

PROTOCOLO DOCENTE DEL AREA DE INTERCONSULTA

INDICE

1. Introducción. Particularidades del trabajo como consultor.
2. Estructura del área de interconsultas
3. Organización del trabajo
4. Acogida y tipos de rotación
5. Objetivos de la rotación
6. Tareas de los residentes y procedimiento de supervisión.

1. INTRODUCCIÓN. PARTICULARIDADES DEL TRABAJO COMO CONSULTOR

La atención a pacientes ingresados en otros servicios del hospital es una labor esencial de un Servicio de Enfermedades Infecciosas. De hecho, en hospitales de pequeño o mediano tamaño no es infrecuente que el infectólogo no disponga de un área propia de hospitalización y su papel principal sea el de consultor. Esta labor se traduce en una doble vertiente.

- a) Orientar y ayudar en el abordaje diagnóstico y terapéutico de problemas infectológicos que son atendidos por otros servicios pero por su complejidad o dificultad en el manejo requieren de una valoración especializada.
- b) Atender a las complicaciones infecciosas de pacientes hospitalizados (infección nosocomial).

En ambas situaciones es frecuente que la infección (o la sospecha de infección) representen el problema fundamental del paciente cuando lo atendemos.

A menudo el especialista que lo atiende delegará en el infectólogo su manejo, de forma que pocas veces la interconsulta en nuestra especialidad puede entenderse como accesoria, tangencial o postergable. Es habitual, por tanto, que los pacientes que atendemos como consultores precisen un seguimiento frecuente y que se establezcan relaciones estrechas médico-paciente. Ello comporta, en ocasiones dificultades o conflictos en el manejo de la información o en la toma de decisiones debido a la “duplicidad” de equipos médicos (el directamente responsable del paciente y el

equipo consultor) lo que obliga a desarrollar especiales habilidades para la comunicación y el trabajo multidisciplinar.

Es importante comprender el contexto especial que tanto para los pacientes como para los médicos responsables de éstos supone la adquisición de infecciones nosocomiales. No es raro que el médico, por ejemplo, minimice el problema o bien que se sienta culpable y/o frustrado. El paciente y su familia con frecuencia expresarán rechazo a la institución y buscarán explicaciones (que no necesariamente verbalizarán) para la complicación infecciosa, etc. También el resto del personal sanitario demanda a menudo información sobre la naturaleza de la infección, las medidas higiénicas y de prevención o los riesgos laborales que pueda comportar.

En este contexto, los interrogantes se centrarán sobre el infectólogo que, como parece evidente, no puede (ni debe) limitarse a evaluar el caso y establecer recomendaciones escritas. Por el contrario, su labor incluye de forma muy importante el manejo de la información a los tres interlocutores: médico consultor, resto de personal sanitario y pacientes y allegados. Es importante por tanto ser especialmente cuidadoso al proporcionar la información, conciliando el derecho a ésta de los pacientes, evitar la confusión y conflictos innecesarios, proporcionando un ambiente seguro y controlado. La actitud docente con los trabajadores sanitarios, incluyendo el énfasis de las medidas de prevención de la infección constituye otra de las características de un buen infectólogo consultor.

Otra dificultad o particularidad no menos importante deriva de la falta de definición precisa de las funciones del consultor. No es posible uniformar para todo el hospital las funciones exactas del consultor. La idiosincrasia de cada servicio, las relaciones que se establecen con los diferentes médicos, los procedimientos de trabajo o incluso los horarios, determinan que el infectólogo consultor en ocasiones se limite a realizar recomendaciones y en otros tome un papel mucho más activo, por ejemplo, al prescribir directamente el tratamiento. Lo mismo cabe decir de otros aspectos como la propia exploración del paciente, la realización de técnicas diagnósticas, la solicitud de

pruebas complementarias o la asunción de aspectos del cuidado del paciente que superen el ámbito de las enfermedades infecciosas.

No es posible, por tanto, determinar un perfil único de actuación. El consultor da un servicio y en cierto modo atiende a dos “clientes”, al paciente y el consultor. Lo anterior no debe malinterpretarse. Simplemente se trata de adoptar una actitud flexible y práctica que permita los mejores resultados en cada caso. La experiencia y la atención prolongada en el tiempo del mismo consultor en las mismas áreas permiten, en nuestra opinión, generar rutinas y ambientes de trabajo que resultan satisfactorias para todas las partes.

Finalmente, existen además dificultades inherentes al trabajo como consultor que atiende a pacientes hospitalizados. Se trata de un trabajo “a demanda”, poco programable y sin un límite concreto (no hay citación ni un número de camas asignadas). Si cualquier médico tiene que ser capaz de establecer prioridades y disponer de capacidad de organización, el consultor más aún. Además las condiciones de trabajo difieren de las del resto de los médicos. Así no dispone de un lugar concreto de trabajo, el orden (o desorden) es diferente en cada unidad y es habitual prescribir o realizar las anotaciones rodeado de otras personas, en los controles de enfermería, con ruido alrededor, etc., incrementándose sustancialmente los riesgos de cometer errores. Otra dificultad añadida es que suele demandarse del consultor una respuesta inmediata (iniciar o no tratamiento, realizar o no una exploración, a diferencia del paciente hospitalizado en que las preguntas se las hace el médico a sí mismo, concediéndose, si la situación del paciente lo permite, un mayor tiempo para la reflexión).

