



## ORIGINAL

# Problemas en la transmisión de información durante el proceso de la interconsulta médica hospitalaria

E. Montero Ruiz\*, Á. Rebollar Merino, V. Melgar Molero, J.M. Barbero Allende, A. Culebras López y J. López Álvarez

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

Recibido el 22 de febrero de 2013; aceptado el 29 de abril de 2013  
Disponible en Internet el 17 de enero de 2014

### PALABRAS CLAVE

Remisión y consulta;  
Sistemas de comunicación hospitalarios;  
Pacientes ingresados;  
Medicina Interna;  
Departamento de Cirugía

### Resumen

**Objetivo:** La interconsulta médica (ICM) tiene múltiples problemas, entre ellos están los relacionados con la transmisión oral y escrita de información. Nuestro objetivo es analizar problemas en la transmisión de información relacionada con la ICM, y posibles diferencias entre los servicios del área médica (AM) y quirúrgica (AQ).

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo de las ICM recibidas por Medicina Interna durante 8 meses. Analizamos edad, sexo, servicio peticionario, tipo de ICM, tipo de ingreso, comorbilidad, estancia y mortalidad hospitalarias, duración de la ICM, número de médicos del servicio solicitante responsables del paciente durante la ICM, repetición de ICM, información en la solicitud, historia clínica disponible, contacto verbal, conflicto entre médicos e información en el informe de alta.

**Resultados:** Se recibieron 215 ICM, 66 (30,7%) solicitadas por AM y 149 (69,3%) por AQ. Duración de la ICM 3 días (desviación estándar [DE] 4,8). Médicos responsables 1,7 (DE 1,1). Hubo 43 repeticiones (20%). Urgentes 14 (6,5%). En 6 ICM (9,1%) del AM la información en la solicitud fue mínima y en 21 (27,5%) del AQ. Historia clínica disponible mínima en 2 ICM (3%) del AM y en 50 (33,6%) del AQ. Sin contacto verbal en 33 ICM (15,4%). Conflicto entre médicos 13 (6%). Información aceptable-buena en la solicitud de ICM urgente 100% AM y 80% AQ. Dos de cada 3 ICM sin referencia en el informe de alta.

**Conclusiones:** Durante el proceso de la ICM existen pérdidas significativas en la transmisión de información, mayores en los servicios quirúrgicos que en los médicos.

© 2013 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

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

**KEYWORDS**

Referral and consultation;  
Hospital communication systems;  
Inpatients;  
Internal Medicine;  
Hospital Surgery Department

## Problems in the transmission of information during within-hospital medical consultations and referrals

**Abstract**

*Objective:* Within-hospital medical consultations and referrals (MCR) have many problems, among them are those related to the oral and written transmission of information. Our aim is to analyze problems in the transmission of information related to MCR, and possible differences between medical (MS) and surgical (SS) services.

*Material and methods:* A prospective, observational study was conducted on the MCR requested to Internal Medicine Service over an 8 month period. The following variables were collected: age, sex, the requester, MCR type, type of admission, comorbidity, hospital stay and mortality, length of MCR, the number of physicians responsible for the patient requesting service during the MCR, MCR repeats, information on the request, available medical records, verbal contact, conflict between doctors, and medical information in the discharge summary.

*Results:* Of the total 215 MCR received, 66 (30.7%) were requested by MS, and 149 (69.3%) per SS. MCR duration was 3 days (standard deviation [SD] 4.8. The number of doctors responsible was 1.7 (SD 1.1), with, Repeats 43 (20%) and Urgent 14 (6.5%). Minimum information on the request, 6 (9.1%) MS and 21 (27.5%) SS. Low availability of medical record, 2 (3%) MS and 50 (33.6%) SS. No verbal contact, 33 (15.4%). Conflict between doctors 13 (6%). Information acceptably good in MCR urgent request 100% MS, and 80% SS. Two out of three MCR were without reference to the discharge report.

