

Valoración de las interconsultas realizadas al Servicio de Urología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

Dr. Navarro Medina, P.; Dr. Blanco Díez, A.; Dr. Alvarado Rodríguez, A.; Dr. Barroso Deyne, E.; Dr. Artilles Hernández, J.L.; Dr. Chesa Ponce, N.

Palabras Claves

Interconsultas, Urología, Hospitalaria

Objetivo

Los objetivos principales de este estudio fue valorar la calidad de la información contenida, las características de las interconsultas (IC) y así como conocer la actuación realizada por el servicio de Urología en nuestro hospital.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo observacional donde fueron analizados los documentos de IC recogidos por el servicio de Urología durante 8 meses. Se utilizaron criterios de calidad previamente definidos por Irazábal et al (modificado) y Batista Miranda JE et al.

Resultados

Fueron recogidos un total de 411 IC, llegadas al servicio de forma consecutiva. Procedentes de 27 servicios hospitalarios. El 82,2% de los pacientes derivados fueron varones. La edad media de los pacientes fue de 63,25 años. 192 pacientes tenían antecedentes personales urológicos de interés (47%). Las IC se agruparon en 27 motivos diferentes. El motivo de consulta más frecuente fue el incidentaloma con 21,5%. Respecto al grado de cumplimiento del documento de IC: había constancia de datos de filiación (96,3%), una descripción de la sintomatología adecuada en el 68,2% y la exploración física aparecía reflejada en el 8,8% del total de las IC. Fueron solicitadas como IC normales el 63,4%, preferentes 25% y urgentes 11,7%. Los días de respuesta a las IC fue de media de 1,45 días con desviación típica de 1,65 días. Según los criterios establecidos, para clasificar los documentos por nivel de adecuación, fueron catalogadas como inapropiadas al 32,9% de las IC (n= 135). Fueron clasificadas en grado 1 el 44,6% (n= 183), grado 2 el 20% (n= 82) y grado 3 el 2,4% (n= 10). La actitud que se tomó: se remitió a Consultas Externas de Urología al 10,5% del total de las IC, al Centro de Atención Especializada al 7,8%, se solicitó pruebas complementarias al 7,8%, se remitió al Pruebas funcionales de Urología, para la realización de alguna prueba complementaria a 61 pacientes (14,9%), se presentó en Sesión Clínica de Urología al 5,6% de los pacientes, se trasladó al Servicio de Urología a 2 pacientes (0,5%) y se tomó alguna otra actitud terapéutica en el 19,6%, estos resultados tuvieron una significación de $p=0,000$.

Conclusiones

En nuestro estudio, observamos un alto porcentaje en cuanto a la constancia de los datos de filiación ligeramente inferior en la descripción de la sintomatología y considerados bajos en la exploración física. Un alto porcentaje de IC consideradas inapropiadas. Respecto a la actitud que tomó el Servicio de Urología, quizás hubo una infrautilización de la Unidad de Pruebas funcionales. Hasta el momento y bajo nuestro conocimiento sólo existe un estudio realizado en el ámbito de las IC realizadas al Servicio de Urología en un Hospital de tercer nivel y creemos que la realización de estudios mejoraría la calidad de la asistencia a los pacientes.

Introducción

El sistema actual de relación entre los diversos servicios asistenciales hospitalarios se fundamenta en la interconsulta (IC) médica. Esta actividad es de gran importancia para el correcto funcionamiento de los diferentes servicios, ya que cumple la función de aportar conocimientos específicos a otras especialidades no familiarizadas con la causa de la IC correspondiente. Sin embargo, puede suponer una elevada carga de trabajo para el servicio al que se solicita. A pesar de su interés, pocos trabajos la han estudiado con una profundidad suficiente y en el caso concreto de la Urología, y bajo nuestro conocimiento sólo ha sido publicado los resultados de una serie de pacientes¹. En nuestro país los trabajos publicados se centran en la interrelación entre Atención Primaria y Especializada⁵.

No obstante, tenemos la impresión de que la comunicación entre ambos en nuestro medio es deficiente. Siendo diversos elementos los posibles causantes de la descoordinación en el sistema: déficit de recursos, tiempo, sobrecarga asistencial, fallos en el canal de comunicación y falta de respuesta del médico consultado.

