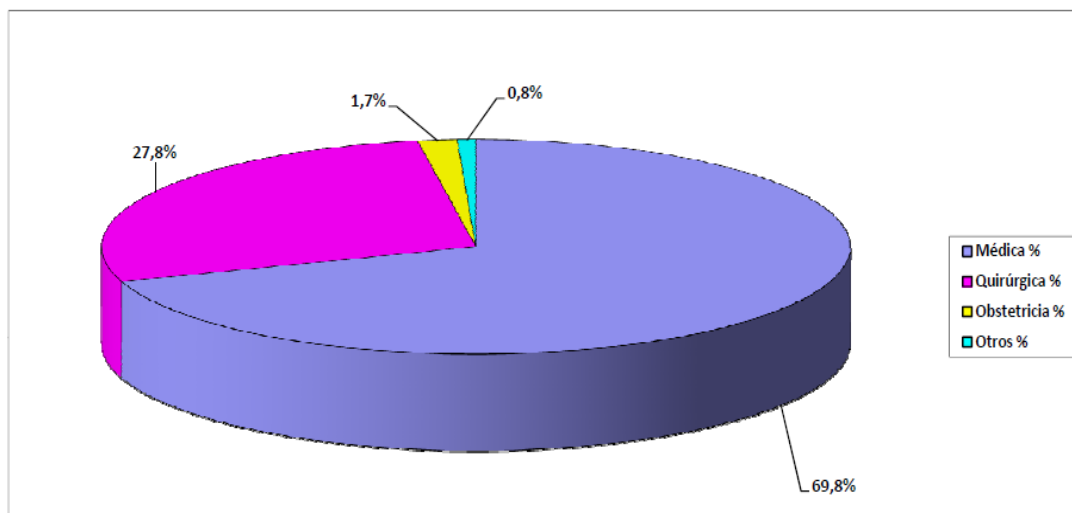


Figura 4.3.2. Partes Interconsulta solicitados **por** las distintas áreas en la población general del estudio.



4.1.4. Variabilidad en la solicitud de PIC en función de los meses del año en la población general del estudio.

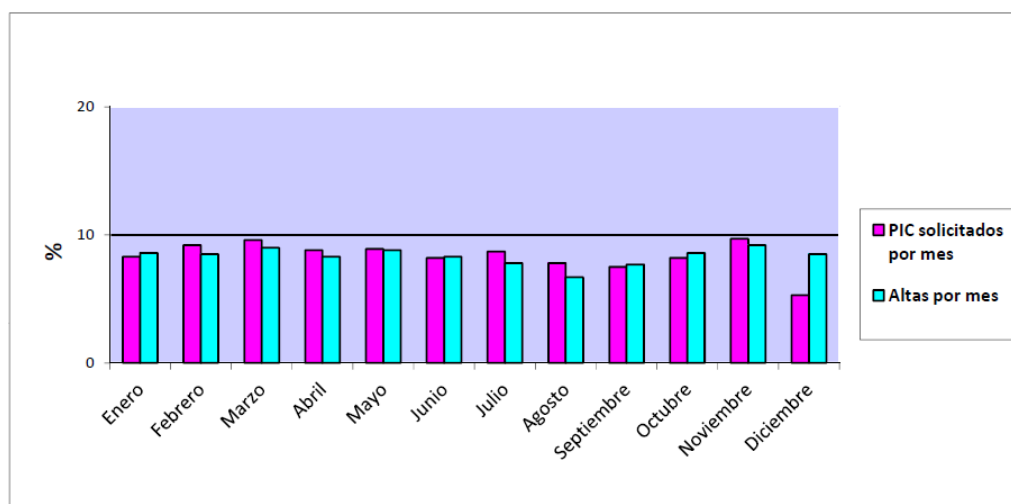
En el estudio realizado se evidencia una clara variabilidad en la solicitud de PIC según los distintos meses. El número total de PIC solicitados durante todos los meses del año en estudio fue de 8.377 y el número total de altas durante ese mismo periodo fue de 21.120. Los datos sobre la solicitud de PIC por cada mes, las altas dadas en dicho mes, así como OR entre la solicitud de PIC y las altas dadas cada mes se exponen en la tabla 4.4. Dichos resultados se exponen de forma gráfica en la figura 4.4.

Tabla 4.4. Solicitud de Partes Interconsultas y altas dadas según meses del año en la población general del estudio.

Meses del año	PIC solicitado por mes	Altas por mes	OR	Signif.
Enero; % (IC 95%)	8,3 (7,7 a 8,8)	8,6 (8,3 a 9)	1 (0,9 a 1,1)	n.s.
Febrero; % (IC 95%)	9,2 (8,6 a 9,8)	8,5 (8,1 a 8,8)	1,1 (1 a 1,2)	n.s p=0,0675
Marzo; % (IC 95%)	9,6 (9 a 10,2)	9 (8,6 a 9,4)	1,1 (1 a 1,2)	n.s
Abril; % (IC 95%)	8,8 (8,2 a 9,4)	8,3 (7,9 a 8,7)	1,1 (1 a 1,2)	n.s
Mayo; % (IC 95%)	8,9 (8,2 a 9,5)	8,8 (8,4 a 9,2)	1 (0,9 a 1,1)	n.s
Junio; % (IC 95%)	8,2 (7,6 a 8,8)	8,3 (7,9 a 8,6)	1 (0,9 a 1,1)	n.s
Julio; % (IC 95%)	8,7 (8,1 a 9,3)	7,8 (7,4 a 8,2)	1,1 (1 a 1,2)	p=0,0024
Agosto; % (IC 95%)	7,8 (7,2 a 8,3)	6,7 (6,3 a 7)	1,2 (1,1 a 1,3)	p=0,0022
Septiembre; % (IC 95%)	7,5 (6,9 a 8,1)	7,7 (7,3 a 8,1)	1 (0,9 a 1,1)	n.s
Octubre; % (IC 95%)	8,2 (7,6 a 8,8)	8,6 (8,2 a 9)	1 (0,9 a 1)	n.s
Noviembre; % (IC 95%)	9,7 (9,1 a 10,3)	9,2 (8,8 a 9,6)	1,1 (1 a 1,2)	n.s
Diciembre; % (IC 95%)	5,3 (4,8 a 5,7)	8,5 (8,2 a 8,9)	0,6 (0,5 a 0,7)	p<0,0001
Total	100	100		

PIC: Parte Interconsulta; **OR:** Odds ratio; **Signif.:** significación estadística;
IC 95%: Intervalo de confianza del 95; **n.s:** no significativo.

Figura 4.4. Porcentaje de Partes Interconsultas y altas dadas según los meses del año en población general.



PIC: Parte interconsulta.

A continuación, en la tabla 4.5, se expone la relación entre el número de PIC solicitado por cada 100 altas dadas según los distintos meses del año en la población general del estudio.

Tabla 4.5. Relación entre los Partes Interconsultas solicitados por cada 100 altas dadas según los meses del año.

Meses del año	Relación PIC/altas (IC 95%)
Enero	38,1 (35,8 a 40,3)
Febrero	43,1 (40,8 a 45,4)
Marzo	42,3 (40 a 44,5)
Abril	42 (39,7 a 44,3)
Mayo	39,8 (37,6 a 42,1)
Junio	39,2 (36,9 a 41,5)
Julio	44,1 (41,7 a 46,5)
Agosto	46,1 (43,5 a 48,7)
Septiembre	38,7 (36,3 a 41,1)
Octubre	37,9 (35,6 a 40,1)
Noviembre	41,9 (39,7 a 44,1)
Diciembre	24,4 (22,4 a 26,4)
Total	39,7 (39 a 40,3)

PIC: Parte Interconsulta; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.

4.1.5. Variabilidad en la solicitud de PIC según el día de la semana en la población general del estudio.

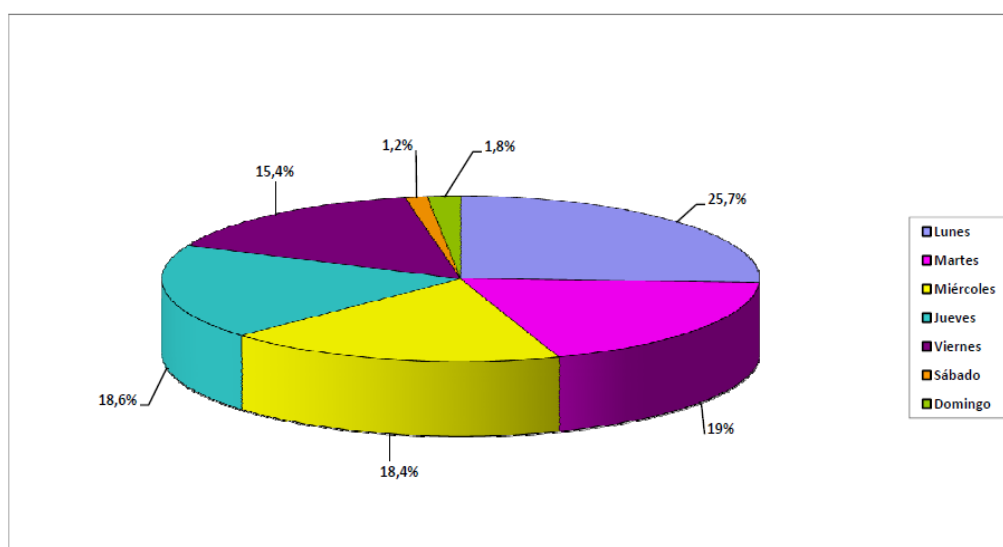
El número de PIC solicitado según los distintos días de la semana se muestra en la tabla 4.6. Al comparar las solicitudes de PIC entre los distintos días de la semana obtenemos una OR de 0,8 (IC 95% 0,7 a 0,89; $p < 0,001$) para viernes comparado con miércoles, al comparar viernes-jueves la OR también es 0,8 (0,7 a 0,8; $p < 0,001$) al igual que al comparar viernes-martes (OR es 0,8 (0,7 a 0,8; $p < 0,001$)). El sistema permite solicitar PIC por vía electrónica sábados y domingos, que se verán el lunes. Los resultados se expresan de manera gráfica en la figura 4.5.

Tabla 4.6. Partes Interconsultas solicitados según día de la semana en población general del estudio.

Días de la semana	PIC solicitados
Lunes; % (IC 95%)	25,7 (24,8 a 26,6)
Martes; % (IC 95%)	19 (18,2 a 19,9)
Miércoles; % (IC 95%)	18,4 (17,5 a 19,2)
Jueves; % (IC 95%)	18,6 (17,7 a 19,4)
Viernes; % (IC 95%)	15,4 (14,6 a 16,2)
Sábado; % (IC 95%)	1,2 (0,9 a 1,4)
Domingo; % (IC 95%)	1,8 (1,5 a 2)
Total	100

PIC: Parte Interconsulta; **IC 95%:** Intervalo de confianza del 95%.

Figura 4.5. Partes Interconsulta solicitados según el día de la semana en la población general del estudio.



IC 95%: Intervalo de confianza del 95%;

PIC: Parte Interconsulta.

4.1.6. Resumen de los resultados obtenidos en el grupo de la población general del estudio.

Los resultados más relevantes obtenidos en el grupo de pacientes incluidos en el estudio son los siguientes:

- Hay un mayor porcentaje de mujeres entre los pacientes hospitalizados.
- Los enfermos a los que se les solicita PIC son de mayor edad, con mayores comorbilidades y más complejos, además de ser un alto porcentaje de ellos ingresos urgentes y con una mayor estancia hospitalaria y mortalidad.
- Hay pacientes con más de una solicitud de PIC.
- Existe una clara variabilidad a la hora de solicitar los PIC, tanto respecto a los meses del año como a los días de la semana. En referente a los meses del año destaca un aumento significativo de solicitud de PIC en aquellos meses de mayor carga asistencial, así como en los de mayores periodos vacacionales. En cuanto a los días de la semana existe claro aumento de solicitud de PIC los lunes frente al resto de días de la semana.

4.2. DATOS DEL ÁREA MÉDICA

4.2.1. Características generales de los pacientes del AM.

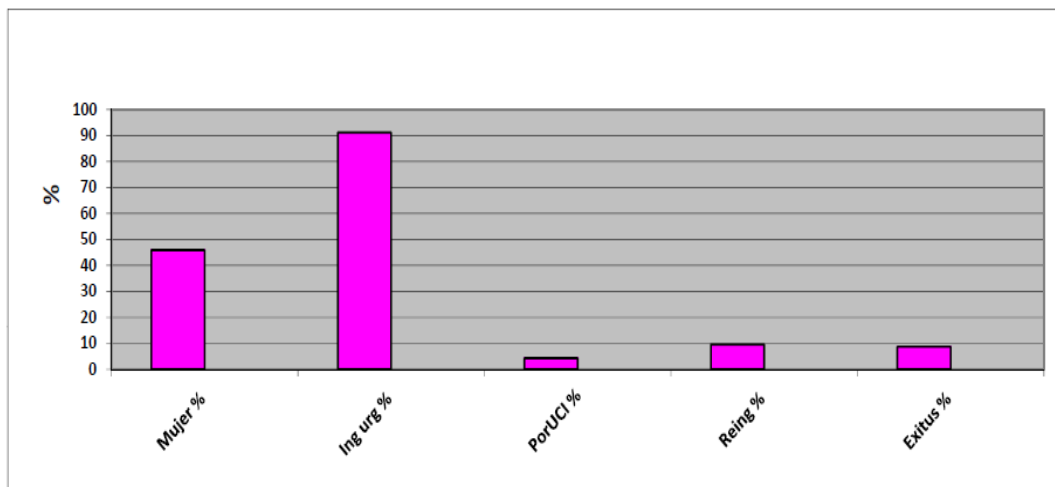
En el AM hubo un total de 8.982 pacientes ingresados, se solicitó PIC a 3.004 de ellos (33,4%). Los resultados de las características de dichos pacientes se exponen en la tabla 4.7. Los resultados de las variables porcentuales se muestran en la figura 4.6.

Tabla 4.7. Características de los pacientes del Área Médica.

Nº pacientes	8.982
Edad; años (IC 95%)	68 (67,7 a 68,4)
Mujer; % (IC 95%)	45,9 (44,9 a 47)
Ing urg; % (IC 95%)	91,2 (90,6 a 91,8)
PorUCI %; (IC 95%)	4,3 (3,9 a 4,8)
Peso admin (IC 95%)	2,1294 (2,0882 a 2,1706)
Nº diag (IC 95%)	8,7 (8,6 a 8,8)
I. Charlson (IC 95%)	5,3 (5,2 a 5,4)
Estancia; días (IC 95%)	10,5 (10,3 a 10,7)
Reing; % (IC 95%)	9,6 (9 a 10,2)
Exitus; % (IC 95%)	8,7 (8,1 a 9,2)

Ing Urg: ingresos urgentes; **PorUCI:** pacientes que pasan en algún momento por UCI;
Peso admin: Peso administrativo; **Nº diag:** número de diagnósticos; **I. Charlson:** Índice de Charlson; **Reing:** Reingresos; **IC 95%:** Intervalo de confianza del 95%.

Figura 4.6. Características de los pacientes del Área Médica (variables porcentuales).



Ing Urg: ingresos urgentes; **Som cir:** pacientes sometidos a cirugía; **PorUCI:** pacientes que pasan en algún momento por UCI; **A. médica:** pacientes del Área Médica; **A. quirur:** pacientes del Área Quirúrgica; **Obstet:** pacientes ingresados en obstetricia; **Reing:** Reingresos.

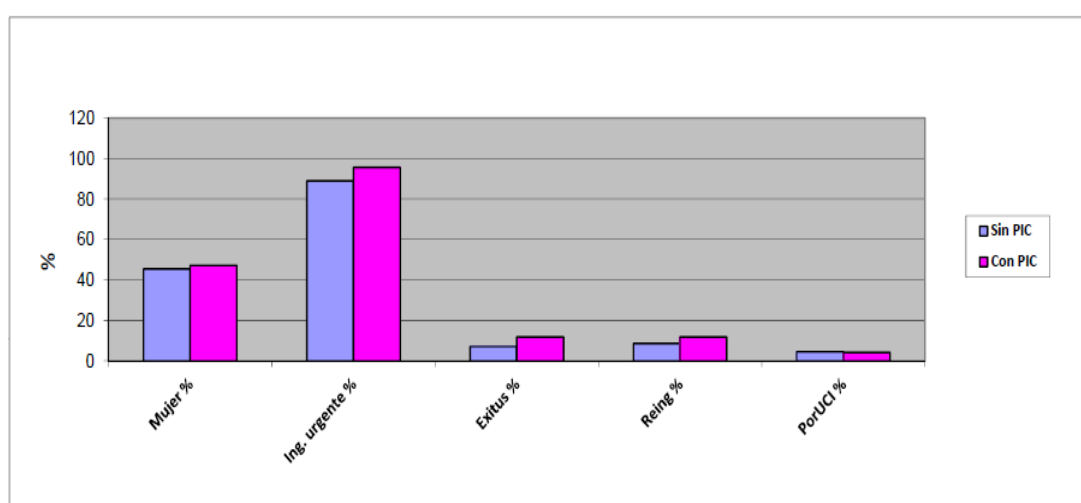
4.2.2. Características de los pacientes del AM Con/Sin PIC.

Los datos sobre las características de los pacientes de los dos grupos (*Con/Sin PIC*) dentro del AM se exponen en la tabla 4.8. En la figura 4.7. se muestran de manera gráfica los datos de las variables porcentuales.

Tabla 4.8. Características de los pacientes del Área Médica *Con/Sin* Parte Interconsulta.

	Sin PIC	Con PIC	Dif/OR	Signif.
N	5.978	3.004		
Edad; años (IC 95%)	67,2 (66,8 a 67,7)	69,7 (69,1 a 70,3)	2,5 (1,6 a 3,2)	p<0,001
Mujer; % (IC 95%)	45,3 (44 a 46,6)	47,2 (45,5 a 49)	OR 1,1 (1 a 1,2)	n.s.
Ing. Urg; % (IC 95%)	89 (88,2 a 89,8)	95,5 (94,7 a 96,2)	OR 2,6 (2,2 a 3,1)	p<0,001
Exitus; % (IC 95%)	7,1 (6,4 a 7,7)	11,8 (10,6 a 12,9)	OR 1,7 (1,5 a 2)	p<0,001
Reing; % (IC 95%)	8,5 (7,8 a 9,2)	11,8 (10,6 a 12,9)	OR 1,4 (1,2 a 1,7)	p<0,001
Estancia; días (IC 95%)	7,7 (7,5 a 7,9)	16,1 (15,6 a 16,6)	8,4 (8 a 8,8)	p<0,001
Peso admin (IC 95%)	1,9019 (1,8689 a 1,9349)	2,5821 (2,4798 a 2,6845)	0,6802 (0,5941 a 0,7664)	p<0,001
Nº diag (IC 95%)	8,3 (8,2 a 8,4)	9,6 (9,5 a 9,7)	1,3 (1,2 a 1,5)	p<0,001
I. Charlson (IC 95%)	5 (4,9 a 5,1)	6,1 (5,9 a 6,3)	1,1 (0,9 a 1,3)	p<0,001
PorUCI; % (IC 95%)	4,4 (3,9 a 4,9)	4,2 (3,5 a 4,9)	OR 1 (0,8 a 1,2)	n.s.

Ing Urg: ingresos urgentes; **Reing:** Reingresos; **Peso admin:** Peso administrativo; **Nº diag:** número de diagnósticos; **I. Charlson:** Índice de Charlson; **PorUCI:** pacientes que pasan en algún momento por UCI; **IC 95%:** Intervalo de confianza del 95%; **Dif:** diferencia; **OR:** Odds ratio, **Signif:** Significación estadística; **n.s.:** no significativo; **PIC:** Parte Interconsulta.

Figura 4.7. Características de los pacientes *Con/Sin* Parte Interconsulta (variables porcentuales) en el Área Médica.

Ing Urg: Ingresos urgentes; **Reing:** Reingresos; **PorUCI:** Pacientes que pasan en algún momento por UCI; **PIC:** Parte Interconsulta.

Los pacientes a los que se les solicitó PIC son de mayor edad, fueron ingresos urgentes, presentan una mayor comorbilidad medida con el Índice de comorbilidad de Charlson, además de una mayor estancia media y mortalidad. Estos resultados son similares a los obtenidos en el grupo de la población general y concordantes con lo descrito en la escasa literatura encontrada sobre este tema^{37,50}.

4.2.3. Características generales de los PIC en el AM.

Se solicitaron 5.358 PIC a 3.004 pacientes de los 8.982 del AM. Las características de los PIC así como las distintas áreas que solicitan y reciben PIC se exponen en la tabla 4.9. En las figuras 4.8.1 y 4.8.2 se expresan gráficamente las solicitudes de PIC a las diferentes áreas y por las diferentes áreas.

Tabla 4.9. Características de los Partes Interconsultas solicitados en Área Médica.

