

Actuación hospitalaria con las interconsultas procedentes de atención primaria

R. Escorihuela Esteban, M^ªV. Barajas Sánchez,
N. Domínguez Garrido y M^ªE. Fernández Villalba

Servicio de Pediatría. Fundación Jiménez Díaz. Clínica de la Concepción.
Universidad Autónoma de Madrid. España.

Objetivo

Dar a conocer la dinámica de trabajo en el hospital, con los pacientes que son enviados por primera vez para interconsulta por sus pediatras de atención primaria, así como los diagnósticos finales y algunos aspectos epidemiológicos.

Pacientes y métodos

Estudio descriptivo de 737 pacientes de 0-14 años que acuden por primera vez a la consulta general hospitalaria enviados por los pediatras de 13 centros de atención primaria del Imsalud. Al finalizar la visita hospitalaria un médico rellena para cada paciente una ficha con 20 ítems. El estudio estadístico que comprende medias, desviaciones estándar y test de chi cuadrado (χ^2) para tendencias se realizó mediante un programa R-Sigma.

Resultados

La edad media de los pacientes fue de $5,43 \pm 4,39$ años. El 14 % de los pacientes correspondieron a población inmigrante. Se realizó consulta a otras especialidades o subespecialidades pediátricas en el 53 % de los pacientes y destacaron: cardiología (9 %), endocrinología (8 %) y cirugía infantil (5 %). Los diagnósticos más frecuentes fueron soplo funcional (10 %), asma (6,4 %) y alergia alimentaria (5,5 %), suponiendo los 30 más frecuentes el 71 % del total. Los problemas psicossomáticos se registraron en el 20 % de los pacientes. Al finalizar el estudio fueron dados de alta un 34 % de los pacientes. La duración media del estudio fue de $23,9 \pm 21$ días.

Conclusiones

Aproximadamente la mitad de las consultas que llegan al hospital son derivadas a otros especialistas. Los aspectos formativos y docentes deberían orientarse a los 30 diagnósticos más frecuentes, delimitando el papel que el médico debe desempeñar en cada nivel de asistencia y que en el

hospitalario incluye la docencia a pregrado y posgrado. La asistencia a la población de origen inmigrante conlleva una especial problemática que hay que delimitar. Los problemas psicossomáticos son frecuentes.

Palabras clave:

Pediatría en atención primaria. Pediatría en atención especializada. Interconsulta pediatría primaria-especialista.

HOSPITAL MANAGEMENT OF PEDIATRIC PATIENTS REFERRED FROM PRIMARY CARE CENTERS

Objective

To describe the hospital management of patients referred from primary care pediatricians, as well as final diagnosis and other epidemiological data.

Patients and methods

We performed a descriptive study of 737 patients referred to hospital for the first time by pediatricians from 13 primary care centers in the public health system. Physicians completed a 20-item report on each patient at the end of each hospital consultation. The statistical analysis included the mean and standard deviation. The Chi-square test for tendencies was performed through an R-Sigma program.

Results

The mean age of the patients was 5.43 ± 4.39 years. Immigration populations accounted for 14 % of patients. Fifty-three percent of the children were referred to other specialties or subspecialties, mainly cardiology (9 %), endocrinology (8 %) and pediatric surgery (5 %). The most frequent diagnoses were cardiac murmur (10 %), asthma (6.4 %) and food allergy (5.5 %). The 30 most frequent pro-

Correspondencia: Dr. R. Escorihuela Esteban.
Servicio de Pediatría. Fundación Jiménez Díaz.
Avda. Reyes Católicos, 2. 28040 Madrid. España.
Correo electrónico: Rescorihuela@fdj.es

Recibido en septiembre de 2002.
Aceptado para su publicación en diciembre de 2002.

blems accounted for 71 % of all referrals. Psychosomatic problems were found in 20 % of the patients. At the end of the study, 34 % of the patients were discharged. In our study, children were followed-up for a mean of 23.9 ± 20 days.

Conclusions

Approximately half the patients referred to hospital are sent to subspecialists. Training should concentrate on the 30 most commonly referred conditions. Education concerning the referral process should focus on the respective roles of physicians in the different healthcare settings, which in the hospital setting includes undergraduate and postgraduate teaching. Psychosomatic problems are frequent.