Los objetivos principales de este estudio fue valorar la calidad de la información contenida y las características de las interconsultas, así como conocer la actuación realizada por el servicio de Urología en nuestro hospital. Como objetivos secundarios nos propusimos conocer las características demográficas

de la población, describir la distribución de las especialidades demandantes, el carácter preferencial del documento, la frecuencia de la misma y el tipo de patología atendida.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo observacional donde fueron analizados los documentos de interconsulta, llegados al Servicio de Urología. Procedentes de 27 servicios (10 quirúrgicos y 17 médicos), del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, con pacientes mayores de 14 años que consultaron durante 9 meses.

El circuito habitual que sigue el documento de interconsulta en nuestro hospital es el siguiente: el médico consultor realiza la IC y lo entrega a la enfermero/a o supervisor/a de enfermería quién lo entrega íntegro a un/a celador/a y éste lo lleva en mano a la secretaría del servicio consultado (en este caso Urología). En nuestro servicio no mantiene a un urólogo, con dedicación exclusiva a la resolución de IC. Pero si mantiene a un urólogo de forma permanente localizado, por lo que las IC urgentes pueden ser solicitadas por este medio o a través del buscapersonas, con una respuesta inmediata. Por lo que, las IC procedentes del Servicio de Urgencias y un porcentaje importante de las realizadas desde los pacientes hospitalizados en las plantas, no están reflejados en el presente estudio.

Las variables recogidas en el documento de interconsulta para valorar el cumplimiento y el nivel de calidad del mismo, así como para conocer las características demográficas de la población derivada fueron las siguientes: edad del paciente, sexo, especialidad que la realiza, carácter con el que se requiere la contestación (urgente, preferente o normal, filiación del paciente, referencia a antecedentes personales urológicos de interés, referencia a medicación habitual, referencia a sintomatología, referencia a exploración fi-

sica, referencia a medidas terapéuticas para el proceso actual, motivo de la consulta. Para la valoración de la calidad se utilizaron criterios de calidad previamente utilizados en otros estudios Rubio et al 2 (tabla 1) modificándolas parcialmente y las aportaciones realizadas por Batista Miranda JE et al 3 (tablas 1 y 2).

Por otro lado, fueron analizados las variables correspondientes a nuestro servicio; días de respuesta, decisión tomada por el urólogo (pe ajuste de tratamiento, remisión a consultas externas de urología, pruebas funcionales de urología, etc).

En la evaluación, los Urólogos, resto de facultativos así como personal sanitario como administrativo desconocían que se estaba realizando la recogida de los documentos.

Para el análisis de los datos del estudio se utilizó el programa informático SPSS en su versión 11.5.

Resultados

Fueron recogidos un total de 411 documentos de interconsultas, llegadas al servicio de forma consecutiva. Procedentes de 27 servicios (10 quirúrgicos y 17 médicos), de las cuales 309 IC de servicios médicos (27,6% procedían del servicio de Medicina Interna) y 101 de servicios quirúrgicos (14,4% procedentes del servicio de Cirugía General y Digestiva).

El 18,8% de los pacientes derivados fueron mujeres (n = 77). La edad media de los pacientes remitidos fue de 63,25 años con una desviación típica de 17,11 años (máximo 98 años y mínimo 15 años). 192 pacientes tenían antecedentes personales urológicos de interés (47%). De estos el 58,6% eran mayores de 65 años. Sin haber diferencias significativas entre servicios médicos y quirúrgicos. 47,6%

1. Constancia de datos de filiación
2. Legibilidad
3. Referencia antecedentes personales
4. Referencia medicación habitual
5. Referencia sintomatología
6. Referencia exploración física
7. Referencia pruebas complementarias
8. Referencia medidas terapéuticas para el proceso actual
9. Figura diagnóstico de prevención o diagnóstico diferencial
10. Motivo de la consulta o derivación.

Tabla 1

Criterios en el cumplimiento del documento de interconsulta

1. Grado 0: inapropiadas (no se toman actitudes terapéuticas, no se remite a Consultas Externas, no se remite a Pruebas Funcionales de Urología ni se solicitan pruebas complementarias)
2. Grado 1: Consultas realizadas por otros especialistas en referencias a problemas urológicos concretos (elevación del PSA)
3. Grado 2: Consultas que precisaban ser resueltas en las siguientes horas (sondaje)
4. Grado 3: Consultas urgentes (derivación urinaria en paciente séptico)

Tabla 2

Criterios de evaluación

y 42,6%, respectivamente (p= 0,003).