Nº total PIC	5.358
Paciente con PIC; % (IC 95%)	33,4 (32,5 a 34,4)
Media PIC/paciente (IC 95%)	1,8 (1,7 a 1,8)
PIC preferente; % (IC 95%)	29,6 (28,4 a 30,8)
Demora ingreso-PIC; días (IC 95%)	9,4 (9,1 a 9,7)

	PIC solicitados <u>a</u> área	PIC solicitados <u>por</u> el área
Médica; % (IC 95%)	50,5 (49,2 a 51,8)	98,5 (98,2 a 98,8)
Quirúrgica; % (IC 95%)	28,3 (27,1 a 29,5)	0,7 (0,5 a 0,9)
Obstetricia; % (IC 95%)	0,1 (0 a 0,1)	0
Otros; % (IC 95%)	21,2 (20,1 a 22,3)	0,8 (0,5 a 1)

Pac con PIC: Paciente con Parte Interconsulta; **Media PIC/pac:** Media de Partes Interconsulta por paciente; **PIC preferente:** Parte Interconsulta preferente; **Demora ingreso-PIC:** Tiempo de demora en solicitar el PIC desde el ingreso; **IC 95%:** Intervalo de confianza del 95%.

Figura 4.8.1. Características de los Partes Interconsulta solicitados al Área Médica por las distintas áreas.

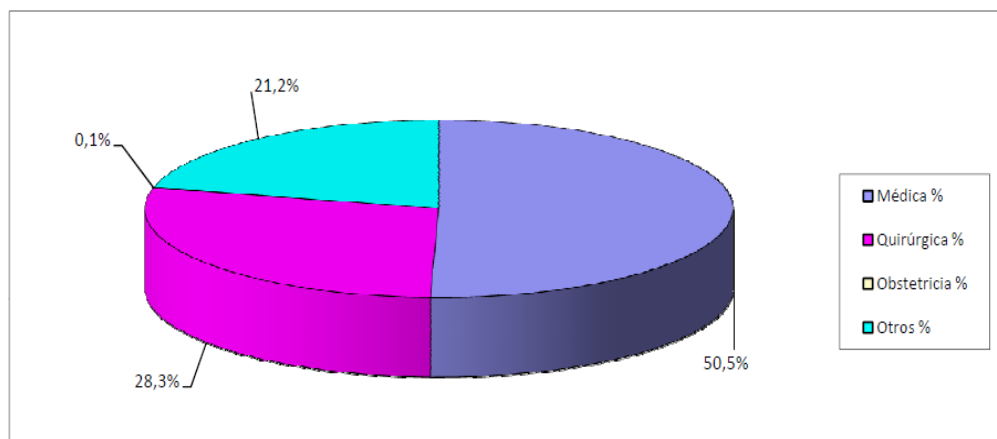
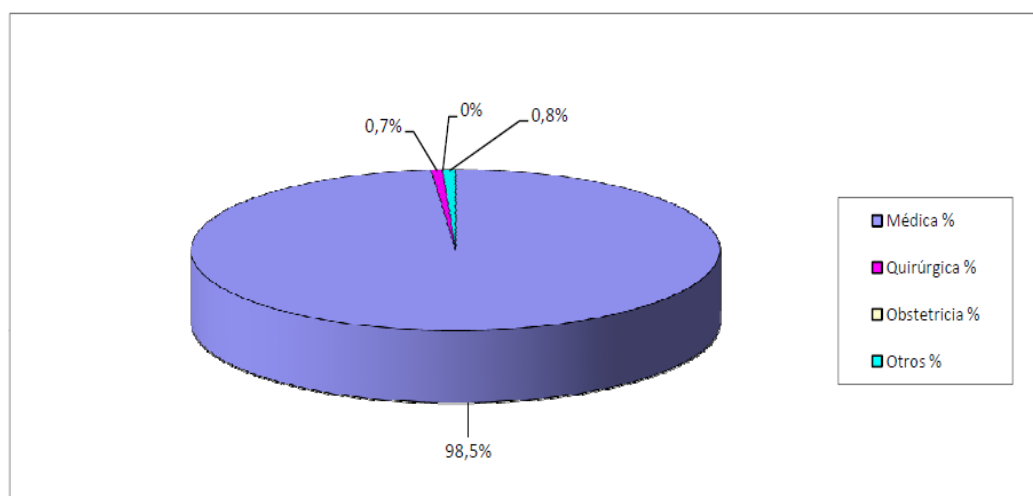


Figura 4.8.2. Características de los Partes Interconsultas solicitados por el Área Médica a las distintas áreas.



De las características de los PIC solicitados en el AM podemos extraer los siguientes resultados:

- El mayor número de PIC que recibe el AM son solicitados por el propio AM (50.5%), quedando en segundo lugar los solicitados por los servicios Quirúrgicos, seguidos por el grupo Otros y finalmente por Obstetricia.

- Del mismo modo, el mayor número de PIC solicitado por el AM también son al propio AM, seguidos de los solicitados al grupo Otros y finalmente a los servicios Quirúrgicos.
- El grupo de Obstetricia solicita escasos PIC al AM y no recibe ninguno del AM probablemente debido a las características particulares de sus pacientes.

4.2.4. PIC solicitados a/por los distintos servicios del AM.

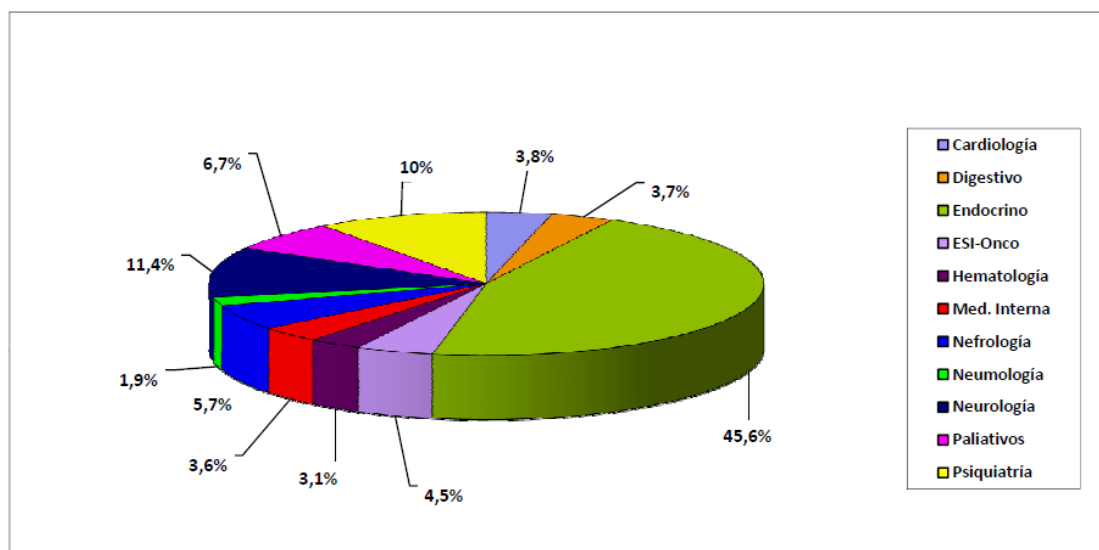
La tabla 4.10 muestra el porcentaje de PIC solicitados **a y por** cada servicio. También muestra la relación (en porcentaje) que existe entre los PIC solicitados **a y por** cada servicio por cada 100 altas dadas por cada uno de dichos servicios. Las figuras 4.9 y 4.10 muestran los PIC solicitados **a / por** los distintos servicios respectivamente.

Tabla 4.10. Partes Interconsultas solicitados **a/por** los distintos servicios en Área Médica y su relación por cada 100 altas dadas.

Servicio	PIC solicitados <u>a</u> los distintos servicios en AM	PIC solicitados <u>por</u> los distintos servicios en AM	Altas dadas por cada servicio	PIC solicitados <u>a</u> los distintos servicios en AM /100 altas dadas	PIC solicitados <u>por</u> los distintos servicios en AM/100 altas dadas
Cardiología; % (IC 95%)	3,8 (3,1 a 4,5)	3,4 (2,9 a 3,9)	10 (9,4 a 10,6)	11,4 (9,3 a 13,4)	19,9 (17,3 a 22,5)
Digestivo; % (IC 95%)	3,7 (3 a 4,4)	8,5 (7,7 a 9,2)	9,7 (9 a 10,3)	11,6 (9,5 a 13,8)	51,4 (48,1 a 54,8)
Endocrino; % (IC 95%)	45,6 (43,7 a 47)	0,3 (0,2 a 0,5)	0,5 (0,4 a 0,7)	2571 (2432 a 2686)	35,4 (21,9 a 48,9)
ESI-Onco; % (IC 95%)	4,5 (3,7 a 5,3)	10,7 (9,9 a 11,5)	9,2 (8,6 a 9,8)	14,6 (12,2 a 17)	68,1 (64,9 a 71,3)
Hematología; % (IC 95%)	3,1 (2,5 a 3,8)	3,1 (2,6 a 3,6)	3,1 (2,7 a 3,4)	30,4 (25 a 35,9)	59,1 (53,3 a 64,9)
M. Interna; % (IC 95%)	3,6 (2,9 a 4,3)	49,8 (48,4 a 51,1)	43,4 (42,3 a 44,4)	2,5 (2 a 3)	67,4 (66 a 68,9)
Nefrología; % (IC 95%)	5,7 (4,9 a 6,6)	1,7 (1,3 a 2)	2,1 (1,8 a 2,4)	80,3 (74,7 a 85,9)	45,6 (38,6 a 52,6)
Neumología; % (IC 95%)	1,9 (1,4 a 2,4)	8,2 (7,4 a 8,9)	9,2 (8,6 a 9,7)	6,3 (4,7 a 8)	52,6 (49,1 a 56)
Neurología; % (IC 95%)	11,4 (10,2 a 12,6)	10,3 (9,5 a 11,1)	9,4 (8,8 a 10)	36,6 (33,3 a 39,8)	64,1 (60,9 a 67,4)
Paliativos; % (IC 95%)	6,7 (5,7 a 7,6)	0	0,3 (0,2 a 0,4)	720 (635 a 811)	0 (0)
Psiquiatría; % (IC 95%)	10 (8,8 a 11,1)	4,1 (3,6 a 4,7)	3,2 (2,8 a 3,5)	94,7 (92,1 a 97,3)	76,5 (71,6 a 81,4)
Total	100	100	100	30,1 (29,2 a 31,1)	58,8 (57,7 a 59,8)

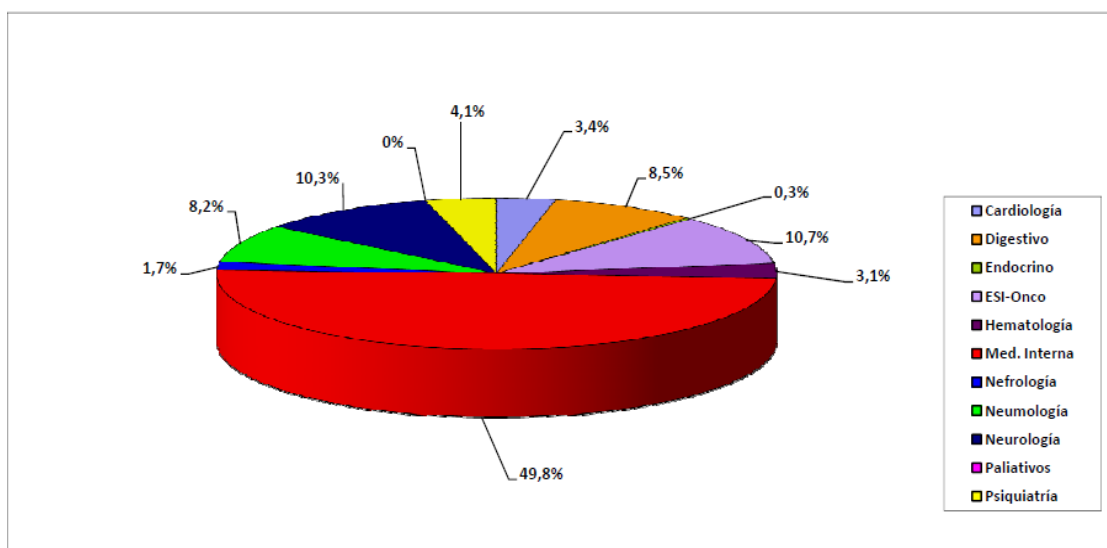
ESI-Onco: Enfermedades del Sistema Inmune y Oncología; **IC 95%:** Índice de confianza del 95%; **PIC:** Parte Interconsulta.

Figura 4.9. Partes Interconsulta solicitados a los distintos servicios en el Área Médica (expresado en porcentaje).



ESI-Onco: Enfermedades del sistema inmune y Oncología.

Figura 4.10. Partes Interconsulta solicitados por los distintos servicios en el Área Médica (expresado en porcentaje).



ESI-Onco: Enfermedades del sistema inmune y Oncología.

Podemos observar que existe variabilidad entre los PIC solicitados, los PIC recibidos y su relación por cada 100 altas dadas del total de altas por cada servicio dentro del grupo AM. Por ejemplo, con respecto a Cardiología podemos concluir que

existe equilibrio entre los PIC que solicita al AM y los que recibe del propio AM en relación con las altas dadas (dentro del total de altas del AM), es decir, por cada 100 altas dadas del AM, 10 de ellas son de Cardiología, presentando dicho servicio un 3,8% de los PIC recibidos y un 3,4% de PIC solicitados. Sin embargo, si valoramos los datos de Nefrología, en este servicio se reciben aproximadamente 5 veces más PIC frente a los que solicita con respecto a las altas dadas por dicho servicio. Los servicios del AM que más PIC reciben del propio AM son Endocrinología (45,6%) y NRL (11,4%), encontrándose en tercer lugar Psiquiatría (10%), en éste último caso prácticamente el doble de los que solicita. Otros datos a mencionar son:

- El servicio de Paliativos sólo recibe PIC, no los solicita.
- El servicio que más PIC solicita (en números absolutos) del grupo del AM a los distintos servicios del propio AM es el de Medicina Interna.

4.2.5. Variabilidad de los PIC solicitados en función de los meses del año en AM.

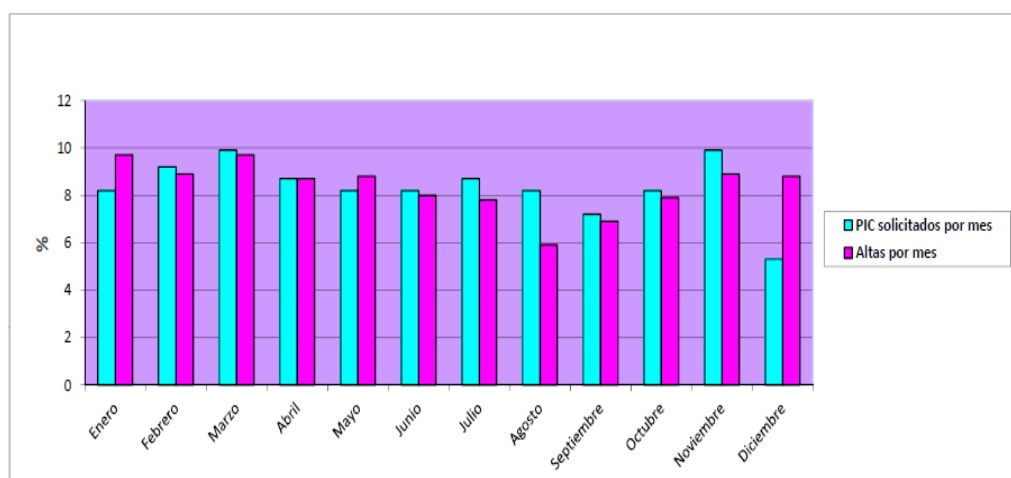
Los datos obtenidos de PIC solicitados y altas dadas en los diferentes meses se exponen en la tabla 4.11. y en la figura 4.11. de manera gráfica. El número de PIC solicitados por cada 100 altas dadas en los distintos meses del año en el grupo del AM se muestra en la tabla 4.12.

Tabla 4.11. Solicitud de Partes Interconsultas y altas dadas según los meses del año en Área Médica.

Meses del año	PIC solicitados	Altas	OR	Signif.
Enero; % (IC 95%)	8,2 (7,5 a 8,9)	9,7 (9,1 a 10,3)	0,8 (0,7 a 1)	p=0,007
Febrero; % (IC 95%)	9,2 (8,4 a 9,9)	8,9 (8,4 a 9,5)	1 (0,9 a 1,2)	n.s
Marzo; % (IC 95%)	9,9 (9,1 a 10,7)	9,7 (9,1 a 10,3)	1 (0,9 a 1,1)	n.s
Abril; % (IC 95%)	8,7 (8 a 9,5)	8,7 (8,1 a 9,2)	1 (0,9 a 1,1)	n.s
Mayo; % (IC 95%)	8,2 (7,5 a 8,9)	8,8 (8,2 a 9,4)	0,9 (0,8 a 1,1)	n.s
Junio; % (IC 95%)	8,2 (7,5 a 9)	8 (7,4 a 8,5)	1 (0,9 a 1,2)	n.s
Julio; % (IC 95%)	8,7 (8 a 9,5)	7,8 (7,2 a 8,3)	1,1 (1 a 1,3)	n.s.
Agosto; % (IC 95%)	8,2 (7,5 a 9)	5,9 (5,4 a 6,4)	1,4 (1,2 a 1,6)	p<0,001
Septiembre; % (IC 95%)	7,2 (6,5 a 7,9)	6,9 (6,4 a 7,4)	1 (0,9 a 1,2)	n.s
Octubre; % (IC 95%)	8,2 (7,5 a 9)	7,9 (7,4 a 8,5)	1 (0,9 a 1,2)	n.s
Noviembre; % (IC 95%)	9,9 (9,1 a 10,7)	8,9 (8,4 a 9,5)	1,1 (1 a 1,2)	n.s
Diciembre; % (IC 95%)	5,3 (4,7 a 5,9)	8,8 (8,2 a 9,4)	0,6 (0,5 a 0,7)	p<0,001
Total	100	100	referencia	

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%, **OR:** Odds ratio; **Signif:** significación estadística; **n.s:** no significativo; **PIC:** Parte Interconsulta.

Figura 4.11. Partes Interconsultas y altas según los meses del año del Área Médica.



PIC: Parte Interconsulta.

Tabla 4.12. Partes Interconsultas /100 altas dadas en los distintos meses del año del Área Médica.

Meses del año	Relación PIC /100 altas (IC 95%)
Enero	50,6 (47,3 a 54)
Febrero	61,1 (57,8 a 64,5)
Marzo	60,9 (57,6 a 64,1)
Abril	60,1 (56,7 a 63,5)
Mayo	55,5 (52 a 59)
Junio	61,5 (57,9 a 65,1)
Julio	66,9 (63,4 a 70,4)
Agosto	82,7 (79,5 a 85,9)
Septiembre	62,6 (58,8 a 66,4)
Octubre	61,8 (58,2 a 65,3)
Noviembre	66,4 (63,1 a 69,6)
Diciembre	35,8 (32,5 a 39,2)
Total	59,7 (58,6 a 60,7)

IC 95%: Intervalo de confianza del 95; PIC: Parte Interconsulta.

De igual modo que ocurría con los datos en la población general, en el grupo AM también existen diferencias estadísticamente significativas en relación al número de PIC solicitados en los distintos meses del año, predominando un mayor número de solicitud de PIC en los meses de febrero, marzo y noviembre, y un claro descenso sobre todo en diciembre. De esto se deduce que el número de solicitudes de PIC aumenta en aquellos meses de mayor volumen asistencial así como en los meses de periodos vacacionales más extensos. Por ejemplo, en el mes de agosto por cada 100 altas se solicitaron 82,7 PIC.

4.2.6. Variabilidad en la solicitud de PIC en función del día de la semana en AM.

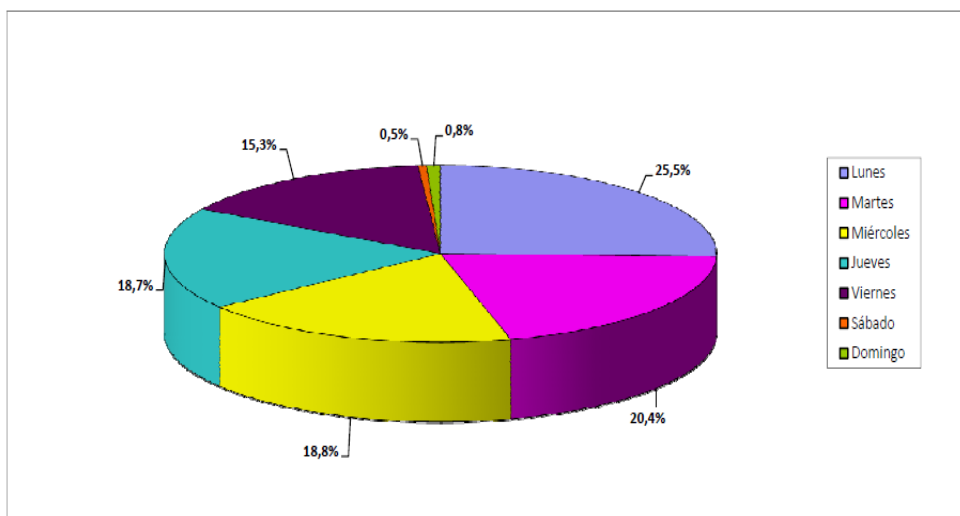
Los resultados se muestran en la tabla 4.13 y en la figura 4.12. El total de PIC solicitados fue de 5.358. La OR 0,8 (0,7 a 0,9; $p < 0,001$) para viernes comparado con jueves, el resto de los días de la semana no mostraron OR significativas (sin contar el lunes). El sistema permite solicitar PIC por vía electrónica sábados y domingos, que se verán el lunes.