Key words:

Pediatric primary care. Specialist pediatric care. Interface specialist-primary care.

INTRODUCCIÓN

La atención primaria a la población infantil ofrece la posibilidad de consulta a otros niveles asistenciales. Aunque se estima que el 90 % de la población infantil será atendida exclusivamente en primaria, el cuidado integral de su salud requiere hospitales o centros donde se puedan atender la neonatología, urgencias, ingresos y consulta de especialidades. Los pediatras de atención primaria envían para interconsulta entre el 2 y el 7 % de los pacientes que atienden en su práctica diaria¹⁻³.

La relación entre los distintos niveles de la asistencia es un fenómeno complejo. A pesar del interés que muestran las autoridades sanitarias y académicas sigue habiendo problemas de comunicación, administrativos, reticencias interpersonales, y otros derivados del ejercicio profesional del pediatra tales como aislamiento, poco tiempo para la consulta, etc. La relación primaria-hospital no es igual en todos los casos, ya que depende del modelo sanitario, características sociales de la población, aspectos económicos, etc., lo que justifica el realizar estudios epidemiológicos según variables de personas, lugar y tiempo¹⁻⁵.

La mayoría de los autores revisados hacen un análisis del problema de interconsulta desde la perspectiva de la atención primaria y no desde el hospital. El objetivo del trabajo es dar a conocer la dinámica hospitalaria, los diagnósticos o problemas más frecuentes, así como valorar algunos aspectos epidemiológicos: edad, diagnóstico, pruebas analíticas realizadas, interconsulta a especialidades, destino final, duración, etc., de los pacientes derivados desde los centros de atención primaria para estudio a la consulta externa hospitalaria. La finalidad es comprender un poco más este fenómeno y mejorar los problemas de comunicación entre ambos niveles asistenciales. Como trabajo epidemiológico puede servir de ayuda para considerar aspectos de formación, académicos y profesionales.

PACIENTES Y MÉTODOS

El servicio de pediatría de nuestro hospital actúa de referencia de segundo nivel para 13 centros de atención primaria de las áreas sanitarias 7 y 11 del Imsalud (Madrid). El servicio está ubicado dentro de un hospital general de tercer nivel, con las posibilidades diagnósticas que ello implica, y cuenta con servicios independientes de cirugía y psicología infantil. La población pediátrica de referencia hasta los 14 años es de 21.425 según datos censales de febrero de 1998.

Se presenta un estudio descriptivo sobre una muestra no seleccionada de 737 pacientes enviados por primera vez, a la consulta general de pediatría, desde atención primaria, realizado entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de julio de 2002. La lista de espera media fue de 15 días. Todos los pacientes traían un informe manuscrito de su pediatra donde figuraba una descripción breve del problema que motivó su envío. La consulta funciona como referente y es punto nodal en el caso de que haya que enviar al paciente a otra especialidad de dentro o fuera del hospital. Hay pacientes que pueden ser enviados directamente al centro de especialidades de la zona, centro de salud mental, consejería de salud del distrito o, excepcionalmente, acudir a otros servicios del hospital por ejemplo, traumatología, oftalmología, otorrinolaringología, etc., sin que el servicio de pediatría tenga conocimiento de ello. La patología psicósomática se valoró al finalizar el estudio del paciente teniendo en cuenta el problema clínico, la normalidad de las pruebas complementarias y la evolución⁶.

Al finalizar la visita hospitalaria, para cada paciente se rellenó una ficha con datos de filiación, fecha de nacimiento, de consulta y del informe de alta, procedencia (centro de atención primaria), el envío a otras especialidades, tanto médicas como quirúrgicas y que comprende también la realización de técnicas específicas de las mismas como ecocardiograma en cardiología, electroencefalograma (EEG) y electromiograma en neurología, tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM) en neuroradiología, pruebas de desarrollo intelectual en psicología, pruebas cutáneas, test de reacción y determinaciones inmunológicas en inmunología, pruebas hormonales y pruebas funcionales en endocrinología, cistografía y ecografías renales en cirugía infantil, etc.