*Conclusions:* There are significant losses in the transmission of information during the process of the MCR, which is higher in surgical than in medical departments.

© 2013 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

La especialización cada vez más profunda de los médicos y los avances tecnológicos fragmentan la asistencia sanitaria entre muchos facultativos<sup>1</sup>. Esta es una de las causas que provocan en la actualidad un incremento importante en la transmisión de información entre especialistas médicos. El sistema más habitual de comunicación es la interconsulta médica (ICM), mediante el cual un servicio asistencial hospitalario solicita la ayuda de otro servicio. Un cálculo conservador estimó que los servicios de Medicina Interna (MI) españoles recibieron más de 111.000 peticiones de ICM, solo del área quirúrgica, durante el año 2006<sup>2</sup>. Este sistema de colaboración entre servicios presenta múltiples problemas<sup>2</sup> que hacen que la ICM sea poco eficaz<sup>3</sup> y económicamente costosa<sup>4</sup>. Entre estos problemas están los relacionados con la transmisión, oral y escrita, de información relacionada con la ICM. Este es un inconveniente grave, ya que es primordial tener una comunicación y coordinación efectivas entre los diferentes médicos implicados en la atención a un paciente<sup>5,6</sup>. Además, los problemas de comunicación son una de las principales causas de incidentes y errores médicos<sup>7</sup>.

Existen 2 tipos fundamentales de fallos en la transmisión de información, el producido por omisión de contenidos en el que información crítica no es comunicada al haber un aporte inadecuado de información en la solicitud<sup>8,9</sup>, y fallos del proceso de comunicación por letra ilegible, inclusión de información irrelevante, o escaso, muchas veces nulo, contacto verbal entre ambos médicos<sup>10-13</sup>. La comunicación directa entre el solicitante y el consultor es esencial, pero el sistema actual de ICM la dificulta<sup>14</sup>.

Otro inconveniente relacionado con la transmisión de información y la ICM es que esta es una actividad que no suele quedar reflejada en el informe de alta hospitalaria<sup>12,15</sup>,

con las consecuencias asistenciales, de gestión y económicas que ello implica. Disponer de información sobre estos problemas de comunicación es importante para corregir aquellos aspectos que interfieren en el correcto desarrollo de la ICM y en los mecanismos de comunicación implicados.

El objetivo de este estudio es analizar diversos problemas en la transmisión de información relacionada con la ICM, así como sus posibles diferencias entre los servicios médicos y los quirúrgicos.

**Material y métodos**

Nuestro centro es un hospital público universitario ubicado en Alcalá de Henares (Madrid) dotado con cerca de 500 camas y que atiende a una población, mayoritariamente urbana, de 260.000 habitantes. El estudio, observacional y prospectivo, ha incluido a todas las ICM recibidas por MI en horario laboral de lunes a viernes, desde el 1 de septiembre de 2011 hasta el 30 de abril de 2012. Nuestro servicio dispone de una sección específica que se encarga de dar apoyo médico a varios servicios quirúrgicos y de responder las ICM. Las ICM son solicitadas y contestadas por medio de una aplicación informática en la que se recogen los datos de filiación del enfermo, servicio y médico solicitante, servicio y médico que contesta, motivo de la ICM (texto libre), fecha y hora de la petición, fecha y hora de la o las respuestas, fecha y hora del cierre de la ICM y si esta tiene carácter normal o preferente. Las ICM urgentes son solicitadas directamente mediante un busca-personas. Definimos una ICM como urgente si se solicita su respuesta inmediata, preferente si la respuesta se espera en menos de 24 h y normal el resto.