Las interconsultas se agruparon en 27 motivos diferentes. El motivo de consulta más frecuente fue el incidentaloma con 21,5% (los hallazgos más frecuentemente encontrados fueron la hidronefrosis por ecografía y TAC, lesión vesical o lesión renal), problemas relacionados con el sondaje 19,2%, hematuria el 13,7% y PSA elevado en el 9,8%. En éstos últimos, el 68,4%, eran mayores de 65 años. Que fueron contestadas por 8 urólogos o residentes de urología, el 74,8 % de las IC fueron realizadas por los segundos.

Respecto al grado de cumplimiento del documento de interconsulta, había constancia de datos de filiación (96,3%), una descripción de la sintomatología adecuada en el 68,2% (76,1% de los servicios médicos y servicios quirúrgicos en el 50,8% p=0,000). La exploración física aparecía reflejada en el 8,8% del total de las IC, sin diferencias significativas entre servicios médicos ni quirúrgicos. Y ya se habían solicitado las pruebas complementarias necesarias al 21%.

Fueron solicitadas como IC normales 260 (63,4%), preferentes 102 (25%) y urgentes 48 (11,7%), no han sido reflejadas las IC realizadas a los buscas (residentes y adjuntos), los pacientes remitidos desde urgencias, y IC realizadas a la Unidad de Pruebas Funcionales de Urología y las interconsultas remitidas desde consultas externas, puesto que estas últimas son gestionadas dentro de éste módulo. El 32,5% de la interconsultas por PSA fueron solicitadas como preferentes (tabla 3).

Los días de respuesta a las IC fue de media de 1,45 días con desviación típica de 1,65 días (mínimo de en las siguientes 24 horas y máximo al 10º día). Se respondieron el mismo día un 36,4% (n= 142), al día siguiente el 31,5% (n= 129) y el 12% (n= 49) a las 48 horas. Y cuando las dividimos en función de la prioridad con la que fue solicitada: Normales media de 1,72 días (Desviación típica de 1,76

días), preferentes media de 1,25 días (Desviación típica de 1,54) y urgentes media de 0,42 días (Desviación típica de 1,02). Véase de forma más detallada (tabla 4).

Según los criterios establecidos, para clasificar los documentos por nivel de adecuación, fueron catalogadas como inapropiadas al 32,9% de las IC (n= 135), siendo el 71% de éstas correspondientes a servicios médicos (p= 0,000).

Fueron clasificadas en grado 1 el 44,6% (n= 183), grado 2 el 20% (n= 82) y grado 3 el 2,4% (n= 10). Si tenemos en cuenta el Grado 2 y 3, se solicitaron como IC normales el 20%, 16,7% preferentes y 50% de las urgentes. Si estudiamos el grado con la que fue clasificada la

IC con el servicio de procedencia ver (tabla 5).

La actitud que tomó el Urólogo o Residente de Urología fueron las siguientes: se remitió a Consultas Externas de Urología al 10,5% del total de las IC (83% de éstas de servicios médicos), al Centro de Atención Especializada al 7,8% (62,5% correspondientes a Servicios médicos), se solicitó pruebas complementarias al 7,8%, se remitió al Pruebas funcionales de Urología, para la realización de alguna prueba complementaria a 61 pacientes (14,9%), se presentó en Sesión Clínica de Urología al 5,6% de los pacientes (n= 23) (dentro de éstas 87% de servicios

		Tipo				
			normal	preferente	urgente	TOTAL
Servicio Re	Recuento	1	0	0	0	1
	% de ServicioRe	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% de Tipo%	100,0%	,0%	,0%	,0%	,2%
	% del total	,2%	,0%	,0%	,0%	,2%
médico	Recuento	0	190	76	43	309
	% de ServicioRe	,0%	61,5%	24,6%	13,9%	100,0%
	% de Tipo%	,0%	73,1%	74,5%	89,6%	75,2%
	% del total	,0%	46,2%	18,5%	10,5%	75,2%
quirúrgico	Recuento	0	70	26	5	101
	% de ServicioRe	,0%	69,3%	25,7%	5,0%	100,0%
	% de Tipo%	,0%	26,9%	25,5%	10,4%	24,6%
	% del total	,0%	17,0%	6,3%	1,2%	24,6%
Total	Recuento	1	260	102	48	411
	% de ServicioRe	,2%	63,3%	24,8%	11,7%	100,0%
	% de Tipo%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	,2%	63,3%	24,8%	11,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	valor	gl	sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	417,015 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	21,049	6	,002
Nº de casos válidos	411		

Tabla 3
Porcentajes de resultados en el Score

médicos), se trasladó al Servicio de Urología a 2 pacientes (0,5%) y se tomó alguna otra actitud terapéutica en el 19,6%, estos resultados tuvieron una significación de $p=0,000$. Por tipo de IC: no se tomó ninguna actitud en el 31,5% de las IC normales, 34,3% de las preferentes y 35,4% de las urgentes. Y la actitud que se tomó con el enfermo, no tuvo diferencias significativas según el médico respondedor ($p=0,016$).

