

Caminando hacia la atención compartida de pacientes pediátricos. Experiencia en la implantación de las interconsultas no presenciales

Lehen mailako-ospitaleko pediatrian integraturiko arreta esperientziak. Pediatra erreferente gisa

P. Lafuente Mesanza*, G. Muñoz García**

*Centro de Salud de Erandio. **Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Araba (sede Txagorritxu)

Este trabajo forma parte de un proyecto más amplio financiado por Etorbizi de título "Innovación en la atención pediátrica para favorecer la continuidad asistencial y la integración socio-educativa de los niños afectados por patologías crónicas".

INTRODUCCIÓN

Si nos remontamos un par de décadas atrás, nos damos cuenta de la marcada influencia que ha ejercido el desarrollo acelerado de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) en todos los ámbitos de nuestra vida, incluyendo el área de la salud. La coordinación entre niveles asistenciales constituye un reto y un elemento esencial para incrementar la eficiencia del sistema sanitario. Los pediatras de Atención Primaria (PAP) y de Atención Hospitalaria (PH) llevamos años intercambiando información sobre nuestros pacientes a través del teléfono y del correo electrónico, con el inconveniente de que dichas consultas no quedan registradas en la historia clínica. Las nuevas TIC suponen una innovación que abre perspectivas prometedoras en la interrelación del PAP y el PH. La tendencia en los procesos asistenciales va encaminada hacia la digitalización de la totalidad de la información del paciente e integración de la misma en una **historia clínica electrónica única** mediante la cual es posible consultar toda la información sanitaria del paciente, desde cualquier punto asistencial e independientemente de dónde se haya generado.

El hecho de que en la actualidad el médico gestiona la información de sus pacientes y la comunicación mediante el ordenador y la existencia de una historia clínica compartida entre atención primaria y el hospital, son dos circunstancias que brindan la oportunidad para implantar **sistemas virtuales de consulta entre la Atención Primaria y el hospital**. Estas interconsultas no presenciales (ICNP) pueden ayudar a establecer una interrelación más ágil que facilite la toma de decisiones en la práctica clínica y favorezca la continuidad asistencial.

En el verano 2013 en el País Vasco, concretamente en Bizkaia, se implantó un sistema de ICNP entre los pediatras de Atención Primaria (PAP) y los pediatras hospitalarios (PH) de los Hospitales Universitarios de Basurto y de Cruces, apoyado en la existencia de una historia clínica electrónica única (Osabide) compartida por ambos niveles asistenciales. Se define como ICNP aquella consulta que el PAP hace al PH sobre un niño/a o adolescente, a través de la historia clínica única, sin que

dicho paciente tenga que desplazarse hasta el hospital. El objetivo de este trabajo es presentar cómo se ha desarrollado dicho proceso en los primeros cuatro meses de funcionamiento (1 de julio hasta el 31 de octubre).

EXPERIENCIAS DE NUESTRO ENTORNO

Para conocer las modalidades de relación "virtual" entre la Atención Primaria y el hospital en otras autonomías, se pasó una encuesta a las agrupaciones autonómicas de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) en octubre del 2013 sobre "experiencias de interrelación virtual entre ambos niveles asistenciales en sus autonomías". Lo más habitual era el empleo del correo electrónico, siendo pocos y aislados los proyectos organizativos para dar forma a esta interrelación desde un punto de vista más institucional.

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea inició en 2005 una experiencia piloto de ICNP en Pamplona y Estella para las especialidades de alergología y endocrinología de adultos, en 2012 extendió al área de salud de Tudela la modalidad de "Interconsulta no Presencial", ampliando el número de especialidades e implicando a los pediatras de la zona de salud y a los PH del hospital de referencia. Dicha consulta consiste básicamente en un intercambio de opiniones sobre los procesos de los pacientes (resolución de situaciones dudosas, consultas de diagnóstico, seguimiento, tratamiento, etc) a través de la historia clínica informatizada y mediante el correo electrónico. Según datos publicados en 2012 por Osasunbidea, se realizaron en Navarra 1.700 interconsultas no presenciales en 2011, lo que supuso el 3% de todas primeras visitas. El 69% de las interconsultas no presenciales en adultos y el 42% de las pediátricas no requirieron derivación presencial.