Tabla 4.13. Variabilidad en la solicitud de Partes Interconsultas según el día de la semana en Área Médica.

Días de la semana	PIC solicitados
Lunes; % (IC 95%)	25,5 (24,3 a 26,7)
Martes; % (IC 95%)	20,4 (19,4 a 21,5)
Miércoles; % (IC 95%)	18,8 (17,7 a 19,8)
Jueves; % (IC 95%)	18,7 (17,7 a 19,8)
Viernes; % (IC 95%)	15,3 (14,3 a 16,2)
Sábado; % (IC 95%)	0,5 (0,3 a 0,6)
Domingo; % (IC 95%)	0,8 (0,6 a 1,1)
Total	100

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%; PIC: Parte Interconsulta.

Figura 4.12. Solicitud de Partes Interconsulta según el día de la semana en el Área Médica (expresado en porcentaje).



De manera similar a los resultados obtenidos en los meses del año y en el grupo de la población general, en el grupo AM existe variabilidad en la solicitudes de PIC en función del día de la semana, siendo los lunes también el día en el que se solicita un mayor número de PIC con respecto al resto de los días de la semana, seguido casi de igual forma por miércoles y jueves y presentando los días del fin de semana un escaso número de solicitudes.

Para concretar los resultados obtenidos en el grupo del AM se exponen las siguientes conclusiones:

- De igual modo que se observa en los datos de la población general y en lo descrito en la literatura^{37,50}, los pacientes del AM son en su mayoría mujeres e ingresos urgentes, de mayor edad y con mayor comorbilidad, medida con I. Charlson y el peso administrativo. Son, por tanto, más complejos y dan lugar a una mayor estancia media, con una mayor tasa de reingresos y éxitos.

- El mayor número de PIC que recibe el AM son solicitados por el propio AM (50,5%), quedando en segundo lugar los solicitados por los servicios Quirúrgicos, seguidos por el grupo Otros. Del mismo modo el mayor número de PIC solicitado por el AM también son al propio AM, seguidos del grupo Otros y finalmente por los servicios Quirúrgicos.
- El grupo de Obstetricia solicita escasos PIC al AM y no recibe ninguno del AM probablemente debido a las características propias de las pacientes de dicho grupo.
- Los servicios del AM que más PIC reciben del propio AM son Endocrinología (45,6%) y NRL (11,4%), encontrándose en tercer lugar Psiquiatría (10%), en este último caso prácticamente el doble de los que solicita. El servicio que más PIC solicita (en números absolutos) del grupo del AM a los distintos servicios del propio AM es el de Medicina Interna. El servicio de Paliativos sólo recibe PIC, no los solicita.
- Como se ha mencionado previamente y de igual forma que en la población general, existe cierta variabilidad en la solicitud de PIC según los distintos meses del año o los días de la semana, siendo en este grupo los meses de febrero, marzo y noviembre los meses de mayor número de PIC solicitados, así como el lunes el día de mayor actividad a este nivel.

4.3. DATOS DEL ÁREA QUIRÚRGICA

4.3.1. Características generales de los pacientes del AQ.

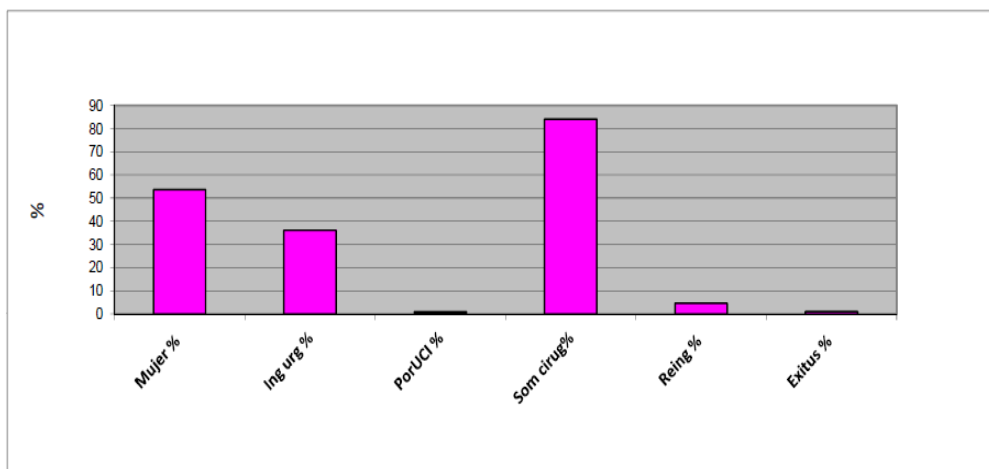
El total de pacientes incluidos en el estudio pertenecientes al Área Quirúrgica fueron 8.747. Los resultados de las características generales de los mismos se exponen en la tabla 4.14. Las variables porcentuales se muestran gráficamente en la figura 4.13.

Tabla 4.14. Características generales de los pacientes del Área Quirúrgica.

Nº pacientes	8.747
Edad; años (IC 95%)	54 (53,6 a 54,4)
Mujer; % (IC 95%)	53,6 (52,6 a 54,7)
Ing urg; % (IC 95%)	36 (35 a 37)
PorUCI; % (IC 95%)	0,9 (0,7 a 1,1)
Peso admin (IC 95%)	1,5736 (1,5370 a 1,6101)
Nº diag (IC 95%)	3,8 (3,7 a 3,9)
I. Charlson (IC 95%)	2,2 (2,1 a 2,3)
Estancia; días (IC 95%)	5 (4,8 a 5,1)
Som cir; % (IC 95%)	84,1 (83,4 a 84,9)
Estancia prequirurg; días (IC 95%)	0,9 (0,8 a 0,9)
Reing; % (IC 95%)	4,6 (4,2 a 5,1)
Exitus; % (IC 95%)	1 (0,8 a 1,2)

Ing Urg: Ingresos urgentes; **PorUCI:** Pacientes que pasan en algún momento por UCI; **Peso admin:** Peso administrativo; **Nº diag:** Número de diagnósticos; **I. Charlson:** Índice de Charlson; **Som cir:** Pacientes sometidos a cirugía; **Estancia prequirurg:** Número de días previos a la cirugía; **Reing:** Reingresos; **IC 95%:** intervalo de confianza del 95%.

Figura 4.13. Características generales de los pacientes del Área Quirúrgica (variables porcentuales).



Ing Urg: Ingresos urgentes; **PorUCI:** Pacientes que pasan en algún momento por UCI; **Som cir:** Pacientes sometidos a cirugía; **Reing:** Reingresos.

Como se observa en la tabla 4.14, comparando con el grupo AM, los pacientes del grupo AQ son de menor edad, tienen un menor número de ingresos urgentes y un Índice de comorbilidad de Charlson inferior, con todo lo que ello conlleva (menos complicaciones y, por consiguiente, menor estancia media y menor número de fallecimientos).

4.3.2. Características generales de los pacientes *Con/Sin* Parte Interconsulta del AQ.

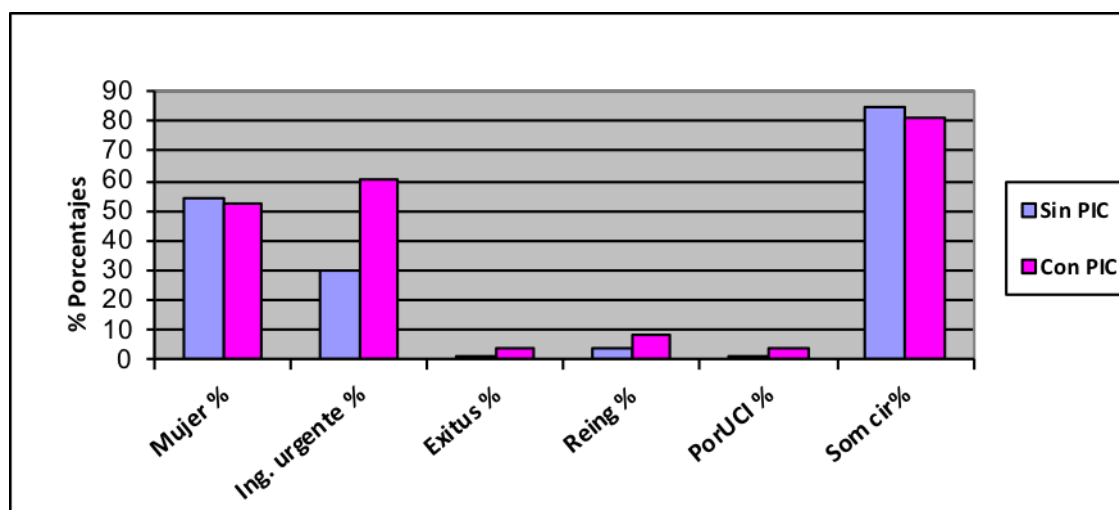
Los datos sobre las características de los pacientes de los distintos grupos *Con/Sin* PIC del Área Quirúrgica se exponen en la tabla 4.15. y figura 4.14.

Tabla 4.15. Características generales de pacientes *Con/Sin* Parte Interconsulta del Área Quirúrgica

	Sin PIC	Con PIC	Dif/OR	Signif.
N	7136	1611		
Edad; años (IC 95%)	51,7 (51,3 a 52,1)	64 (63,1 a 64,9)	12,3 (11,3 a 13,3)	p<0,001
Mujer; % (IC 95%)	53,9 (52,7 a 55)	52,5 (50,1 a 55)	OR 0,9 (0,8 a 1,1)	n.s.
Ing. Urg; % (IC 95%)	30,4 (29,3 a 31,5)	60,8 (58,4 a 63,2)	OR 3,6 (3,2 a 4)	p<0,001
Exitus; % (IC 95%)	0,3 (0,1 a 0,4)	4,1 (3,1 a 5,1)	OR 16 (9,6 a 26,7)	p<0,001
Reing; % (IC 95%)	3,7 (3,3 a 4,2)	8,8 (7,4 a 10,1)	OR 2,5 (2 a 3,1)	p<0,001
Estancia; días (IC 95%)	3,2 (3,1 a 3,3)	13,1 (12,4 a 13,8)	9,9 (9,6 a 10,3)	p<0,001
Peso admin (IC 95%)	1,2592 (1,2359 a 1,2825)	2,9659 (2,8141 a 3,1177)	1,7067 (1,6195 a 1,7938)	p<0,001
Nº diag (IC 95%)	3,3 (3,2 a 3,4)	5,9 (5,7 a 6,1)	2,6 (2,4 a 2,7)	p<0,001
I. Charlson (IC 95%)	1,8 (1,7 a 1,9)	3,9 (3,7 a 4)	2,1 (1,9 a 2,2)	p<0,001
PorUCI; % (IC 95%)	0,2 (0,1 a 0,3)	4 (3 a 4,9)	OR 21 (11,8 a 37,6)	p<0,001
Som cir; % (IC 95%)	84,8 (83,9 a 85,6)	81,4 (79,5 a 83,3)	OR 0,8 (0,7 a 0,9)	p=0,001
Estanc. prequir; días (IC 95%)	0,4 (0,4 a 0,4)	3 (2,8 a 3,3)	2,6 (2,5 a 2,8)	p<0,001

N: número de pacientes; **PIC:** Parte Interconsulta; **Ing Urg:** ingresos urgentes; **Som cir:** pacientes sometidos a cirugía; **PorUCI:** pacientes que pasan en algún momento por UCI; **Peso admin:** Peso administrativo; **Nº diag:** número de diagnósticos; **I. Charlson:** Índice de Charlson; **Estanc. prequir:** estancia prequirúrgica (días); **Reing:** Reingresos, **IC 95%:** Intervalo de confianza del 95%, **Dif:** diferencia; **OR:** Odds ratio, **Signif:** Significación estadística.

Figura 4.14. Características generales de pacientes *Con/Sin* Parte Interconsulta en Área Quirúrgica.



Ing Urgente: ingresos urgentes; **Som cir:** pacientes sometidos a cirugía; **PorUCI:** pacientes que pasan en algún momento por UCI; **Reing:** Reingresos.

4.3.3. Características generales de los PIC solicitados en el AQ.

Las características de los PIC solicitados, así como lo referente a las distintas áreas que solicitan y reciben PIC se exponen en la tabla 4.16. Los datos de la parte final de la tabla 4.16 se expresan gráficamente en las figuras 4.15.1 y 4.15.2.

Tabla 4.16. Características de los Partes Interconsulta en el Área Quirúrgica.

Nº total PIC	2.880
Pac con PIC; % (IC 95%)	18,4 (17,6 a 19,2)
Media PIC/pac (IC 95%)	1,8 (1,7 a 1,9)
PIC preferente; % (IC 95%)	41,9 (40,1 a 43,7)
Demora ingreso-PIC; días; (IC 95%)	10 (9,4 a 10,6)

	PIC solicitados <u>al</u> área	PIC solicitados <u>por</u> el área
Médica; % (IC 95%)	33,4 (31,7 a 35,2)	19,6 (18,2 a 21,1)
Quirúrgica; % (IC 95%)	10,7 (9,5 a 11,8)	79,7 (78,2 a 81,1)
Obstetricia; % (IC 95%)	0 (0 a 0,1)	0
Otros; % (IC 95%)	55,9 (54,1 a 57,7)	0,7 (0,4 a 1)

PIC: Parte Interconsulta; **Pac con PIC:** pacientes con PIC solicitado; **Media PIC/pac:** media de PIC solicitados por paciente; **PIC Preferente:** parte Interconsulta preferente; **Demora ingreso-PIC:** tiempo de demora en solicitar el PIC desde el ingreso; **IC 95%:** Intervalo de confianza del 95%.

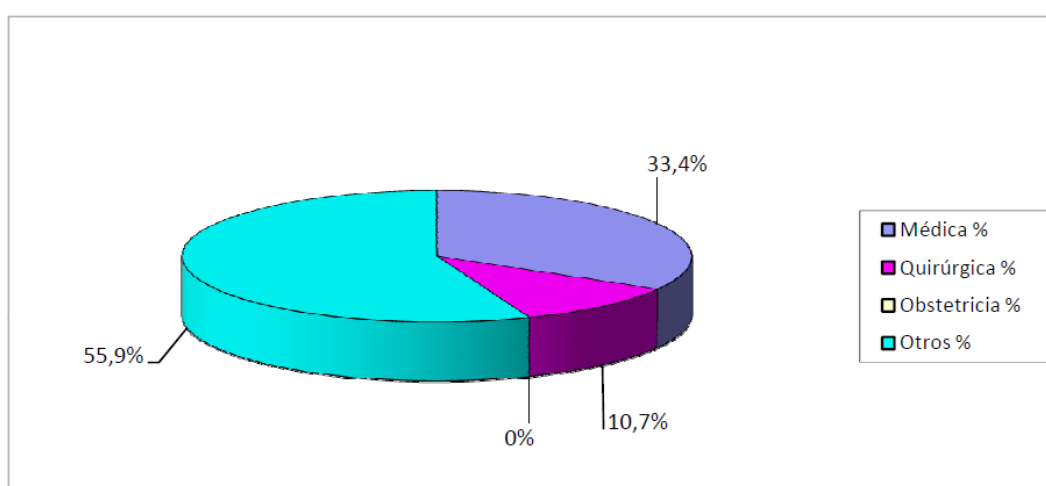
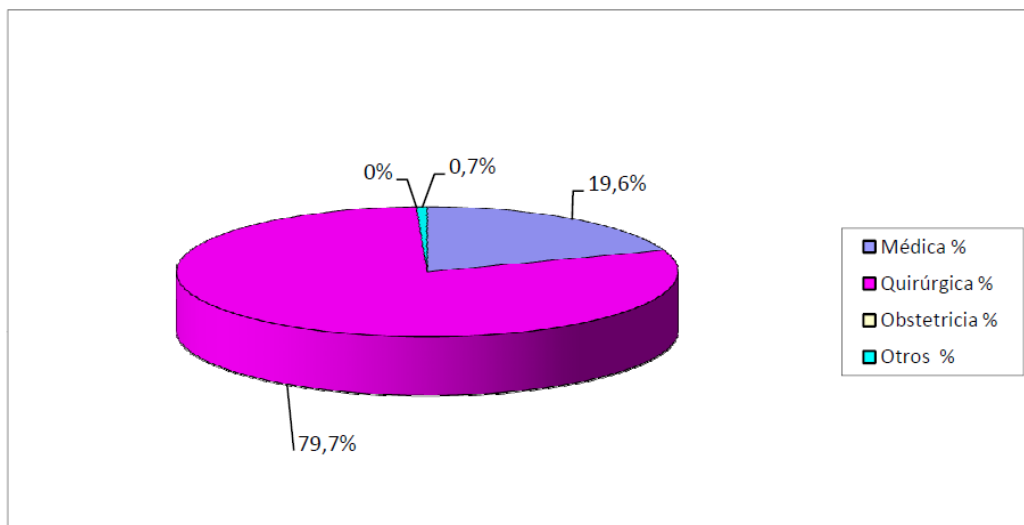
Figura 4.15.1. Partes Interconsultas solicitados al Área Quirúrgica.

Figura 4.15.2. Partes Interconsulta solicitados **por** el Área Quirúrgica.**Otros datos relevantes a destacar del grupo del AQ son:**

- El número de PIC solicitados en los pacientes sometidos a cirugía que fue de 2.398, suponen el 83,3 % de los PIC solicitados (IC 95% 81,9 a 84,6). En la tabla 17 se exponen las características según las áreas a las que se solicitan dichos PIC. La expresión gráfica de la tabla 4.17 se muestra en la figura 4.16.1.
- El número de PIC solicitados previamente a la intervención quirúrgica, en pacientes sometidos a cirugía, fue de 796, el 33,2% de los PIC solicitados (IC 95% 31,1 a 35,1), y cuyas características se muestran en la tabla 18 y su expresión gráfica en la figura 4.16.2. De las interconsultas solicitadas al área médica en pacientes operados, el 18,9% fueron solicitadas antes de la intervención (expresado en tabla 4.18).

Tabla 4.17. Partes Interconsultas solicitados en pacientes intervenidos.

Áreas	PIC solicitados <u>al</u> área
Médica; % (IC 95%)	30,2 (28,3 a 32)
Quirúrgica; % (IC 95%)	9 (7,9 a 10,2)
Obstetricia; % (IC 95%)	0 (0 a 0,1)
Otros; % (IC 95%)	60,8

PIC: Parte Interconsulta; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.

Tabla 4.18. Partes Interconsultas solicitados previos a la cirugía.

Áreas	PIC solicitados <u>al</u> área
*Médica; % (IC 95%)	17,2 (14,6 a 19,8)
Quirúrgica; % (IC 95%)	7,7 (5,8 a 9,5)
Obstetricia; % (IC 95%)	0
Otros; % (IC 95%)	75,1 (72,1 a 78,1)

PIC: Parte Interconsulta; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.

*18,9% de los PIC solicitados al AM en pacientes operados (previos a la intervención).

Figura 4.16.1. Expresión gráfica de la tabla 4.17. Partes Interconsultas solicitados en pacientes intervenidos.