En nuestro hospital el área médica (AM) la componen, además de MI, las especialidades de Alergia,

Cardiología, Digestivo, Endocrinología, Hematología, Nefrología, Neumología, Neurología, Oncología médica, Psiquiatría y Reumatología. Psiquiatría solo ha intervenido en el estudio 2 meses, ya que a partir del 1 de noviembre de 2011 hemos iniciado un nuevo sistema de colaboración con este servicio que implica la desaparición de las ICM a MI. El área quirúrgica (AQ) está constituida por los servicios de Cirugía general y Digestivo, Cirugía oral y maxilofacial, Cirugía ortopédica y Traumatología (COT), Ginecología y Obstetricia, Oftalmología, Otorrinolaringología y Urología. Dermatología no tiene camas asignadas y sus pacientes ingresan en MI. Los servicios de COT, Otorrinolaringología y Oftalmología no han intervenido en la investigación, ya que MI ve a todos los pacientes de dichos servicios a diario mediante asistencia compartida (*comanagement*) y, por consiguiente, no solicitan ICM a MI.

Las variables recogidas han sido: edad, sexo, ingreso urgente o programado, índice de comorbilidad de Charlson (ICH) ajustado por la edad<sup>16</sup>, estancia y mortalidad hospitalarias, días de duración de la ICM, número de médicos del servicio solicitante responsables del paciente durante la ICM (sin contar el que la solicita) y la repetición de ICM. Hemos definido como repetición injustificada aquella ICM solicitada por el mismo motivo de una ICM ya contestada anteriormente, y no era una aclaración o consecuencia de ella. Hemos analizado si existió conflicto o no, definiendo conflicto como aquella situación de discrepancia entre el solicitante y el consultor más allá de la discusión por diferencias en la interpretación médica de los datos o situación clínica del paciente.

Es necesario establecer contacto verbal solicitante-consultor la primera vez que el consultor valora al enfermo en la ICM, al cierre de la misma y aquellas veces en que el consultor lo estime conveniente. Hemos recogido el número de veces, expresado en porcentaje, de contactos verbales establecidos sobre el total de contactos necesarios.

La información facilitada en la solicitud de ICM y la reflejada en la historia clínica la calificamos como nula si no existía o no ofrecía datos clínicos de interés para la ICM, mínima si mostraba algunos datos de interés, aceptable si los datos ofrecidos permitían orientar correctamente la ICM y buena si los datos eran completos para la ICM en cuestión. En nuestro centro la historia clínica está parcialmente informatizada. Tenemos acceso electrónico a gran parte de las pruebas complementarias e informes de alta, pero la historia clínica, exploración física y evolutiva del paciente son en papel. La información sobre la ICM reflejada en el informe de alta la clasificamos como nula si no existe, solo referencia si únicamente se dice que el paciente fue valorado por MI, datos concretos si se dan algunos datos sobre las pruebas y valoración efectuadas por MI y buena si además se exponían sus conclusiones y recomendaciones. Para la realización del informe de alta hemos establecido una demora máxima de 3 meses.

## Análisis estadístico

Las variables cuantitativas las describimos con la media y su desviación estándar (DE), las categóricas con su número absoluto y porcentaje. El análisis de las diferencias de medias lo efectuamos con la prueba de la «t» de Student.

Las variables categóricas las analizamos con el cálculo de la *odds ratio* (OR). La significación estadística la establecimos en  $p < 0,05$ . Todos los cálculos los realizamos con el paquete estadístico SPSS 15.0 (Chicago, EE. UU.), con licencia en vigor.