En Cataluña se ha empezado a utilizar en buena parte de los ambulatorios de Barcelona, por parte del Institut Català de la Salut, visitas virtuales a través de la historia clínica informatizada entre médicos de familia y especialistas, lo que ha permitido reducir un 18% las visitas presenciales de los pacientes según datos de la consejería.

Siete Comunidades Autónomas (Galicia, La Rioja, Aragón, Madrid, Castilla-La Mancha, Andalucía y Cataluña) realizan consultas de tele-dermatología orientadas a la patología del adulto y especialmente a las lesiones tumorales, y exclusivamente en Zaragoza y Jaén se hace tele-dermatología pediátrica.

EXPERIENCIAS EN CAV

En 2012 se inició la ICNP entre los médicos de familia y el Hospital Universitario de Cruces en siete especialidades (cardiología, cirugía cardiovascular, dermatología, digestivo, endocrinología, neurología y respiratorio) y asimismo se inició la posibilidad de realizar ICNP, entre los pediatras de la comarca Uribe y el Servicio de Ortopedia infantil del Hospital Universitario de Cruces. De enero a octubre del 2013 se realizaron 573 ICNP en medicina de adultos; tres especialidades acapararon el 78% de las consultas (33% endocrinología, 27% dermatología y 18% cardiología). En este mismo periodo se hicieron 99 ICNP en Ortopedia infantil.

A partir del 1 de julio del 2013 el Servicio de Pediatría de Cruces inició dicho tipo de consulta para las especialidades de alergia, digestivo, endocrinología, infectología, hemato-oncología, neurología, pediatría general y respiratorio. Se diseñó un despliegue escalonado que comenzó implantándose en la Comarca Uribe (33 pediatras), al final de verano se incorporó Ezkerraldea (41 pediatras) y en otoño la Comarca Interior (45 pediatras). Por su parte el servicio de Pediatría de Basurto realizó a partir del 26 de junio un despliegue para todas las especialidades y para los pediatras de Bilbao (47 pediatras). La puesta en marcha requirió por parte de los responsables de Osabide algunas modificaciones técnicas, como la activación de la posibilidad de selección de consulta no presencial desde la aplicación informática de Atención Primaria y la coordinación y distribución de la recepción de las ICNP en la aplicación del hospital. Fueron necesarias también varias reuniones de consenso entre PAP y PH, y una más por comarca para divulgar el procedimiento, quedando fijadas las siguientes situaciones para utilizar la ICNP:

TABLA I. NÚMERO Y PORCENTAJE ICNP POR HOSPITAL Y ESPECIALIDAD (1 JULIO-31 OCTUBRE).

	Basurto		Cruces	
	Nº	%	Nº	%
Alergia	5	8,5	17	19,3
Digestivo	6	10,2	22	13,6
Cardio	5	8,5	*	*
Endocrino	13	22	15	17
Hemato-onco	3	5	2	2,3
Infectología	7	11,8	7	8
Nefrología	5	8,5	*	*
Neurología	9	15,3	15	17
Ped. general	1	2,7	18**	20,5
Respiratorio	4	6,8	2	2,3
Reumatología	1	1,7	*	*
TOTAL	59	100	88	100

*Cardiología, nefrología, reumatología no se habían incorporado todavía a dicho proceso.

**Por un problema informático en la localización de agendas algunos pacientes fueron asignados a la consulta de Pediatría General en lugar de a la especialidad que correspondía.