Discusión

El documento de interconsulta en formato papel es la herramienta utilizada en la comunicación

entre ambos especialistas, normalizado en nuestro medio, consiste en una doble hoja autocopiativa con 2 espacios diferenciados: uno para la información aportada por el derivante y otro para la respuesta del consultor. Una de las copias queda en la historia del paciente y la otra es para el servicio consultado.

La importancia de reflejar en este documento una correcta y completa historia médica facilita y orienta sobre el motivo que ha causado la consulta. De igual forma, es fundamental que la actuación del otro especialista llegue al médico para integrar y coordinar la asistencia, para que ésta sea efectiva.

Adicionalmente, una de las cargas de trabajo de un Servicio de Urología es la respuesta a las consultas de especialidades médicas o quirúrgicas para el planteamiento global y solución de problemas, en ocasiones multidisciplinares.

Dos estudios nacionales^{2,3} han analizado la interconsulta en los hospitales, en servicios de Medicina Interna y ambos revelan que, ésta es frecuente (4 casos por cada 100), interesa a individuos con una edad media elevada (65 a 70 años) y atiende a un subgrupo específico de enfermos con patología múltiple, cuya estancia media y mortalidad es alta.

		días respuesta								Total	
		0	1	2	3	4	5	6	7		10
Tipo normal	Recuento	67	83	41	29	18	15	3	3	1	260
	% de Tipo	25,8%	31,9%	15,8%	11,2%	6,9%	5,8%	1,2%	1,2%	,4%	100,0%
	% de días respuesta	47,2%	64,3%	83,7%	78,4%	72,0%	78,9%	100,0%	60,0%	100,0%	63,4%
	% del total	16,3%	20,2%	10,0%	7,1%	4,4%	3,7%	,7%	,7%	,2%	63,4%
preferente	Recuento	37	40	8	5	7	3	0	2	0	102
	% de Tipo	36,3%	39,2%	7,8%	4,9%	6,9%	2,9%	,0%	2,0%	,0%	100,0%
	% de días respuesta	26,1%	31,0%	16,3%	13,5%	28,0%	15,8%	,0%	40,0%	,0%	24,9%
	% del total	9,0%	9,8%	2,0%	1,2%	1,7%	,7%	,0%	,5%	,0%	24,9%
urgente	Recuento	38	6	0	3	0	1	0	0	0	48
	% de Tipo	79,2%	12,5%	,0%	6,3%	,0%	2,1%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% de días respuesta	26,8%	4,7%	,0%	8,1%	,0%	5,3%	,0%	,0%	,0%	11,7%
	% del total	9,3%	1,5%	,0%	,7%	,0%	,2%	,0%	,0%	,0%	11,7%
Total	Recuento	142	129	49	37	25	19	3	5	1	410
	% de Tipo	34,6%	31,5%	12,0%	9,0%	6,1%	4,6%	,7%	1,2%	,2%	100,0%
	% de días respuesta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	34,6%	31,5%	12,0%	9,0%	6,1%	4,6%	,7%	1,2%	,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	valor	gl	sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	63,605 ^a	16	,000
Razón de verosimilitud	69,244	16	,002
Nº de casos válidos	410		

Tabla 4
Porcentajes de resultados en el Score

BIBLIOGRAFÍA		grado de adecuación				TOTAL
		0	1	2	3	
Servicio médico	Recuento	94	144	62	9	309
	% de Servicio	30,4%	46,6%	20,1%	2,9%	100,0%
	% de grado de adecuación	69,6%	78,7%	75,6%	90,0%	75,4%
	% del total	22,9%	35,1%	15,1%	2,2%	75,4%
quirúrgico	Recuento	41	39	20	1	101
	% de Servicio	40,6%	38,6%	19,8%	1,0%	100,0%
	% de grado de adecuación	30,4%	21,3%	24,4%	10,0%	24,6%
	% del total	10,0%	9,5%	4,9%	,2%	24,6%
Total	Recuento	135	183	82	10	410
	% de Servicio	32,9%	44,6%	20,0%	2,4%	100,0%
	% de grado de adecuación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	32,9%	44,6%	20,0%	2,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	valor	gl	sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,637 ^a	3	,200
Razón de verosimilitud	4,800	3	,187
Nº de casos válidos	410		