Se registraron también las determinaciones analíticas realizadas, diferenciando entre: ninguna, simple (si se supone al alcance del médico de primaria, como radiología simple, orina, sangre elemental, bioquímica sanguínea en general, cultivos de orina heces, etc.) o compleja (si sólo puede ser realizada en el hospital, como las técnicas expuestas anteriormente). Se comprobó el diagnóstico final principal (uno por paciente) que en ocasiones se sustituyó por el problema de estudio del paciente (p. ej., clic de caderas). Finalmente, se comprobó si se dieron normas terapéuticas concretas, el destino del paciente

(alta, revisión en seis o más meses y revisión en 6 meses o menos), la nacionalidad y la duración del estudio.

En el momento del alta se entregó un informe provisional escrito a mano con los datos más relevantes de la anamnesis, exploración física, pruebas realizadas, diagnóstico y tratamiento. El informe definitivo se envió al domicilio a lo largo del mes siguiente a la consulta. El estudio estadístico comprende la obtención de porcentajes, estudio de las medias y desviaciones estándar (DE) y test de chi (χ^2) cuadrado para tendencias, todo ello mediante el programa R-Sigma.

RESULTADOS

La edad media de los 737 pacientes estudiados fue de $5,43 \pm 4,39$ años. El 52 % fueron varones y el 48 %, mujeres. En el estudio, la agrupación de las edades se hizo según el patrón que se utiliza en las estadísticas oficiales de la comunidad y se muestran en la tabla 1, donde se reflejan también los datos de la población pediátrica de la zona hasta los 14 años. El test de χ^2 para tendencias muestra que cuanto más joven es un niño más posibilidades estadísticamente significativas tiene de ser enviado a interconsulta. En cuanto al origen de la población estudiada se comprobó que el 14 % corresponden a hijos de población inmigrante y este valor asciende al 16 % si se consideran sólo los últimos 6 meses.

La consulta a otras especialidades se realizó en 390 (53 %) de los pacientes, de ellas el 85 % fueron especialidades médicas y el 15 % quirúrgicas, destacando cardiología, endocrinología y alergia (tabla 2). Las pruebas complementarias realizadas fueron complejas en el 62 % de los pacientes, simples en el 24 % y no se realizaron pruebas en el 14 %. Los 30 diagnósticos o problemas más frecuentes, que representaron el 71 % del total, figuran en la tabla 3. En la tabla 4 se muestran los diagnósticos más frecuentes clasificados por especialidades. Los problemas de tipo psicossomático se diagnosticaron en el 20 % de los pacientes e incluyen fundamentalmente: cefalea, dolor abdominal, síncope-mareo, fatiga-astenia, vómitos, enuresis y obesidad.

En cuanto al tratamiento, hubo 58 % de los pacientes sin un tratamiento especial, frente al 42 % en los que se indicó alguna medida terapéutica específica. El destino al finalizar el estudio fue el siguiente: alta del servicio, 35 %; nueva citación pasados un mínimo de 6 meses, el 48 % de los pacientes, y revisión antes de 6 meses, el 17 %. La duración media del estudio fue de $23,93 \pm 20$ días, hubo el 37 % de pacientes con una duración de estudio inferior a 15 días y en el 28 % inferior a 10 días.

DISCUSIÓN

La primera consulta procedente del centro de atención primaria supone el 43 % de la actividad de la consulta general de pediatría. La edad media de 5,43 años es similar a otros estudios, así como la distribución por grupos

TABLA 1. Análisis por edades de la población de referencia y de los pacientes estudiados en interconsulta

	Edad (años)			Total
	< 2	2-6	7-14	
1. Población de referencia (n.º)	3.510	6.205	11.710	21.425
2. Pacientes enviados para estudio	245	218	274	737
Relación 2/1	6,49	3,33	2,17	p < 0,01*

*Análisis de chi cuadrado para tendencias.