## Resultados

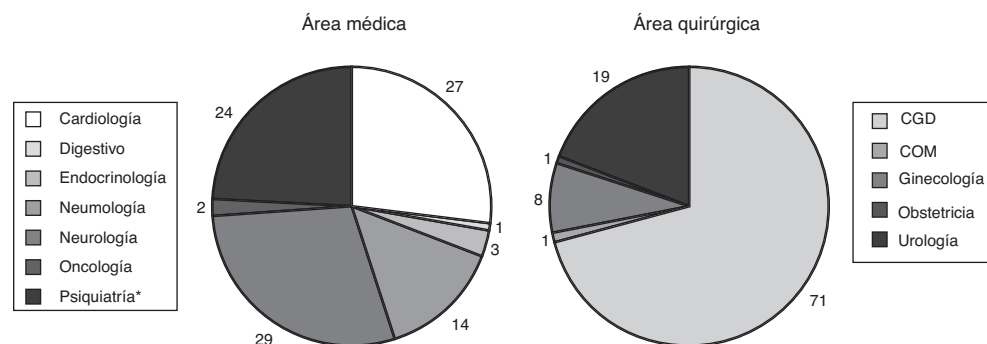
Durante el período de estudio nuestro servicio recibió 215 ICM en horario laboral, de las cuales 66 (30,7%) fueron solicitadas por los servicios médicos y 149 (69,3%) por los quirúrgicos (fig. 1). Hematología, Nefrología, Reumatología y Alergia no solicitaron ninguna ICM a MI en este período. Resolvieron las ICM un total de 5 consultores, el 80% de las ICM fueron contestadas por el mismo consultor. Las características generales de los pacientes están resumidas en la tabla 1. Observamos una mayor edad e ICh, así como un porcentaje menor de ingresos urgentes en los pacientes quirúrgicos. La tabla 2 muestra las características analizadas de las ICM, con la única diferencia significativa entre las áreas médica y quirúrgica en el número de médicos del servicio solicitante responsables del enfermo durante la duración de la ICM, y en las ICM calificadas como normales. En la tabla 3 se resume la valoración de la información disponible en la solicitud para contestar la ICM. En el 10,6% de las solicitudes del AM y en el 32,9% de las del AQ no había información suficiente para orientar la ICM. Se dispuso de una historia clínica adecuada en el 97,1% de las ICM procedentes del AM, porcentaje que bajó al 54,4% en las del AQ.

Se produjeron 43 repeticiones (tabla 2), de las cuales 14 (32,6%) no son justificadas. De las 14 repeticiones del área médica 4 (28,7%) son no justificadas y de las 29 del área quirúrgica 10 (34,5%) no justificadas. Prácticamente todas las repeticiones injustificadas se produjeron por no haber leído la contestación de la ICM previa, en algún caso aislado por problemas administrativos o informáticos.

En 33 (15,4%) de las ICM no hubo ningún contacto verbal, en 11 (16,7%) de las ICM del AM y en 22 (14,8%) de las del AQ, con OR 0,9 (IC 95% 0,4 a 1,9). En las 182 ICM en las que se estableció contacto verbal este se hizo en más de la mitad de las veces consideradas necesarias en 149 (81,9%); en las 55 del AM en 50 (90,9%), y en las 127 del AQ en 99 (78%) con OR 0,35 (IC 95% 0,13 a 0,97;  $p = 0,044$ ). Hubo conflicto entre médicos en 13 (6%) de las ICM, en el área médica en 3 (4,6%) y en la quirúrgica en 10 (6,7%), con OR 1,4 (IC 95% 0,4 a 5,2).

Se estudiaron las ICM urgentes frente a todas las demás (preferentes y normales), dado que su mecanismo de funcionamiento era especial y obligaba al contacto verbal directo (tabla 4). La información en la solicitud de ICM urgente era aceptable o buena en el 100% de las requeridas por el AM ( $n = 4$ ) y en el 80% de las del AQ ( $n = 10$ ). En ninguna ICM urgente hubo conflicto entre médicos.

De los 215 enfermos incluidos en el estudio 10 no tenían el informe hecho a los 3 meses del alta y 10 fueron trasladados a diferentes servicios, incluido MI, por lo que hubo 20 (9,3%) pérdidas de informes de alta, quedando incluidos 195 para el análisis. La valoración sobre la información recogida en el informe de alta queda resumida en la tabla 5.



**Figura 1** Solicitudes de interconsultas por servicios.

CGD: Cirugía general y Digestivo; COM: Cirugía oral y maxilofacial.

\*Psiquiatría durante 2 meses. Excluidos los servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Oftalmología y Otorrinolaringología.