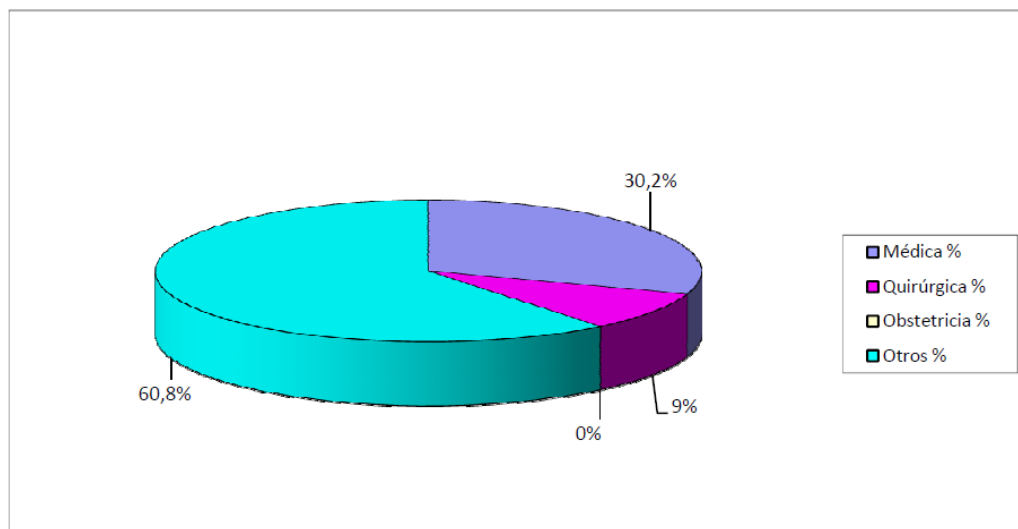
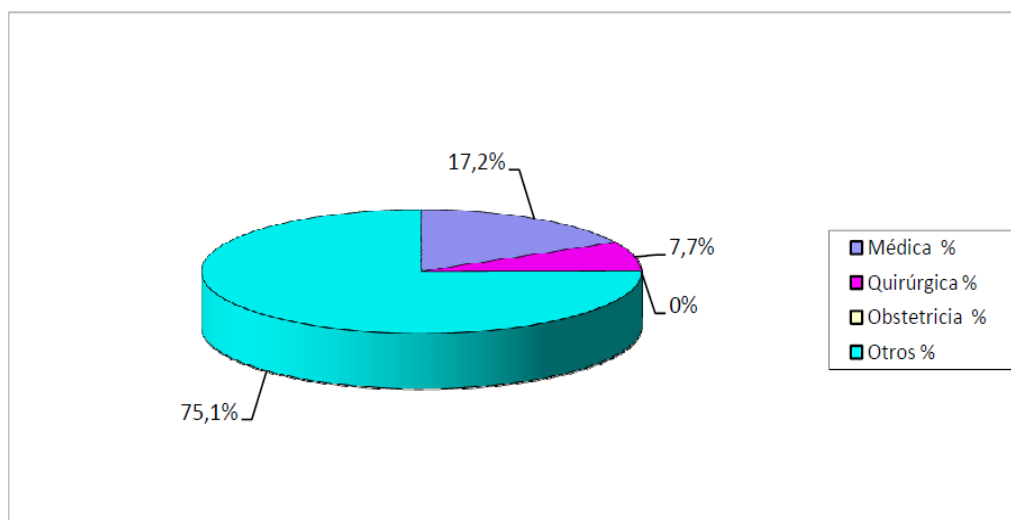


Figura 4.16.2. Expresión gráfica de la tabla 4.18. Partes Interconsultas solicitados antes de la intervención.



4.3.4. PIC solicitados a/por los distintos servicios del AQ, altas dadas por los distintos servicios y su relación (PIC/100 altas dadas).

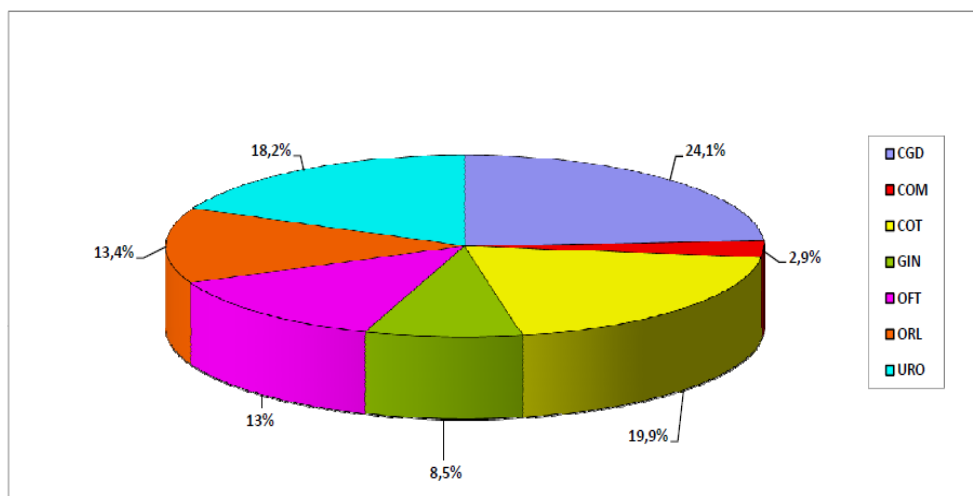
Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 4.19. Los datos de los PIC solicitados a los distintos servicios se exponen en la figura 4.17 de manera gráfica, y en la figura 4.18 los datos de los PIC solicitados por los distintos servicios.

Tabla 4.19. Partes Interconsultas solicitados a/por los distintos servicios, las altas dadas por los distintos servicios y su relación.

Servicio	PIC solicitados <u>a</u>	PIC solicitados <u>por</u>	Altas dadas	PIC solicitados <u>a/</u> altas	PIC solicitados <u>por/</u> altas
CGD; % (IC 95%)	24,1 (19,3 a 28,9)	46,3 (44,3 a 48,3)	37,7 (36,7 a 38,7)	2,2 (1,7 a 2,7)	32,2 (30,6 a 33,8)
COM; % (IC 95%)	2,9 (1 a 4,8)	0,8 (0,4 a 1,2)	0,9 (0,7 a 1,1)	11,5 (4,4 a 18,6)	24,4 (14,8 a 33,9)
COT; % (IC 95%)	19,9 (15,4 a 24,3)	36,1 (34,1 a 38)	26,4 (25,6 a 27,4)	2,6 (2 a 3,3)	35,8 (33,8 a 37,7)
GIN; % (IC 95%)	8,5 (5,4 a 11,6)	4,9 (4 a 5,8)	15,4 (14,7 a 16,2)	1,9 (1,2 a 2,7)	8,3 (6,8 a 9,8)
OFT; % (IC 95%)	13 (9,3 a 16,8)	0,4 (0,2 a 0,7)	1,7 (1,4 a 1,9)	27,4 (20,2 a 34,6)	6,8 (2,8 a 10,9)
ORL; % (IC 95%)	13,4 (9,5 a 17,2)	3 (2,3 a 3,7)	4,6 (4,2 a 5)	10,2 (7,2 a 13,1)	17,1 (13,4 a 20,8)
URO; % (IC 95%)	18,2 (13,9 a 22,6)	8,5 (7,4 a 9,6)	13,2 (12,5 a 13,9)	4,8 (3,6 a 6,1)	16,8 (14,7 a 19)
Total	100	100	100	3,5 (3,1 a 3,9)	26,2 (25,3 a 27,1)

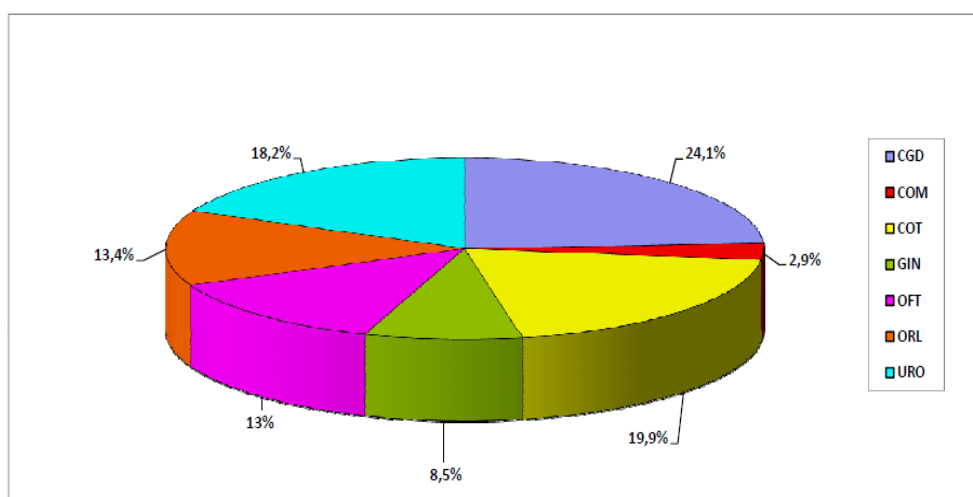
PIC: Parte interconsulta; **CGD:** Cirugía General y Digestiva; **COM:** Cirugía Oral y Maxilofacial; **COT:** Cirugía Traumatológica y Ortopédica; **GIN:** Ginecología; **OFT:** Oftalmología; **ORL:** Otorrinolaringología; **URO:** Urología;
IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

Figura 4.17. Partes Interconsultas solicitados a los distintos servicios del Área Quirúrgica.



CGD: Cirugía General y Digestiva; **COM:** Cirugía Oral y Maxilofacial; **COT:** Cirugía Traumatológica y Ortopédica; **GIN:** Ginecología; **OFT:** Oftalmología; **ORL:** Otorrinolaringología; **URO:** Urología; **IC 95%:** intervalo de confianza del 95%.

Figura 4.18. Partes Interconsultas solicitados por los distintos servicios del Área Quirúrgica.



CGD: Cirugía General y Digestiva; **COM:** Cirugía Oral y Maxilofacial; **COT:** Cirugía Traumatológica y Ortopédica; **GIN:** Ginecología; **OFT:** Oftalmología; **ORL:** Otorrinolaringología; **URO:** Urología; **IC 95%:** intervalo de confianza del 95%.

El AQ recibe 3,5 PIC y solicita 26,2 PIC por cada 100 altas dadas. Oftalmología es el servicio, dentro del grupo del AQ, que por cada 100 altas dadas más PIC solicita (27,4 PIC) y que menos PIC recibe (6,8 PIC).

4.3.5. Variabilidad de los PIC solicitados en función de los meses del año en el AQ.

Como se muestra en los datos de la tabla 4.20, y al igual que en otras áreas, existe una variabilidad en cuanto a los PIC solicitados en los distintos meses del año también en el AQ. Los datos relativos a los PIC y a las altas se presentan de forma gráfica en la figura 4.19.

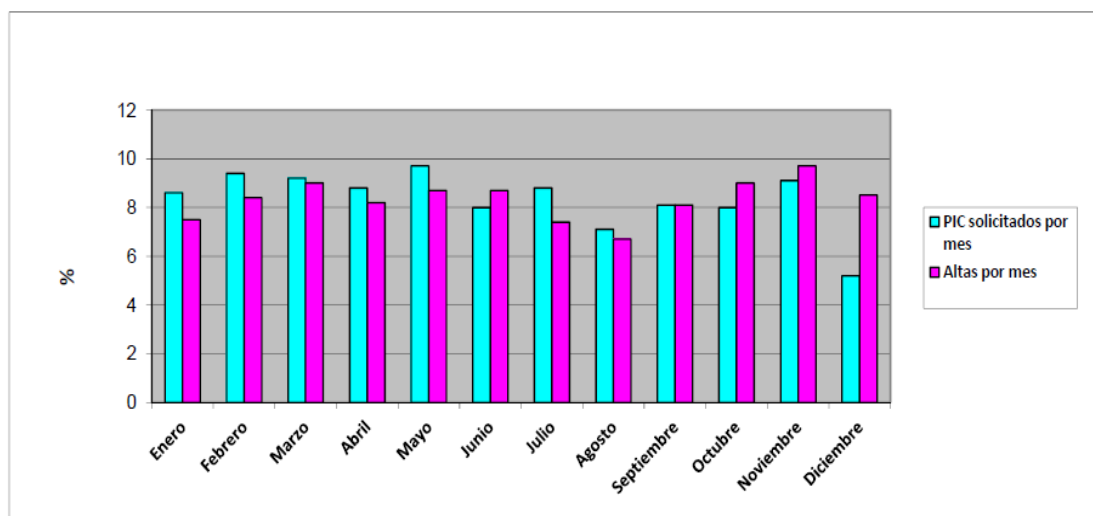
La relación entre los PIC solicitados por paciente por cada 100 altas dadas en los distintos meses del año en el AQ se presentan en la tabla 4.21.

Tabla 4.20. Variabilidad en la solicitud de Partes Interconsulta según los meses del año en Área Quirúrgica.

Meses del año	PIC solicitados	Altas	OR	Signif.
Enero; % (IC 95%)	8,6 (7,6 a 9,6)	7,5 (7 a 8,1)	1,1 (1 a 1,3)	n.s.
Febrero; % (IC 95%)	9,4 (8,3 a 10,5)	8,4 (7,8 a 9)	1,1 (1 a 1,3)	n.s.
Marzo; % (IC 95%)	9,2 (8,1 a 10,3)	9 (8,4 a 9,6)	1 (0,9 a 1,2)	n.s.
Abril; % (IC 95%)	8,8 (7,8 a 9,9)	8,2 (7,6 a 8,7)	1,1 (0,9 a 1,3)	n.s.
Mayo; % (IC 95%)	9,7 (8,6 a 10,8)	8,7 (8,1 a 9,3)	1,1 (1 a 1,3)	n.s.
Junio; % (IC 95%)	8 (7 a 9)	8,7 (8,1 a 9,3)	0,9 (0,8 a 1,1)	n.s.
Julio; % (IC 95%)	8,8 (7,8 a 9,9)	7,4 (6,9 a 8)	1,2 (1 a 1,4)	p=0,0276
Agosto; % (IC 95%)	7,1 (6,1 a 8)	6,7 (6,2 a 7,2)	1,1 (0,9 a 1,2)	n.s.
Septiembre; % (IC 95%)	8,1 (7,1 a 9,1)	8,1 (7,5 a 8,7)	1 (0,8 a 1,2)	n.s.
Octubre; % (IC 95%)	8 (7 a 8,9)	9 (8,4 a 9,6)	0,9 (0,8 a 1)	n.s.
Noviembre; % (IC 95%)	9,1 (8,1 a 10,2)	9,7 (9,1 a 10,3)	0,9 (0,8 a 1,1)	n.s.
Diciembre; % (IC 95%)	5,2 (4,4 a 6)	8,5 (7,9 a 9)	0,6 (0,5 a 0,7)	p<0,001
Total	2880	8747	referencia	

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%; **n.s.:** no significativo estadísticamente; **PIC:** Parte interconsulta; **Signif.:** significación estadística; **OR:** odds ratio.

Figura 4.19. Partes Interconsultas solicitados y altas dadas según los meses por el Área Quirúrgica.



PIC: Parte interconsulta.

Tabla 4.21. Partes Interconsultas solicitados por cada 100 altas dadas según el mes en Área Quirúrgica

Meses del año	Relación PIC/100 altas dadas (IC 95%)
Enero	37,6 (33,9 a 41,3)
Febrero	36,9 (33,4 a 40,4)
Marzo	33,5 (30,1 a 36,8)
Abril	35,6 (32,1 a 39,1)
Mayo	36,6 (33,3 a 40,1)
Junio	30,1 (26,9 a 33,4)
Julio	39 (35,3 a 42,8)
Agosto	34,7 (30,8 a 38,5)
Septiembre	32,8 (29,4 a 36,3)
Octubre	29 (25,9 a 32,2)
Noviembre	31,1 (27,9 a 34,2)
Diciembre	20,3 (17,4 a 23,2)
Total	32,9 (31,9 a 33,9)

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%; PIC: Parte Interconsulta.

Como conclusión, en la línea de los grupos previos, los meses en los que más PIC se solicitan vuelven a ser los meses de julio y agosto (meses a su vez con mayor periodo vacacional), seguidos de febrero, marzo y noviembre que coinciden con el pico de mayor presión asistencial.

4.3.6. Variabilidad en la solicitud de PIC en función del día de la semana en el AQ.

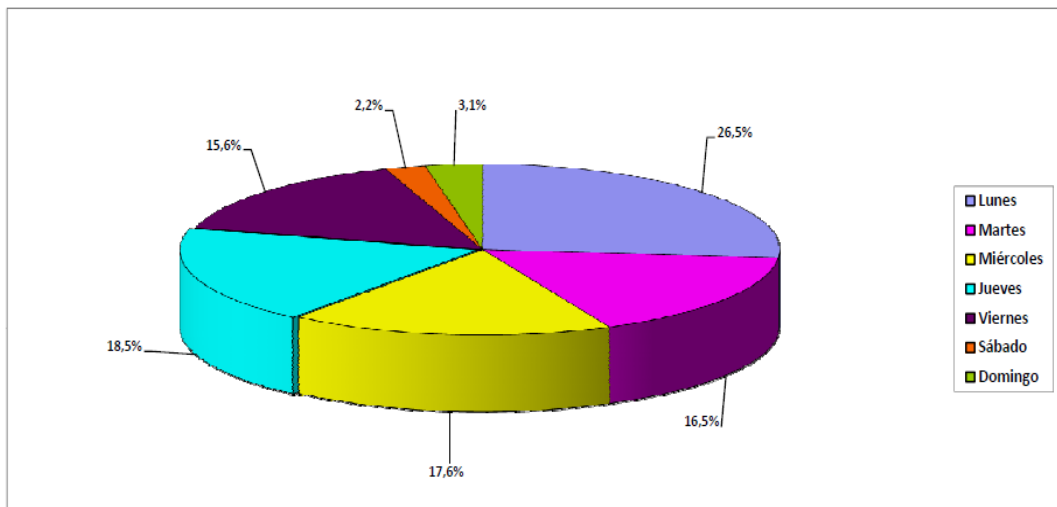
El total de PIC solicitados fue de 2.880. Los resultados según los días de la semana se exponen en la tabla 4.22 y en la figura 4.20. La OR para viernes comparado con jueves fue de 0,84 (IC 95% 0,7 a 0,96; $p=0,016$), viernes-miércoles OR 0,87 (0,75 a 1; $p=0,044$), para el resto de los días fue no significativa (sin contar el lunes). El sistema permite solicitar PIC por vía electrónica sábados y domingos, que se verán el lunes.

Tabla 4.22. Variabilidad en la solicitud de Partes Interconsultas según los días de la semana en el Área Quirúrgica.

Días de la semana	PIC solicitados
Lunes; % (IC 95%)	26,5 (24,9 a 28,1)
Martes; % (IC 95%)	16,5 (15,2 a 17,9)
Miércoles; % (IC 95%)	17,6 (16,2 a 19)
Jueves; % (IC 95%)	18,5 (17,1 a 19,9)
Viernes; % (IC 95%)	15,6 (14,3 a 17)
Sábado; % (IC 95%)	2,2 (1,6 a 2,7)
Domingo; % (IC 95%)	3,1 (2,5 a 3,7)
Total	100

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%; PIC: Parte Interconsulta.

Figura 4.20. Partes Interconsulta solicitados según los días de la semana por el Área Quirúrgica.



Al igual que en grupos previos (DG y AM) los días de la semana con mayor número de solicitudes de PIC son los lunes y los de menor solicitud los del fin de semana.

4.4. DATOS DE OBSTETRICIA

4.4.1. Características generales de las pacientes del grupo OBS.

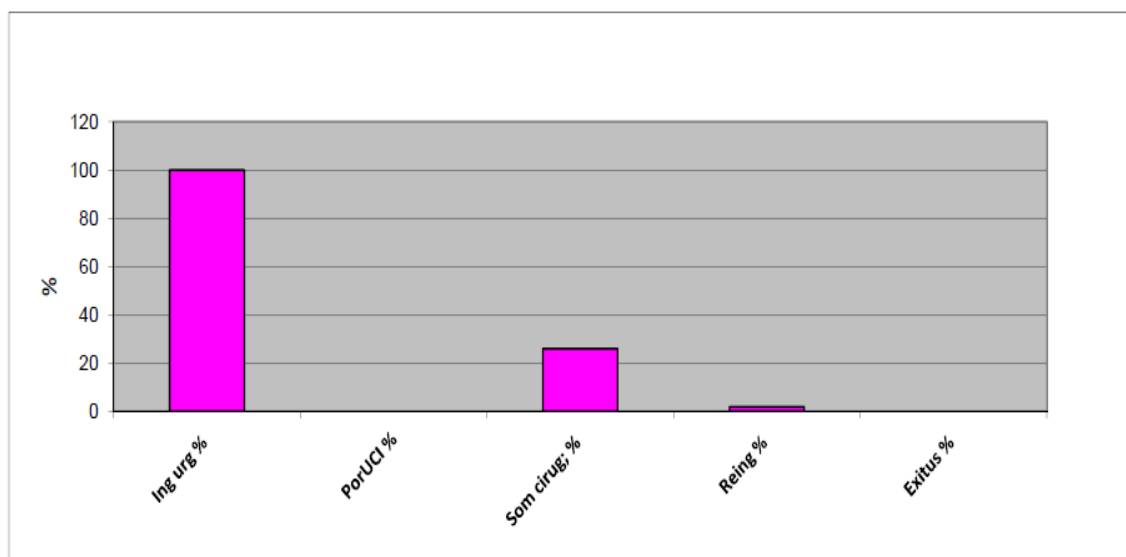
Este grupo es distinto del resto por las características específicas de sus pacientes. Los datos obtenidos están reflejados en la tabla 4.23 y en la figura 4.21.

Tabla 4.23. Características generales de las pacientes de Obstetricia.

Nº pacientes	3391
Edad; años (IC 95%)	30,4 (30,3 a 30,6)
Ing urg; % (IC 95%)	100
PorUCI; % (IC 95%)	0
Peso admin (IC 95%)	0,6952 (0,6884 a 0,7020)
Nº diag (IC 95%)	4,3 (4,2 a 4,3)
I. Charlson (IC 95%)	0
Estancia; días (IC 95%)	2,7 (2,6 a 2,7)
Som cirug ; % (IC 95%)	25,9 (24,4 a 27,3)
Estancia prequirurg; días (IC 95%)	0,2 (0,1 a 0,3)
Reing; % (IC 95%)	1,8 (1,3 a 2,2)
Exitus; % (IC 95%)	0

Ing Urg: ingresos urgentes; **PorUCI:** pacientes que pasan en algún momento por UCI; **Peso admin:** Peso administrativo; **Nº diag:** número de diagnósticos; **I. Charlson:** Índice de Charlson; **Som cir:** pacientes sometidos a cirugía; **Estancia prequirurg:** número de días previos a la cirugía; **Reing:** Reingresos; **IC 95%:** índice de confianza del 95%.