- 1º Intercambio de información sobre un niño conocido/controlado por el pediatra hospitalario (seguimiento, interconsultas...)
- 2º Consulta sobre la posible derivación de un niño y/o conveniencia de realizar más pruebas diagnósticas.
- 3º Consulta sobre dudas diagnósticas o terapéuticas para el seguimiento en AP de niño con una determinada patología.

La derivación se realiza como una derivación habitual a la especialidad elegida; marcando el icono (no presencial) habilitado a tal fin en Osabide, pueden incorporarse fotos y documentos pero no vídeos. El plazo máximo de contestación quedó fijado en una semana.

En la Tabla I se puede ver que se realizaron 59 ICNP en Basurto y 88 en Cruces. Las especialidades con mayor demanda fueron alergia, neurología, endocrino y digestivo en Cruces y endocrino, neurología, infectología y digestivo en Basurto.

Tras analizar los datos de las ICNP recibidas en Cruces a lo largo del primer cuatrimestre de su puesta en marcha encontramos que el tiempo medio de respuesta fue 2,4 días (7% fueron contestadas en un plazo superior a 6 días), 21% de las ICNP se referían a niños ya en seguimiento hospitalario y el 79% de la ICNP eran primeras consultas; de éstas, el 49% requirió una consulta presencial posterior (84%

con derivación normal y 16% con derivación preferente).

Se diseñó una encuesta de satisfacción sobre la utilización de la ICNP, no tanto para obtener datos cuantitativos, ya que había transcurrido poco tiempo desde la implantación de dicho tipo de consulta, sino para recoger datos cualitativos acerca de incidencias que se habían producido, valoraciones y sugerencias sobre cómo se estaba desarrollando el proceso, con el objetivo de marcar un plan de mejora. A la encuesta contestaron 18 pediatras de AP y el 75% de los pediatras de hospital que habían contestado alguna ICNP.

Las incidencias que se detectaron fueron de varios tipos:

1. Organizativas: retrasos en la contestación por falta de rutina en el manejo de estas consultas y por ausencia del profesional responsable.
2. Técnico-informáticas: citación de adultos. Asignación de pacientes de otras especialidades a pediatría general. Aparición de pacientes a los que ya se había contestado la ICNP como pendientes en la agenda hospitalaria.
3. Duplicidades: consulta telefónica e ICNP en el mismo día.
4. Conceptuales: una ICNP nunca sustituye a una derivación urgente, ya que lo pac-

tado es hasta 7 días para su respuesta (por ejemplo, un enfermo oncológico con fiebre siempre será necesario derivar de modo presencial y urgente). Aportación de pocos datos con insuficiente orientación diagnóstica. Uso de un lenguaje demasiado informal, teniendo en cuenta su constancia en la historia clínica.

ÁREAS DE MEJORA

Las áreas de mejora vienen marcadas por las incidencias detectadas y por las sugerencias de los profesionales que han participado en el proceso.

1. Sobre aspectos organizativos

Es necesario tener bien **diseñado el procedimiento** de respuesta de estas consultas: cuando el profesional responsable está ausente, estas citas deben ser asignadas a otro miembro del equipo o reprogramarlas, por lo que todo el equipo debe estar implicado en la creación de circuitos consensuados para resolver la ICNP. En las agendas de los PH estas consultas deben tener asignado **un tiempo** para su estudio y contestación. Es importante la existencia de un **responsable** dentro del Hospital para coordinar dicha actividad. (Responsabilidad de este área de mejora: los Servicios de Pediatría de los hospitales).

2. Sobre aspectos técnico-informáticos

Hay que mejorar la **asignación de pacientes desde primaria a la especialidad** correspondiente. (Responsabilidad de este área de mejora: los informáticos de Osabide).

3. Sobre aspectos de utilización

Cuando el paciente sea conocido, es conveniente poner en la derivación el nombre del especialista que controla al niño para que la ICNP sea asignada a dicho especialista y preguntar si tiene un cauce habitual de contacto con el especialista que le lleva (por ejemplo los niños con epilepsia o diabetes tienen en general un nº de teléfono al que llamar). Siempre **aportar el máximo de datos** sobre el paciente y en lenguaje formal. (Responsabilidad de este

área de mejora: los pediatras de Atención Primaria).