TABLA 2. Interconsulta a otras especialidades

Especialidades	Porcentaje
Cardiología	9
Endocrinología	8
Respiratorio-Alergia	7
Neurología	6
Cirugía Infantil	5
Psicología Infantil	4
Otorrinolaringología	4
Traumatología	3
Oftalmología	2
Otras	5
Total	53

de edad^{1,3}. Aunque en términos absolutos en los 3 grupos de edad la frecuencia es parecida, cuanto más pequeño es un niño, mayores posibilidades tiene de acudir a interconsulta. El porcentaje de pacientes entre 7-14 años representa el 37 % del total y algunos de los problemas que plantean son relativamente nuevos para los pediatras, como los trastornos ginecológicos, de la conducta alimentaria, etc.⁷. La población de origen inmigrante está originando un aumento progresivo de la actividad de atención primaria, urgencias y consulta de especialidades. En nuestro estudio, en 6 meses, el porcentaje se incrementó el 2 %; sin embargo, hay trabajos que demuestran que las clases sociales con menos recursos utilizan o visitan menos la consulta del especialista⁸.

Los pediatras enviaron a sus pacientes para estudio por más de 200 causas diferentes. Las 30 más frecuentes que, en líneas generales, coinciden con la experiencia de otros autores, constituyeron el 71 % de éstas. Las causas pueden variar; por ejemplo, con motivo de un brote de tuberculosis en el año 2001 en nuestra zona, aumentaron hasta el 1,31 % los pacientes con este problema. A veces también se detectan "modas", como ocurre con la valoración del cierre clínico precoz de fontanelas (2,93 %) o trastornos emergentes como ocurre con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad¹⁻³.

Hay trabajos que analizan los motivos por los que el pediatra envía un paciente a interconsulta^{3,5}. El principal

TABLA 3. Treinta diagnósticos o problemas más frecuentes

Motivo de consulta (n = 737)	Porcentaje respecto al total
Soplo funcional	10,8
Asma	6,45
Alergia a las proteínas de leche de vaca	5,57
Cefalea	4,69
Síncope	4,39
Talla baja	4,25
Dolor abdominal	3,37
Alteraciones craneales	2,93
Infección del tracto urinario	2,78
Control ponderal	2,63
Pubertad precoz	2,49
Gastritis por <i>Helicobacter pylori</i>	2,19
Trastornos conductuales	1,46
Vómitos	1,46
Tuberculosis	1,31
Estreñimiento	1,31
Retraso madurativo	1,17
Hepatitis	1,17
Hipertrofia adenoidea	1,02
Enuresis	1,02
Epilepsia	1,02
Click de caderas	1,02
Dilatación pielocalicial	0,87
Cardiopatías congénitas	0,87
Hipercolesterolemia	0,87
Escoliosis	0,87
Obesidad	0,87
Diarrea	0,87
Adenopatías	0,73
Urticaria	0,73
Total	71

motivo (74 %) es “confirmar o compartir un criterio de diagnóstico y/o tratamiento”. Analizando los diagnósticos de alta, en nuestro estudio se puede adscribir a este apartado el 85 % de los pacientes. Los problemas que plantean se resuelven, la mitad de las veces, en la consulta general de pediatría. El envío a subespecialidades médicas es selectivo: por ejemplo, el soplo cardíaco sistólico, que clínicamente parece funcional, si se opta por realizar una ecografía y resulta el estudio normal, la consulta general de pediatría puede manejar el paciente sin necesidad de enviarlo al cardiólogo pediátrico⁹. Esto tiene como ventaja que el pediatra de atención primaria confirma su presunción diagnóstica, los servicios hospitalarios reciben pacientes que ayudan a la formación de los futuros pediatras y los cardiólogos pediátricos no se ven sobrecargados con problemas banales. En nuestra serie, sólo se enviaron a cardiología infantil el 0,87 % de los pacientes con problemas de cardiopatías congénitas. Un análisis similar podría realizarse en otros diagnósticos como cefalea, síncope, talla baja, dolor abdominal, etc. Estrictamente hablando, muchas interconsultas no serían necesarias si el pediatra de atención primaria pudiera comentar el caso con otro colega o si tuviera acceso directo a determinadas pruebas complementarias⁵. Ahora bien,