Figura 4.21. Características generales de las pacientes de Obstetricia.



Ing Urg: ingresos urgentes; **PorUCI:** pacientes que pasan en algún momento por UCI; **Som cirug:** pacientes sometidos a cirugía; **Reing:** Reingresos.

Este grupo está compuesto por mujeres jóvenes, con edad media de 30,4 años, con nula comorbilidad (Índice de Charlson de 0), con escasas estancias hospitalarias medias y una mortalidad nula.

4.4.2. Características generales de los pacientes *Con/Sin* PIC en OBS.

Los datos sobre las características de las pacientes de los grupos *Con/Sin* PIC pertenecientes a OBS se exponen en la tabla 4.24.

Tabla 4.24. Características generales de las pacientes *Con/Sin* Parte Interconsulta en Obstetricia.

	Sin PIC	Con PIC	Dif/OR	Signif.
N	3.286	105		
Edad; años (IC 95%)	30,4 (30,2 a 30,6)	31,7 (30,5 a 32,8)	1,3 (0,2 a 2,3)	p=0,022
Ing. Urg; % (IC 95%)	100	100	-	-
Exitus; % (IC 95%)	0	0	-	-
Reingresos; % (IC 95%)	1,6 (1,2 a 2)	7,6 (2,5 a 12,7)	OR 5,1 (2,4 a 11,1)	p<0,001
Estancia; días (IC 95%)	2,6 (2,5 a 2,6)	5,8 (4,9 a 6,6)	3,2 (2,9 a 3,5)	p<0,001
Peso admin.	0,6898 (0,6834 a 0,6962)	0,8625 (0,7767 a 0,9484)	0,1727 (0,1338 a 0,2116)	p<0,001
Nº diag	4,2 (4,1 a 4,3)	5,7 (5,2 a 6,2)	1,5 (1,1 a 1,9)	p<0,001
I. Charlson	0	0	-	-
PorUCI; % (IC 95%)	0	0	-	-
Som cir; % (IC 95%)	25,4 (23,9 a 26,9)	40 (30,6 a 49,4)	OR 2 (1,3 a 2,9)	p=0,001
Estancia prequirurg; días (IC 95%)	0,2 (0,1 a 0,3)	1,7 (0,5 a 2,9)	1,5 (1,1 a 2)	p<0,001

Ing Urg: ingresos urgentes; **Peso admin:** Peso administrativo; **Nº diag:** número de diagnósticos; **I. Charlson:** Índice de Charlson; **PorUCI:** pacientes que pasan en algún momento por UCI; **Som cir:** pacientes sometidos a cirugía; **Estancia prequirurg:** número de días previos a la cirugía; **Reing:** Reingresos; **IC 95%:** Intervalo de confianza del 95%; **Dif:** diferencia; **OR:** Odds rati, **Signif:** Significación estadística; **PIC:** Parte Interconsulta.

Todas las pacientes del grupo de OBS fueron ingresadas de urgencia. Aquellas a las que se solicita PIC suelen ser las de edad algo más avanzada y, en ellas, la estancia media, así como la estancia prequirúrgica y los reingresos son mayores que en el grupo en el que no se solicitan PIC.

4.4.3. Características generales de los PIC en OBS.

Los datos sobre las características de los PIC en el grupo de OBS se muestran en la tabla 4.25. Los datos de los PIC solicitados al área OBS se expresan

gráficamente en figura 4.22. En cuanto a los PIC solicitados por el área, puesto que estamos en el grupo de OBS, son todos solicitados por OBS.

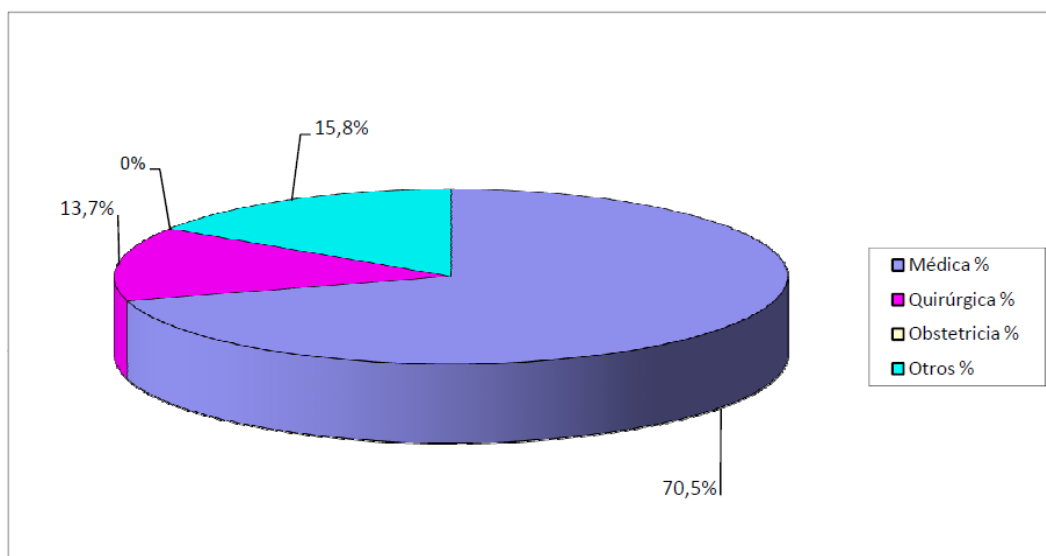
Tabla 4.25. Características generales de los Partes Interconsultas en Obstetricia.

Nº total PIC	139
Pac con PIC; % (IC 95%)	3,1 (2,8 a 3,4)
Media PIC/pac (IC 95%)	1,3 (1,2 a 1,5)
PIC preferente; %(IC 95%)	36,7 (28,7 a 44,7)
Demora ingreso-PIC; días (IC 95%)	2,2 (1,9 a 2,5)

	PIC solicitados <u>al</u> área	PIC solicitados <u>por</u> el área
Médica; % (IC 95%)	70,5 (62,9 a 78,1)	0
Quirúrgica; % (IC 95%)	13,7 (8 a 19,4)	0
Obstetricia; % (IC 95%)	0	100
Otros; % (IC 95%)	15,8 (9,8 a 21,9)	0

PIC: Parte Interconsulta; **Pac con PIC:** paciente con Parte Interconsulta; **Media PIC/pac:** media de Partes Interconsulta por paciente; **PIC preferente:** Parte Interconsulta preferente; **Demora ingreso-PIC:** tiempo de demora en solicitar el PIC desde el ingreso; **IC 95%:** Índice de confianza del 95%.

Figura 4.22. Distribución de los Partes Interconsulta solicitados al área Obstetricia.



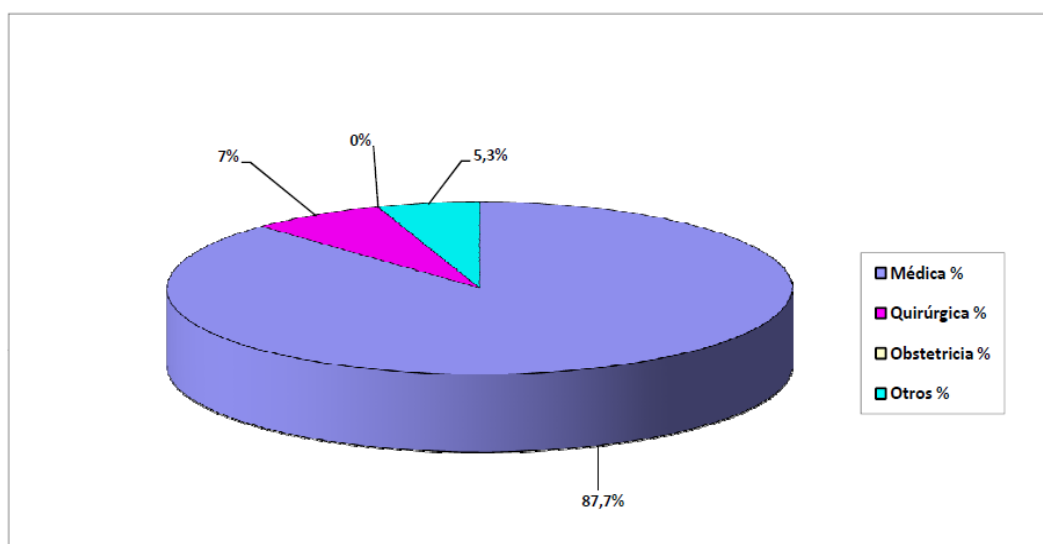
El número total de PIC solicitados en las pacientes sometidas a cirugía en este grupo fue de 57, que suponen un 41 % (IC 95% 32,8 a 49,2) del total de PIC solicitados. En la tabla 4.26 se exponen las características según las áreas a las que se solicitan dichos PIC. La expresión gráfica de la tabla 26 se muestra en la figura 4.23.1.

Tabla 4.26. Partes Interconsultas solicitados en pacientes intervenidas en Obstetricia.

Área	PIC solicitados al área
Médica; % (IC 95%)	87,7 (79,2 a 96,2)
Quirúrgica; % (IC 95%)	7 (0,4 a 13,6)
Obstetricia; % (IC 95%)	0
Otros; % (IC 95%)	5,3 (0 a 11,1)

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%; PIC: Parte Interconsulta.

Figura 4.23.1. Expresión gráfica de tabla 4.26. Partes Interconsultas solicitados en pacientes intervenidas



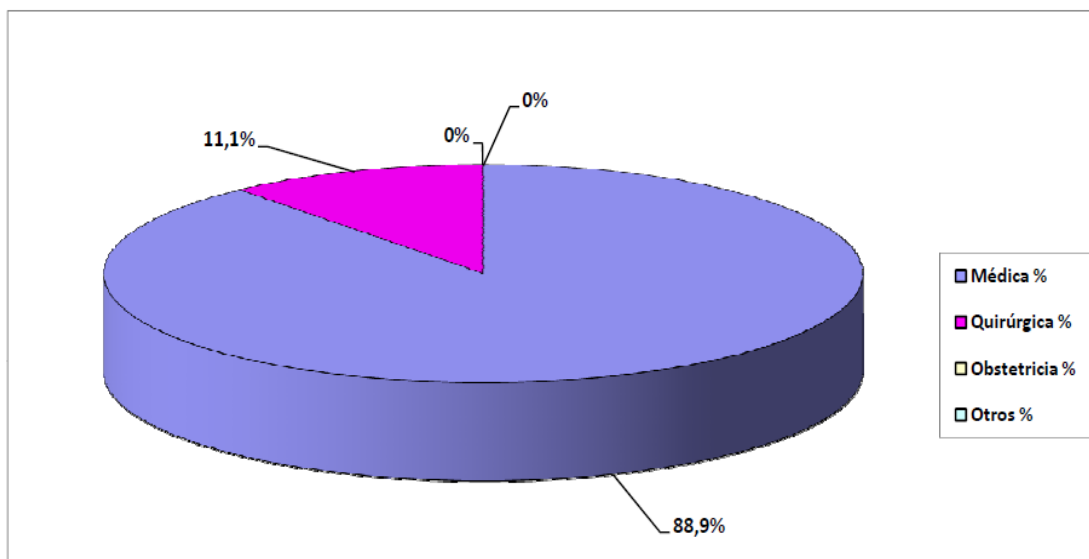
En las pacientes sometidas a cirugía, el número de PIC solicitados antes de la intervención fue de 9, el 15,8 % de los PIC solicitados (IC 95% 6,3 a 25,3). Sus características están reflejadas en la tabla 4.27 y su expresión gráfica en la figura 4.23.2. El 16% de los PIC solicitados al AM en pacientes operadas se hicieron antes de la operación.

Tabla 4.27. Partes Interconsultas solicitados previos a cirugía en Obstetricia.

Área	PIC solicitados al área
Médica; % (IC 95%)	88,9 (68,4 a 100)
Quirúrgica; % (IC 95%)	11,1 (0 a 31,6)
Obstetricia; % (IC 95%)	0
Otros; % (IC 95%)	0

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%; PIC: Parte Interconsulta.

Figura 4.23.2. Expresión gráfica de tabla 4.27. PIC solicitados previos a la cirugía en el grupo Obstetricia.



4.4.4. Variabilidad en la solicitud de los PIC en función de los meses del año en OBS.

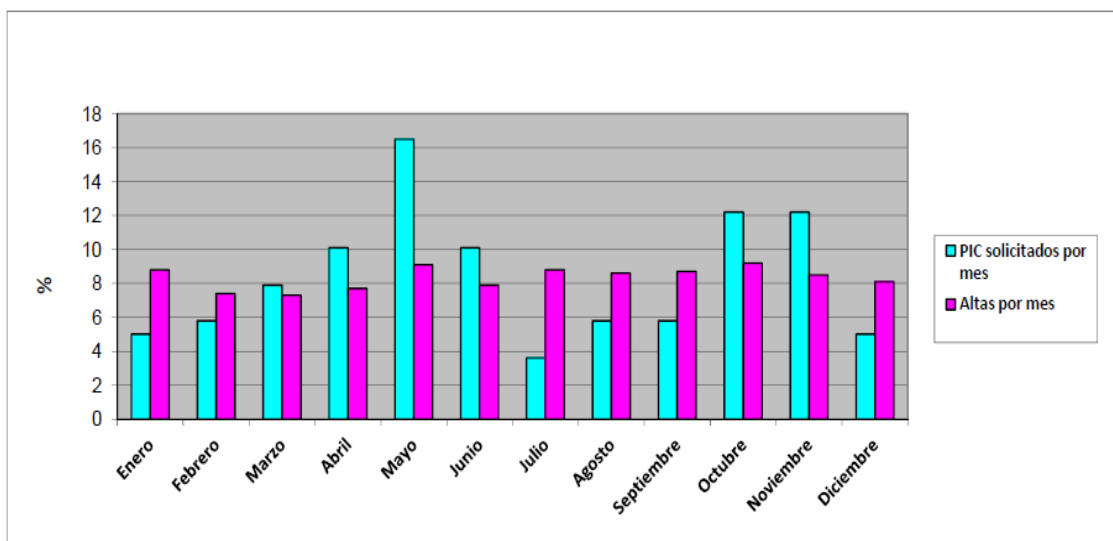
Los resultados aparecen reflejados en la tabla 28 y en la figura 4.24. Existe una variabilidad en la solicitud de PIC en los distintos meses también en el servicio de OBS.

Tabla 4.28. Solicitud de Partes Interconsulta y altas por meses en Obstetricia.

Meses del año	PIC solicitados	Altas	OR	Signif.
Enero; % (IC 95%)	5 (1,4 a 8,7)	8,8 (7,9 a 9,8)	0,6 (0,3 a 1,2)	n.s.
Febrero; % (IC 95%)	5,8 (1,9 a 9,6)	7,4 (6,5 a 8,3)	0,8 (0,4 a 1,6)	n.s.
Marzo; % (IC 95%)	7,9 (3,4 a 12,4)	7,3 (6,4 a 8,1)	1,1 (0,6 a 2,1)	n.s.
Abril; % (IC 95%)	10,1 (5,1 a 15,1)	7,7 (6,8 a 8,6)	1,3 (0,8 a 2,4)	n.s.
Mayo; % (IC 95%)	16,5 (10,4 a 22,7)	9,1 (8,1 a 10)	2 (1,3 a 3,2)	p=0,004
Junio; % (IC 95%)	10,1 (5,1 a 15,1)	7,9 (7 a 8,8)	1,3 (0,7 a 2,3)	n.s.
Julio; % (IC 95%)	3,6 (0,5 a 6,7)	8,8 (7,9 a 9,8)	0,4 (0,2 a 0,9)	p=0,038
Agosto; % (IC 95%)	5,8 (1,9 a 9,6)	8,6 (7,7 a 9,6)	0,6 (0,3 a 1,3)	n.s.
Septiembre; % (IC 95%)	5,8 (1,9 a 9,6)	8,7 (7,8 a 9,7)	0,6 (0,3 a 1,3)	n.s.
Octubre; % (IC 95%)	12,2 (6,8 a 17,7)	9,2 (8,2 a 10,2)	1,4 (0,8 a 2,3)	n.s.
Noviembre; % (IC 95%)	12,2 (6,8 a 17,7)	8,5 (7,6 a 9,5)	1,5 (0,9 a 2,5)	n.s.
Diciembre; % (IC 95%)	5 (1,4 a 8,7)	8,1 (7,2 a 9)	0,6 (0,3 a 1,3)	n.s.
Total	139	3391	Referencia	

PIC: Parte Interconsulta; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%, OR: Odds ratio, Signif: Significación estadística; n.s: no significativo.

Figura 4.24. Partes Interconsultas solicitados y altas dadas en Obstetricia según los meses del año.



La relación entre los PIC solicitados cada 100 altas en el grupo OBS según los diferentes meses del año se presenta en la tabla 4.29.

Tabla 4.29. Relación de Partes Interconsulta /100 altas dadas según los meses en Obstetricia.

Meses del año	Relación PIC / 100 altas dadas (IC 95%)
Enero	2,4 (0,6 a 4,1)
Febrero	3,2 (1 a 5,4)
Marzo	4,5 (1,9 a 7,1)
Abril	5,4 (2,6 a 8,1)
Mayo	7,5 (4,5 a 10,4)
Junio	5,2 (2,6 a 7,9)
Julio	1,7 (0,2 a 3,1)
Agosto	2,7 (0,9 a 4,6)
Septiembre	2,7 (0,8 a 4,6)
Octubre	5,4 (2,9 a 8)
Noviembre	5,9 (3,2 a 8,6)
Diciembre	2,6 (0,7 a 4,4)
Total	4,1 (3,4 a 4,8)

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%; PIC: Parte Interconsulta.

4.4.5. Variabilidad en la solicitud de PIC en OBS en función del día de la semana.

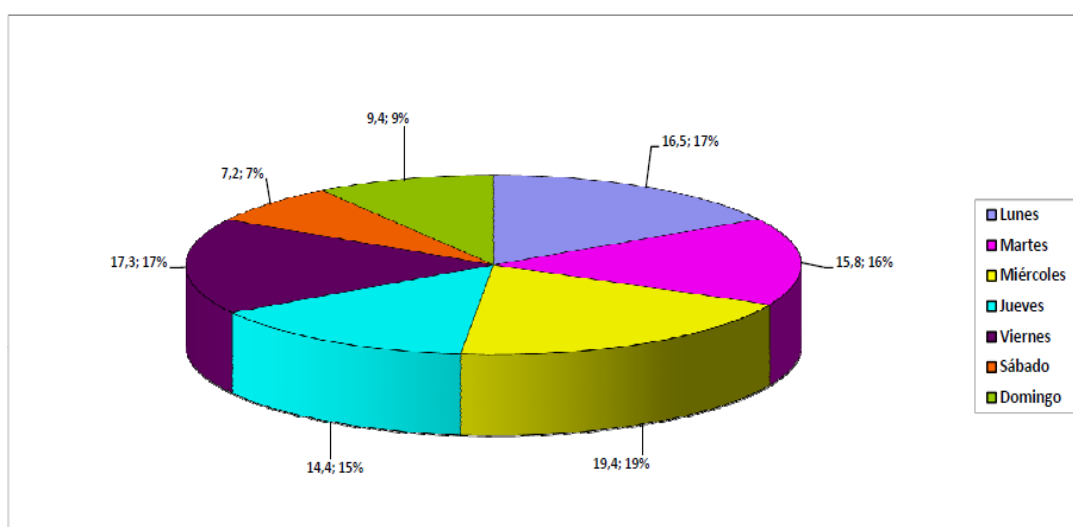
Los PIC solicitados fueron 139 y sus resultados se muestran en la tabla 4.30. No hubo OR significativas entre ningunos días. El sistema permite solicitar PIC por vía electrónica sábados y domingos, que se verán el lunes. Estos datos se muestran gráficamente en la figura 4.25.

Tabla 4.30. Variabilidad en la solicitud de Partes Interconsultas según los días de la semana

Días de la semana	PIC solicitado
Lunes; % (IC 95%)	16,5 (10,4 a 22,7)
Martes; % (IC 95%)	15,8 (9,8 a 21,9)
Miércoles; % (IC 95%)	19,4 (12,8 a 26)
Jueves; % (IC 95%)	14,4 (8,6 a 20,2)
Viernes; % (IC 95%)	17,3 (11 a 23,5)
Sábado; % (IC 95%)	7,2 (2,9 a 11,5)
Domingo; % (IC 95%)	9,4 (4,5 a 14,2)
Total	100

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%, PIC: Partes Interconsultas.