Si lo mencionado anteriormente supone dificultades para el consultor, mucho más aún para el médico residente en formación que puede incluso no trabajar habitualmente en el mismo hospital y que suele estar acostumbrado al trabajo en su planta de hospitalización y como médico directamente responsable del paciente. Para complicarlo más, generalmente el médico que realiza la consulta pide una opinión especializada y el residente en formación puede sentirse incómodo al realizar la

valoración inicial del paciente si en ese momento no está presente el especialista consultor y carece de experiencia suficiente para responder a las cuestiones que le plantean, etc.

Todas estas consideraciones deben ser tenidas en cuenta por el consultor en su tarea docente y deben ser conocidas y reflexionadas por el médico residente, entendiendo ambos que la docencia en este área implica, además de la adquisición de conocimientos específicos, el entrenamiento en habilidades de comunicación, toma de decisiones, tolerancia al stress y organización del trabajo.

2. ESTRUCTURA DEL AREA DE INTERCONSULTAS

El área de interconsultas da servicio a las más de 1000 camas del hospital y es responsable de los pacientes ingresados a cargo de E. Infecciosas en las camas de aislamiento respiratorio (8DA). En el último año se atendieron más de 1000 interconsultas nuevas, es decir unas 80 nuevas cada mes, repartidas en cuatro grupos de trabajo. En la tabla 1 se especifican los principales servicios atendidos por cada grupo (agenda) de interconsulta.

| EINH 41 | EINH42 | EINH43 | EINH44 |
|-------------------|--------------------------|--------------|------------------|
| TRAUMATOLOGÍA | AISLAMIENTO RESPIRATORIO | | CIRUGÍA GENERAL |
| CIR.CARDIACA | TRASPLANTE | | UCI-CIR. GENERAL |
| UCI-CIR. CARDIACA | HEMATOLOGÍA | | AP. DIGESTIVO |
| CIR. PLÁSTICA | ONCOLOGÍA | | NEUROLOGÍA |
| DERMATOLOGÍA | CIR.TORÁCICA | UROLOGÍA | NEUROCIRUGÍA |
| ENDOCRINOLOGÍA | PEDIATRÍA | NEFROLOGÍA | UCI-NEUROCIRUGÍA |
| NEUMOLOGÍA | ORL | CIR.VASCULAR | MED. INTERNA |
| | C.MAXILOFACIAL | CARDIOLOGÍA | |
| | REUMATOLOGÍA | PSIQUIATRÍA | |
| | UCI-MEDICA | GINECOLOGÍA | |

3. ORGANIZACIÓN DEL TABAJO

Cada equipo funciona, inicialmente, de forma independiente. En ausencia de alguno de los médicos especialistas, los servicios asignados a su grupo se reparten entre el resto. Cada equipo de trabajo debe mantener un listado actualizado de pacientes, entregando la planificación de visitas cada día a la secretaria del servicio, distinguiendo las consultas nuevas de las visitas de seguimiento.

Las interconsultas llegan por tres vías: a) llamada al médico de guardia, b) parte de interconsulta y c) aviso directo mediante llamadas telefónicas o avisos al buscapersonas 396. Cada equipo es responsable de revisar a primera y última hora las interconsultas recibidas (tablón del pasillo 4C/A) y anotar los casos nuevos interconsultados en las guardias (libro de guardias). Las interconsultas solicitadas como urgentes o que por lo expresado en la hoja de solicitud, se interprete como urgente, deben ser vistas en el mismo día de su recepción. En el caso de que no fuera posible dentro del horario laboral se puede solicitar al médico de guardia que realice la valoración inicial.

Habitualmente cada equipo se reúne a primera hora de la mañana para planificar y organizar el trabajo. En todo caso, como mínimo, uno de los miembros de cada equipo de trabajo debe acudir a la reunión con el servicio de Microbiología ("la firma") que se realiza entre 13.00 y 13. 15 h en la planta –1 Izquierda.

Parte de la labor como consultores consiste en agilizar y adelantar la información microbiológica. Disponemos para ello del acceso al sistema informático de microbiología. Para muestras importantes o cuando sea preciso adelantar la información por algún motivo se realiza una llamada directa a las diferentes secciones del servicio de Microbiología (hemocultivos, exudados, etc.). No obstante, se procura interrumpir lo menos posible al mismo, seleccionando lo verdaderamente urgente e intentando agrupar las llamadas.

Dado el volumen de consultas atendidas no es viable realizar un informe clínico de todas ellas. El consultor selecciona los casos en que sea más relevante elaborar un informe, que se integrará en el sistema “Cajal”, entregando siempre al paciente una copia y dejando otra en la historia clínica.