**Tabla 1** Características de los pacientes

	Total (n = 215)	AM (n = 66)	AQ (n = 149)	Dif/OR (IC 95%)	SE
Edad en años, media (DE)	69,8 (16,3)	65,2 (16)	71,9 (16,1)	6,7 (2 a 11,4)	p = 0,005
Mujer, n (%)	107 (49,8)	38 (57,6)	69 (46,3)	OR 0,6 (0,4 a 1,1)	n.s.
Ingresos urgentes, n (%)	167 (77,7)	64 (97)	103 (69,1)	OR 0,07 (0,02 a 0,3)	p < 0,001
Índice de Charlson, media (DE)	4,7 (3,9)	3,5 (2,5)	5,2 (4,3)	1,7 (0,6 a 2,8)	p = 0,004
Estancia en días, media (DE)	26,6 (22,6)	29,7 (24,1)	25,3 (21,9)	-4,4 (-11,3 a 2,5)	n.s.
Exitus, n (%)	30 (14)	8 (12,1)	22 (14,8)	OR 1,3 (0,5 a 3)	n.s.

AM: área médica; AQ: área quirúrgica; DE: desviación estándar; Dif: diferencia; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; n.s.: no significativo; OR: *odds ratio*; SE: significación estadística.

**Tabla 2** Características de las interconsultas

	Total (n = 215)	AM (n = 66)	AQ (n = 149)	Dif/OR (IC 95%)	SE
Días duración ICM, media (DE)	3 (4,8)	2,4 (4,4)	3,2 (5)	0,8 (-0,6 a 2,2)	n.s.
Médicos responsables, media (DE)	1,7 (1,1)	1,1 (0,1)	2 (1,2)	0,9 (0,61 a 1,19)	p < 0,001
Repeticiones de ICM, n (%)	43 (20)	14 (21,2)	29 (19,5)	OR 0,9 (0,4 a 1,8)	n.s.
ICM urgente, n (%)	14 (6,5)	4 (6,1)	10 (6,7)	OR 1,1 (0,3 a 3,7)	n.s.
ICM preferente, n (%)	109 (50,7)	27 (40,9)	82 (55)	OR 1,8 (1 a 3,2)	n.s. (p = 0,057)
ICM normal, n (%)	92 (42,8)	35 (53)	57 (38,3)	OR 0,6 (0,3 a 0,9)	p = 0,045

AM: área médica; AQ: área quirúrgica; DE: desviación estándar; Dif: diferencia; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; ICM: interconsulta médica; n.s.: no significativo; OR: *odds ratio*; SE: significación estadística.

**Tabla 3** Información clínica disponible

Información en la solicitud	Total (n = 215)	AM (n = 66)	AQ (n = 149)	OR (IC 95%)	SE
<i>Nula</i> , n (%)	9 (4,2)	1 (1,5)	8 (5,4)	3,7 (0,5 a 30,1)	n.s.
<i>Mínima</i> , n (%)	47 (21,9)	6 (9,1)	21 (27,5)	3,8 (1,5 a 9,5)	p = 0,004
<i>Aceptable</i> , n (%)	98 (45,6)	25 (37,9)	73 (49)	1,6 (0,9 a 2,9)	n.s.
<i>Buena</i> , n (%)	61 (28,4)	34 (51,5)	27 (18,1)	0,2 (0,1 a 0,4)	p < 0,001
<b>Historia clínica</b>					
<i>Nula</i> , n (%)	18 (8,4)	0	18 (12,1)	-	-
<i>Mínima</i> , n (%)	52 (24,2)	2 (3)	50 (33,6)	16,2 (3,8 a 68,8)	p < 0,001
<i>Aceptable</i> , n (%)	58 (27)	12 (18,2)	46 (30,9)	2 (1 a 4,1)	n.s. (p = 0,056)
<i>Buena</i> , n (%)	87 (40,5)	52 (78,9)	35 (23,5)	0,1 (0,04 a 0,2)	p < 0,001

AM: área médica; AQ: área quirúrgica; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; n.s.: no significativo; OR: *odds ratio*; SE: significación estadística.