Figura 4.25. Partes Interconsultas solicitados según los días de la semana en Obstetricia.



En relación a la variabilidad de los PIC solicitados en función de los meses del año o de los días de la semana, se evidencian ciertas diferencias entre el grupo de OBS y los dos grupos previos (AM y AQ):

- En el grupo de OBS cabe destacar que el número de PIC solicitados es mayor en los meses de abril, mayo, junio y noviembre, siendo mayo el mes con más solicitudes, a diferencia de los grupos previos, donde los meses de mayor número de solicitud de PIC fueron febrero, marzo y noviembre.
- Además, se pone de manifiesto un descenso claro en la solicitud de PIC en julio y agosto, con una caída más acusada de solicitudes en diciembre, algo que difiere en cierta medida de los grupos previos, en los que en estos meses de mayor periodo vacacional aumentaban las solicitudes.
- Referente a los días de la semana y a diferencia con los grupos previos, en el grupo de OBS existe un mayor de PIC solicitados los miércoles frente a los lunes en el resto de los grupos.

4.5. DATOS DEL ÁREA OTROS

4.5.1. Características generales de los PIC del AO.

El número total de PIC solicitados por AO fue de 2.761, y sus datos están reflejados en la tabla 4.31. En la tabla 4.32 se muestran los resultados de los PIC solicitados por otras áreas al AO. En la figura 4.26.1 se expone gráficamente la tabla 4.32.

Tabla 4.31. Características de los Partes Interconsultas en Área Otros.

Nº total PIC	2.761
PIC preferente; % (IC 95%)	30,3 (28,6 a 32)
Demora ingreso-PIC; días (IC 95%)	8,9 (8,4 a 9,4)

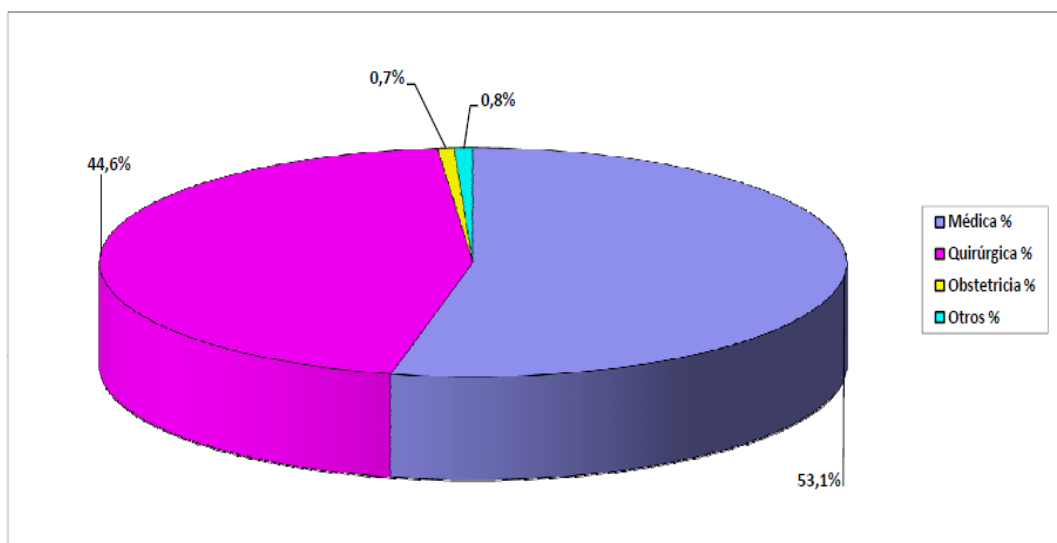
PIC: Parte Interconsulta; PIC preferente: Parte Interconsulta preferente; Demora ingreso-PIC: Tiempo de demora en solicitar el PIC desde el ingreso; IC 95%: Índice de confianza del 95%.

Tabla 4.32. Partes Interconsulta solicitados por otras áreas al Área Otros.

Área	PIC solicitados <u>por</u> el área
Médica; % (IC 95%)	53,1 (51,2 a 55)
Quirúrgica; % (IC 95%)	44,6 (42,8 a 46,5)
Obstetricia; % (IC 95%)	0,7 (0,4 a 1)
Otros; % (IC 95%)	0,8 (0,6 a 0,9)
Total; %	100

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%; PIC: Parte Interconsulta.

Figura 4.26.1. Expresión gráfica de tabla 4.32. Partes Interconsultas solicitados **por** cada área en el grupo del Área Otros.



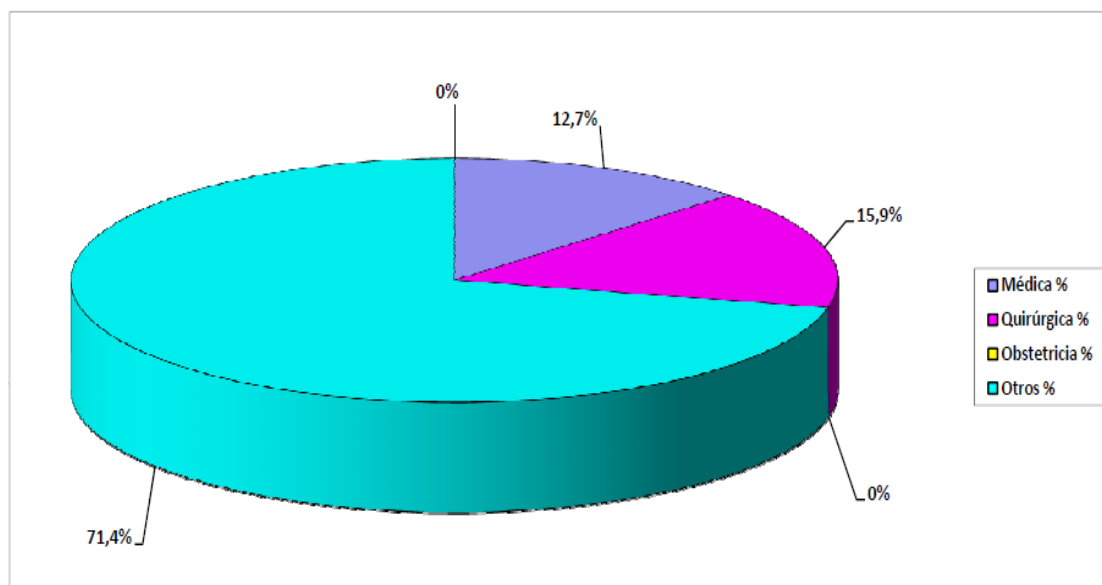
En la tabla 4.33. se muestran los resultados sobre los 63 PIC solicitados por el AO **a** otras áreas. En la figura 4.26.2. se exponen de manera gráfica los datos de la tabla 4.33.

Tabla 4.33. Partes Interconsultas solicitados desde el Área Otros **a** otras áreas

Área	PIC solicitados por AO a área
Médica; % (IC 95%)	12,7 (4,5 a 20,9)
Quirúrgica; % (IC 95%)	15,9 (6,8 a 24,9)
Obstetricia; % (IC 95%)	0
Otros; % (IC 95%)	71,4 (60,3 a 82,6)
Total; %	100

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%; **PIC:** Parte Interconsulta.

Figura 4.26.2. Expresión gráfica de tabla 4.33. Partes Interconsultas solicitados por el Área Otros a otras áreas.



El mayor porcentaje de PIC solicitados **por** otras áreas al AO, es decir, que recibe el AO, procede del área médica, un 53,1%, seguido por área quirúrgica con un 44,6%, por el propio grupo AO con el 0,8% y finalmente OBS con un 0,7% de los PIC solicitados. El mayor número de PIC solicitados por el AO es a otros servicios del propio AO (71,4% de los PIC).

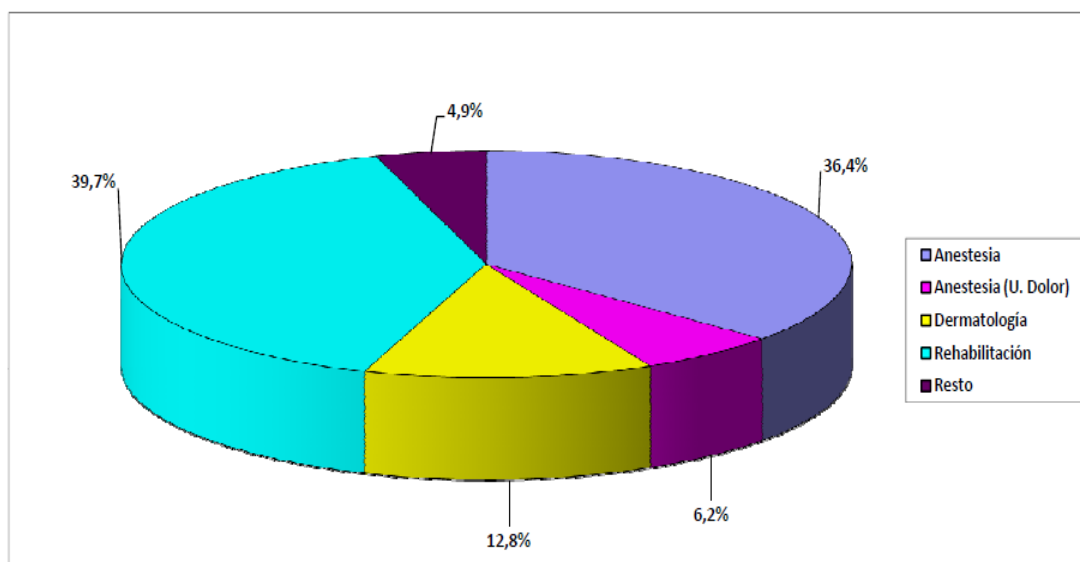
4.5.2. Servicios solicitados en los PIC al AO.

Los servicios solicitados en los PIC al AO se muestran en la tabla 4.34. y gráficamente en la figura 4.27.

Tabla 4.34. Servicios solicitados en los Partes Interconsultas al Área Otros.

Servicios	PIC solicitados <u>a</u>
Anestesia; % (IC 95%)	36,4 (34,6 a 38,2)
Anestesia (U. Dolor); % (IC 95%)	6,2 (5,3 a 7,1)
Dermatología; % (IC 95%)	12,8 (11,6 a 14,1)
Rehabilitación; % (IC 95%)	39,7 (37,8 a 41,5)
Resto; % (IC 95%)	4,9 (4,1 a 5,7)
Total	100

PIC: Parte Interconsultas; U. Dolor: Unidad del dolor, IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.

Figura 4.27. Partes Interconsultas solicitados a los distintos servicios del grupo Área Otros.

4.5.3. Variabilidad en la solicitud de PIC según el mes del año en AO.

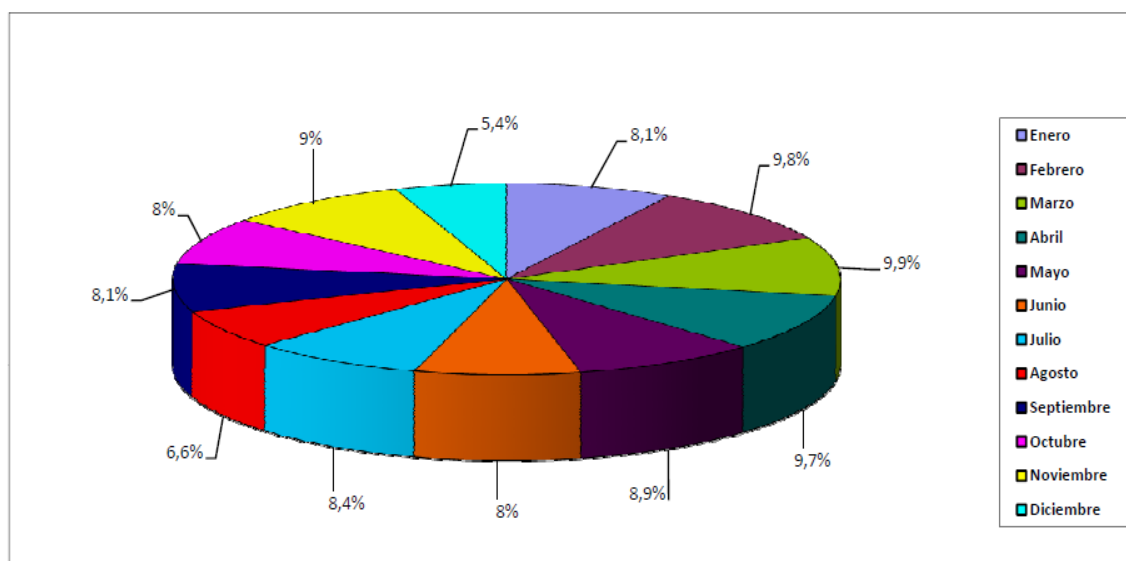
Los resultados están reflejados en la tabla 4.35. y gráficamente en la figura 4.28.

Tabla 4.35. Variabilidad en la solicitud de Partes Interconsultas según los meses en el Área Otros.

Meses del año	PIC solicitados
Enero; % (IC 95%)	8,1 (7,1 a 9,2)
Febrero; % (IC 95%)	9,8 (8,7 a 10,9)
Marzo; % (IC 95%)	9,9 (8,8 a 11)
Abril; % (IC 95%)	9,7 (8,6 a 10,8)
Mayo; % (IC 95%)	8,9 (7,9 a 10)
Junio; % (IC 95%)	8 (7 a 9)
Julio; % (IC 95%)	8,4 (7,3 a 9,4)
Agosto; % (IC 95%)	6,6 (5,7 a 7,5)
Septiembre; % (IC 95%)	8,1 (7,1 a 9,1)
Octubre; % IC 95%)	8 (7 a 9,1)
Noviembre; % (IC 95%)	9 (8 a 10,1)
Diciembre; % IC 95%)	5,4 (4,6 a 6,3)
Total	100

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%; PIC: Parte Interconsulta.

Figura 4.28. Partes Interconsultas según los meses en Área Otros.



La OR de agosto respecto a junio fue 0,8 (IC 95% 0,7 a 0,9; $p=0,043$). La OR diciembre respecto a junio fue 0,7 (IC 95% 0,5 a 0,8 $p=0,0001$).

4.5.4. Variabilidad en la solicitud de PIC en función del día de la semana en AO.

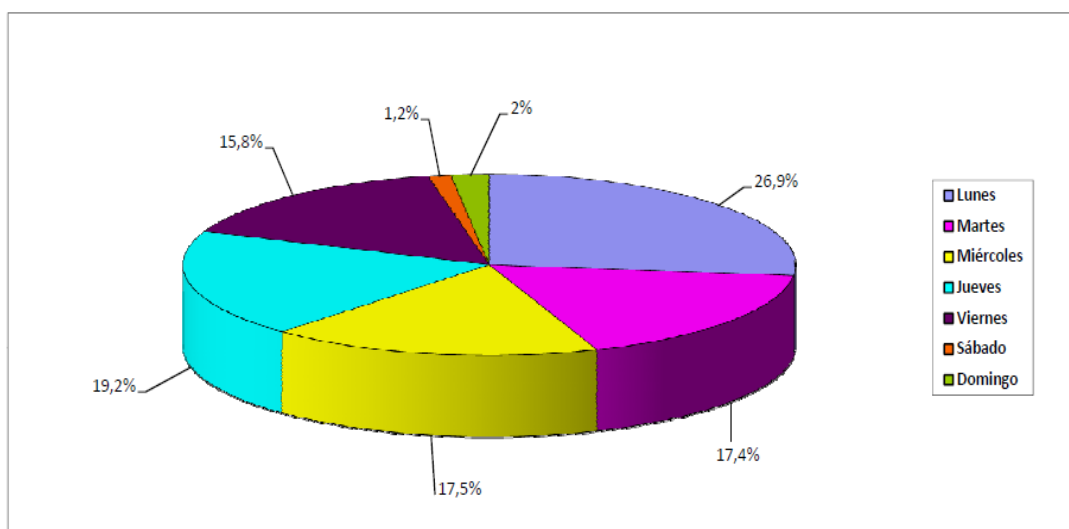
Los resultados se muestran en la tabla 4.36. y en la figura 4.29. La única OR significativa fue de 1,3 (IC 95% 1,1 a 1,5; $p=0,001$) para jueves respecto a viernes (sin contar el lunes obviamente). El sistema permite solicitar PIC por vía electrónica sábados y domingos, que se verán el lunes.

Tabla 4.36. Solicitud de Partes Interconsulta al Área Otros.

Días de la semana	PIC solicitados
Lunes; % (IC 95%)	26,9 (25,3 a 28,6)
Martes; % (IC 95%)	17,4 (16 a 18,8)
Miércoles; % (IC 95%)	17,5 (16,1 a 18,9)
Jueves; % (IC 95%)	19,2 (17,7 a 20,6)
Viernes; % (IC 95%)	15,8 (14,4 a 17,2)
Sábado; % (IC 95%)	1,2 (0,8 a 1,6)
Domingo; % (IC 95%)	2 (1,4 a 2,5)
Total	100

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%; **PIC:** Parte Interconsulta.

Figura 4.29. Variabilidad en la solicitud de Partes Interconsultas según los días de la semana en Área Otros.



En relación con los otros grupos, la variabilidad en la solicitud de PIC respecto a los meses del año y los días de la semana es similar, siendo mayor en febrero, marzo y abril con menor número de solicitudes en diciembre. Respecto a los días de la semana, al igual que en el resto de los grupos (excepto en OBS), es el lunes el día en el que más PIC se solicitan.

5. DISCUSIÓN

Este es el primer estudio que analiza la totalidad de las solicitudes de interconsultas que se originan en un hospital general. Nuestros resultados muestran que anualmente hay un gran número de interconsultas hospitalarias. Por cada paciente hospitalizado se piden 0,4 PIC, y el 22,3% de los enfermos ingresados tienen al menos un PIC solicitado. Se solicitan a pacientes, con preferencia varones, de mayor edad y comorbilidad y, por tanto, más complejos de atender y con múltiples problemas médicos añadidos al que motivó el ingreso. Estos resultados son similares a otros descritos previamente^{37,50,62}. Todo ello conlleva que necesiten mayor apoyo de la UCI, que su evolución clínica sea peor de lo esperado y que tengan mayores estancia, mortalidad y reingresos, hallazgos similares a los descritos por otros autores^{56,62,63}. Un estudio encontró que en el 57% de las interconsultas a Medicina Interna, el consultor estableció dos o más diagnósticos médicos, con una clara relación entre el número de diagnósticos médicos, la estancia hospitalaria y la mortalidad⁶³.

Los pacientes que requieren solicitud de interconsulta, con frecuencia necesitan más de una. Este hallazgo admite varias explicaciones. Una es que realmente necesitaban la intervención de varios especialistas, pero también es posible que hubiera duplicidad de las interconsultas⁶². Otra posible explicación es la repetición de las interconsultas, la cual se puede estar provocada, entre otras causas, por la falta de atención a las respuestas dadas en las interconsultas previamente solicitadas, por una demora excesiva en la respuesta o por una respuesta no acorde con las expectativas del solicitante^{25,62}. Estos problemas ponen de manifiesto el mal funcionamiento del sistema de interconsultas y una falta de comunicación entre los distintos profesionales.

Las interconsultas se piden a los 9,5 días de ingreso, lo que indica que, en la mayoría de los casos, ya ha aparecido una complicación, resultado similar al descrito por otros autores^{63,64}. Este hallazgo es corroborado con más fuerza en el área quirúrgica, al comprobar que el 80-90% de las interconsultas solicitadas en pacientes operados se piden después de la intervención^{63,64}. Este hallazgo muestra que, al menos en algunos casos, no se adoptan las medidas preventivas que sería posible tomar⁶⁴. Este es uno de los múltiples problemas que presentan las interconsultas, el retraso en su solicitud⁶¹, y que puede estar relacionado con

algunos problemas de difícil solución, como son la organización asistencial de los servicios o la especialización de sus miembros⁶¹.

Existe una variación, a veces importante, en el número de solicitudes de interconsultas entre los diferentes meses del año, característica ya descrita previamente³⁷ y más acusada en el AQ. En julio y agosto se solicitan más PIC, mientras que en diciembre menos. Una justificación de este hallazgo podría ser la mayor o menor actividad general de los distintos servicios, coincidiendo o no con periodos vacacionales. Sin embargo, meses tradicionalmente con más vacaciones, como pueden ser julio, agosto o diciembre, 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 médica³⁷. Una explicación adicional podría ser una mayor proporción de ingresos urgentes en esos meses al reducirse la actividad hospitalaria programada, pero sería el mismo razonamiento para diciembre y, sin embargo, en este caso se solicitan menos interconsultas. No tenemos justificación para este hallazgo. Un aspecto a tener en consideración es que nuestros resultados difieren del único trabajo que analiza la estacionalidad de las interconsultas³⁷, ya que sus hallazgos son justo lo contrario a los nuestros. Esta discrepancia se puede deber a varias razones: en ese trabajo solo se analizan las interconsultas solicitadas por el área quirúrgica, pero excluyendo COT, ORL y OFT, mientras que en nuestro caso incluimos el área quirúrgica en su totalidad y, además, utilizamos la proporción del número de PIC con el número de altas.