La contestación de la consulta y las **pautas de seguimiento** marcadas desde las especialidades pediátricas hospitalarias pueden contribuir a que desde Atención Primaria se controlen ciertos motivos de consulta que sin esa supervisión sería difícil asumir, constituyendo esta comunicación una potente herramienta formativa. (Responsabilidad de este área de mejora: los pediatras del hospital).

REFLEXIONES

Por medio de la ICNP, el PAP puede pedir información sobre el seguimiento o tratamiento de un niño controlado en las consultas externas del hospital de referencia, puede resolver de modo más ágil la derivación de un paciente que precisa una valoración presencial o más completa (con la solicitud de pruebas complementarias antes de acudir a una consulta del hospital) o puede evitar una derivación consultando situaciones clínicas dudosas. Por su parte, el PH puede disminuir la tasa de derivación por ciertos motivos de consulta que podrían ser controlados por el pediatra de AP y puede agilizar las consultas presenciales si el paciente acude con estudios complementarios ya realizados.

En la actualidad la ICNP la realiza el pediatra de AP y es el PH hospitalario el que contesta quizá sería interesante ofrecer la posibilidad de que los PH puedan hacer este tipo de consultas a los PAP con lo que desde el hospital se podría asegurar el seguimiento y la adherencia terapéutica y tener una visión más global del niño y su familia.

Existe cierta variabilidad en las tasas de derivación de pacientes desde AP al hospital y hay pocos estudios sobre la adecuación de dicha derivación. La existencia de una historia clínica electrónica común y la posibilidad de utilizar la ICNP ayudan a conocer el enfoque y seguimiento de un paciente concreto y facilitan la posibilidad de mantener una comunicación fluida. Sin embargo, esto no garantiza que dicha comunicación sea de calidad ni que seamos capaces de colaborar entre nosotros

(PAP y PH) para establecer actividades conjuntas con objetivos comunes centrados en el paciente.

Para establecer las bases del **seguimiento compartido de los pacientes** no solo se precisan los instrumentos (TICs) que posibiliten dicha comunicación, es necesario además un trabajo conjunto para elaborar **documentos de consenso** sencillos que aborden tres aspectos fundamentales: 1º) qué paciente derivar, 2º) los criterios de derivación y seguimiento de ambos niveles asistenciales y 3º) las competencias que debe asumir cada uno. Finalmente, es preciso plasmar estos acuerdos en **formularios informáticos de derivación (derivaciones estructuradas)** que reúnan los datos que constituyen los criterios de buena atención de las patologías más frecuentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cobos Baqués M, Rifà Ros A. Consulta no presencial. AMF. 2011; 7: 96-9.
2. Alzaga Reig X, Ligüerre Casals I, Escosa Farga A, Barceló García P. Servicio de interconsultas on line entre médicos de familia y especialista. Una experiencia piloto. Servei d'Atenció Primària Muntanya (Àmbit Barcelona Ciutat), - Unitat de Reumatologia, Hospital Universitari Vall d'Hebron. CONGRESO FUNDACIONAL+ C INVESTIGAR LA COMUNICACIÓN. Asociación Española de Investigación de la Comunicación 2008, Santiago de Compostela.
3. Las visitas virtuales en ambulatorios de Barcelona. Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/salud/20130129/54362505793/consulta-virtual-medica-reducir-visita-presencia.html#ixzz2irfAs3Og>
4. El Gobierno de Navarra implanta las interconsultas no presenciales en el área de salud de Tudela. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2012/10/02/Navarra+interconsultas+no+presenciales+Tudela+especializada.htm
5. Grimshaw JM, Winkens RAG, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C. Intervenciones para mejorar las derivaciones de pacientes ambulatorios desde la atención primaria a la atención secundaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).