TABLA 4. Diagnósticos o problemas más frecuentes en algunas especialidades

Especialidad	Consulta más frecuente	Frecuencia absoluta
Alergia	Alergia a las proteínas de leche vaca	38
	Alergia alimentaria	5
	Urticaria	5
Cardiología	Soplo funcional	74
	Síncope	30
	Cardiopatías congénitas	6
Cirugía infantil	Criptorquidia	4
	Hidrocele	3
	Fimosis	2
Dermatología	Angioma	4
	Dermatitis atópica	3
Endocrinología	Talla baja estudio	29
	Control ponderal	18
	Pubertad precoz estudio	17
Digestivo	Dolor abdominal	23
	Gastritis por <i>Helicobacter pylori</i>	15
	Vómitos	10
Hematología	Talasemia menor	6
	Anemia	5
	Infeciosas	Tuberculosis
Infeciosas	Parotiditis recurrente	3
	Adenopatías	5
	Nefrología	Infección urinaria
Enuresis		7
Dilatación pielocalicial		6
Neumología	Asma	44
Neurología	Cefalea	32
	Alteraciones craneales	20
	Epilepsia	7
Ortopedia	Click de cadera	7
	Escoliosis	6
	Sinovitis de cadera	4
Otorrinolaringología	Hipertrofia adenoidea	7
	Otitis serosa	2
	Vértigo	2
Psicología	Trastornos conductuales	10
	Retraso madurativo	8

las determinaciones analíticas no son el único factor que motiva la interconsulta, como demuestra el hecho de que en más de la tercera parte de nuestros pacientes o no se realizaron o estaban al alcance de su médico, incluso admitiendo en esta tercera parte la influencia de los problemas psicossomáticos y la de los pacientes que se envían directamente a las especialidades quirúrgicas.

El segundo motivo de interconsulta para el pediatra de primaria, que comprende el 27 % de los casos, es “considerar que el problema del paciente no está en el ámbito de su experiencia”, como por ejemplo la cirugía infantil, traumatología, etc. En nuestro estudio sólo reflejan esta problemática el 15 % de los pacientes. La presencia de

centros de especialidades adscritos al centro de salud hace que muchos niños sean enviados directamente allí, dado que el problema es muy concreto y no requiere seguimiento pediátrico especializado. Esto explica la baja incidencia hallada en nuestro estudio, si se compara con otros trabajos, de consultas a oftalmología, traumatología, dermatología y otorrinolaringología^{1-3,10}. Asimismo, dado el modelo sanitario de nuestra comunidad, quedan solapadas las consultas de salud mental, las consultas a centros psicopedagógicos de la consejería de salud, rehabilitación, odontología, etc., que en otros estudios constituyen el 25% de los pacientes remitidos³. El tercer motivo en importancia, "a petición de los padres", no analizado en nuestro estudio, representa el 15% de algunas series, en las que destaca que la mayoría de las veces la interconsulta se realiza de conformidad con el pediatra.

Los trastornos psicósomáticos han representado el 20% de los problemas y la mayoría de las veces se han resuelto en la consulta con sólo un 4% de derivación a Psicología-Psiquiatría. Los problemas específicamente relacionados con esta especialidad, como trastornos conductuales (anorexia, bulimia, fracaso escolar, etc.), retraso madurativo, etc., se observaron en el 3% de los pacientes remitidos. Estos datos parecen bajos si se comparan con otros estudios. En un trabajo multicéntrico con niños entre 4-15 años se identificaron problemas de conducta en el 18%, el 9% por déficit de atención con hiperactividad¹¹. En el estudio de Forrest et al³ los temas relacionados con la salud mental fueron el motivo de interconsulta en el 8% del total. En España, el déficit de atención con hiperactividad, apenas reflejado en nuestra serie, afecta a entre el 2 y el 6% de la población escolar. Es probable que la aportación de los psicólogos en el ámbito escolar y la derivación directa al centro de salud mental, o servicios de neurología infantil, solape en nuestro estudio la importancia real de estos problemas^{12,13}.