El lunes es el día con mayor número de peticiones debido a que se solicitan interconsultas originadas a lo largo del fin de semana, hallazgo descrito previamente⁶⁴, disminuyendo posteriormente las peticiones de forma progresiva a lo largo del resto de la semana. Este descenso no tiene una explicación clara. Una posibilidad es que el número de ingresos, especialmente programados, descienda al tener más camas ocupadas el hospital. El diseño del estudio no permite sacar conclusiones al respecto. En el único estudio que analiza esta cuestión⁶⁴, los viernes aumenta la solicitud de interconsultas, a diferencia de nuestros resultados. La justificación aportada en ese trabajo es la incertidumbre que origina el fin de semana

en el médico responsable del enfermo, ya que una de las causas descritas para solicitar una interconsulta es reducir la ansiedad del médico ante la atención de enfermo en situación clínica delicada⁸². Es posible que también la diferencia pueda ser explicada porque en ese estudio solo intervinieron las áreas médica y quirúrgica, no la de otros, que tiene un importante peso global en el sistema de interconsultas.

Muy probablemente las interconsultas solicitadas a Medicina Interna son las más complejas y las que requieren más tiempo para su resolución, por las características de los pacientes que deben valorar los internistas. Suponen aproximadamente 2 horas de trabajo por interconsulta³⁴. Si asumimos que las interconsultas hospitalarias en su conjunto precisan solo la mitad del tiempo requerido para las solicitadas a Medicina Interna, lo cual supone una hora de trabajo para su resolución, se requieren 5 facultativos trabajando a tiempo completo para resolver las 8.377 interconsultas registradas en el presente trabajo. Esto da una idea de la importancia, tanto asistencial como económica, que tienen las interconsultas para un hospital.

Área médica

Los enfermos del AM tienen una mayor edad, comorbilidad e ingresos urgentes, en una mayor proporción que los del resto de áreas del hospital, características que ayudan a explicar sus peores resultados: necesidad de un mayor apoyo de la UCI, mayor estancia, mortalidad y reingresos. Estas características y resultados son más acusados aún en los pacientes con PIC pedido, lo que es concordante con lo descrito en la escasa literatura encontrada sobre este tema^{37,50}. Todos estos hallazgos parece que se están haciendo más acusados con el paso del tiempo⁵⁰. Asimismo, estas características son factores que incrementan la dificultad de la asistencia médica³⁸ y, por lo tanto, aumentan la necesidad de colaboración de diversos especialistas para su control⁵⁰, lo que también puede justificar que el AM sea la que hace más peticiones de PIC, 0,6 por paciente ingresado y con el 33,4% de los pacientes con, al menos, un PIC solicitado.

El AM es el área que más interconsultas recibe, un 45 % de las mismas, frente al 22% que recibe el AQ o el 33% del AO. La mitad de las interconsultas que recibe el AM proceden del propio AM, y la práctica totalidad de los PIC solicitados a los pacientes del AM los piden los médicos del AM. Una posible explicación a estos hallazgos es que la comorbilidad médica es uno de los principales factores pronósticos para el paciente quirúrgico^{37,124,125} y, probablemente, para el médico, aunque esto último no ha sido estudiado. Esto, unido a la cada vez mayor especialización de la práctica médica, hace que los especialistas médicos aumenten la solicitud de interconsultas a otros especialistas médicos⁵⁰. Una explicación similar estaría detrás del hecho de que el AM es la que recibe un mayor número de peticiones de interconsultas. Además de lo comentado anteriormente sobre los pacientes médicos, los pacientes quirúrgicos ingresados están aumentando su edad y, especialmente, la comorbilidad que, como ya se ha dicho, es un importante factor pronóstico^{37,124,125}). Por ello, los especialistas quirúrgicos también incrementan la solicitud de interconsultas al área médica.

Al analizar los diferentes servicios que componen el AM observamos grandes diferencias. Hay servicios como Endocrinología y Paliativos cuya actividad asistencial hospitalaria se centra en las interconsultas, muy por encima de su actividad de hospitalización. Además, reciben muchos más PIC proporcionalmente que el resto de los servicios médicos. Esto probablemente se deba a que su apoyo a otros servicios es fundamentalmente de soporte, ayudan al responsable con aspectos concretos de su atención asistencial, como manejo de diabetes, nutrición o medidas de confort para el enfermo, pero no modifican o varían el diagnóstico principal. Sin embargo, Medicina Interna fundamenta su actividad hospitalaria en la hospitalización, con muy poco peso relativo de las interconsultas que recibe. Por el contrario, todos los servicios se igualan bastante a la hora de solicitar PIC. En principio, esto significaría que todos necesitan el apoyo de otros servicios de manera similar, que las dificultades que cada especialista encuentra en sus propios enfermos son compensadas entre las diferentes especialidades. En general, los servicios médicos solicitan más PIC que los que reciben, solicitan dos por cada uno que reciben. Como ya hemos mencionado previamente, quizás el factor pronóstico más importante y que dificulta el manejo de un paciente es su comorbilidad.

Con respecto a la solicitud de PIC al AM observamos también una clara estacionalidad, siendo los meses con más solicitudes julio y agosto y los que menos diciembre y enero. Este comportamiento corre paralelo al de la población general del estudio, siendo aplicable aquí los mismos comentarios emitidos en ese apartado y su conclusión, no hay una explicación clara para este hallazgo.

Con respecto al día de la semana, se observa un descenso progresivo en la solicitud de PIC con una clara disminución el viernes. El mayor número de solicitudes de los lunes se explica por el acumulo de ingresos del fin de semana, pero el menor número de los viernes no tiene una explicación evidente. Quizá la causa sea que, en general, se procura dar más altas y haya menos atención, o tiempo, para solicitar interconsultas. Sin embargo, en la única publicación que estudia este aspecto⁶⁴, los viernes aumentan las solicitudes de interconsultas en el AM. No encontramos explicación para esta discrepancia.

Área quirúrgica

Los pacientes del AQ son más jóvenes y con menor comorbilidad médica que los del AM, y en una mayor proporción son ingresos programados. Todo ello facilita que alcancen unos mejores resultados generales. Probablemente, todas estas características contribuyen a que se soliciten menos interconsultas a los pacientes quirúrgicos, aunque aumentando de forma progresiva³⁷. Una explicación a este incremento puede ser que los especialistas quirúrgicos se están viendo superados por los 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 complicaciones³⁷.

El comportamiento de las interconsultas pedidas en el AQ es similar a las del AM. Se solicitan 1,8 de media en los enfermos que las requieren, los cuales son de más edad y mayor complejidad, con peores resultados y mayor consumo de recursos. Los pacientes ingresados en servicios quirúrgicos a los que se les solicita una interconsulta son operados en menor proporción, quizás por los problemas que

padecen, hallazgos similares a los encontrados por otros autores en PIC solicitados a Medicina Interna por servicios quirúrgicos⁶³.

La demora en la petición de la interconsulta es similar a la hallada en el AM, a pesar de que en una mayor proporción son ingresos programados. Además, los cirujanos solicitan más interconsultas preferentes, hallazgo ya descrito anteriormente⁶². Todo ello hace pensar que tienen dificultades para reconocer las complicaciones que pudieran aparecer. Es importante destacar que el retraso en solicitar una interconsulta se asocia, al menos en algunos casos, con una mayor morbimortalidad^{64,126}. Un problema que afecta especialmente a las interconsultas del área quirúrgica es el aporte de información al consultor, tanto en la propia solicitud como en la disponible en la historia clínica del enfermo, aporte de información deficiente en muchos casos y que favorece la aparición de conflictos entre ambos médicos⁶². Un aspecto a destacar es que uno de cada tres PIC solicitados en pacientes operados lo fue antes de la cirugía, pero solo 1 de cada 5 de los solicitados al AM, hallazgos similares a los descritos por otros autores⁶³. Este hallazgo es muy significativo, ya que indica que la mayoría de las interconsultas las ponen los cirujanos cuando ha aparecido una complicación, sin que se hayan adoptado medidas preventivas que, en muchos casos, sería posible adoptar.

En los pacientes quirúrgicos, el área a la que más interconsultas se requieren es al AO, seguida por AM. Este hallazgo seguramente se fundamenta en el peso que tienen Anestesia (con las valoraciones preoperatorias y tratamiento del dolor) y Rehabilitación, servicios que inclinan la balanza hacia el área otros. Un aspecto significativo en el AQ es que 1 de cada 5 PIC son solicitados por el AM, siendo el resto casi en su totalidad solicitados por el AQ. El AM actúa aquí no solo como consultor sino, también, como “responsable” del paciente, solicitando interconsultas de manera “secundaria” como forma de mejorar y agilizar la atención al mismo.

Con respecto a los diferentes servicios del AQ, sucede algo similar al AM. Algunos, en especial Oftalmología, centran su actividad hospitalaria en las interconsultas que reciben. Sin embargo, las diferencias se aproximan entre ellos a la hora de solicitar interconsultas. Esto podría indicar que los diferentes especialistas

quirúrgicos tienen dificultades parecidas a la hora de atender a sus pacientes hospitalizados.

En relación a los meses del año, el comportamiento del AQ es similar al AM, con claras diferencias entre los diversos meses. Hay más PIC solicitados en julio y menos en diciembre. Aunque la mayor o menor solicitud de interconsultas no coincide exactamente con lo descrito previamente³⁷, las explicaciones pueden ser similares: Una 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 médica³⁷.

Con respecto a los días de la semana el comportamiento es similar al AM, descendiendo los PIC a lo largo de la semana siendo el viernes claramente inferior. Sin embargo, en el estudio ya mencionado⁶⁴ los viernes aumenta la solicitud de interconsultas en el área quirúrgica. Aunque no hay una explicación evidente para esta discrepancia, es posible que la diferencia en los servicios quirúrgicos incluidos en cada estudio pueda influir en la misma.

Obstetricia

Este grupo tiene unas características propias muy diferentes a los otros, ya que se trata de mujeres jóvenes, con nula comorbilidad, ingresadas de urgencia y que evolucionan sin problemas, lo que da como resultados una baja estancia y reingresos, sin mortalidad y sin necesidad de apoyo por la UCI. Sin embargo, aquellas a las que se solicitó interconsultas se comportan de manera similar a los otros grupos, son de más edad y comorbilidad, sufren más intervenciones quirúrgicas y tienen mayores estancias prequirúrgicas y totales.

En correspondencia con las características de las pacientes de Obstetricia, se solicitan muy pocas interconsultas, todas por los propios ginecólogos y, en su mayoría, al área médica. Un alto porcentaje de estos PIC se solicitaron a pacientes que fueron intervenidas y 9 de cada 10 al área médica, pero solo el 15,8% lo fueron antes de la intervención. Este hallazgo es similar al del AQ y tiene la misma interpretación y consecuencias: Dificultad por parte de los ginecólogos para reconocer complicaciones médicas y para adoptar medidas preventivas en aquellos casos en los que se pudiera hacer.

La variabilidad estacional en este caso es muy diferente a la de los otros grupos, ya que solo son significativos el mes de mayo con más PIC y julio con menos, sin que tengamos explicación para este hallazgo. Debemos tener en cuenta que, en este grupo de pacientes, es de esperar que la posible estacionalidad inherente a diversas patologías médicas no se refleje al carecer de comorbilidad.

Con respecto al día de la semana no se observan diferencias significativas entre ellos en el número de solicitudes de interconsultas, a diferencia del resto de grupos. Además, se aprecia una mayor proporción de peticiones en fin de semana que el resto de los grupos, comportamiento peculiar de los ginecólogos.

Área otros

Se trata de un área asistencial que funciona como servicios centrales, apoya a los servicios que ofrecen una atención directa sobre los pacientes. Como es lógico, la casi totalidad de su actividad de PIC se debe a los que recibe, estando repartidos en su gran mayoría entre AM y AQ. Por el contrario, solicita muy pocos PIC, las tres cuartas partes de ellos a otros servicios del propio área otros. Los servicios más demandados, casi de manera similar son Rehabilitación y Anestesia (no Unidad del Dolor).

Con excepción de agosto y diciembre, que se piden claramente menos PIC, su reparto a lo largo del año es bastante regular. Este hallazgo indica su estrecha relación con la actividad del hospital, en especial la del área quirúrgica.

Con respecto a los días de la semana, se mantiene la tónica descendente a lo largo de la semana de los AM y AQ aunque, en este caso, con un pico de aumento significativo los jueves para el que no encontramos una explicación. Los lunes hay claramente más PIC por el efecto del fin de semana.

Medidas para mejorar las interconsultas hospitalarias

A la luz de los resultados de este estudio y de la revisión bibliográfica efectuada se pueden inferir algunas medidas que podrían mejorar la actividad asistencial desarrollada por las interconsultas los resultados que ofrecen.

El estudio y conocimiento de todos los aspectos funcionales y organizativos de las interconsultas, sus problemas, volumen, carga de trabajo y demás características puede permitir tomar medidas que mejoren la atención médica de los pacientes. Como las interconsultas son una actividad no programada y discontinua, una forma de mejorar la atención médica es mediante la potenciación de la intervención programada y precoz sobre el paciente, lo que reduce la mortalidad⁶³.

La comunicación oral entre el solicitante y el consultor es un aspecto fundamental para la correcta resolución de la interconsulta⁶³. Sin embargo, se establece mucho menos de lo recomendable²⁵, incluso no se establece en muchos casos, en el 15,4% según algunos autores⁶² o es insuficiente en 1 de cada 5 interconsultas⁶². Los problemas en la transmisión de información durante el proceso de interconsulta son muy importantes, en especial en los servicios quirúrgicos, e inciden más en pacientes complejos con edad avanzada, Índice de comorbilidad de Charlson elevado, en su mayor parte ingresados de urgencia y con alta estancia y mortalidad hospitalarias⁶².

En muchas ocasiones la respuesta se demora en exceso. Un corto periodo de respuesta a la interconsulta, un traslado de servicio en el momento oportuno y un seguimiento adecuado mejoran la calidad asistencial^{25,63}. Esta actitud también ayuda a mejorar la relación con el médico responsable del enfermo⁶³. También mejoran el

proceso de interconsulta realizar recomendaciones breves y concretas y evitar la condescendencia en el trato⁶³.

Mejorar todo lo posible el sistema de interconsultas, en especial los mecanismos de comunicación entre los médicos implicados, creando guías y normas locales de funcionamiento con la implicación activa de la dirección del hospital³³. Intentar reducir las procurando concentrarlas en Medicina Interna. El internista es especialmente adecuado para pacientes con múltiples procesos o varias enfermedades crónicas, y para aquel enfermo que requiera interconsulta a dos o más especialistas¹⁸. Además, en atención a su polivalencia y capacidad de enfoque multidisciplinar, es el especialista más requerido por los servicios quirúrgicos^{56,127}, probablemente porque tienen mejores resultados y originan menos costes que los especialistas en la resolución de las interconsultas⁵⁴.

Implantar y desarrollar la asistencia compartida²⁸, ya que reduce el número de interconsultas y mejora la coordinación de la asistencia médica al paciente por los diversos facultativos que pudieran estar implicados^{128,129}.

Limitaciones del estudio

Este trabajo tiene varias limitaciones. Se trata de un estudio retrospectivo y con información obtenida a partir de bases de datos administrativas, lo que podría restar precisión a los datos. Sin embargo, estas bases parecen tener una buena concordancia con los registros clínicos¹³⁰.

El estudio ha sido realizado en un único hospital con algunas características especiales que podrían dificultar la extrapolación de los resultados a otros centros. Solo se han analizado las interconsultas solicitadas mediante la aplicación informática y en horario laboral, pero parece que el comportamiento de las interconsultas realizadas fuera de este horario es muy similar a las realizadas dentro de dicho horario⁷⁵.

Una limitación es que no hay un protocolo sobre el funcionamiento de la interconsulta y cada servicio establece sus propios criterios. Algunos indican que se les ponga un nuevo PIC para ver resultados de pruebas que han pedido en un primer PIC. Por otro lado, los motivos para solicitar las interconsultas suelen ser variados, desde la valoración de un paciente, ver resultados de pruebas solicitadas, hasta, incluso, la repetición de una interconsulta. No hemos tenido en cuenta factores distorsionadores de los resultados, como la duplicidad o repetición de interconsultas²⁷. Desconocemos el efecto que pueda tener el tipo de respuesta (como recomendaciones o como órdenes) en el resultado de la interconsulta, dato importante ya que cuando se contestan como recomendaciones probablemente sólo se siguen el 50% de las mismas⁷⁸.

Prácticamente no hay literatura que analice las diversas características de las interconsultas, y la que existe es muy escasa y limitada casi en su totalidad a estudios descriptivos de la actividad por parte de una especialidad (NRL, URO, ORL, MI). Este hecho impide comparar los resultados obtenidos en este estudio.

6. CONCLUSIONES

Del presente trabajo podemos extraer las siguientes conclusiones:

1. El número de solicitudes de interconsultas hospitalarias es muy alto, una por cada dos pacientes ingresados. Uno de cada 5 pacientes tiene, al menos, una interconsulta pedida.
2. Los enfermos a los que se les solicita una interconsulta son más frecuentemente varones, y tienen más edad y comorbilidad que aquellos sin interconsulta pedida.
3. Los pacientes a los que se solicita una interconsulta tienen mayor estancia y mortalidad hospitalarias, y más reingresos y estancias en UCI.
4. Las interconsultas suponen una alta carga de trabajo para los consultores.
5. Las interconsultas tienen muchos problemas que hacen que sean un sistema que no funciona bien, poco eficaz y caro.
6. Se solicitan cuando ya ha aparecido una complicación.
7. Existe una variabilidad estacional y semanal en la solicitud de interconsultas.
8. Los pacientes del Área Médica son los que tienen más interconsultas solicitadas.
9. La actividad de interconsultas de los diferentes servicios médicos difiere mucho entre ellos, siendo los de mayor actividad los que tienen menos carga de hospitalización.
10. El Área Quirúrgica solicita menos interconsultas y tiene mejores parámetros asistenciales que el área Médica, en relación con las características generales de sus pacientes. Solicita más interconsultas preferentes, en su mayoría postoperatorias, y más al Área Otros que el Área Médica.

11. La actividad de interconsultas de los diferentes servicios quirúrgicos difiere mucho entre ellos, siendo los de mayor actividad los que tienen menos carga de hospitalización.
12. En Obstetricia, aunque las pacientes son muy diferentes a las de las Áreas Médica y Quirúrgica, el comportamiento general de la solicitud de interconsulta es similar en los resultados asistenciales, pero diferente en estacionalidad y días de la semana.
13. El Área Otros funciona como servicios centrales, solicitando ella misma muy pocas interconsultas. Su actividad va paralela a la del resto del hospital, en especial a la del Área Quirúrgica.
14. El estudio y conocimiento de las características y comportamiento de la solicitud de interconsultas podría permitir tomar medidas para mejorar su funcionamiento y resultados.

7. BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. López Piñero JM. La medicina en la historia. Madrid: La Esfera de los Libros; 2002. p. 40.
2. Hipócrates de Cos. Tratados hipocráticos (vol. 1), Preceptos. Madrid: Editorial Gredos; 1983. p. 316-7.
3. López Piñero JM. La medicina en la historia. Madrid: La Esfera de los Libros; 2002. p. 99.
4. León Sanz P. Las consultas médicas en la España del siglo XVIII: Razones de su existencia. *Asclepio*. 2002; 54: 61-82.
5. Linden DE. Gabriele Zerbi's *De cautelis medicorum* and the tradition of medical prudence. *Bull Hist Med*. 1999; 73: 19-37.
6. Pardo Tomás J, Martínez Vidal A. Las consultas y juntas de médicos como escenarios de controversia científica y práctica médica en la época de los *novatores* (1687-1725). *Dynamis*. 2002; 22: 303-25.
7. Jarcho S. Clinical consultations and letters by Ippolito Francesco Albertini, Francesco Torti, and other physicians. Boston: Science History Publications; 1989.
8. Barroux G. La relation médecin-patient dans les consultations épistolaires (XVIe-XVIIIe siècles). *Med Sci (Paris)*. 2014; 30: 311-8.
9. León P. La consulta médica. Una práctica de la medicina en el siglo XVIII. *Dynamis*. 2002; 22: 279-302.
10. Pellaz y Espinosa M. Espejo verdadero de consultas, que con lvz participada de los Principes de la Medicina se manifiesta para vtilidad de muchos. Madrid; 1708. Disponible en: http://books.google.es/books/ucm?vid=UCM5325113016&printsec=frontcover&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false (accedido el 21 de agosto de 2014).
11. Etxabe Díaz R. Diccionario de refranes comentado. Madrid: Ediciones de la Torre; 2010.
12. Haddy RI, Haddy TB. 113 letters from the Mayo Clinic: a pattern of medical referrals in the early 20th century. *Mayo Clin Proc*. 2002; 77: 213-5.
13. Loudon I. The principle of referral: the gatekeeping role of the GP. *Br J Gen Pract*. 2008; 58: 128-30.