**Tabla 4** Información en la solicitud por tipo de interconsulta

	Total (n = 215)	ICM-U (n = 14)	ICM-PN (n = 201)	OR (IC 95%)	SE
Nula, n (%)	9 (4,2)	0	9 (4,5)	-	-
Mínima, n (%)	47 (21,9)	2 (14,3)	45 (22,4)	1,7 (0,4 a 8,2)	n.s.
Aceptable, n (%)	98 (45,6)	7 (50)	91 (45,3)	0,8 (0,3 a 2,4)	n.s.
Buena, n (%)	61 (28,4)	5 (35,7)	56 (27,9)	0,7 (0,2 a 2,2)	n.s.

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; ICM-PN: interconsultas médicas preferentes y normales; ICM-U: interconsultas médicas urgentes; n.s.: no significativo; OR: *odds ratio*; SE: significación estadística.

## Discusión

Nuestros resultados muestran que existen importantes problemas en la transmisión de información durante el proceso de la ICM hospitalaria, en especial en los servicios quirúrgicos. Aparecen tanto por omisión de contenidos como por fallos del proceso de comunicación, y se producen en pacientes complejos con edad avanzada, ICh elevado, en su mayor parte ingresados de urgencia y con alta estancia y mortalidad hospitalarias.

Mientras que en la gran mayoría de las ICM procedentes del AM el consultor dispone de información suficiente en la solicitud o de una historia clínica adecuada, en el AQ no sucede lo mismo. Una información inadecuada en la solicitud ha sido comunicada por diversos autores<sup>8,9</sup>. Las ICM no tienen una clara pregunta en el 30% de los casos, y no se establece el debido contacto oral o escrito<sup>9</sup>. Esta información insuficiente hace que la contestación de las ICM sea dificultosa e incompleta en muchas ocasiones, situación especialmente grave en los servicios quirúrgicos, sobre todo si tenemos en cuenta que sus pacientes tienen mayor edad y comorbilidad que los médicos. Además, en estos servicios la historia clínica disponible es deficiente en la mitad de las ocasiones y el médico referente cambia casi a diario, dificultando mucho la transmisión de información. El solicitante debe dar toda la información necesaria, oral o escrita, para que el consultor sepa qué se le pide y por qué, y el grado de responsabilidad que debe tomar sobre el enfermo<sup>17</sup>. Por otro lado, el consultor debe explicar cuidadosa y respetuosamente sus recomendaciones al solicitante<sup>17</sup>. A pesar de todo, el consultor debe obtener o confirmar la información disponible de forma independiente, y ha de ser capaz de actuar en ausencia de datos completos o accesibles<sup>18</sup>.

Una de cada 5 ICM solicitadas son repeticiones, cifra similar a la hallada por otros autores<sup>11</sup>. Aunque el porcentaje de repeticiones injustificadas es pequeño, es un hallazgo llamativo porque la práctica totalidad se producen por no haber leído la contestación a una ICM previa, lo que implica un fallo

absoluto de la comunicación. Esta es una fuente importante de conflictos entre el solicitante y el consultor.

El contacto verbal directo y precoz entre el solicitante y el consultor es muy importante<sup>11-13,19</sup>. Es vital para aclarar conceptos y situaciones, ya que hay una considerable confusión y divergencias entre los médicos implicados con respecto a los motivos de la ICM, su propósito último y su razón de ser<sup>6,20</sup>. Otro motivo importante para establecer contacto verbal es que, en caso de conflicto, es fundamental la comunicación directa cara a cara para su resolución<sup>21</sup>. A pesar de su importancia, hemos encontrado que en el 15,4% de las ICM no hubo contacto verbal alguno, y en las que lo hubo este fue insuficiente en una de cada 5. Este hecho es especialmente relevante, ya que nuestro grupo está concienciado sobre la importancia del contacto verbal y lo busca activamente. Una de las posibles causas de este hallazgo es el «recambio» casi a diario de médico responsable del enfermo, en especial en el área quirúrgica. Otras posibilidades podrían ser falta de motivación del consultor o escaso interés del solicitante en establecer contacto verbal<sup>11</sup>.