4. ACOGIDA DEL RESIDENTE Y TIPOS DE ROTACIÓN

Como para el resto de áreas del servicio la rotación mínima de los residentes en el área de interconsultas es de dos meses. La única excepción es para rotaciones especiales para residentes de Farmacia Hospitalaria o residentes de Microbiología no médicos, cuyos objetivos son diferentes.

La rotación por esta sección presenta aspectos diferentes de las rotaciones habituales en salas de hospitalización. Por otra parte, más de la mitad de los residentes que realizan estancias formativas en la sección pertenecen a otros hospitales. Por ambos motivos resulta importante dedicar un tiempo en los primeros días de la incorporación para comentar los siguientes puntos:

- objetivos de la rotación
- procedimientos de trabajo,
- particularidades de la labor como consultores
- procedimientos de supervisión.
- materiales docentes (se encuentran en un pen-drive que se entrega para el archivo de informes y listados)

En el caso de los residentes de otros centros se concerta una cita con Farmacia para un breve curso para el sistema de prescripción electrónica y se les gestionan claves para los programas informáticos del centro.

5. OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN

Los objetivos no son idénticos para todos ellos. Se especifican en la TABLA 1.

6. TAREAS DE LOS RESIDENTES Y PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN:

Los residentes deben tener un papel activo en la labor asistencia diaria. Deben ser, de hecho, protagonistas, sintiéndose responsables de los pacientes y nunca, actuando como meros espectadores. Sólo sintiéndose implicados en el cuidado de los pacientes es posible una docencia eficaz. Ello es perfectamente compatible con una supervisión eficaz.

Las tareas de los residentes (exceptuando a los microbiólogos no médicos) son:

- Anamnesis, exploración del paciente y revisión de la historia y de las exploraciones complementarias
- Actualización permanente y diaria de las pruebas microbiológicas
- Seguimiento clínico del paciente
- Anotación de comentarios en la historia clínica, tras haber comentado el caso con su médico supervisor
- Prescripción electrónica de la antibioterapia, siempre tras la consulta con su médico supervisor
- Elaboración del informe borrador de interconsulta
- Colaborar en las tareas administrativas que fueran necesarias: actualización del listado diario, cumplimentación de los datos básicos en el programa, citación de pacientes...

Procedimiento de supervisión: la interconsulta es, por definición, una tarea especializada. Es, por tanto, evidente que los residentes precisan un alto grado de supervisión que, se individualiza en función de la formación previa, especialidad de origen, conocimientos y habilidades de cada residente.

El médico supervisor revisa y/o decide siempre en el día:

- Los casos nuevos (primera valoración)
- Los cambios en la prescripción de antimicrobianos
- Las recomendaciones de exploraciones microbiológicas o de imagen sofisticadas
- Los pacientes en situación grave (hipotensión, sepsis grave, fallo de órganos)
- El informe de interconsulta, si se realizara.

En los días en que el médico supervisor no se encuentra en el hospital se procura un contacto telefónico al final de la mañana con objeto de comentar las incidencias de los pacientes. En el caso de pacientes graves o interconsultas urgentes los residentes consultan con cualquiera de los otros médicos de la sección. Si ello no fuera posible, se ponen en contacto con el médico de guardia.

Tabla 1.

| Objetivos | M. Interna(1) | M. Intensiva | Oncología y hematología | Microbiología (2) |
|---|---------------|--------------|-------------------------|-------------------|
| Conoce los principales antibióticos de uso hospitalario, incluyendo su espectro de acción y efectos adversos más frecuentes y es capaz de emplearlos con criterio en función de la información clínica y microbiológica | X | X | X | X |
| Conoce los perfiles de sensibilidad y resistencia más frecuentes de los patógenos bacterianos más prevalentes (estafilococos, enterococos, <i>P.aeruginosa</i> y enterobacterias) | X | X | X | X |
| Conoce los principales antifúngicos (farmacología, espectro, toxicidad) y es capaz de tratar adecuadamente una candidemia | X | X | X | X |
| Es capaz de orientar el estudio y diagnóstico diferencial de pacientes hospitalizados con fiebre sin foco aparente | X | X | X | |
| Es capaz de valorar la indicación y los resultados de hemocultivos, exudados y urocultivos | X | X | X | X |
| Es capaz de elaborar informes de interconsulta de E.Infecciosas con adecuada precisión y terminología | X | X | | |
| Conoce con detalle (habrá estudiado al menos una guía solvente) el manejo de los pacientes con neutropenia febril. | X | | X | |
| Conoce con detalle (habrá estudiado al menos una guía solvente) el manejo de la patología más relevante atendida en el área en que ha rotado (infección osteoarticular, infecciones neuroquirúrgicas, endocarditis...) | X | X | X | |
| Conoce con detalle (habrá estudiado, al menos, una guía solvente) el manejo de la neumonía de los pacientes en ventilación mecánica y la antibioterapia en la sepsis grave. | | X | | |
| Conoce y aplica las medidas elementales de prevención de la infección hospitalaria | X | X | X | X |
| Ha preparado y presentado una sesión clínica sobre un tema infectológico durante su rotación | X | X | X | X |

(1) Incluye a los residentes de Microbiología (médicos). (2) Para residentes de Microbiología con licenciatura diferente a Medicina