Tabla 5
Porcentajes de resultados en el Score

Existe una gran variabilidad entre los médicos respecto al número de consultas que realizan a otros especialistas, por lo que resulta difícil valorar la necesidad o conveniencia de las mismas. Factores como la edad, los años trabajados o el grado de formación del médico se han planteado como factores que podrían modificar esta tasa, aunque los datos no son definitivos². La presión asistencial también se ha sugerido como probable factor de influencia. Resultando que, una alta tasa de consultas puede suponer una demanda inapropiada, generando una carga asistencial significativa, aunque por otro lado una baja tasa puede plantear dudas sobre la calidad asistencial recibida.

En nuestro estudio, observamos un alto porcentaje en cuanto a la constancia de los datos de filiación (96,3%), ligeramente inferior en la descripción de la sintomatología y considerados bajos en la exploración (sin diferencias significativas entre servicios médicos ni quirúrgicos). Y esto último, quizás debido al sobreentendimiento de que será el Urólogo quién lo realice.

El alto porcentaje de IC urgentes y preferentes consideradas inapropiadas (mayor a \tilde{R} de cada una de éstas) posiblemente se deba a varios factores: en muchos casos existe una valoración diferente de la urgencia entre el médico que solicita la IC y el que la responde y por otro lado la ur-

gencia de la IC puede ser clasificada como urgencia verdadera, debida a una situación médica grave e inestable, inducida por la intranquilidad del médico responsable del enfermo, urgencia administrativa, originada por una valoración y la provocada por un tiempo de respuesta habitual, considerado por los consultores como prolongado. Aunque sólo disponemos una referencia previa³, donde sólo el 3% resultaban inapropiadas, estamos ante un estudio de 100 IC realizada hace 14 años, en un hospital que no pertenece a nuestro medio.

Respecto a la actitud que tomó el Urólogo o Residente de Urología, quizás hubo una infrutilización de la Unidad de Pruebas funcionales de Urología (14,9% del total de los pacientes), que puede estar asociado a la escasez de recursos destinados a dicha Unidad.

Una importante limitación de este trabajo es que se trata de un estudio retrospectivo descriptivo, aunque existe un “doble ciego”: ni el médico consultor, el facultativo responsable del servicio de urología, el paciente ni ninguno de los miembros del personal implicado en la tramitación de la IC eran conocedores de la realización del presente estudio.

Hasta el momento y bajo nuestro conocimiento sólo existe un estudio realizado en el ámbito de las IC realizadas al Servicio de Urología en un Hospital de tercer nivel, de Batista Miranda JE et al en el año 1994, con características similares.

Y creemos que la realización de estudios para profundizar en el conocimiento y problemática de la IC puede ser de gran utilidad, permitiendo identificar problemas propios de cada centro, incrementar entre los servicios e incluso establecer criterios comunes para las IC.

Todo ello permitirá plantear estrategias para incrementar la calidad de la asistencia a los pacientes y mejorar diversos aspectos de la actividad hospitalaria.

Bibliografía

1. Rubio V, Rodríguez ML, Sanpedro E, Victores C, Alechiguerra A, Barrio JL. Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento de interconsulta. *Aten Primaria*. 2000;26:681-4.
2. Wilkin D, Smith A. Explaining variation in general practitioner referral to hospital. *Fam Prac*. 1987;4:160-9.
3. Batista Miranda JE, Errando Smet C, Ponce de Leon Roca J, Caicedo Caicedo P, Fariña Pérez L. Urologic interconsultation in a general hospital: analysis of 100 consecutive consultations. *Arch Esp Urol*. 1994 Apr;47(3):307-11.
4. Díaz JA, Grandes J, Castro B, Cabezas JM, de la Iglesia R, Baeza FJ. Estudio de la interconsulta en un servicio de Medicina Interna. *Rev Clin Esp* 1999;199:66-72.
5. Monte R, Rabuñal R, Casariego E, Rigueiro MT, García MJ, Guerrero J. Papel del internista como consultor de servicios quirúrgicos. *Rev Clin Esp* 2004;204(7):345-50.