Como muestran nuestros resultados, la ICM es un terreno propicio para el conflicto entre médicos. Si bien los problemas de comunicación, en especial con la oral directa, son una causa importante de conflictos, hay otras muchas derivadas de los inconvenientes propios de la ICM<sup>2</sup>. Un caso particular sería la falta de estímulos y recelos a contestar ICM procedentes de servicios quirúrgicos, incluso miedo a confrontaciones<sup>12</sup>, quizás por haber llegado al comportamiento intimidatorio o abuso verbal durante la interconsulta en algunas ocasiones<sup>22</sup>. En cualquier caso, debemos tener muy presente que el conflicto es un aspecto común y prácticamente inevitable del cuidado multidisciplinario de enfermos, y que se debe afrontar correctamente, en vez de evitarlo, ignorarlo o infravalorarlo, lo que permitirá una buena colaboración y comunicación entre los médicos implicados<sup>21</sup>.

El bajo número de ICM urgentes impide extraer conclusiones definitivas, pero sí permite efectuar algunos

**Tabla 5** Información en el informe de alta

	Total (n = 195)	AM (n = 60)	AQ (n = 135)	OR (IC 95%)	SE
Nula, n (%)	119 (61)	23 (38,3)	96 (71,1)	4 (2,1 a 7,5)	p < 0,001
Solo referencia, n (%)	44 (22,6)	14 (23,3)	30 (22,2)	0,9 (0,5 a 1,9)	n.s.
Datos concretos, n (%)	22 (11,3)	13 (21,7)	9 (6,7)	0,3 (0,1 a 0,6)	p = 0,004
Buena, n (%)	10 (5,1)	10 (16,7)	0	-	-

AM: área médica; AQ: área quirúrgica; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; n.s.: no significativo; OR: *odds ratio*; SE: significación estadística.



comentarios. La información transmitida en la petición es buena, a diferencia de lo que sucede con el resto de ICM y, además, parece que la relación entre ambos médicos cursa sin conflictos. Estos hallazgos podrían ser explicados por la urgencia de la situación, que obligaría al solicitante a ser más eficaz y colaborador en su contacto con el consultor. Aunque hay varios motivos para la urgencia de la ICM<sup>15</sup>, no todos presionan por igual al solicitante. Probablemente esta buena transferencia de información sea debida, al menos en una parte importante, al contacto verbal directo, el cual permite al consultor hacer preguntas y solicitar aclaraciones al solicitante.

Que nosotros sepamos no hay trabajos que analicen la información que aparece en el informe de alta sobre las ICM, aunque algunos autores han hecho comentarios al respecto<sup>12,15</sup>. Al menos en nuestro caso la información recogida es muy deficiente. Este es un problema que, si bien no debe tener una incidencia directa e inmediata importante sobre el enfermo, tiene otras implicaciones muy notables. Si el informe de alta está bien hecho facilita la continuidad asistencial, evita la repetición de pruebas y visitas médicas innecesarias, disminuye los errores de medicación y es el soporte del conjunto mínimo básico de datos del hospital, con lo que ello implica en la gestión sanitaria<sup>23</sup>. La incorporación correcta al informe de alta de la información generada por la ICM permitirá, entre otras muchas cosas, valorar correctamente la carga de trabajo que implican las ICM, lo que facilitará la planificación de los medios humanos necesarios y el tiempo requerido para su contestación. Este último es un factor determinante del resultado de la ICM y de la correcta transmisión de la información que genera<sup>1</sup>.