El destino final de los pacientes que acuden a interconsulta y la lista de espera preocupan de forma especial a los pediatras de atención primaria. En cuanto a la lista de espera se refiere, parece lógico dar prioridad a los pacientes con trastornos graves, para evitar que la urgencia hospitalaria acabe funcionando como una consulta externa urgente. A veces, la coordinación primaria-hospital se burocratiza innecesariamente y es en estos casos donde la comunicación directa entre médicos, aprovechando las nuevas tecnologías de la información-comunicación, podría remediar la situación¹⁴. En cuanto al destino final del paciente, las sugerencias para el cuidado futuro, así como un plan de tratamiento compartido, son los aspectos que más satisfacción producen en los médicos de atención primaria^{4,15}. La frecuencia con la que el pediatra de atención primaria recibe comunicación del paciente enviado para estudio, varía entre el 40 y el 90% y sólo el 62% incluyen propuestas de tratamiento o tratamiento compartido^{1,2,5}. En nuestro estudio hubo un 34%

de pacientes que después de una primera valoración fueron dados de alta del servicio para seguimiento por sus pediatras. En las revisiones de más de 6 meses, se invita a los pediatras a compartir el seguimiento en un informe que siempre se entrega en el momento del alta. Por último, hay revisiones a corto plazo, que en nuestro estudio fueron el 17%, que reflejan los problemas en evolución y que requieren durante unos días un mayor seguimiento, como pueden ser la respuesta a un tratamiento, los resultados analíticos, la valoración o evolución de una diarrea, los vómitos, la ganancia ponderal, etc.

Agradecimientos

Al Dr. Jerónimo Sandiumenge por su ayuda en la concepción y explotación de la base de datos, a la Srta. M^ª Ángeles Román y Alicia Sequeiro, por sus labores administrativas, y finalmente a los pediatras del área.

BIBLIOGRAFÍA

1. Del Real Llorente M, Curto Polo M, Otero Rodríguez JA. Interconsultas de Pediatría con el segundo nivel. *Aten Primaria* 1995;15:363-8.
2. García Llop LA, Asensi Alcoberro A, Graña Juan C, Coll Mas P. Estudio de la demanda en atención primaria pediátrica. *An Esp Pediatr* 1996;44:469-74.
3. Forrest CB, Glade GB, Baker AE, Bocian AB, Kang M, Starfield B. The pediatric primary-specialty care interface: How pediatricians refer children and adolescents to specialty care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:705-14.
4. Bosca Bergá J, Paricio Talayero JM. ¿Está coordinado el servicio de Pediatría? Encuesta a pediatras de Valencia y soluciones. *An Esp Pediatr* 1997;46:565-70.
5. Forrest CB, Glade GB, Baker AE, Bocian A, Von Schrader S, Starfield B. Coordination of specialty referrals and physician satisfaction with referral care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:499-506.
6. Pedreira JL, Kreisler L. La psicósomática infantil. En: Rodríguez-Sacristán J, editor. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Tomo II. 2.ª ed. Sevilla: Prensas Universitarias de la U de Sevilla, 1998; p. 1103-48.
7. Craighill MC. Pediatric and adolescent gynecology for the primary care pediatricians. *Pediatr Clin Nort Am* 1998;45:1659-88.
8. Dunlop S, Coyte PC, McIsaac W. Socio-Economic status and the utilisation of physicians' services: Results from the Canadian National Population Health Survey. *Soc Sci Med* 2000;51:123-33.
9. Maroto E, Zunzunegui JL, Zabala JL, Moroto C, Centeno F. Valoración del soplo cardíaco inocente. *Acta Pediatr Esp* 2000; 58:174-82.
10. Vázquez Rueda F, Ocaña Losa JM. Análisis clínico epidemiológico de 1451 primeras consultas de Cirugía Pediátrica derivadas de atención primaria a un hospital de tercer nivel. *An Esp Pediatr* 1998;49:129-34.
11. Wasserman RC, Kelleher KJ, Bocian A, Baker A, Childs GE, Indacochea F, et al. Identification of attentional and hyperactivity problems in primary care: A report from pediatric research in office settings and the ambulatory sentenced practice network. *Pediatrics* 1999;103:E38.

12. Camp BW, Gitterman B, Headley R, Ball V. Pediatric residency as preparation for primary care practice. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151:78-83.
13. Cassidy IJ, Jellinek MS. Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in pediatric primary care. *Pediatr Clin North Am* 1998;45:1037-52.
14. Urkin J, Warshawsky SS, Press J. Pediatric emergency room response to community pediatricians' expectations. *Isr Med Assoc J* 2000;6:442-5.
15. Bourguet C, Gilchrist V, McCord G. The consultation and referral process. A report from NEON. Northeastern Ohio Network Research Group. *J Fam Pract* 1998;46:47-53.