14. Diz-Lois Martínez F, Montes Santiago J. Historia breve de la medicina interna. En: La Medicina Interna como modelo de práctica clínica. Coruña: Sociedade Galega de Medicina Interna; 2008. p. 25-42.
15. Moore RA, Kammerer WS, McGlynn TJ, Trautlein JJ, Burnside JW. Consultations in internal medicine: A training program resource. *J Med Educ.* 1977; 52: 323-7
16. Goldman L, Lee T, Rudd P. Ten commandments for effective consultations. *Arch Intern Med.* 1983; 143: 1753-5.
17. Burke GR, Corman LC. The general medicine consult service in a university teaching hospital. *Med Clin North Am.* 1979; 63: 1353-7.
18. Charlson ME, Cohen RP, Sears CL. General medicine consultation. Lessons from a clinical service. *Am J Med.* 1983; 75: 121-8.
19. Kammerer WS, Gross RJ. Medical Consultation. Role of the internist on surgical, obstetric, and psychiatric services. Baltimore: Williams & Wilkins; 1983.
20. Goldmann DR, Brown FH, Guarnieri DM. Perioperative Medicine. New York: McGraw-Hill, Health Professions Division; 1994.
21. Smith G, Nicolson M. An oral history of general practice 6: Beyond the practice: the changing relationship with secondary care. *Br J Gen Pract.* 2002; 52: 956-7.
22. Campbell AD. Consultations then and now. *CMAJ.* 1992; 147: 205-8.
23. Lobo A, Campayo A. Psiquiatría de enlace. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA. Manual de Psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad; 2009. p. 651-9.
24. Fraile de Abajo L, Abreu Galán MA, Muñoz García JC, Álvarez Montero S, Álamo Antúnez A, Freyro Seguí JE. El médico de familia y el hospital. Análisis del proceso de interconsulta desde una unidad docente de medicina familiar y comunitaria. *Med Clin (Barc).* 1986; 86: 405-9.
25. Díaz Peromingo JA, Grandes Ibáñez J, Castro Paredes B, Cabezas Agrícola JM, de la Iglesia Martínez R, Baeza Barrantes FJ. Estudio de la interconsulta en un Servicio de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 1999; 199: 66-72.
26. Porcel JM, Casademont J, Capdevila JA, Selva-O'Callaghan A. Medicina consultiva: Problemas médicos del paciente quirúrgico. Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida; 2009.
27. Montero Ruiz E, Monte Secades R y por el Subgrupo de Trabajo de Asistencia Compartida e Interconsultas (Grupo de Trabajo de Gestión Clínica) de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Definiciones de la actividad de Medicina Interna fuera de su propio servicio. *Rev Clin Esp.* 2015; 215: 182-5.

28. Montero Ruiz E, por el Grupo de Trabajo de Asistencia Compartida e Interconsultas de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Asistencia compartida (*comanagement*). Rev Clin Esp. 2016; 216: 27-33.
29. 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.
30. 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.
31. Diccionario de Términos Médicos. Real Academia Nacional de Medicina. Madrid: Medicina Panamericana; 2011.
32. Gross RJ, Caputo GM. General Medical Consultation Service: The role of the internist. En: Gross RJ, Caputo GM, editores. Kammerer and Gross' Medical Consultation: The internist on surgical, obstetric, and psychiatric services. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998. p. 1-8.
33. Monte-Secades R, Montero-Ruiz E, Gil-Díaz A, Castiella-Herrero J, por el Grupo de Asistencia Compartida e Interconsultas de la Sociedad Española de Medicina Interna. Principios generales de la interconsulta médica en enfermos hospitalizados. Rev Clin Esp. 2016; 216: 34-7.
34. Monte-Secades R, Montero-Ruiz E, Feyjoo-Casero J, González-Anglada M, Freire-Romero A, Gil-Díaz A, et al. Análisis de la actividad de interconsulta realizada por los servicios de medicina interna. Estudio REINA-SEMI: Registro de Interconsultas y Asistencia Compartida de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2018 (en prensa) <https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.03.014>.
35. Siegal E. Co-management of the surgical patient. En: Jaffer AK, Grant PJ, editores. Perioperative Medicine. Medical consultation and comanagement. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2012. p. 11-9.
36. Montero Ruiz E, Selva O'Callaghan A, Capdevila Morell JA, Porcel Pérez JM, Casademont Pou J. Introducción a la medicina perioperatoria. En: Casademont Pou J, Porcel Pérez JM, Capdevila Morell JA, Selva O'Callaghan A, Montero Ruiz E, editores. Medicina Perioperatoria. Barcelona: Elsevier España; 2013. p.1-5.
37. Montero Ruiz E, Pérez Sánchez L, Gómez Ayerbe C, Barbero Allende JM, García Sánchez M, López Álvarez J. Factores que influyen en la solicitud de

- interconsultas a medicina interna por los servicios quirúrgicos. *Cir Esp.* 2011; 89:106-11.
38. Bainbridge D, Martin J, Arango M, Cheng D, Evidence-based Perioperative Clinical Outcomes Research (EPICOR) Group. Perioperative and anaesthetic-related mortality in developed and developing countries: A systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2012; 380 (9847): 1075-81.
39. Huffman J, Halperin AK. Co-management of the surgical patient: Perspectives from medical consultants and surgeons. *Northeast Fla Med.* 2008; 59: 11-3.
40. Kennedy JM, van Rij AM, Spears GF, Pettigrew RA, Tucker IG. Polypharmacy in a general surgical unit and consequences of drug withdrawal. *Br J Clin Pharmacol.* 2000; 49: 353-62.
41. Roure Nuez C, González Navarro M, González Valdivieso J, Fuster Barrera M, Broto Sumalla A, Sarlé Rubí J, et al. Efectividad de un programa de conciliación perioperatoria de la medicación crónica en pacientes de cirugía programada. *Med Clin (Barc).* 2012; 139: 662-7.
42. Grant PJ, Cohn SL, Jaffer AK, Smetana GW. Update in perioperative medicine 2011. *J Gen Intern Med.* 2011; 26: 1358-63.
43. García E, Crespo, M, Lobo A. Resultados del estudio del European Consultation Liaison Workgroup en España, sobre efectividad de los servicios de psiquiatría de interconsulta y enlace, datos preliminares. *Archivos de Neurobiología (Madrid)* 1977; 2: 23-33.
44. Enns SM, Wynn T, Muma RD, Lary MJ. Examining attitudes of specialist physicians regarding physician assistant referrals. *J Allied Health.* 2003; 32: 270-4.
45. Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M, Sussman AJ, Fairchild DG, Bates DW. Communication breakdown in the outpatient referral process. *J Gen Intern Med.* 2000; 15: 626-31.
46. Sibert L, Lachkar A, Grise P, Charlin B, Lechevallier J, Weber J. Communication between consultants and referring physicians: a qualitative study to define learning and assessment objectives in a specialty residency program. *Teach Learn Med.* 2002; 14: 15-9.
47. López Pérez J, López Álvarez J, Montero Ruiz E. Características diferenciales de los pacientes del Grupo Relacionado con el Diagnóstico (GRD) 541 que reingresan. *Rev Calid Asist.* 2015; 30: 237-42.

48. Wadhwa A, Lingard L. A qualitative study examining tensions in interdoctor telephone consultations. *Med Educ.* 2006; 40: 759-67.
49. Pérez Sánchez L, Rebollar Merino A, Barbero Allende J, Culebras López A, Agudo Alonso R, García Sánchez M, et al. Incremento de las solicitudes de interconsultas hospitalarias. *Rev Clin Esp.* 2015; 215 (Espec Congr): 130.
50. Montero Muñoz J, Martínez Carrasco S, Montero Ruiz E. ¿Existe una creciente dificultad en el manejo de los pacientes hospitalizados en servicios médicos? *Rev Clin Esp.* 2018; 218: 43-7.
51. Borowsky SJ, Rubenstein LV, Skootsky SA, Shapiro MF. Referrals by general internists and internal medicine trainees in an academic medicine practice. *Am J Manag Care.* 1997; 3: 1679-87.
52. Franks P, Williams GC, Zwanziger J, Mooney C, Sorbero M. Why do physicians vary so widely in their referral rates? *J Gen Intern Med.* 2000; 15: 163-8.
53. Horner K, Wagner E, Tufano J. Electronic consultations between primary and specialty care clinicians: Early insights. *Issue Brief (Commonw Fund).* 2011; 23: 1-14.
54. Auerbach AD, Rasic MA, Sehgal N, Ide B, Stone B, Maselli J. Opportunity missed: Medical consultation, resource use, and quality of care of patients undergoing major surgery. *Arch Intern Med.* 2007; 167: 2338-44.
55. George I. What is a good consultant? View from New Zealand. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1987; 294: 1471-2.
56. 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.
57. 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.
58. O'Neill E, Humphreys H, Smyth E. Impact of recommendations by clinical microbiologists on antimicrobial treatment in the intensive care units of a Dublin teaching hospital. *Clin Infect Dis.* 2005; 40: 636-7.
59. Buske L. Experiences with referrals: Results of two surveys. *Canadian Collaborative Centre for Physician Resources Bulletin.* 2012.

60. Hackner D, Tu G, Braunstein GD, Ault M, Weingarten S, Mohsenifar Z. The value of a hospitalist service: Efficient care for the aging population. *Chest*. 2001; 119: 580-9.
61. Montero Ruiz E, López Álvarez J. La interconsulta médica: problemas y soluciones. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 488-90.
62. Montero Ruiz E, Rebollar Merino A, García Sánchez M, Culebras López A, Barbero Allende JM, López Álvarez J. Análisis de las interconsultas hospitalarias al servicio de medicina interna. *Rev Clin Esp*. 2014; 214: 192-7.
63. Monte Secades R, Rabuñal Rey R, Rigueiro Veloso MT, García Pais MJ, Casariego Vales E, Guerrero Lombardía J. Papel del internista como consultor de servicios quirúrgicos. *Rev Clin Esp*. 2004; 204: 345-50.
64. Montero Ruiz E, Rebollar Merino Á, Melgar Molero V, Barbero Allende JM, Culebras López A, López Álvarez J. Problemas en la transmisión de información durante el proceso de la interconsulta médica hospitalaria. *Rev Calid Asist*. 2014; 29: 3-9.
65. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009; 360: 491-9.
66. Ingle RF, Levin JB. A comparison of the referral rates of trainees and trainers in an academic teaching practice. *SA Fam Pract*. 2004; 46: 21-5.
67. Montero Ruiz E, Pérez Sánchez L, Barbero Allende JM, García Sánchez M. Efecto llamada/rechazo en los cirujanos generales al solicitar interconsultas a Medicina Interna. *Cir Esp*. 2011; 89: 479-82.
68. Cohn SL. The role of the medical consultant. *Med Clin North Am*. 2003; 87: 1-6.
69. Gandhi TK, Kachalia A, Thomas EJ, Puopolo AL, Yoon C, Brennan TA, et al. Missed and delayed diagnoses in the ambulatory setting: a study of closed malpractice claims. *Ann Intern Med*. 2006; 145: 488-96.
70. Mehrotra A, Forrest CB, Lin CY. Dropping the baton: specialty referrals in the United States. *Milbank Q*. 2011; 89: 39-68.
71. Emanuel LL, Richter J. The consultant and the patient-physician relationship. A trilateral deliberative model. *Arch Intern Med*. 1994; 154: 1785-90.
72. 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.

73. Taibo MA, Gómez Palacios A, Zorraquino A, Gutiérrez MT, Barrios B, García Blanco A, Iturburi I, Bilbao J, Méndez J. Repercusión del modelo de pase de visita en la estancia hospitalaria de una unidad quirúrgica. *Rev Calid Asist.* 2005; 20: 235-6.
74. Tejedor J, Moro J, Zancajo JL, González MJ. Identificación de la estancia apropiada en cuatro GRD quirúrgicos como aportaciones al ciclo de mejora de la calidad. *Rev Calid Asist.* 1999; 14: 767-72.
75. Tudela P, Rego MJ, Tor J, Estrada O, Mòdol JM, Sahuquillo JC. Análisis de los avisos internos al equipo de guardia del área médica en un hospital general. *Med Clin (Barc).* 2000; 114: 730-1.
76. 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.
77. Conley J, Jordan M, Ghali WA. Audit of the consultation process on general internal medicine services. *Qual Saf Health Care.* 2009; 18: 59-62.
78. Were MC, Abernathy G, Hui SL, Kempf C, Weiner M. Using computerized provider order entry and clinical decision support to improve referring physicians' implementation of consultants' medical recommendations. *J Am Med Inform Assoc.* 2009; 16: 196-202.
79. Baumgartner BT, Karas V, Kildow BJ, Cunningham DJ, Klement MR, Green CL, et al. Inpatient consults and complications during primary total joint arthroplasty in a bundled care model. *J Arthroplasty.* 2018; 33: 973-975.
80. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med.* 2002; 162: 2269-76.
81. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet.* 2012; 380 (9836): 37-43.
82. Donohoe MT, Kravitz RL, Wheeler DB, Chandra R, Chen A, Humphries N. Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists. *J Gen Intern Med.* 1999; 14: 281-6.
83. Pupa Jr LE, Coventry JA, Hanley JF, Carpenter J. Factors affecting compliance for general medicine consultations to non-internists. *Am J Med.* 1986; 81: 508-14.
84. Lee T, Pappius EM, Goldman L. Impact of inter-physician communication on the effectiveness of medical consultations. *Am J Med.* 1983; 74: 106-12.

85. Montero Ruiz E, López Álvarez J. Transferencias de responsabilidad entre médicos: problemas y soluciones. *Rev Calid Asist.* 2014; 29: 116-23.
86. Pearson SD. Principles of generalist-specialist relationships. *J Gen Intern Med.* 1999; 14: S13-20.
87. Arora VM, Farnan JM. Care transitions for hospitalized patients. *Med Clin North Am.* 2008; 92: 315-24.
88. Carrero Cardenal EJ. Reflexiones sobre las interconsultas en anestesiología. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2001; 48: 159-162.
89. Taylor JB, Stern TA. Conflicts between consultants and consultees: Causes, consequences, and corrective actions. *Psychosomatics.* 2013; 54: 479-83.
90. 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.
91. Pausjenssen L, Ward HA, Card SE. An internist's role in perioperative medicine: A survey of surgeons' opinions. *BMC Fam Pract.* 2008; 9: 4.
92. 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.
93. Monte Secades R, Rabuñal Rey R, Pena Zemsch M, Bal Alvarado M. Adscripción de un internista a un servicio de cirugía ortopédica y traumatología: encuesta de satisfacción. *Rev Clin Esp.* 2011; 211: 267-274.
94. Gluck R, Muñoz E, Wise L. Preoperative and postoperative medical evaluation of surgical patients. *Am J Surg.* 1988; 155: 730-4.
95. Golden WE, Lavender RC. Preoperative cardiac consultations in a teaching hospital. *South Med J.* 1989; 82: 292-5.
96. Deyo RA. The internist as consultant. *Arch Intern Med* 1980; 140: 137-8.
97. Klein LE, Levine DM, Moore RD, Kirby SM. The preoperative consultation. Response to internist's recommendations. *Arch Intern Med* 1983; 143: 743-4.
98. Bomalaski J, Marti G, Webster J. General Internal Medicine consultation. *Arch Intern Med* 1983; 143:875-6.
99. Gotlib Conn L, Reeves S, Dainty K, Kenaszchuk C, Zwarenstein M. Interprofessional communication with hospitalist and consultant physicians in general internal medicine: A qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2012; 12: 437.

100. Ackery AD, Adams JW, Brooks SC, Detsky AS. How to give a consultation and how to get a consultation. *CJEM*. 2011; 13: 169-71.
101. O'Malley NT, O'Daly B, Harty JA, Quinlan W. Inpatient consultations to an orthopaedic service: The hidden workload. *Ir J Med Sci*. 2011; 180: 855-8.
102. Mollema R, Berger P, Girbes AR. The value of peri-operative consultation on a general surgical ward by the internist. *Neth J Med*. 2000; 56: 7-11.
103. Boerma EC, Muller HP, vd Wetering J. Perioperative assessment; what is the question? *Neth J Med*. 2000; 56: 1-3.
104. Grol R, Rooijackers-Lemmers N, van Kaathoven L, Wollersheim H, Mokkink H. Communication at the interface: Do better referral letters produce better consultant replies? *Br J Gen Pract*. 2003; 53: 217-9.
105. Navarro Medina P, Blanco Diez A, Alvarado Rodríguez A, Barroso Deyne E, Artilés Hernández JL, Chesa Ponce N. Valoración de las interconsultas realizadas a un servicio de urología, a nivel hospitalario. *Actas Urol Esp*. 2009; 33: 304-308.
106. Batista Miranda JE, Errando Smet C, Ponce de León Roca J, Caicedo Caicedo P, Fariña Pérez L. Interconsultas urológicas en un hospital general: análisis de 100 interconsultas consecutivas. *Arch Esp Urol*. 1994; 47: 307-311.
107. Cruz-Velarde JA, Gil de Castro R, Vázquez-Allén P, Ochoa-Mulas M. Estudio de la interconsulta intrahospitalaria a un servicio de neurología. *Neurología*. 2000; 15: 199-202.
108. Más Sesé G, Hernández Hortelano E, González Caballero G, Martín Bautista D, Plaza Macías I, Sola D, et al. Estudio descriptivo de las interconsultas realizadas a un servicio de neurología. *Neurología*. 2006; 21: 400-404.
109. F.J. Barrero-Hernández, D. Muñuzuri-Sanz, A. Casado-Torres. Estudio descriptivo de las interconsultas intrahospitalarias a un servicio de Neurología. *Rev Neurol*. 2003; 36: 1001-4.
110. García Cano F.J, A. Sánchez del Hoyo, M. Zabaleta López, J.L. Lacosta Nicolás, I. Martínez Torres, J.A. Preciado López. Epidemiología descriptiva de las interconsultas hospitalarias realizadas al servicio de OLR durante un año en el complejo hospitalario San Millán-San Pedro. *An Otorrinolaringol Ibero Am*. 2001; 28: 487-500.

111. González-Montalvo JI, Alarcón T, Sáez P, Bárcena A, Gotor P, del Río M. La intervención geriátrica puede mejorar el curso clínico de los ancianos frágiles con fractura de cadera. *Med Clin (Barc)*. 2001; 116: 1-5.
112. Cruz AJ, Serra JA, Lázaro M, Gil P, Ribera JM. La eficacia de la interconsulta geriátrica en pacientes ancianos ingresados en traumatología. *An Med Intern (Madrid)* 1994; 11: 273-7.
113. Reig L, Fernández M, García I. Control geriátrico de pacientes ingresados en Traumatología. *An Med Intern (Madrid)* 1996; 13: 305-6.
114. Luengo A, Parra J, Fernández MJ, Colás J, Muñoz A. Interrelación entre Atención Primaria y asistencia neurológica. *Rev Neurol*. 1996; 24: 69-72.
115. Méndez López I, Etxeberria Lecuona D. Organización del trabajo de las interconsultas recibidas desde servicios quirúrgicos en los servicios de medicina interna. *Rev Clin Esp*. 2011; 211: 61-3.
116. 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.
117. 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.
118. Quan H, Li B, Couris CM, Fushimi K, Graham P, Hider P, et al. Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. *Am J Epidemiol*. 2011; 173: 676-82.
119. Martínez Velilla NI, de Gaminde Inda I. Índices de comorbilidad y multimorbilidad en el paciente anciano. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 441-6.
120. Carnero Gómez, R; Rodríguez Barrios, JM. Impacto de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) en los *medical devices*. *Revista Economía de la Salud*. 2006; 5: 216-22.
121. Decreto 89/1999, de 10 de junio, por el que se regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al Alta Hospitalaria y Cirugía Ambulatoria, en la Comunidad de Madrid.
122. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE 298. 14-12-1999: 43088-99.

123. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274. 15-11-2002: 40126-32.
124. Monk TG, Saini V, Weldon BC, Sigl JC. Anesthetic management and one-year mortality after noncardiac surgery. *Anesth Analg*. 2005; 100: 4-10.
125. 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.
126. Mehta RL, McDonald B, Gabbai F, Pahl M, Farkas A, Pascual MT, et al. Nephrology consultation in acute renal failure: Does timing matter? *Am J Med*. 2002; 113: 456-61.
127. Kuo YF, Sharma G, Freeman JL, Goodwin JS. Growth in the care of older patients by hospitalists in the United States. *N Engl J Med*. 2009; 360: 1102-12.
128. Gittell JH, Weinberg DB, Bennett AL, Miller JA. Is the doctor in? A relational approach to job design and the coordination of work. *Hum Resour Manage*. 2008; 47: 729-55.
129. Hinami K, Whelan CT, Konetzka RT, Edelson DP, Casalino LP, Meltzer DO. Effects of provider characteristics on care coordination under comanagement. *J Hosp Med*. 2010; 5: 508-13.
130. Guijarro R, Montes J, Sanromán C, Monreal M. for the RIETE Investigators Venous thromboembolism in Spain. Comparison between an administrative database and the RIETE registry. *Eur J Intern Med*. 2008; 19: 443-6.