Este trabajo presenta algunas limitaciones. Ha sido realizado en un único centro con algunas características especiales que pueden haber influido en los datos obtenidos, y que serían capaces de hacer no extrapolables nuestros hallazgos. Cada ICM fue valorada por un único investigador (el 80% por el mismo). Algunas de las variables analizadas tienen valoraciones condicionadas por observadores, y podrían plantear problemas de subjetividad al no haber realizado un estudio del posible grado de acuerdo entre diferentes observadores. Hay varios servicios médicos y quirúrgicos que no han participado en este estudio, aunque creemos que no difieren en su comportamiento en relación con la ICM con respecto a los que sí están. Nos hemos centrado en la visión del consultor y no en la del solicitante, por lo que no hemos analizado la calidad ni el momento de la respuesta, aspectos ambos fundamentales para el buen desarrollo de la ICM. El frecuente cambio de médico responsable del enfermo hace muy difícil realizar una encuesta fiable sobre estas cuestiones. Tampoco hemos estudiado las ICM desarrolladas fuera del horario laboral, si bien su comportamiento es muy similar a las realizadas dentro de dicho horario<sup>24</sup>. Otra limitación no menos importante es la falta de estudios con los que poder comparar nuestros resultados.

Como conclusión podemos decir que durante el proceso de la ICM existen pérdidas significativas en la transmisión de información, y que son mayores en los servicios quirúrgicos que en los médicos. Para mejorar la comunicación se debe estandarizar lo posible mediante listas de chequeo y protocolos, cambiar el comportamiento y actitudes mejorando el trabajo en equipo y usar innovaciones tecnológicas<sup>7</sup>. Es imprescindible hablar con el médico

responsable del enfermo por lo menos al inicio y al cierre de la interconsulta<sup>25</sup>.

## Financiación

Trabajo realizado sin soporte financiero ni beca alguna.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- O'Malley AS, Reschovsky JD. Referral and consultation communication between primary care and specialist physicians. *Arch Intern Med.* 2011;171:56-65.
- Montero Ruiz E, López Álvarez J. La interconsulta médica: problemas y soluciones. *Med Clin (Barc).* 2011;136:488-90.
- 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.
- 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.
- Arora VM, Farnan JM. Care transitions for hospitalized patients. *Med Clin North Am.* 2008;92:315-24.
- Paus Jenssen L, Ward HA, Card SE. An internist's role in perioperative medicine: A survey of surgeons' opinions. *BMC Fam Pract.* 2008;9:4.
- Nagpal K, Vats A, Ahmed K, Vincent C, Moorthy K. An evaluation of information transfer through the continuum of surgical care: A feasibility study. *Ann Surg.* 2010;252:402-7.
- 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.
- Conley J, Jordan M, Ghali WA. Audit of the consultation process on general internal medicine services. *Qual Saf Health Care.* 2009;18:59-62.
- Kalkman CJ. Handover in the perioperative care process. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2010;23:749-53.
- 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.
- 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.
- Soler-Bel J, Sala C, Relación 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 Intern (Madrid).* 2007;24:520-4.
- Stoller JK, Striet R. Inpatient consultation: Results of a physician survey and a proposed improvement. *J Health Qual.* 2003;25:27-35.
- 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.
- 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.

17. Pearson SD. Principles of generalist-specialist relationships. *J Gen Intern Med.* 1999;14 Suppl 1:S13-20.
18. Cohn SL. The role of the medical consultant. *Med Clin North Am.* 2003;87:1-6.
19. 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.
20. Katz RI, Cimino L, Vitkun SA. Preoperative medical consultations: Impact on perioperative management and surgical outcome. *Can J Anaesth.* 2005;52:697-702.
21. Caplan JP, Epstein LA, Stern TA. Consultants' conflicts: A case discussion of differences and their resolution. *Psychosomatics.* 2008;49:8-13.
22. Wadhwa A, Lingard L. A qualitative study examining tensions in interdictor telephone consultations. *Med Educ.* 2006;40:759-67.
23. Conthe Gutiérrez P, García Alegría J, Pujol Farriols R, Alfageme Michavilla I, Artola Menéndez S, Barba Martín R, et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. *Med Clin (Barc).* 2010;134:505-10.
24. 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.
25. 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.